

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOANNIE DOS SANTOS FACHINELLI SOARES

**NEM NORMAL, NEM PATOLÓGICO – MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA:
revelando sentidos para a atenção e o cuidado**

**Porto Alegre
2016**

JOANNIE DOS SANTOS FACHINELLI SOARES

**NEM NORMAL, NEM PATOLÓGICO – MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA:
revelando sentidos para a atenção e o cuidado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem.

Orientadora:
Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Joannie dos Santos Fachinelli

Nem normal, nem patológico - mulheres em situações de violência: revelando sentidos para a atenção e o cuidado / Joannie dos Santos Fachinelli Soares. -- 2016.

200 f.

Orientadora: Marta Júlia Marques Lopes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Violência contra a mulher. 2. Atenção à saúde. 3. Medicalização. 4. Enfermagem em saúde pública. I. Lopes, Marta Júlia Marques, orient. II. Título.

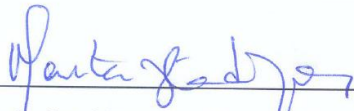
JOANNIE DOS SANTOS FACHINELLI SOARES

Nem Normal, Nem Patológico – Mulheres em Situações de Violência: Revelando Sentidos para a Atenção e o Cuidado.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho

Membro – PPGENF/UFRGS



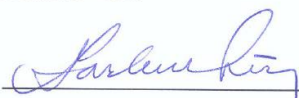
Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Membro – UNISINOS



Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Membro – USP



Profa. Dra. Marlene Neves Strey

Membro – PUCRS

A todas as mulheres que lutam por uma vida sem violências.

AGRADECIMENTOS

A finalização desta Tese representa também o término de uma etapa da trajetória acadêmica que se iniciou ainda na graduação. Por esta razão, os agradecimentos aqui expressos não dizem respeito apenas à elaboração da tese, mas também aos feitos de uma década. Assim, agradeço a todas as pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização dessa caminhada.

Em especial, agradeço...

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por ter me proporcionado um ensino público e de qualidade, inicialmente no curso de graduação e, posteriormente, nos cursos de pós-graduação de Mestrado e Doutorado. O privilégio de estar vinculada a essa instituição e de conviver com sua comunidade acadêmica teve um impacto muito significativo na minha formação profissional e cidadã.

À Escola de Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e suas professoras, entre as quais não posso deixar de citar algumas das que foram as mais marcantes na minha formação: Vera Portella, Maria Alice Lima, Eglê Kohlrausch, Virgínia Moretto, Dora Correa e Tatiana Gerhardt.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES), pelas bolsas de estudos concedidas nos cursos de Mestrado e Doutorado.

Aos profissionais do Centro de Referência de Atendimento à Mulher Marcia Calixto – Luciana Magalhães, Ester Rodrigues, Raquel Mársico, Ademir Lencina, Adriane Correia, Pedro Silveira e Maria Mesquita – pelo acolhimento e a total disponibilidade para me ajudar em tudo que foi necessário, os quais foram fundamentais para a realização desta pesquisa. Agradeço também à Waleska Vasconcelos, Secretária Adjunta da Mulher de Porto Alegre, pela permissão de acesso ao serviço.

Às mulheres entrevistadas, por aceitarem compartilhar comigo suas experiências e histórias de vida.

À Joana Henneman por me presentear com a bela e afetuosa ilustração que constitui a sobrecapa da tese.

À minha estimada orientadora, professora Marta Julia, pela confiança que depositou em mim, pelo incentivo para a realização deste estudo, por orientar não

apenas estudos acadêmicos, mas também um caminho a ser percorrido por meio do seu exemplo de dedicação e excelência.

Aos membros do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) por todas as trocas (conhecimentos, experiências, publicações, ajudas, etc.). Em particular, cito: Deise Riquinho, Adriana Roese, Eliziane Ruiz, Marilise Mesquita e Cristianne Rocha.

Ao André Bueno, que compartilha comigo a experiência de ter sido bolsista de iniciação científica, mestrando e doutorando, com a mesma orientadora, pela parceria e pela elaboração da cartografia temática apresentada nesta tese.

À Marta Cocco, à Elisiane Bonfim e à Sandra Leal pela amizade e por tantas parcerias. Em especial, à Sandra pela permanente disponibilidade em me ajudar em todo o possível.

Às colegas em dose dupla (estudos e trabalho), Andreia Burille e Vilma Fioravanti pela preciosa amizade e pela generosidade com que acolhem minhas angústias.

À minha família e ao Fernando, meu companheiro, por todo o cuidado (atenção, afeto, carinho, preocupação, segurança, apoio) que me proporcionam. Sou muito grata!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl G. Jung)

RESUMO

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. **Nem normal, nem patológico - mulheres em situações de violência**: revelando sentidos para a atenção e o cuidado. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta tese centra-se na problemática da violência contra as mulheres, nas trajetórias em serviços de acolhimento e em práticas sociais e profissionais de cuidado. Baseada em estudos anteriores da autora, parte das afirmações de que serviços e práticas são inadequados, desarticulados, medicalizados e desrespeitam as mulheres vitimadas. Nesse sentido, a partir de experiências de mulheres em situação de violência buscou refletir, compartilhadamente, sua relação com os serviços e suas concepções de cuidado. Trata-se de estudo misto, que descreve e analisa a violência contra mulheres à luz de diferentes enfoques teóricos entre as teorias principalistas do direito à vida em segurança, da saúde e do gênero. O local de realização foi o Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) do município de Porto Alegre. As participantes foram mulheres atendidas no CRAM em decorrência de situações de violência. A geração de dados ocorreu por meio de pesquisa documental em 536 formulários de atendimento, observação sistemática realizada no serviço e entrevistas em profundidade com 14 mulheres. A análise dos dados ocorreu, primeiramente, pela análise quantitativa que sistematizou registros provenientes dos formulários de atendimento do CRAM que corresponderam ao perfil dos atendimentos e das informações sociodemográficas das mulheres atendidas, bem como dos agressores. A segunda etapa correspondeu à análise dos dados qualitativos, provenientes da pesquisa documental, da observação e das entrevistas, com utilização do método da Análise de Conteúdo. Descreveu-se a organização e os processos de trabalho do CRAM, as características dos atendimentos realizados e o perfil das mulheres atendidas e dos agressores. Na análise das trajetórias, constatou-se que na maioria delas estão presentes serviços e/ou profissionais de saúde, principalmente para atendimento relacionados à saúde mental. Identificou-se que as mulheres não são adequadamente acolhidas no setor Saúde. Nos setores Segurança e Justiça, foram observadas negligências institucionais que reproduzem e potencializam a violência. O CRAM foi unanimemente bem avaliado, sendo articulador da rede de atenção. Outros serviços da rede (conselho tutelar, escola, serviços de assistência social, casas abrigos), também se constituem em pontos de apoio importantes para as mulheres, evidenciando a relevância de estabelecer adequada articulação da rede intersetorial. Na linguagem das mulheres, as experiências de sofrimento e busca de acolhimento remetem aos principais elementos para um atendimento eficaz e satisfatório que são: orientação, apoio e proteção. Atribuem às experiências de violência, os sentidos de humilhação, de culpa e de medo, as quais são geradores de intenso sofrimento e têm impactado em sua saúde. As violências impossibilitam o pleno desenvolvimento de uma vida digna. Portanto, entende-se que o enfrentamento dessas situações é necessariamente intersetorial, implicando articulação e fundamentação na garantia dos Direitos Humanos das mulheres. Conclui-se que existe, predominantemente, inadequação das práticas para a construção de projetos de acolhimento e cuidado para as mulheres em situação de violência. Nesse sentido, pensa-se que é preciso assumir nova razão terapêutica, incorporando elementos do cuidado que incluam as tecnologias relacionais e que considerem os direitos humanos, os direitos de cidadania e os aspectos subjetivos nas experiências vividas por essas mulheres.

Palavras-Chave: Violência contra a mulher. Atenção à saúde. Medicalização. Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. **Neither normal nor pathological – women under violence conditions**: disclosing senses for attention and care. 2016. 200 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

This dissertation approaches the problem of violence against women upon trajectories in support services and in social and professional care practices. Based on previous studies by the author, it starts from statements that services and practices are inadequate, not articulated, medicalized and that they disrespect victimized women. Thus, a reflection was made from the experiences of women under violence condition by sharing their relation with the services and their care conceptions. This mixed study describes and analyzes the violence against women by considering different theoretical approaches among the Principalism theories regarding the right to safe life, to health and to gender and it was carried out in the Woman Reference and Attendance Center (CRAM) in Porto Alegre. The participants were women attended within the CRAM due to violence situations. The data were collected by means of documentation survey in 536 attendance forms, systematic observation at the service and in-depth interviews with 14 women. At first, the data underwent quantitative analysis that systematized records from CRAM attendance forms which corresponded to the attendance profile and the social and demographic information of the attended women and the offenders as well. The second step corresponded to the analysis of the qualitative data from the documental survey, the observation and the interviews by applying the Content Analysis method. A description detailed CRAM organization and working processes, the characteristics of the performed attendances and the attended women and offenders' profile. The trajectories analysis showed that in most of them, services and/or health professionals are offered for mental health attendance and that the women are not properly welcome in the Health sector. Regarding Safety and Justice sectors, there has been institutional negligence which reproduces and enhances violence. CRAM service was unanimously well assessed and considered an organizer of the care network. Other network services (guardianship council, school, social support services, shelters) also are important support locations for women that evidence the relevance of establishing adequate articulation of the inter-sectoral network. In the language of women, experiences of distress and search for support address to the main elements of effective and satisfactory service, i.e.: advice, support and protection. They attribute to violence experiences the feelings of humiliation, guilt and fear which generate intense distress and impact on their health. Violence hinder the full development of a dignified life. Therefore, it is understood that the confrontation of these situations is necessarily inter-sectoral, implying articulation and foundation to safeguard the Human Rights to women. The conclusion drawn is that there is predominance of inadequate practices for the construction of support and care projects for women undergoing violence situation. Thus, it is needed to undertake a new therapeutic reason that incorporates care elements which include relation technologies and that consider human rights, citizenship rights and subjective aspects from these women's experiences.

Keywords: Violence against woman. Health care (Public health). Medicalization. Public health nursing.

RESUMEN

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. **Ni lo normal ni lo patológico – mujeres en situación de violencia**: revelando sentidos a la atención y al cuidado. 2016. 200 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta tese aborda la problemática de la violencia contra las mujeres, en las trayectorias en servicios de acogida y en prácticas sociales y profesionales de cuidado. Considerando estudios anteriores de la autora, parte de afirmaciones de que servicios y prácticas son inadecuados, desarticulados, medicalizados y no respetan las mujeres victimadas. Desde experiencias de mujeres en situación de violencia, se buscó reflexionar compartiendo su relación con los servicios y sus concepciones de cuidado. El estudio mixto describe y analiza la violencia contra mujeres considerando diferentes enfoques teóricos entre las teorías del Principalismo del derecho a la vida en seguridad, de la salud y del género, realizado en el Centro de Referencia y Atendimento a la Mujer (CRAM) de Porto Alegre. Participaron mujeres atendidas en el CRAM debido a situaciones de violencia. Los datos resultaron de pesquisa documental en 536 formularios de atendimento, observación sistemática en el servicio, y entrevistas en profundidad con 14 mujeres. Los datos pasaron, primeramente, por análisis cuantitativo que sistematizó registros de los formularios de atendimento del CRAM que correspondieron al perfil de los atendimientos y de las informaciones sociodemográficas de las mujeres atendidas y de los agresores. La segunda etapa correspondió al análisis de los datos cualitativos, provenientes de la pesquisa documental, de la observación y de las entrevistas, utilizando el método de Análisis de Contenido. Se describió la organización y los procesos de trabajo del CRAM, las características de los atendimientos realizados y el perfil de las mujeres atendidas y de los agresores. El análisis de las trayectorias mostró que en su mayoría están presentes servicios y/o profesionales de salud, principalmente para atendimento a la salud mental y que las mujeres no son adecuadamente acogidas en el sector Salud. En los sectores Seguridad y Justicia fueron observadas negligencias institucionales que reproducen y potencializan la violencia. El CRAM fue unánimemente bien evaluado, siendo articulador de la red de cuidado. Otros servicios de la red (consejo tutelar, escuela, servicios de asistencia social, hogares de abrigo), también se constituyen en puntos de apoyo importantes para las mujeres, evidenciando la relevancia de establecerse adecuada articulación de la red intersectorial. En el lenguaje de las mujeres, las experiencias de sufrimiento y búsqueda de acogida remeten a los principales elementos para atendimento eficaz y satisfactorio: orientación, apoyo y protección. Se les atribuyen a las experiencias de violencia, los sentidos de humillación, culpa y miedo, que generan intenso sufrimiento e impacto en su salud. Las violencias imposibilitan el pleno desarrollo de una vida digna. Así, se entiende que el enfrentamiento de esas situaciones es necesariamente intersectorial implicando articulación y fundamentación en la garantía de los Derechos Humanos de las mujeres. Se concluye que existe predominantemente inadecuación de las prácticas para la construcción de proyectos de acogida y cuidado para las mujeres en situación de violencia. Aún, es preciso asumir nueva razón terapéutica, incorporando elementos del cuidado que incluyan las tecnologías relacionales y que consideren los derechos humanos, los derechos de ciudadanía y los aspectos subjetivos en las experiencias vividas por esas mujeres.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Atención a la salud. Medicalización. Enfermería en salud pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição do número de mulheres atendidas pela primeira vez no CRAM por série temporal, de julho de 2012 a agosto de 2014.....	65
Cartografia 1 – Cartografia temática do índice de distribuição nas regiões de Porto Alegre dos locais de moradias das mulheres atendidas no CRAM em relação à população feminina total.....	77
Figura 1 – Trajetória da Begônia.....	86
Figura 2 – Trajetória da Camélia.....	88
Figura 3 – Trajetória da Açucena.....	90
Figura 4 – Trajetória de Dália.....	95
Figura 5 – Trajetória da Margarida.....	99
Figura 6 – Trajetória da Rosa.....	102
Figura 7 – Trajetória da Hortênsia.....	105
Figura 8 – Trajetória da Girassol.....	108
Figura 9 – Trajetória da Amarílis.....	112
Figura 10 – Trajetória da Magnólia.....	115
Figura 11 – Trajetória da Gardênia.....	117
Figura 12 – Trajetória da Tulipa.....	119
Figura 13 – Trajetória da Gérbera.....	123
Figura 14 – Trajetória da Violeta.....	125
Figura 15 – Síntese das práticas de saúde nas situações de violência contra as mulheres, a partir das dimensões Material e Imaterial.....	133
Figura 16 – Nuvem de palavras formada a partir dos sentidos que as mulheres atribuem ao cuidado.....	162
Quadro 1 – Impactos da violência de gênero sobre o desenvolvimento das capacidades e as possibilidades de enfrentamento.....	155
Quadro 2 – Consequências das violências na saúde identificadas pelas mulheres entrevistadas.....	158

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tempo de permanência em atendimento no CRAM.....	66
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014.....	69
Tabela 3 – Região de moradia das mulheres, residentes em Porto Alegre, atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014.....	76
Tabela 4 – Tipologia das violências sofridas pelas mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014.....	79
Tabela 5 – Tipo de relação entre os agressores e as mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT	Conselho Tutelar
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher Vítima de Violência
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros Especializados de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
JVDF	Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher
MPU	Medida Protetiva de Urgência
PSP	Plano de Segurança Pessoal
SAM	Secretaria Adjunta das Mulheres
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VCM	Violência Contra a Mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO – DE ONDE PARTI	19
2 DE QUE FORMA AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SITUAM-SE COMO FUNDAMENTO PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE?	26
2.1 Interfaces entre Violência, Gênero e Saúde	26
2.2 Racionalidade Biomédica e Medicalização Social.....	32
2.3 Biologizar, Medicalizar, Medicamentarizar: os “cardápios” e as práticas profissionais nos serviços de saúde nas situações de violência.....	37
2.4 Quais são as Possibilidades de Cuidado e de Intervenção nas Situações de Violência Contra as Mulheres?	44
3 OBJETIVOS DO ESTUDO	51
3.1 Objetivo Geral	51
3.2 Objetivos Específicos	51
4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	52
4.1 Abordagem e Tipo de Estudo.....	52
4.2 Local de Estudo.....	53
4.3 Participantes do Estudo	54
4.4 Geração de Dados	55
4.5 Análise dos Dados	58
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
6 OS ATENDIMENTOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: EM BUSCA DE AUTOESTIMA, DIGNIDADE E CIDADANIA	62
7 AS TRAJETÓRIAS DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM BUSCA DE CUIDADO: EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS E SINGULARIDADES	84
7.1 Apresentação das Trajetórias em suas Singularidades	84
7.2 Experiências Comuns nos Serviços de Saúde e na Rede Intersectorial – o que Atestam as Trajetórias?	127
7.3 As possibilidades de transformar o cuidado na rede de atenção. Afinal, o que querem as mulheres?	140
8 MULHERES E OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À VIOLÊNCIA, AO SOFRIMENTO E AO CUIDADO	148

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS CONTIDAS NOS PRONTUÁRIOS	189
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS REUNIÕES	190
APÊNDICE C – GUIA TEMÁTICO PARA AS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE	191
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	192
APÊNDICE E – LEGENDAS DOS SÍMBOLOS UTILIZADOS NAS ILUSTRAÇÕES DAS TRAJETÓRIAS	194
ANEXO A – TERMO CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	196
ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA	198
ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ADJUNTA DA MULHER / SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DE PORTO ALEGRE.....	199
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	200

1 INTRODUÇÃO – DE ONDE PARTI

Esta Tese de Doutorado está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem, e ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Centra-se na problemática da violência contra as mulheres e as práticas institucionais e profissionais para a atenção e o cuidado à saúde.

A experiência com a temática da violência permeia a minha trajetória de pesquisa, com inserção nos estudos do GESC desde 2006. Durante a graduação em Enfermagem tive a oportunidade de ser bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PIBIC/UFRGS). Nesse período, participei de pesquisas sobre a temática das Causas Externas (acidentes e violências), especialmente no que se refere às violências contra as mulheres.

No desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Biografias de gravidez e maternidade na adolescência, em assentamentos rurais de Encruzilhada do Sul / RS”, foi possível identificar que as histórias de vida das adolescentes participantes do estudo mostravam situações de vulnerabilidade, incluindo as de violência, produzidas pelas desigualdades nas relações de gênero, potencializadas na situação geracional e de pobreza socioeconômica (SOARES; LOPES, 2011).

A Dissertação de Mestrado teve como tema a violência nas relações afetivo-sexuais entre adolescentes. Observou-se, naquele estudo, que a violência entre casais adolescentes está atravessada por culturas de gênero que envolvem a produção e reprodução de modelos de masculinidade e feminilidades historicamente construídos. Ao mesmo tempo, a pouca procura por ajuda profissional para o enfrentamento das situações de violência indicou a necessidade de tensionar as implicações do sistema de atenção à saúde nesses eventos, considerando-se a responsabilização e o comprometimento dos profissionais de saúde na prevenção das violências (SOARES, 2012).

Assim, o interesse pelo tema violência, as experiências vivenciadas e os conhecimentos adquiridos durante os cursos de graduação e mestrado, impulsionaram-me a continuar, no doutorado, buscando aprofundamentos teóricos e

conceituais que possam ajudar a compreender as dificuldades existentes, no campo da saúde, para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

A partir da minha inserção no GESC e da reflexão sobre os diversos estudos do Grupo desenvolvidos sobre o tema violência contra a mulher – entre os quais os de Bonfim (2008), Leal (2010), Costa (2012) – busco, com esta Tese, avançar para além do seguinte impasse: os profissionais de saúde não sabem como lidar com as situações de violência, e as práticas de saúde predominantes nos serviços não são adequadas para acolher essa demanda por cuidados.

Neste estudo adota-se o texto da Declaração da Eliminação da Violência Contra a Mulher, criada em dezembro de 1993, na Assembleia Geral das Nações Unidas, que assim define a violência contra a mulher:

Qualquer ato de violência com base no gênero, sexo, que resulta ou possa resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida privada (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993, Art.1).

Essa Declaração foi o primeiro documento internacional de Direitos Humanos voltado exclusivamente à violência contra a mulher, e afirma que esses atos se constituem em violação de direitos e liberdade das mulheres. Reconhece a violência como uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, que levaram à dominação e à discriminação contra as mulheres pelos homens e ao impedimento do avanço pleno das mulheres. Expressa ainda que a violência contra as mulheres é um dos mecanismos sociais fundamentais pelos quais as mulheres são forçadas a uma posição de subordinação em relação aos homens (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993).

Em âmbito nacional, é importante mencionar a Lei nº 11.340/2006 - Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa Lei, que resultou de uma luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional de violência doméstica e familiar contra a mulher, contém contribuições fundamentais para a garantia do direito das mulheres a uma vida sem violência (BRASIL, 2012). Nesses dez anos de implantação dessa Lei, muitos avanços foram realizados, mas há ainda muito a ser feito para que de fato as mulheres recebam atendimentos humanizados e efetivos nos diferentes serviços que compõem a rede intersetorial.

Bárbara Soares (2005) enfatiza que qualquer mulher pode ser vítima da violência, independentemente de sua classe social, cultura, religião, raça ou etnia. No entanto, as mulheres com maior poder aquisitivo conseguem esconder melhor sua situação e têm mais recursos para tentar romper com a violência.

Nessa perspectiva, Grossi e colaboradas (2012) enfatizam que a violência doméstica não pode ser dissociada das questões sociais relacionadas à desigualdade, expressas pelo não acesso aos direitos sociais, desemprego, pobreza, entre outros. As autoras destacam que, muitas vezes, as mulheres estão inseridas em um contexto de perda gradativa de direitos e de poder de mobilização frente às condições adversas que lhe são impostas, restando-lhes poucas opções para lidar com a sua situação de violência.

Os resultados de uma pesquisa realizada em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre mostraram que a trajetória percorrida pelas mulheres para romper com a violência é longa, atravessada por avanços e retrocessos, desprovida de apoio e, em muitas situações, ocorre a re-vitimização pelos serviços que deveriam acolhê-las. Mesmo com a recente criação de políticas públicas e centros de referência para acolher as mulheres e suas famílias, muitos profissionais ainda atendem as mulheres de modo autoritário e machista (PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008).

Como panorama epidemiológico da violência contra as mulheres cita-se a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. De acordo com os resultados encontrados, cerca de uma em cada cinco mulheres refere já ter sofrido, pelo menos uma vez, algum tipo de violência por parte de um homem, seja ele conhecido ou desconhecido. Nessa pesquisa também foi identificado que a cada dois minutos cinco mulheres são espancadas no Brasil. Na maioria das formas de violência, o parceiro (marido ou namorado) é o responsável por mais de 80% dos casos reportados (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Menciona-se também a pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão (2013), que buscou avaliar a percepção de homens e mulheres sobre violência doméstica e assassinatos de mulheres no Brasil. Entre os participantes da pesquisa, 54% afirmaram conhecer uma mulher que já sofreu agressão do parceiro, em todas as classes econômicas. Os entrevistados consideram que as principais razões para a mulher não se separar do agressor são vergonha e medo de ser assassinada, e

85% concordam que as mulheres que denunciam seus parceiros correm mais riscos de sofrer assassinato.

No que se refere aos dados sobre assassinatos de mulheres no Brasil, o “Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil” (WAISELFISZ, 2015), aponta para uma taxa de 4,8 homicídios em 100 mil mulheres no ano de 2013, sendo que entre os anos de 1980 e 2013 os quantitativos de mulheres vítimas de assassinato aumentou em 2,3 vezes. Entre as mulheres de 18 a 59 anos de idade, o principal agressor é o parceiro ou ex-parceiro, concentrando a metade de todos os casos registrados.

Apesar de a violência não ser uma doença em si, ela configura-se em sofrimento importante para as mulheres. Estima-se que, no Brasil, pelo menos 35% das queixas levadas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas a violências que sofrem, principalmente nas relações conjugais (MINAYO, 2006).

A magnitude do problema, evidenciada a partir de dados epidemiológicos, determina que se inclua a violência como questão da saúde. No entanto, como “questão” ou tema da saúde, a violência está distante de ser reduzida à doença e a problema de saúde. Não se trata de um problema de saúde, mas de um problema que é capaz de ser acolhido na área da saúde, em sua complexidade. Nesse sentido, considerar as necessidades decorrentes de uma vida em situação de violência, interpela, em particular, as práticas ofertadas nos limites da clínica biomédica (LOPES, 2013).

Pesquisadoras afirmam que as mulheres que vivem e/ou viveram algum tipo de violência (doméstica, sexual ou outras) apresentam mais queixas, distúrbios e adoecimentos, e, conseqüentemente, utilizam os serviços de saúde com maior frequência (SCHRAIBER et al., 2005). No entanto, observa-se que os profissionais da saúde têm dificuldade para identificar as situações de violência (sob um olhar clínico normativo e protocolar), e mesmo quando as identificam, não sabem lidar com essas demandas. Para esses profissionais a violência, e a de gênero, em particular, é representada como algo que não é do âmbito da Saúde e, por essa razão, não se responsabilizam pela promoção de ações voltadas à resolução do problema ou limitação do dano, centrando a atenção somente nas lesões físicas resultantes ou em abordagens patologizantes (BONFIM, 2008; LEAL, 2010; LEAL; LOPES, 2005; SCHRAIBER et al., 2005).

Estudo sobre a internação de mulheres vítimas de agressão em um hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre identificou que as informações sobre a violência contra a mulher são pouco investigadas pelos profissionais e serviços de saúde. Foram encontradas incompletudes dos dados e/ou ausência de registros nos prontuários, especialmente no que se refere ao agressor e aos motivos da violência. Esse fato contribui para a invisibilização desse tipo de agravo, principalmente quando envolve o parceiro íntimo. Além disso, demonstra um descaso dos profissionais e dos serviços e o não reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de Saúde Pública (ILHA; LEAL; SOARES, 2010).

Para Leal (2010), essa exclusão da violência do campo da saúde institui sua “ilegitimidade diagnóstica”, condição que a exclui das estratégias de enfrentamento, pois isenta o profissional de saúde de envolver-se e responsabilizar-se por atendimentos decorrentes da violência. Observa-se, assim, que há dificuldade em entender a violência como responsabilidade institucional e do Estado e da representação do espaço profissional como de dever de intervenção nessas situações.

Desse modo, considera-se a necessidade de reconhecimento da violência como uma questão a ser acolhida pelo setor Saúde, e também de responsabilização desse setor com as usuárias nessa situação. Há que se considerar, portanto, a necessidade de construção de “olhares sensíveis sobre a violência” nos serviços de saúde, capazes de desnaturalizar e permitir sua visibilidade e consequente “legitimidade diagnóstica”, como afirmam Leal (2010) e Costa (2012).

A “legitimidade diagnóstica” se introduz, nesta discussão, no sentido de possibilitar a acolhida no sistema, mas não se defende a legitimação da violência como doença, que precisa ser definida por um código nos limites estreitos da clínica biomédica, a exemplo da Classificação Internacional de Doença (CID). Leal (2010) refere que ao se considerar a violência como questão da saúde possibilita-se sua inclusão nas responsabilidades do setor e, portanto, a oportunidade de uma intervenção terapêutica no campo da Saúde.

Nesse sentido, pode-se questionar: esse olhar desnaturalizador da violência, considerando-se as práticas dominantes do campo da saúde, não as patologizaria? Ou, explicando melhor, não seria uma forma de tornar a violência passível de um diagnóstico de adoecimento e, nesse caso, medicalizada e medicamentada? O

campo das práticas ditas “terapêuticas” formais, advindas de um diagnóstico médico, seria adequado para acolher essa forma de sofrimento?

Observa-se que nos serviços de saúde predominam práticas biomédicas, que exigem um diagnóstico e um tratamento focado em patologias. Portanto, pode-se dizer que as situações de violência frequentemente são medicalizadas.

Entende-se por medicalização, a transformação progressiva de problemas da vida cotidiana, de experiências e sofrimentos em objeto de intervenção biomédica (TESSER, 2006a). É importante esclarecer que a medicalização não se restringe à profissão médica, mas diz respeito “ao processo presente em todas as áreas da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas (e reducionistas, acrescenta-se) ante a complexidade dos problemas” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3618).

Destaca-se que nem sempre a medicalização é algo negativo, pois, em algumas situações, como é o caso de lesões e traumas físicos, a eficácia, e até mesmo a necessidade, da intervenção prática biomédica não está em questão. O que se questiona, neste estudo, é a intervenção restrita ao biológico, ou subordinada ao diagnóstico patológico, para problemas complexos, como é o caso da violência, e a responsabilização pública (social e profissional) sobre o sofrimento dela decorrente.

Ao mesmo tempo, quando se propõe que a violência seja atendida nos serviços de saúde, pode-se reconhecer que se está medicalizando-a, no sentido de que se pretende incorporar como questão da saúde o que, a princípio, é um problema social. A contradição surge à medida que, do ponto de vista restritivo da biomedicina, que concebe saúde como a ausência de doenças, poder-se-ia considerar que há saúde nas situações de violência. Isso porque a violência não se enquadra no quadro nosológico da clínica médica e, ao mesmo tempo, não se enquadra na dimensão terapêutica de cuidado à saúde desenvolvido por um amplo leque de profissões da saúde. Dessa forma, acredita-se ser necessário criar novas “razões ou lógicas terapêuticas” que legitimem a intervenção em situações e sofrimentos não enquadráveis em (classificáveis como) “doenças” (LOPES, 2013).

Nessa perspectiva, considera-se pertinente citar Rubem Alves (2011, p. 64), quando diz que não é possível fazer uma pesquisa objetiva sobre o sofrimento e a felicidade, pois esses não são “objetos”, mas “qualidades de relações”. O autor afirma que as ciências físicas pesquisam e conhecem objetos, mas ignoram tudo

sobre qualidades, ou seja, “o sentimento de felicidade ou infelicidade que um objeto produz numa pessoa”.

Sendo assim, pode-se dizer que as práticas de saúde que se fundamentam nessa visão científica (e que se restringem a ela), que só conhece e reconhece o que é objetivável, não conseguem incluir como possibilidade de atenção as experiências vividas pelas mulheres em situação de violência.

Considerando-se as reflexões sobre a medicalização das situações de violência nas práticas dos serviços de saúde, neste estudo buscou-se responder ao seguinte problema de pesquisa: *podemos construir projetos de cuidado com mulheres em situação de violência que não se restrinjam às práticas tradicionais, biologicistas e medicalizadas, e sim centradas em sujeitos autônomos e singulares?*

Para tanto, neste estudo, inicialmente e a partir do referencial teórico, problematizam-se as situações de violência contra as mulheres nas práticas profissionais nos serviços de saúde, buscando fazer reflexões sobre a violência na perspectiva de gênero, a medicalização das práticas de saúde e o cuidado como possibilidade de atenção afetiva às mulheres. Apresentam-se, no terceiro capítulo, os objetivos formulados para a pesquisa. No quarto capítulo, relata-se o caminho metodológico percorrido para a sua execução, e, na sequência, no quinto capítulo, discute-se sobre as considerações éticas adotadas na pesquisa.

Os resultados encontrados, suas análises e discussões, formam os três próximos capítulos que tratam, inicialmente, no sexto capítulo sobre os atendimentos do centro de referência de atendimento à mulher vítima de violência; a seguir, no sétimo capítulo, sobre as trajetórias das mulheres em situação de violência em busca de cuidado; e, por fim, no oitavo capítulo, sobre os sentidos atribuídos à violência, ao sofrimento e ao cuidado. Finaliza-se com as considerações finais, no nono capítulo, buscando fazer uma síntese dos resultados encontrados no estudo e das reflexões deles decorrentes.

2 DE QUE FORMA AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SITUAM-SE COMO FUNDAMENTO PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE?

Para a construção desses questionamentos como problema de pesquisa são utilizados referenciais teóricos com contribuições reflexivas que abordam a violência na perspectiva da saúde e suas implicações nas práticas de cuidado. Entende-se que, como ponto de partida para a compreensão das manifestações das violências contra as mulheres, é preciso trazer elementos do gênero como categoria analítica. São utilizados também referenciais e reflexões sobre o tema da medicalização social e as implicações da racionalidade biomédica nas práticas profissionais de saúde, especialmente na atenção às mulheres. Busca-se ainda problematizar a medicalização das situações de violência contra as mulheres e discutir as possibilidades de práticas de cuidado não medicalizadas para essas situações.

2.1 Interfaces entre Violência, Gênero e Saúde

As violências, juntamente com os acidentes, na Classificação Internacional de Doenças (CID) recebem o nome genérico de “Causas Externas” de morbidade e mortalidade. Deslandes (1999, p. 82) afirma que essa “designação revela, ironicamente, o paradoxo que a violência representa para o campo da Saúde”. A autora questiona se essas causas são *externas* ao campo da atuação médica, por não serem causas orgânicas, exigindo uma lógica diferente do tratamento das doenças, ou se são “*externas* porque sempre foram um problema do social e não da área de Saúde”.

Assim, se por um lado a categoria diagnóstica das Causas Externas é imprecisa, por outro a conceituação de violência não é simples, pois ela se apresenta sob diferentes aspectos e é mais ou menos visível como problema de acordo com cada sociedade e cultura. Do ponto de vista da saúde, adota-se a definição de violência presente no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, que associa a intencionalidade do ato.

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar

em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Para Minayo (2006), a violência não é única, mas múltipla. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno sócio-histórico, que emerge no âmbito das relações e interações entre os seres humanos, sendo a vida em sociedade a condição básica e necessária para o surgimento e o desenvolvimento da violência; possui causas complexas que precisam ser analisadas em seus componentes sociais, políticos, econômicos, culturais e individuais (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA, 1998).

Do ponto de vista epidemiológico, a violência configura-se em importante problema de saúde pública no Brasil, por ser a origem de uma grande proporção de morbidade e mortalidade, resultando em altos custos individuais e coletivos (REICHENHEIM et al., 2011). Em 2009, as causas externas foram responsáveis por 12,5% do total de mortes no Brasil, representando a terceira causa mais frequente, atrás apenas das doenças cardiovasculares e neoplasias. Entre os adolescentes e adultos jovens (de 10 a 39 anos), esse grupo de causas ocupa a primeira posição (MASCARENHAS et al., 2011). Entre os anos de 1980 e 2011 a taxa de mortalidade por causas externas aumentou 28,5% no Brasil. Esse aumento é impulsionado, fundamentalmente, pelos homicídios, que cresceram 132,1% (WAISELFISZ, 2013).

Minayo (2006) refere que a violência afeta fortemente a saúde, pois além de provocar danos físicos, emocionais e morte, também reduz a qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Em consequência, a violência exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde, impondo novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e evidencia a necessidade de uma atuação interdisciplinar e intersetorial. Dessa forma, mesmo não sendo objeto restrito e específico da área da saúde, a violência está intrinsecamente ligada a esse setor, que tem procurado ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas para esses agravos e ações de promoção à saúde, de acordo com seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO; SOUZA, 1998).

Para Minayo (2006, p.13), os eventos violentos estão associados a “conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens”. Esses fatores podem ser bem percebidos nas relações de gênero, nas expressões da dominação masculina que estão na origem da violência contra a mulher.

Uma discussão conceitual baseada em Michel Wieviorka (2010) refere-se à violência cultural. Diz o autor que uma cultura pode conter elementos mais ou menos favoráveis à violência. Admitindo esse favorecimento, pode-se incluir, na esfera simbólica, as condutas de masculinidade e virilidade, por exemplo. A feminilidade, em contraposição, representaria, na esfera simbólica dominante, a fragilidade e “suportaria” uma justificativa legitimadora da violência direta ou estrutural. Nesse sentido, estão incluídos fortes elementos de legitimidade social – as religiões, as ideologias, a linguagem, a arte e mesmo a linguagem das ciências. Essas linguagens de gênero, mesmo que relativas e supostamente transformáveis historicamente, têm se configurado em algumas “permanências” fortalecedoras de hierarquias de gênero que favorecem condutas de masculinidade (legitimadas por atributos de sexo) no campo do uso da violência direta, nas relações interpessoais homem-mulher.

Mesmo que Wieviorka (2010) argumente que as culturas, cada vez mais híbridas, são móveis e não constituem quadros fixos em que a violência encontra abrigo, pode-se argumentar que ainda estão distantes de recontextualizar a violência contra as mulheres e fortalecer pedagogias culturais de igualdade de gênero que se submetam ao “direito à vida sem violência” independente do sexo.

Evidentemente, as reflexões sobre a violência são complexas e não se esgotam naquelas que envolvem poder e dominação interpessoal. No entanto, pode-se admitir que a violência contra as mulheres extrapola as fronteiras de classe, de instituições político-sociais, religiosas e ancora profundamente os marcos legais de convivência social. Assim, preceitos morais e mesmo o direito e os códigos que nele se baseiam são expressões dessa ancoragem. Na linguagem Moscoviciana, essa ancoragem representa a materialidade das coisas, algo que é possível comparar e interpretar (MOSCOVICI, 2003). No caso da violência, sustentaria a imagem naturalizada da vítima potencial.

Ainda que se considere a complexidade e a pluralidade das violências, este estudo pauta-se na evidência instrumental e cultural da permanência do favorecimento a condutas de violência entre homens e mulheres e na incapacidade de construção de soluções simples para esse fenômeno.

Nessa perspectiva, encontra-se base nas concepções de Saffioti (2004), que considera a violência do homem contra a mulher constitutiva da organização social de gênero vigente na sociedade brasileira, que privilegia o masculino. Para essa

autora, a violência de gênero, nas suas modalidades doméstica e familiar, é um importante meio de controle social, cuja função consiste na domesticação das mulheres.

Para Schraiber e d'Oliveira (1999), a violência contra a mulher diz respeito a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Assim, essa violência remete a uma construção de gênero, denotando a diferença de estatuto social da condição feminina, que está na origem de certas situações de violência experimentadas pelas mulheres – especialmente a violência cometida por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo.

Admitindo-se o componente gênero nesse tipo de violência, cita-se Scott (1995, p.86), ao afirmar que “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Para Lopes (1996), a construção social dos sexos é elemento estruturante das relações de poder entre homens e mulheres, o qual dá sustentação a hierarquias sociais que influenciam formas concretas e simbólicas de dominação. Assim, o gênero constitui um ângulo de leitura do social que fornece respostas às desigualdades persistentes entre homens e mulheres.

Meyer (2009, p. 229) afirma que “gênero é uma construção social plural e relacional e um organizador do social e da cultura”. Situando a violência, a autora afirma que “é no contexto de relações de poder de gênero e sexualidade naturalizadas, sancionadas e legitimadas em diferentes instâncias do social e da cultura que determinadas formas de violência tornam-se possíveis” (MEYER, 2009, p. 218).

Reconhecendo especificidades, mas também complementaridade nessas definições, ressalta-se que a violência de gênero pode incidir sobre homens e mulheres. No entanto, os estudos e estatísticas existentes demonstram que grande parte dessa violência direta é cometida por homens contra as mulheres, sendo as consequências físicas e psicológicas muito mais graves e nocivas para elas. Por serem as mulheres as maiores vítimas de violência de gênero, essa expressão é quase sinônimo de violência contra a mulher. Essa violência pode ser do tipo físico, psicológico, econômico ou sexual e muitas mulheres sofrem todas essas formas de violência ao mesmo tempo, que pode durar anos ou até mesmo toda a vida. Pode-se afirmar que a violência contra a mulher está relacionada à ideologia de gênero que

permite ao sexo masculino sentir-se no direito de agredir, violentar e submeter o sexo feminino (STREY, 2004).

Analisando essa pluralidade de elementos implicados no fator violência, pode-se afirmar que a violência contra as mulheres é um componente das relações desiguais de gênero que se sobrepõe às demais relações sociais (raça e classe social), manifestando-se de forma relativamente homogênea em todos os segmentos sociais. Essa violência é um produto e, ao mesmo tempo, um elemento estrutural na subordinação das mulheres, na qual elas perdem a sua condição de sujeito (PORTELLA, 2005).

Estudo recente de Costa (2012, p. 171), investigando as Representações Sociais da violência contra as mulheres em áreas rurais de municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, mostra múltiplas faces da violência, denominadas pela autora de “epidemiologia da violência falada”. De acordo com as representações, a violência, nesse contexto, é “silenciosa” e “silenciada” – invisível. Ela se origina e se manifesta nas desigualdades de gênero: poder e dominação masculina; na privação de lazer, de circulação no espaço público, no manuseio do dinheiro, de estudar; na privação econômica, que incide sobre a produção e posse da terra; na sobrecarga de trabalho e uso de agrotóxicos; no difícil acesso e acessibilidade a serviços; no despreparo dos serviços e profissionais; na ausência do Estado na implementação de políticas públicas para as mulheres rurais; na permanência de representações de gênero sustentadas na “culpa” por “ser mulher”; na relação de serviço à família, entendida como disponibilidade permanente, sem tempo definido e ao longo da vida.

Nessa linha reflexiva, pode-se dizer que a violência contra as mulheres se constitui entre o “material” e o “imaterial”, entre o subjetivo e o objetivo, entre o sujeito e o coletivo, entre a condição e a situação. De acordo com Raynaut (2011), a materialidade se expressa no físico, no biológico, e a imaterialidade envolve as relações sociais, os saberes e a cultura (representações, valores, normas).

Nesse sentido, as violências têm causas e consequências pertencentes às duas dimensões. A dimensão material é expressa nas lesões físicas, no dano ao corpo biológico, ou ainda às questões relacionadas às dificuldades financeiras. Por sua vez, a dimensão imaterial envolve as desigualdades nas relações de poder entre os sexos, o simbólico e a persistência de culturas de gênero que inferiorizam as mulheres, além de todo sofrimento decorrente de uma vida sob violência.

Ainda na dimensão imaterial, a violência simbólica, estudada por Pierre Bourdieu (2011), corresponde a submissões sequer percebidas como tal e que se relacionam a mecanismos sutis de dominação. Essa forma de violência é insensível e invisível para suas próprias vítimas, sendo produzida e reproduzida pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento. Assim, diz o autor, uma forma particular de violência simbólica é a dominação masculina, um dos essencialismos mais arraigados da cultura, que considera o masculino superior ao feminino, contribuindo para a perpetuação do poder dos homens. Além disso, o entendimento da força normatizada da violência de gênero permite visualizar a inscrição nos corpos e mentes dos mecanismos necessários para que os sistemas simbólicos (imateriais) cumpram sua função política de instrumento de imposição ou de legitimação de dominação (BOURDIEU, 1996, 2011).

Ilustram essas imaterialidades os resultados de uma pesquisa realizada por Schraiber e colaboradores (2003), em que os autores buscaram identificar, entre usuárias de um serviço de atenção primária de saúde, a percepção de ter sofrido violência, a definição de violência em geral e a nomeação dada por quem a experimentou. Os pesquisadores encontraram que a maioria das mulheres que referiu ter sofrido algum episódio de agressão física ou abuso de ordem sexual ou psicológica não percebeu o vivido como violento. Houve grande dificuldade por parte das mulheres em contar os episódios violentos vividos e nomeá-los de violência, e apesar de a maioria desses episódios serem do âmbito doméstico, na definição de violência esta referência não aparece. Esses achados evidenciam a naturalização da violência, em especial a que ocorre no espaço doméstico, pelas próprias mulheres vítimas, que não raro sentem-se culpadas pelas violências sofridas e justificam as atitudes dos agressores.

Outro estudo sobre a trajetória de mulheres em situação de violência de gênero em Porto Alegre, de Meneghel e colaboradoras (2011), identificou que, antes de procurar por um serviço de ajuda, é preciso dar-se conta de que se está sofrendo violência. No entanto, mesmo quando as mulheres decidem romper com a violência, muitas vezes as trajetórias são dificultadas pela fragmentação dos serviços que compõem a rede, e pelas concepções dos profissionais que entendem a violência como doença, direcionando o foco para o tratamento, isentando o agressor de responsabilidade pelos seus atos e expondo as mulheres a violências adicionais.

Em estudo sobre as representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva de enfermeiras, Leal, Lopes e Gaspar (2011) identificaram que as representações estão restritas ao universo do senso comum, no qual os sentimentos de revolta e carinho predominam quando as enfermeiras cuidam de uma mulher em situação de violência. As representações das enfermeiras sobre o cuidado nessas situações estão restritas as ações de apoiar ou “confortar” a mulher e, portanto, não abrangem o comprometimento institucional de reconhecer e acolher as mulheres em situação de violência, desenvolvendo ações de cuidado adequadas a essas situações.

As dificuldades do setor saúde para “dar conta” da violência praticada contra as mulheres, além das razões relacionadas às culturas de gênero, possuem origens também nas racionalidades médicas hegemônicas no campo da saúde que influenciam/determinam as práticas profissionais (não só as práticas, mas toda uma lógica de organização e epistemologia do saber-fazer).

Como subsidio para essa discussão, na sequência apresentam-se reflexões que abordam a racionalidade biomédica e a medicalização social, buscando analisar seus reflexos nas práticas profissionais de saúde, especialmente nos que se referem às situações de violência.

2.2 Racionalidade Biomédica e Medicalização Social

De acordo com Bouchard e Cohen (1995, p.1), “a medicalização é a aplicação de conceitos e tecnologias médicas para a compreensão e regulação de condutas individuais ou de fenômenos sociais”. Nessa perspectiva, Tesser (2006a, p. 62) afirma que “o processo de medicalização social pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina, que redefine experiências e comportamentos humanos como problemas médicos”.

Camargo Jr. (2013) destaca que há diferentes conceitos de medicalização, vinculados a distintos modos de compreender as relações entre saúde e sociedade. De um lado, a medicalização pode ser considerada uma forma de controle social, sutil e importante; pode se referir a um processo no qual a sociedade empodera a medicina moderna e se submete a ela; e também pode ser utilizada como um conceito que tem potencialidade para analisar o processo de transformação de problemas sociais em problemas médicos. O autor ainda assinala que os conceitos

atribuídos à “medicalização” variam desde desconsiderar que haja legitimidade das práticas médicas no cuidado às pessoas até o reconhecimento da possibilidade de contribuições eticamente justificáveis. No entanto, considera-se que os distintos conceitos de medicalização citados pelo autor não são excludentes entre si, mas complementares.

A medicalização da sociedade evidencia-se pelo fato de que o modelo biomédico se impôs na definição e no tratamento de numerosos problemas públicos contemporâneos. Assim, alguns comportamentos antes considerados desvios e/ou atos condenáveis, entre os quais alcoolismo, homossexualidade, abusos de crianças, drogas, fracasso escolar, tornaram-se doenças. Desse modo, o saber médico conquistou valor normativo frente a setores cada vez mais variados da vida individual e coletiva e os médicos foram autorizados a formar julgamentos morais sobre os problemas da vida privada (ADAM; HERZLICH, 2001).

Illich (1975), em sua obra “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, afirma que a medicina institucionalizada se constitui em ameaça à saúde, alienando os meios de tratamento e impedindo que o conhecimento científico seja partilhado. O autor distingue três formas de iatrogênese: a iatrogênese clínica, que se refere às consequências biomédicas do ato técnico manifestadas sob a forma de sintomas clínicos; a iatrogênese social, que é o efeito social não desejado e prejudicial do impacto social da medicina; e a iatrogênese estrutural, que se constitui em regressão estrutural do nível de saúde, a partir da modificação cultural do significado de experiências da vida humana (a dor física, a doença e a morte) em objetos dependentes da intervenção médica. Na concepção de Illich, a principal consequência desse processo é a redução da autonomia dos sujeitos em relação às explicações e às possibilidades de intervenção sobre o seu sofrimento.

Também Tesser (2006b) afirma que o saber biomédico não promove a autonomia dos sujeitos, dizendo que todo poder, saber e capacidade de decisão estão alheios aos cidadãos, cabendo a eles apenas aderir ao que lhes é prescrito, ou, às vezes, imposto. O autor afirma ainda que o saber médico científico está desagregado da vida e da percepção pessoal, cultural e social dos seres humanos. Em consequência, os saberes estabelecidos pela biomedicina ganham caráter de prescrições que não se integram ao universo vivenciado pelo sujeito, sendo, muitas vezes, por seu caráter rígido e restritivo, pouco convincentes e operacionalizáveis.

Nessa perspectiva, Adam e Herzlich (2001) mencionam que o médico se coloca em posição de definir tanto as necessidades do sujeito quanto o que é possível e legítimo intervir. Desse modo, afirmam os autores, a diferença entre os saberes e as competências especializadas pode se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas, que são reduzidas a simples objetos.

Outro aspecto importante a ser destacado é a centralidade do diagnóstico na terapêutica biomédica. É através do diagnóstico (unicamente) que o profissional de saúde fornece ao usuário uma explicação para a sua situação de adoecimento, sendo o objeto das suas atenções uma “doença”, supostamente distinta e alheia ao sujeito (ADAM; HERZLICH, 2001). Isso limita a possibilidade de interação com outras perspectivas ou fatores do adoecimento, por exemplo o aspecto emocional. Além disso, para Tesser (2006a e 2007), esse foco suscita a “desresponsabilização” social por parte dos profissionais de saúde, cujo objeto de atenção não abrange os sofrimentos vividos que não se enquadrem na nosologia biomédica.

Entretanto, quando “outros adoecimentos” e sofrimentos são reconhecidos, geralmente é estabelecido um segundo diagnóstico, de ordem “psi”, recaindo na dicotomia psique-soma. E sua intervenção (psicotrópicos ou psicoterapia, cuja eficácia é real, porém momentânea, além de substancialmente iatrogênica), ocorrerá em paralelo a outras intervenções para outros diagnósticos biomédicos. As intervenções são, assim, especificamente dirigidas, desviando a atenção dos sujeitos (TESSER, 2006b, 2007).

Discutindo aspectos da “integralidade”, princípio do SUS, a partir de pesquisas organizadas ao redor da categoria “racionalidade médica”, Tesser e Luz (2008) afirmam que a biomedicina não contribui para a construção da integralidade. Isso se deve, justamente, ao fato de o saber e as ações biomédicas estarem centrados no diagnóstico, combate e controle das doenças ou seus riscos, distanciando-se do paciente e de sua vida.

Particularizando essas reflexões na medicalização do corpo feminino, pode-se dizer que está baseada principalmente em sua biologia, naturalizando, através dela, a condição feminina (VIEIRA, 2002). A definição biomédica das experiências femininas pode ser observada em vários domínios, mas é principalmente nas questões relacionadas à reprodução (ciclo menstrual, fertilidade, gravidez, parto e menopausa) que ela se manifesta (KONINCK, 1995).

Vieira (2002) afirma que, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. A “natureza feminina”, considerada frágil, instável e vulnerável, foi utilizada para explicar a loucura, a degeneração moral e até mesmo a criminalidade. Assim sendo, o processo de medicalização pretende disciplinar o corpo feminino, articulando condições orgânicas e de gênero, para conformar as mulheres às normas sociais.

Rhoden (2001), em seus estudos sobre a criação da medicina da mulher, ou ginecologia, demonstra que a medicina do século XIX, no Brasil, é caracterizada pela preocupação com a diferença entre os sexos. Segundo a autora, o surgimento da ginecologia está articulado aos empreendimentos científicos que se centravam na classificação e delimitação das fronteiras entre os seres humanos, que tinham como alvos privilegiados as mulheres e as crianças. A ginecologia, além de tratar dos fenômenos relativos aos órgãos reprodutivos na mulher, também se constituía em uma verdadeira ciência da feminilidade e da diferenciação entre os sexos. Essa especialidade médica se apresentava como uma ciência que descrevia e prescrevia os papéis sociais adequados a homens e mulheres, preocupando-se em garantir a concretização dessas diferenças, ou seja, uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e um homem capaz de ser provedor competente.

Koninck (1995) contribui com essas reflexões ao abordar a “gestão biomédica do corpo feminino”, ou seja, a adesão à definição biomédica de especificidade biológica da mulher e o controle biomédico dos eventos relacionados a esta especificidade. Para a autora, a definição biomédica das experiências femininas faz com que as mulheres sejam consideradas portadoras de risco de doenças e em ruptura com a ordem social clinicamente definida. Assim, o que se busca é controlar a natureza, suas lacunas, seus pontos fracos para melhor produzir.

A constante preocupação da medicina em controlar, por meio de intervenções, o comportamento moral das mulheres, como demonstrado nos estudos citados, evidencia a histórica (e ainda atual) medicalização do corpo feminino. Esse corpo que inquieta, legítima, em certa medida, agressões e procedimentos de controle, tanto pelas vias normativas de conduta e formas de se portar em sociedade, como pelo uso de fármacos, especialmente os “psi”, que são poderosos aliados das terapêuticas atualmente empregadas.

Nessa perspectiva, ponderando sobre a relação entre a medicalização social e as situações de violência, pode-se argumentar que as práticas de intervenção de caráter biomédico também têm a intenção de “controlar”, “normalizar”, “acalmar”, a manifestação do sofrimento vivenciado pelas mulheres. Essas práticas estão baseadas no que é legitimado como passível de intervenção no campo da saúde, baseadas em diagnósticos e no “cardápio” já existente de ações. Questiona-se se essa assistência prescritiva responde às complexas e plurais necessidades das mulheres, respeitando sua autonomia enquanto sujeito de direitos.

Acredita-se que a dificuldade em lidar com problemas complexos, como a violência, encontra relação com a racionalidade médica ocidental contemporânea, também denominada medicina científica ou biomedicina. Essa racionalidade está embasada no imaginário mecânico da física clássica, com uma visão analítico-mecanicista, e em uma doutrina implícita que vê a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetiváveis, manifestações de lesões no organismo físico que devem ser corrigidas por uma intervenção concreta, preferencialmente medicamentos e cirurgias (CAMARGO JR, 2003).

No caso das situações de violência pode-se dizer que, muitas vezes, buscase “objetivar” o sofrimento delas decorrente, a partir da tentativa de enquadrá-lo em um diagnóstico, por vezes no âmbito do “psi”, e de intervenções pontuais, como a prescrição de fármacos ou encaminhamentos. Evidencia-se, assim, um processo de medicalização da violência, à medida que se “transforma” o sofrimento em objeto de intervenções biomédicas reducionistas e controladoras da “instabilidade” das mulheres.

Assim, pode-se dizer que as práticas de intervenção biomédicas respondem à dimensão material da violência (ainda que com limitações), no que se refere ao biológico, às lesões físicas. Mas que práticas ou tecnologias de cuidado podem atender a dimensão imaterial, como o sofrimento, por exemplo? De que modo a clínica das “evidências” acolheria esse sofrimento e o legitimaria enquanto tratável?

Algumas pistas podem ser encontradas nos estudos de Madel Luz sobre as racionalidades médicas, categorizadas pela autora em medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica. Para essa autora, o conceito “racionalidade médica” se refere a todo sistema médico complexo que se estrutura nas seguintes dimensões: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema diagnóstico, sistema terapêutico e

cosmologia (LUZ, 2012b). A medicina ocidental contemporânea (biomedicina), já referida anteriormente, coloca-se como foco central nas reflexões desta tese por ser essa a racionalidade predominante dos serviços de saúde. Para Luz (2012c) é a biomedicina, como prática hegemônica, que levou ao distanciamento e à objetivação dos pacientes, à deterioração da relação médico-paciente e ao deslocamento da arte de curar para a ciência das doenças.

Entre as conclusões de seus estudos, Luz (2005) destaca que o sucesso das “terapêuticas alternativas” ou “medicinas complementares” se deve, em grande parte, ao modo como é conduzida a relação e a interação entre o terapeuta e seu paciente/usuário, a atenção e o cuidado dispensados, e a consideração com elementos ligados à subjetividade do paciente. A autora destaca que essa forma de processo terapêutico é praticamente inexistente na racionalidade biomédica, devido ao seu foco excessivo na diagnose de patologias, levando à quase inviabilidade da terapêutica.

É possível afirmar, hoje, que as práticas terapêuticas alternativas ocupam um lugar social importante, preenchendo lacunas do sistema biomédico e introduzindo novos significados e valores diante do sofrimento e do adoecimento, além do processo de tratamento e cura. Assim, essas práticas são procuradas pelos indivíduos, diante não só do adoecimento “objetivo”, mas de situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico, que provocam situações de vulnerabilidade e de desamparo (LUZ, 2005)

Poder-se-ia perguntar: as terapêuticas alternativas seriam um caminho para o cuidado efetivo às mulheres em situação de violência? Ou, a seu exemplo, bastaria uma razão terapêutica com práticas de cuidados mais “humanizadas”, baseadas no estabelecimento de vínculo entre profissional da saúde e usuária, e, portanto, menos medicalizadas? Enfim, para ir além, busca-se agregar outros elementos da experiência de profissionais e usuárias nos serviços ofertados.

2.3 Biologizar, Medicalizar, Medicamentarizar: os “cardápios” e as práticas profissionais nos serviços de saúde nas situações de violência

Na relação com a violência, a medicalização significa um processo de intervenção progressiva, à medida que o saber biomédico é reivindicado como a melhor alternativa para esses casos. Destaca-se também que a

“medicamentação” (o uso da farmacologia), é a alternativa mais utilizada para o controle da violência, classificada entre o biológico e o psicológico (D’OLIVEIRA, 2012, informação verbal)¹.

Conforme analisado por Costa (2012), o atual modelo de atenção à saúde que prioriza a clínica, baseado em sinais e sintomas e centralizado na doença, impossibilita a inclusão da violência como um problema de saúde complexo que envolve outro tipo de sofrimento. Esse modelo, segundo a autora, suscita ações isoladas e a fragmentação do cuidado, o que repercute na medicalização da violência. Para os profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, a construção da violência ocorre na mesma perspectiva da doença, resultando em uma prática de cuidado fragmentada. Essa prática desconsidera a pessoa em sua integralidade e pauta-se em um essencialismo biologicista, em que as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários perpetuam-se normativas e assimétricas, repercutindo em uma produção de ações insensíveis e sem resolutividade.

Bonfim (2008), investigando a violência doméstica contra a mulher no período pré-natal, constatou que a violência aparece de forma descontextualizada e que a conduta dos profissionais é centrada nas consequências à saúde física e psicológica da mulher e dos filhos. Para a autora, a medicalização e a farmacologização da violência e da mulher podem desempenhar o papel de aliviar o “massacre psicológico” e, talvez, a impotência do profissional diante dessas situações (BONFIM, 2008, p.143).

Com frequência, observa-se maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes e mais encaminhamentos para serviços de saúde mental para mulheres que vivem em situação de violência (SCHRAIBER et al., 2000). Leal (2010) diz que, para os profissionais, cabe aos serviços de saúde tratar os ferimentos resultantes da agressão física, e à clínica em saúde mental ou psiquiátrica, a incumbência de amenizar o sofrimento e as marcas da violência. Essa representação também é partilhada pelas usuárias dos serviços, muitas vezes, induzidas a procurar um “remedinho” que as ajude a suportar a situação vivida. Mas, como referem Schraiber et al. (2005, p.101), “as dores podem ser medicadas, enquanto para o que se vive não há remédio”.

¹ D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Palestra sobre “Medicalização, Violência e Gênero”, realizada no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, novembro de 2012.

Em sintonia com essas reflexões, Saffioti (2004) assim se expressa:

Feridas do corpo podem ser tratadas com êxito num grande número de casos. Feridas da alma podem, igualmente, ser tratadas. Todavia, as probabilidades de sucesso, em termos de cura, são muito reduzidas e, em grande parte dos casos, não se obtém nenhum êxito (SAFFIOTI, 2004, p. 19).

Tesser (2006b) pondera que o combate aos sintomas na terapêutica biomédica vincula-se às limitações do saber biomédico diante de queixas e sofrimentos que não se enquadram em diagnósticos concretos. Assim, em decorrência de uma deficiência de interpretação e sentido a certos adoecimentos, recorre-se a noções vagas de somatizações e distúrbios psicológicos, cujas intervenções baseiam-se na inibição de sintomas, altamente medicalizantes.

Essa ótica também encontra afinidade com as proposições de Guedes, Nogueira e Camargo Jr (2008), que afirmam que a biomedicina tem dificuldade em lidar com pacientes que apresentam queixas vagas e difusas. A demanda desses pacientes é considerada de ordem psíquica e, em consequência, a ação terapêutica mais empregada é o encaminhamento a profissionais psiquiatras e psicólogos, e também a prescrição de tratamento farmacológico, revelando-se, assim o caráter biologizante, medicalizante e farmacologizante do modelo biomédico, que parece ser inábil para responder as singularidades do sofrimento humano.

De modo geral, pode-se dizer que há um despreparo dos profissionais, especialmente médicos, em estabelecer diagnósticos e terapêuticas eficazes para “demandas que não se incluem nas bases objetivas e organicistas científicas”. Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são considerados, fazendo com que sofrimentos que não estejam relacionados a lesões, disfunções ou que não possuam uma causalidade reconhecida apareçam como “anomalias” na biomedicina (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR, 2006, p. 1102).

Em estudo sobre as representações sociais dos profissionais da saúde no campo da violência, Leal (2010) confirma que essas condutas impedem a construção de diagnósticos legitimados, ou seja, visíveis (reconhecidos) e capazes de promover práticas terapêuticas responsáveis, éticas e eficazes. Dessa forma, a representação da violência contra a mulher como algo naturalizado contribui para que o profissional de saúde “não ouça a queixa”, neste caso a situação de violência e o sofrimento dela decorrente, e direcione o atendimento para o cardápio existente,

baseado em sinais e sintomas do que a clínica biomédica sabe, permite e admite como legítimo.

Complementando essa perspectiva, um conceito importante citado por Leal, em sua tese de Doutorado, é o da “insuficiência diagnóstica”, que ocorre “quando o profissional não tem elementos que possam legitimar condutas aceitas e respaldadas institucionalmente” (LEAL, 2010, p.170). Assim, considerando a existência dessa insuficiência diagnóstica na atenção às mulheres em situação de violência, a autora destaca que a intervenção nesses casos é considerada ilegítima pelos profissionais de saúde – conduta isolada e puramente ideológica (LEAL, 2010).

Schraiber et al. (2000) acrescentam, nesta perspectiva, que existe uma “impossibilidade tecnológica” na atenção às mulheres em situação de violência, pois o profissional é capaz de reconhecer e intervir somente sobre aquilo que acredita ser objeto de sua competência técnica. Considerando-se que o sofrimento derivado da violência, exceto por suas consequências físicas, não se apresenta facilmente como uma patologia para o profissional, ele se torna invisível ao olhar da saúde.

Observa-se que, tanto quanto o sofrimento psicológico, as violências são constantemente submetidas às “terapias de encaminhamento”, múltiplas e contínuas. Nessa perspectiva, Bonfim (2008, p.149) refere que o encaminhamento das situações de violência adquire um aspecto de “troca de jurisprudência”, em que o serviço de saúde de origem não tem nenhuma corresponsabilização que demande informações de contrarreferência, configurando em um encaminhamento do tipo “passar adiante”.

Schraiber et al. (2000) alertam para o fato de que essas condutas podem atrapalhar mais do que ajudar, pois a causa do problema não é tematizada. Esses encaminhamentos e medicações, segundo esses autores, parecem indicar que as situações de violência são causadas pelas mulheres e por sua forma de comportamento e relacionamento, eximindo a participação e a responsabilização do agressor.

Para Schraiber et al. (2003), no que se refere ao campo da Saúde Mental, a noção de “sofrimento” poderia aproximar-se mais do vivido pelas mulheres em situação de violência em comparação ao adoecimento. No entanto, dizem as autoras, os sofrimentos nessa área também tendem a se transformar em

ansiedades, depressões ou outros quadros patológicos passíveis de intervenção no campo médico por meio de tecnologias conhecidas.

Nesse sentido, é emblemática a abordagem que os médicos fazem do problema de “nervos”, como revelam os estudos antropológicos de Silveira (2000). O “sofrer dos nervos” é uma representação médica do sofrimento que vivenciam algumas mulheres, muitas vezes relacionado a preocupações e problemas afetivos e sociais que afetam sua saúde física e mental. Essa manifestação do sofrimento, levado aos serviços de saúde pelas mulheres, é medicalizada pela atenção biomédica, para a qual a intervenção é a indicação de medicamentos ansiolíticos. A autora destaca também que essa medicalização está intimamente relacionada ao gênero, pois o “sofrer dos nervos” é mais atribuído às mulheres, que recebem com mais frequência o rótulo de “somatizadoras” em comparação aos homens (SILVEIRA, 2000).

Dessa forma, muitas vezes as situações de violência permanecem invisíveis nos serviços de saúde, pois quando a mulher que está em situação de violência procura os serviços de saúde com queixas difusas, frequentemente, ela recebe uma prescrição médica de ansiolítico e o rótulo de “poliqueixosa”. Essa invisibilidade também corresponde à naturalização dos sintomas como próprios das mulheres “poliqueixosas” ou da violência como inerente à relação de dominação homem-mulher (SCHRAIBER et al., 2005; LEAL, 2010).

Essa denominação de “poliqueixosa”, acredita-se, é uma boa metáfora para expressar “impropriedades diagnósticas”. Diz Chammé (1992 *apud* CHAMMÉ 2000) que o “poliqueixoso” é aquele(a) que busca pelos serviços de saúde, relatando sintomas que não são condizentes com os sinais identificados clinicamente. Igualmente, o quadro nosológico testemunhado não corresponde às condições de tratamento e cura previstas pela ciência médica e, em consequência, ele se mantém rotinizado, buscando encontrar resolutividade e eficiência para o seu sofrimento.

Schraiber e d'Oliveira (1999) referem que, em muitos casos, mesmo quando a violência é detectada, essa demanda pode ser rejeitada como “não doença” por ser do âmbito do social. Em contrapartida, a violência pode ser percebida como patologia, o que pode acirrar o conceito de vitimização e reforçar a ideia de que as mulheres, nessas situações, necessitariam de uma tutela especializada: um profissional habilitado a conduzir o “doente” de volta ao estado de “normalidade”,

deduzindo daí um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para poder “curar-se” do problema (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

No pensamento de Canguilhem (2009), o estado de normalidade expressa a ideia de um padrão de como algo deve ser, do que é aceitável e considerado natural, em determinado contexto. Assim, a diferença entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico é sempre permeada por um juízo de valor e tem caráter subjetivo e ambíguo.

Nessa dualidade entre o “normal” e o “patológico”, questiona-se: qual será o âmbito da violência? Considerando-se normal (natural), pode significar que não se deva intervir, pois a violência fica “de fora” da saúde e a omissão se legitima. Por outro lado, considerando-se patológico, admite-se que seja de responsabilidade da Saúde dar atenção a essas situações, especialmente às vítimas. Porém, tratando-se a violência (ou sua vitimização) como doença, tende-se a considerar que esses casos são restritos à “saúde mental” e, assim, indicam-se medicamentos e terapias psicológicas, psiquiátricas e psicanalíticas. A questão é que esses “tratamentos” podem até “anestesiá-lo” por determinado tempo o sofrimento, mas não resolvem o problema da violência, muito menos suas causas.

Avançando-se nesse caminho reflexivo, cita-se Leal (2010), quando afirma que a perspectiva biologicista da atenção à saúde constitui as “impropriedades diagnósticas” da violência. Desse modo,

a ótica da clínica baseada em sinais, sintomas e na medicalização associada aos clássicos indicadores de saúde dela decorrentes, não permite a inclusão da violência como um problema que afeta a saúde, oriundo de outro tipo de sofrimento, envolvendo comprometimento institucional e responsabilização profissional (LEAL, 2010, p. 209).

Assim, as “impropriedades diagnósticas” originam a “insuficiência diagnóstica” na atenção às mulheres em situação de violência, de que trata a autora, atestando as limitações da clínica, em particular da clínica de base racionalista e biomédica, que não desenvolveu “parâmetros” e “evidências” capazes de assimilar processos oriundos do sofrimento que não é gerado no campo da biologia, mas no âmbito das relações e interações sociais, como é o caso das violências. Portanto, coloca-se uma “impropriedade” para o setor de serviços de saúde tradicionais e, em particular,

para as práticas médicas, que assistem e diagnosticam exclusivamente demandas geradas no campo das patologias (LEAL, 2010).

Portanto, pode-se dizer que as queixas das mulheres em situação de violência configuram-se em uma demanda que está fora da “cadeia diagnóstica”.

Esse termo refere-se aos elementos legitimados por algumas práticas profissionais, de cunho predominantemente clínico e que estabelecem definições de classificações, de códigos para situações de saúde, como a Classificação Internacional das doenças (CID). O termo dá a ideia de elos, mas também de rigidez, de fechamento e controle, estabelecendo um movimento metonímico de doenças (PIRES, 2013, p. 18).

Mesmo que a violência esteja contemplada no CID como “Causa Externa”, observa-se que, frequentemente, as demandas decorrentes que fogem às consequências físicas não são reconhecidas como algo que é legítimo de se intervir nos serviços de saúde. Caracteriza-se, assim, a “rigidez” da clínica baseada em diagnóstico de doenças e o “fechamento” das possibilidades de cuidado para o que não se enquadra na “cadeia diagnóstica”.

Analisa-se, nessa perspectiva, que o sofrimento gerado pela situação de violência em que vivem muitas mulheres também pode ser identificado e diagnosticado nos serviços de saúde como um problema biológico da mulher, no caso, a mulher que é “nervosa” ou “poliqueixosa”. Assim, reforça-se a ideia referida anteriormente de que a intervenção sobre a violência se limita às suas consequências biológicas, mas não há interesse em investigar e atuar sobre a origem do adoecimento ou, usando a linguagem clínica, sua “etiologia”.

Ressalta-se também que outra dificuldade para desmedicalizar a atenção às situações de violência está no que as próprias mulheres esperam dos serviços de saúde.

Esse raciocínio encontra sustentação em Luz (2012a), ao afirmar que o senso comum (conhecimento difundido e legitimado pelo saber médico científico) influencia o senso comum. Assim, as representações sobre corpo, saúde, doença e tratamento são compartilhadas por terapeutas e pacientes de cada racionalidade médica. No caso dos usuários dos serviços públicos biomédicos, diz a autora, muitas vezes o simples fato de fazer exames ou de ser encaminhado a várias especialidades já

significa tratamento para eles, que identificam tratamento com atendimento e terapêutica com a prática de exames.

Em sintonia com esses argumentos, Tesser (2010) acrescenta que na interação entre profissionais da saúde e usuários há sempre uma “pressão cultural medicalizada”, que exige imediata intervenção química para todo e qualquer sintoma ou sensação. Essa pressão, baseada em representações hegemônicas, interfere diretamente nas práticas de saúde. Se, de um lado, os profissionais da saúde exercem papel importante na manutenção e ampliação da crescente hegemonia da cultura consumista e da medicalização da vida e da saúde das pessoas, de outro os próprios usuários podem ser contaminados pela angústia da cultura medicalizante. Nesses casos, fortemente influenciados pelas assimetrias de poder na relação profissional-usuário, os “usuários medicalizados” também requerem diagnósticos e intervenções farmacêuticas por entendê-los como os únicos procedimentos terapêuticos possíveis.

Nessa perspectiva, questiona-se: as mulheres em situação de violência que recorrem aos serviços de saúde desejam práticas medicalizantes? O que elas buscam, considerando-se que conhecem as “terapêuticas possíveis” nesses espaços?

Tentando adentrar no campo do cuidado como prática e possibilidade de resgate da violência como “objeto de intervenção” da saúde, na sequência incluem-se elementos para ampliar essa problemática.

2.4 Quais são as Possibilidades de Cuidado e de Intervenção nas Situações de Violência Contra as Mulheres?

Considera-se que uma possibilidade de intervenção não medicalizada para as situações de violência contra as mulheres assenta-se em uma “razão terapêutica” baseada no *Cuidado* como prática relacional.

Dentre as reflexões que permitem (re)significar o que seria cuidar nas situações de violência, a proposição de Ayres (2009) traz elementos importantes:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2009, p. 89).

Esse cuidado, que, pode-se dizer, pressupõe uma atenção interessada não somente no adoecimento estritamente, mas em todas as necessidades de saúde das usuárias, envolve práticas profissionais norteadas pela humanização das ações assistenciais. Entre os aspectos que envolvem o cuidado abordado por Ayres (2009), consideram-se dois deles importantes para se pensar sobre as práticas profissionais nas situações de violência contra as mulheres: a noção de “projeto de felicidade” e a “responsabilidade”.

Ayres (2009) afirma que cuidar da saúde de alguém é mais do que intervir sobre um objeto; cuidar requer a construção de projetos. Por essa razão, o autor defende a necessidade de conhecer e analisar qual é o projeto de felicidade que está em questão no ato assistencial, considerando que o aspecto felicidade “diz respeito ao que as pessoas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde” (AYRES, 2009, p. 85).

A noção de projeto de felicidade assinala também que o “êxito técnico” das ações de saúde só tem sentido para as pessoas de quem se cuida quando acompanhado de um “sucesso prático”. Ou seja, mais do que o êxito das técnicas utilizadas para tratar danos morfofuncionais é preciso que os resultados das intervenções suscitem condições ou situações valorizadas pelas pessoas como fonte de realização, de “felicidade”. Desse modo, para alcançar o “sucesso prático” das ações de saúde é necessário articular aspectos técnicos e não técnicos nas interações entre usuários(as) e profissionais da saúde (AYRES, 2006, p. 51).

Nesse sentido, caberia considerar quais são os projetos de felicidade concebidos pelas mulheres em situação de violência quando buscam os serviços de saúde, como elas julgam que deve ser realizado/concretizado o cuidado para que se obtenha o “sucesso prático”. Ou, como exposto por Rubem Alves (2011, p. 64), poder-se-ia utilizar um “sofrenômetro” para medir o que é ou não importante empregar para que alguém sintasse bem.

Em relação ao aspecto “reponsabilidade” proposto por Ayres (2009, p. 94), pode-se considerar cuidado como o ato de “tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro”. Assim, diz o autor, “cuidar não é só projetar, é um projetar com responsabilidade, é um projetar responsabilizando-se, um projetar porque se responsabiliza” (Ibdem, p. 49). Analisa-se que a responsabilização, em relação às mulheres em situações de violência, coloca-se

como um princípio para acolher de forma mais ampla do que apenas tratar das consequências biológicas da violência, considerando-se os projetos de vida e de felicidade.

Em reflexões sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização social, Tesser, Poli Neto e Campos (2010) analisam que, enquanto o profissional médico tem maior responsabilidade de diagnose e terapêutica, outras práticas de cuidado (escuta, avaliação de risco e vulnerabilidade, orientação, resolução de problemas) fazem parte do “campo de competência” de todos os profissionais. Assim, dizem os autores, se o médico tem uma tendência geral a medicalizar os problemas trazidos pelos usuários, os demais profissionais têm maior potencial para realizar abordagens ampliadas desses problemas, favorecendo a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, a partir de um enfoque menos biologicista, que inclui como pontos fundamentais o cuidado continuado e a responsabilização pelo acompanhamento dos usuários.

Dirigindo essa análise ao que hoje se oferece no campo profissional, considerando aqueles que não utilizam unicamente o diagnóstico médico, como é o caso das enfermeiras², avalia-se que essas podem adotar práticas não medicalizadas para acolher as mulheres em situação de violência. Acredita-se que as enfermeiras poderiam constituir um grupo profissional com outra “razão” ou outra “lógica terapêutica” para o enfrentamento dessas situações.

Igualmente, outros membros da equipe de saúde, por exemplo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por não sofrerem a influência de uma formação profissional biologicista tem potencial para desmedicalizar o diagnóstico e a terapêutica, ao citarem elementos da vida pessoal, familiar e comunitária dos usuários, ampliando a capacidade de avaliação psicossocial e de vulnerabilidade, e, portanto, melhorando a equidade e humanizando o serviço (TESSER; CAMPOS; POLI NETO, 2010).

Nesse sentido, cita-se o estudo desenvolvido por Imperatori e Lopes (2009) sobre a intervenção de ACS na morbidade por Causas Externas em uma região de vulnerabilidade social de Porto Alegre. As autoras evidenciaram que uma das principais estratégias utilizadas por esses trabalhadores é conquistar a confiança dos usuários e criar vínculos com as famílias para poderem abordar as situações de

² Opta-se pela utilização do substantivo no feminino em razão de que as mulheres constituem a maioria dessa categoria profissional.

violência. Constatou-se que a visita domiciliar é um instrumento privilegiado de abordagem da problemática e os ACS desempenham papel fundamental na detecção e acompanhamento dessas situações.

No entanto, é preciso ponderar que os profissionais e trabalhadores, ao exercerem suas atividades nos serviços de saúde, são influenciados pela lógica de organização estabelecida nesses serviços. Essa organização, muitas vezes orientada pela racionalidade biomédica, com um “cardápio” de ações preestabelecido por essa racionalidade, engessam as possibilidades de um cuidado sensível ao sofrimento, integral e, portanto, menos medicalizado.

Particularizando o potencial de se constituir “outra razão terapêutica” na prática das enfermeiras, buscam-se argumentos nos estudos de Marie-Françoise Collière (1999) sobre os Cuidados de Enfermagem. A autora refere que a formação e o exercício profissional da enfermagem sofrem influência de correntes predominantes que contribuem para orientar suas ações. Pode-se dizer que a corrente com maior implicação na prática de enfermagem é aquela ligada à tecnicidade e centrada na doença. Por meio dessa corrente, o trabalho da enfermeira (fortemente influenciado pela medicina, que tem como objeto o corpo portador de uma doença a identificar e depois a erradicar) tem suas ações fundamentadas em prescrições de tarefas técnicas que objetivam a reparação das doenças.

Essa visão biomédica de redução das pessoas a um problema clínico, a uma evidência, impossibilita o cuidado adequado às necessidades de saúde que fogem ao biológico, como é o caso do sofrimento decorrente da violência. No entanto, outras correntes aludidas por Collière (1999) podem apresentar um potencial positivo para o cuidado das mulheres em situação de violência: aquelas que se baseiam na valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, que consideram a pessoa um sujeito e não um objeto, valorizando a sua subjetividade, e as correntes orientadas para a promoção da saúde, em uma dimensão social.

De acordo com Collière (1999), uma das dificuldades encontradas para desmedicalizar os cuidados de enfermagem reside nos equívocos entre os significados de “cuidar” e “tratar”. A autora procura elucidar o discernimento da natureza dos cuidados por meio das expressões da língua inglesa “*care*” e “*cure*”, denominando de “cuidados cotidianos e habituais” aqueles ligados às funções de manutenção da vida (natureza do *care*), e de “cuidados de reparação” aqueles

ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida (natureza do *cure*). Dessa forma, quando há prevalência do *cure* sobre o *care* os cuidados são centrados na doença e limitados a sua reparação. Portanto, de acordo com a autora, para desmedicalizar os cuidados de enfermagem é necessário identificar a sua natureza, que está relacionada ao *care*, e distingui-los dos cuidados médicos, que está relacionada ao *cure*, sem deixar de determinar a sua complementaridade.

Essa diferenciação também é enfatizada por André Petitat (1998), em suas reflexões sobre a “noção de *care*”. O autor refere que a noção de *care* compreende o relacional e o afetivo na relação de cuidado, implicando em certos valores e sentimentos: a atenção ao outro, o engajamento, o respeito e a afeição. No entanto, para Petitat, a proposta do *care*, como fundamento das práticas de saúde, encontra limitações para sua efetivação em razão da lógica de organização dos serviços que se constitui por inúmeras normas standardizadas e protocolares. Inserida nessa organização, a enfermagem, absorvida por uma quantidade enorme de tarefas, ocupa-se pouco do *care*.

Outro obstáculo para a efetivação do *care*, mencionado por Petitat (1998) é o fato de que a atenção aos usuários dos serviços assenta-se cada vez mais sobre princípios científico-institucionais protocolizados. Ao priorizar o biológico nas ações de saúde, desconsiderando o reconhecimento das singularidades pessoais e interpessoais, esses princípios não atendem às exigências do *care*. O autor destaca ainda que “a ciência tem os meios de calar a consciência e os sentimentos com analgésicos e tranquilizantes e essa via é mais econômica do que uma reorganização completa da relação de cuidado” (PETITAT, 1998, p.18).

Lopes (1995, p. 153), ao analisar a ação das enfermeiras em processos interativos de trabalho, afirma que “a voz e a palavra são atos terapêuticos” para esse grupo profissional. Diz também que é nesses processos que o cuidado se constitui enquanto ato humano criativo, que é resultado essencialmente das relações (intersubjetivas, temporais) e podem resultar em ação e reflexão singular. Portanto, essa constituição singular pode representar a diferença nas práticas nos serviços de saúde.

Lopes (1998) também refere que o trabalho da enfermagem não é unicamente técnico e não se resume a rotinas executadas em série. Ele pode ser subversivo quando tem potencial de responder para além da técnica a (re)valorização da vida. É o relacional que empresta a singularidade ao cuidado, é

nesse plano que se confrontam, se exacerbam e se aloca diferentes lógicas profissionais. Essa tensão entre saberes e a sua confrontação na pessoa cuidada fornece bases para novas lógicas. É, portanto, nesse enraizamento de lógicas que se configura em espaço de liberdade, de criatividade e de singularização. O cuidado é então resultado de um saber acumulado, de “disciplinas” que além de tudo desvendam as relações humanas e o contato com o outro, mas também experiências nas práticas cotidianas, aprendidas e transmitidas no contato com outros profissionais em serviço, que ajudam a curar ou a viver melhor os limites orgânicos e psicológicos impostos pela enfermidade ou, neste caso, pela violência.

Nesse sentido, também se acrescentam as proposições de Lopes e Silva (2004) sobre as estratégias ou ferramentas metodológico-assistenciais utilizadas na prática em atenção básica de saúde. Os autores agregam novas perspectivas à intervenção em saúde, reconhecendo os limites técnicos das práticas profissionais atuais e opondo integralidade à fragmentação das propostas do modelo biologicista dominante. Propõem repensar a ação de cuidar, colocando em foco as seguintes perguntas: como ajudar as pessoas? Como a interação profissional-usuário(a) pode ser competente para os dois lados? Como agregar o emocional nessa relação profissional?

Essas questões só podem ser respondidas se a relação entre profissionais e usuários(as) considerarem:

a escuta ativa - que é o engajamento no sentido de estar "com", tentando desenvolver no outro o sentimento de "ser compreendido"; a aceitação do outro, além do que se pensa ou do que ele diz, que permite desenvolver uma aceitação compreensiva e não normativa; a empatia, que é o esforço para compreender os sentimentos das outras pessoas e não apenas suas idéias; a confiança, que é construída no desenrolar da relação de consulta e se desenvolve a partir de uma tomada de consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direção da ação terapêutica e, por fim, a ausência de julgamento que, acredita-se, pode tornar-se forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta do paciente (das mulheres neste caso) nem sempre resulta no desencadeamento de atitude adequada (LOPES; SILVA, 2004, p. 685-688).

Partindo-se desses pressupostos, concorda-se com os autores que o "projeto de cuidado", nascido dessa interação profissional-usuária, torna-se instrumento de educação em saúde, competente e resolutivo para "os dois lados". O cuidado

buscará, dessa forma, estabelecer prioridades aos problemas identificados, especificar os resultados que se espera que a mulher alcance e construir as ações específicas de intervenção traçadas junto com ela (LOPES; SILVA, 2004).

Em síntese, pode-se dizer que a proposta discutida por Lopes e Silva (2004) se dedica a avaliar e permitir ao indivíduo (mulher) o constante reexame de suas expectativas e modos de superação e adaptação, explorando conjuntamente o sentido que o mesmo dá ao seu problema (doença ou violência). Assim, é essencial aperfeiçoar os processos comunicacionais (verbais e não verbais) e desenvolver habilidades de escuta e troca centradas na trajetória emocional de cada pessoa, permitindo adaptações necessárias ao enfrentamento de novas situações e realidades. Os autores afirmam também que a "presença ativa" é importante no sentido de que a mulher saiba que pode contar com alguém naquele local, no momento em que necessita ou com uma regularidade geradora de segurança.

Retomando a diferenciação entre as noções de *care* e *cure*, considera-se que, enquanto as práticas orientadas exclusivamente pelo "*cure*" não legitimam a possibilidade de acolher as violências nos serviços de saúde, as práticas que incorporam o sentido de "*care*", como aquelas que incorporam os aspectos relacionais, representam um potencial concreto para essa legitimidade. Por não ser uma doença não é possível "curar" a violência, mas é possível e necessário "cuidar" das pessoas que estão em situação de violência. Novamente, destaca-se que o cuidado também compreende a responsabilização dos profissionais da saúde sobre os projetos de felicidade das mulheres.

Considerando-se as reflexões adotadas nessa problematização, e a violência como um problema complexo, com causalidade multifatorial e com consequências que se estendem muito além das lesões físicas, e que, portanto, necessita de intervenções para além da identificação e dos encaminhamentos; e entendendo que as práticas terapêuticas hegemônicas não acolhem, não respondem e não constituem intervenções responsáveis e comprometidas com essas situações, as questões que nortearam este estudo são assim sintetizadas:

O que as mulheres em situação de violência esperam encontrar nos serviços da rede de atenção? Como querem ser acolhidas e por quem? Que tipo de cuidado elas buscam para o sofrimento decorrente da vida em violência? Qual a expectativa de solução ou compartilhamento de soluções? É possível cuidar e não medicalizar? Como pensar em outra "razão ou lógica terapêutica" para esses enfrentamentos?

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

Com a intenção de construir novas possibilidades para o objeto de pesquisa deste projeto foram elaborados objetivos em que se utiliza verbos não usuais para pesquisas científicas, buscando responder à sua complexidade.

3.1 Objetivo Geral

Compartilhar experiências de mulheres em situação de violência para refletir sobre cuidado e desmedicalização na atenção em saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Historiar os atendimentos do Centro de Referência de Atendimentos à Mulher Víctima de Violência de Porto Alegre, desde a sua criação, em julho de 2012, até agosto de 2014, identificando como e por quem são realizados esses atendimentos.
- Conhecer quem são e o que querem essas mulheres.
- Identificar as trajetórias e experiências em busca de atenção e de cuidado nas situações de violência, na saúde e na rede intersetorial.
- Representar graficamente as trajetórias das mulheres em situação de violência em busca de atenção e de cuidado.
- Explorar os sentidos que as mulheres atribuem à violência e ao cuidado.
- Pensar com as mulheres as possibilidades de construção de projetos atenção e de cuidado.

4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Escolher um caminho que admita uma epistemologia capaz de dar respostas aos muitos questionamentos inseridos neste estudo, para este objeto de pesquisa, não foi tarefa acadêmica fácil. Traçar, classificar, denominar estudos que justamente questionam lógicas de pensamento traduz-se em “impropriedades metodológicas”. Como fazer? Quais caminhos percorrer na ação de pesquisar? Enfim, os objetivos falam em compartilhar, historiar, conhecer, cartografar, explorar, pensar. Acredita-se que as escolhas realizadas são potencialmente capazes de constituir novas contribuições para o debate.

4.1 Abordagem e Tipo de Estudo

Este é um estudo misto, exploratório-descritivo, em que se utilizaram técnicas quantitativas e qualitativas para geração e análise dos dados.

Referindo-se a essa combinação, Minayo (2010) afirma que essas duas formas de comunicação diferenciadas devem convergir para a mesma meta, aproximando-se, o máximo possível, da realidade que se propõem a analisar.

O método qualitativo responde a questões particulares, sendo trabalhado um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, que correspondem a um espaço mais produtivo das relações, dos processos e dos fenômenos envolvidos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esse método permite revelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, sendo ideal para segmentos delimitados e focalizados, analisando histórias sociais sob a ótica dos atores (MINAYO, 2010). Assim, a abordagem qualitativa justifica-se neste estudo por possibilitar a apreensão dos aspectos subjetivos para a compreensão e interpretação das experiências pessoais de quem fornece a informação, possibilitando um diálogo entre os investigadores e os participantes da pesquisa, neste caso, as mulheres em situação de violência.

Gil (2009) conceitua a pesquisa exploratória como aquela que tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando maior entendimento de determinado problema. De acordo com esse autor, a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever, analisar ou estabelecer

as relações entre fatos e fenômenos, podendo ser incluídas as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Deslauriers e Kérisit (2008) acrescentam, nessa perspectiva, que a pesquisa de natureza exploratória possibilita a familiarização com as pessoas e suas preocupações; e a pesquisa descritiva evidencia os mecanismos e os atores, fornecendo informações contextuais por meio da precisão dos detalhes.

Adotando-se as considerações dos autores acima citados, acredita-se que as combinações entre essas duas tipologias, exploratório-descritivo, além das técnicas quantitativas e qualitativas, foram adequadas para responder aos objetivos estabelecidos para este estudo.

4.2 Local de Estudo

Para o contato com as mulheres em situação de violência elegeu-se como local de estudo o Centro de Referência e Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A partir de março de 2014, passou a se chamar “Centro de Referência da Mulher Márcia Calixto”, pelo Decreto Municipal nº 18.580 (PORTO ALEGRE, 2014), em homenagem póstuma à servidora municipal que foi assassinada por seu marido, em julho de 2012. O crime teria sido motivado por ciúme de seu cônjuge, com suspeita de traição, o qual matou também o filho do casal, de cinco anos. Márcia Calixto tinha 39 anos, era enfermeira, e exercia cargo de chefia na Coordenadoria Geral de Vigilância da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Mesmo com a mudança no nome, o serviço continua sendo identificado pelos seus servidores, pela coordenação e também pelas usuárias, como “CRAM”. Motivo pelo qual, neste estudo, será mantida essa denominação ao fazer-se referência ao Centro de Referência da Mulher Márcia Calixto.

O CRAM está vinculado à Secretaria Adjunta das Mulheres (SAM) da Secretaria de Direitos Humanos de Porto Alegre e tem a finalidade de prestar orientação, acolhimento e acompanhamento psicológico, social e jurídico às mulheres em situação de violência. Também busca a articulação com serviços municipais de saúde e de assistência social e com órgãos estaduais – Defensoria Pública, Ministério Público e Delegacia da Mulher. Está localizado no bairro Centro

Histórico da cidade, e funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8h30min às 12h e das 13h30min às 18 horas (PORTO ALEGRE, [2012?]).

O CRAM, além dos atendimentos de rotina, realiza mensalmente reuniões com as mulheres acolhidas no serviço. Essas reuniões têm o objetivo de promover a ajuda mútua, por meio da troca de experiências entre as mulheres. Além de servir como um espaço para integração, essas reuniões contam com convidados para a realização de palestras ou oficinas.

A justificativa para a escolha do CRAM como local do estudo deve-se a duas razões. A primeira é a facilidade de identificação de mulheres que sofreram algum tipo de violência, pois é este o público-alvo do serviço. O segundo motivo é o fato de este não se constituir em um serviço de saúde – o que, entende-se, poderia gerar um viés para a geração de dados que busca identificar as experiências de cuidado das mulheres.

Para acesso ao serviço, foi realizado contato prévio com a Secretaria Adjunta das Mulheres, responsável pela coordenação do CRAM, que concedeu autorização para que a pesquisadora desenvolvesse o estudo nesse local.

4.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo são mulheres, maiores de 18 anos, que foram atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM) do município de Porto Alegre em decorrência de situações de violência nas relações íntimas.

Na primeira etapa foi contemplado o universo das mulheres atendidas no CRAM por meio das informações contidas nos seus formulários de atendimento. Posteriormente, a partir da análise dessas informações, e com o auxílio da equipe do CRAM, foram selecionadas algumas mulheres para a realização do convite para as entrevistas, buscando contemplar a representatividade sociodemográfica dessa população. Todas as escolhas foram aprovadas pelos profissionais da equipe que também sugeriu alguns dos nomes. Da mesma forma, o critério de exclusão foi baseado na avaliação da equipe sobre os aspectos emocionais das mulheres, não sendo incluídas aquelas que foram consideradas sem condições para a entrevista por se mostrarem ainda muito fragilizadas.

Para determinar a quantidade de participantes nas entrevistas foi seguido o critério de saturação das informações, o qual ocorre quando nenhuma informação nova é obtida (POLIT; HUNGLER, 2004). Sendo assim, neste estudo foram entrevistadas 14 mulheres.

Os primeiros convites para a participação nas entrevistas foram realizados pela pesquisadora durante algumas das reuniões mensais que o serviço realiza com as mulheres. Entretanto, o número de mulheres convidadas nas reuniões que aceitaram participar das entrevistas e que tinham disponibilidade de horário não foi suficiente para atingir o critério de saturação das informações. Por esta razão, posteriormente, contou-se com a ajuda dos profissionais da equipe para o contato prévio e apresentação da pesquisadora para algumas mulheres que não participavam regularmente das reuniões mensais. Essas mulheres foram convidadas pela pesquisadora a participar da pesquisa e, após receber o aceite da maioria delas para a realização das entrevistas, foi possível obter qualidade nas informações suficientes para análise e consequente alcance dos objetivos.

4.4 Geração de Dados

Visando alcançar os objetivos do estudo, a geração de dados foi realizada por meio da triangulação de diferentes técnicas.

Optou-se pelo termo “geração”, ao invés de “coleta”, por se considerar que a produção dos dados engloba uma série de relações entre pesquisador, mundo social e dados amplos. Assim, quando se fala em geração de dados e não em coleta de dados rejeita-se a ideia de que um(a) pesquisador(a) possa ser um(a) coletor(a) completamente neutro(a) de informações sobre o mundo social. Ao invés disso, o(a) pesquisador(a) é um construto ativo de conhecimento sobre o mundo, de acordo com certos princípios e com o uso de certos métodos derivados de sua posição epistemológica (MASON, 1996). O tema deste estudo, em especial, justifica essa adoção terminológica por sua capacidade de expressar as interações nas entrevistas.

A geração de dados foi realizada por meio de pesquisa documental, observação sistemática não participante e entrevistas em profundidade. A etapa de geração de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2014 a julho de 2015.

A pesquisa documental é “realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos” (GERHARDT, et al., 2009, p. 69), e têm como objetivo investigar fontes primárias que ainda não receberam tratamento analítico (GIL, 2009). Neste estudo, a pesquisa documental foi realizada nos formulários de atendimento das mulheres atendidas no CRAM. As informações contidas nesses documentos que foram utilizadas compreendem: idade, raça/etnia, local de residência (apenas a região da cidade), escolaridade, ocupação, renda, número de filhos, estado civil; relação com o agressor, tipo de violência sofrida (física, sexual, psicológica e/ou patrimonial); serviço que realizou o encaminhamento ao CRAM (quando for o caso), serviços contatados pelo CRAM para acompanhamento das mulheres (saúde, assistência social, educação e outros); encaminhamentos realizados pelos profissionais do CRAM na rede intersetorial; situação do caso no período da geração de dados ou “desfecho”. Além dos dados referidos, que foram quantificados, também foi realizada análise qualitativa dos relatos dos atendimentos realizados no CRAM presentes nos formulários das mulheres entrevistadas, buscando complementar as informações referentes às suas experiências em busca de apoio e cuidado, seguindo o roteiro elaborado para o direcionamento da geração de dados (APÊNDICE A).

A observação ocorreu durante o tempo em que a pesquisadora permaneceu no serviço para a geração dos dados e em algumas das reuniões mensais realizadas com as mulheres no CRAM.

Optou-se pela técnica de observação sistemática não participante, que se caracteriza por ser aquela em que o(a) investigador(a) não se integra ao grupo pesquisado, presencia o fato, sem intervir sobre ele, desempenhando o papel de expectador. Essa técnica é utilizada quando o(a) pesquisador(a) sabe quais são os aspectos do grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos, possibilita a descrição precisa dos fenômenos e exige a elaboração de um plano de observação (GERHARDT et al., 2009; GIL, 2009).

Sendo assim, as observações das reuniões foram realizadas com a ajuda de um roteiro (APÊNDICE B), o qual foi elaborado visando identificar e descrever aspectos relacionados às trajetórias e experiências das mulheres em situação de violência em busca de cuidado, além de outras informações relevantes aos objetivos da pesquisa. As demais observações foram realizadas de forma livre, mas seguindo os mesmos objetivos.

As entrevistas em profundidade foram realizadas a fim de alcançar elementos discursivos mais complexos para compreender o ponto de vista das participantes. Essa modalidade de entrevista, também denominada entrevista aberta ou não diretiva, permite que o(a) entrevistado(a) fale livremente sobre o tema em questão e o(a) pesquisador(a) busca apenas estimular o aprofundamento das reflexões. Para tanto, foi elaborado um guia temático (APÊNDICE C). Destaca-se que, nessa modalidade de entrevista, a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida e, sim, é determinada pela maneira como o(a) entrevistado(a) manifesta suas ideias (MINAYO, 2010). Dessa forma, durante as entrevistas as participantes foram estimuladas a falar sobre as suas experiências na busca de cuidado em relação à situação de violência vivenciada.

Para a realização das entrevistas foi realizado o seu agendamento, contemplando a disponibilidade de datas e horários das mulheres e do serviço, pois todas as entrevistas foram realizadas nas salas de atendimento do CRAM, conforme combinação prévia com a equipe. Antes da entrevista foi apresentado a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos necessários para a realização da entrevista. Em seguida, a partir do consentimento das participantes, as entrevistas foram realizadas, sendo registradas por meio de gravação digital. O tempo de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos. Salienta-se que algumas das participantes foram entrevistadas mais de uma vez, nos casos em que havia a necessidade de aprofundar alguns temas ou detalhar melhor algumas informações. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra.

Durante todas as etapas de geração de dados foi utilizado o diário de campo. Trata-se de um instrumento de anotação de informações e observações, podendo conter tanto descrições objetivas de fatos e fenômenos quanto aspectos subjetivos fruto de reflexões e impressões pessoais do(a) pesquisador(a). Ressalta-se que o diário de campo desempenha função importante para compreensão e análise das informações geradas por outras técnicas (ROESE et al., 2006).

Todos os dados gerados na pesquisa estão arquivados em meio digital e serão conservados por um período mínimo de cinco anos após o término do estudo, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora.

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas sequenciais, de acordo com a natureza dos dados gerados na pesquisa. A primeira etapa compreendeu a análise quantitativa dos dados provenientes dos formulários de atendimento do CRAM que correspondem às informações sociodemográficas das mulheres atendidas, além de outras informações referentes aos atendimentos. Esses dados foram codificados e inseridos em um banco de dados elaborado pela pesquisadora no *software Excel*, sendo fornecida uma cópia ao CRAM. Após, o banco de dados foi importado para o *software IBM SPSS Statistics 20* para a realização da análise frequencial. Essa análise possibilitou a geração de informações descritivas que favoreceram a compreensão do contexto do estudo, por meio da identificação do perfil dos atendimentos, das mulheres e dos agressores.

A segunda etapa compreendeu a organização e análise dos dados qualitativos, provenientes da pesquisa documental, da observação e das entrevistas. Para tanto, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que a conceitua como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 48).

Nessa perspectiva, Minayo (2010) complementa essa ideia, ressaltando a importância da inferência para a compreensão dos significados contidos nas falas. Assim, por meio da inferência é possível superar o caráter apenas descritivo e quantitativo do conteúdo da mensagem e obter uma interpretação mais profunda.

Especificamente para os dados gerados nas entrevistas, entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, foi empregada a Análise de Enunciação, por entender que essa é a mais adequada para alcançar os objetivos do estudo. A Análise de Enunciação considera a comunicação um processo e não um dado estatístico, e o discurso, palavra em ato. Trabalha com as condições de produção da palavra, pois considera a triangulação entre locutor, seu objeto de discurso e o interlocutor; e também com o continente do discurso e suas modalidades. Essa

técnica aplica-se particularmente à análise de entrevistas não diretivas e considera cada entrevista estudada em si mesma; o estudo é desenhado a partir de vários casos e não utiliza hipóteses prévias para a análise (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Segundo Bardin (2011), a análise de enunciação é complementar a uma análise temática previamente efetuada. Operacionalmente, a análise temática divide-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Todas essas etapas foram realizadas pela pesquisadora, agregando a elas também alguns elementos da análise de enunciação. Não foi realizada uma abordagem linguística propriamente dita, mas buscou-se identificar a lógica de organização do discurso, o alinhamento ao coletivo, e as simbologias presentes nos conteúdos das comunicações.

Sendo assim, foi realizada a leitura de todo o material gerado em campo para apreender a globalidade do conteúdo (leitura flutuante). A seguir, passou-se a releitura exaustiva das transcrições das entrevistas, buscando identificar os núcleos de sentido, os quais foram codificados em unidades temáticas (exploração do material). A inferência e interpretação buscou respeitar as singularidades de cada discurso, mas também identificar as convergências dos depoimentos, buscando os sentidos mais amplos das ideias. Adicionalmente, realizou-se o diálogo entre a problematização desenvolvida no estudo e o referencial teórico adotado.

Durante todas as etapas da análise de conteúdo foi utilizado o *software Nvivo 10* como ferramenta de apoio. Concorda-se com Bardin (2011) quando refere que o uso de sistemas informatizados para essa atividade agrega maior agilidade e flexibilidade à manipulação dos dados, inclusive dados complexos, acrescenta maior rigor na organização da pesquisa, além de estimular a criatividade e reflexão do(a) pesquisador(a).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa respeitou as diretrizes e normas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, expressa na Resolução n°. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, a geração dos dados foi realizada somente após o projeto de pesquisa ter sido registrado na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 32195614.0.0000.5347) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o Parecer de número 751.506 (ANEXO A).

O acesso ao serviço onde foi realizado o contato com as participantes ocorreu a partir da autorização do seu coordenador, à época (ANEXO B), e da Secretaria Adjunta das Mulheres do município de Porto Alegre (ANEXO C). Além disso, as pesquisadoras assinaram um termo de compromisso de utilização de dados (ANEXO D).

Conforme descrito anteriormente, na seção que trata sobre a etapa de geração dos dados, as entrevistas foram realizadas depois de realizado o esclarecimento às convidadas e explicitarem a sua concordância em participar da pesquisa. Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), o qual foi redigido em duas vias, tendo sido entregue uma via à participante da pesquisa.

Garante-se que em momento algum será divulgado o nome da participante, assegurando-se o compromisso com sigilo e ética na realização da pesquisa, respeitando a sua privacidade e informando-a a respeito dos resultados obtidos ao final da pesquisa. Sempre que houve dúvidas e perguntas referentes ao assunto desenvolvido nessa pesquisa, as participantes receberam as respostas pertinentes. Foi esclarecido às participantes a possibilidade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, podendo deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália. Contudo, não houve tal situação durante o desenvolvimento desta pesquisa.

A participação neste estudo não representou risco de ordem física. Porém, havia ciência da possibilidade de causar algum tipo de constrangimento com relação à exposição de vivências relacionadas ao tema da Violência Contra a Mulher, que

poderiam mobilizar sentimentos que demandassem apoio específico. Por esse motivo, foi informado às participantes que, em caso de desconforto, a entrevista poderia ser interrompida e a entrevistada poderia optar por retomá-la em outro momento ou não. De fato, a realização das entrevistas suscitou muitos sentimentos nas participantes, e também na própria pesquisadora, diante das difíceis situações relatadas. Em muitos momentos as participantes choraram, entretanto, nenhuma delas considerou necessário interromper a entrevista.

Estava previsto que se fosse identificado que a entrevistada estava em situação de sofrimento e/ou houvesse demanda da mesma, seria realizado o encaminhamento e acompanhamento aos serviços de saúde pertinentes. Além disso, também foi acordado com os profissionais do CRAM que haveria apoio de uma das psicólogas da equipe para qualquer atendimento que se fizesse necessário. No entanto, não houve esse tipo de situação durante a realização da pesquisa.

6 OS ATENDIMENTOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: em busca de autoestima, dignidade e cidadania

O Centro de Referência de Atendimento à Mulher Víctima de Violência (CRAM) do município de Porto Alegre foi criado em novembro de 2011, por meio do Decreto Municipal nº 17.477, “com a finalidade de prestar atendimento à mulher em situação de violência, objetivando o resgate de sua autoestima, dignidade e cidadania” (PORTO ALEGRE, 2011, p.1). No entanto, o CRAM passou a prestar efetivamente atendimento ao público em julho de 2012.

Essa descrição histórica, quantitativa, dos atendimentos, realiza-se pelo interesse deste estudo, mas, também, efetiva-se como contribuição ao serviço visando à sistematização dos mesmos. Assim, ao final da pesquisa, obteve-se uma visão de conjunto das características das usuárias, disponibilizando um perfil das mulheres atendidas no período.

O CRAM organiza seu funcionamento com base na Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (BRASIL, 2006). Está vinculado à Secretaria Adjunta das Mulheres (SAM) da Secretaria de Direitos Humanos de Porto Alegre e tem a finalidade de prestar orientação, acolhimento e acompanhamento psicológico, social e jurídico às mulheres em situação de violência. Também busca a articulação com serviços municipais de saúde e de assistência social e com órgãos estaduais – Defensoria Pública, Ministério Público e Delegacia da Mulher. Está localizado no bairro Centro Histórico da cidade, e funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8h30min às 12h e das 13h30min às 18 horas (PORTO ALEGRE, [2012?]).

A equipe do CRAM está composta por duas psicólogas, um assistente social, um assessor jurídico e uma assistente administrativa que também atua na função de assessora jurídica. A coordenação do serviço é realizada pela Secretária Adjunta das Mulheres do município de Porto Alegre. O fluxo dos atendimentos no CRAM pode ser descrito basicamente da seguinte forma: 1) acolhimento, 2) atendimento (que também inclui os encaminhamentos), 3) monitoramento e 4) finalização.

O acolhimento é realizado a todas as mulheres que buscam o serviço, seja de modo presencial ou por telefone. Durante o acolhimento, que geralmente é realizado pela técnica administrativa, as mulheres têm suas demandas ouvidas e recebem

orientações sobre o funcionamento do serviço. Também são coletados alguns dados de identificação da mulher para preenchimento do formulário de atendimento. Após, é agendado um atendimento inicial com uma das psicólogas do serviço, sendo que, ocasionalmente, pode ocorrer de o primeiro atendimento ser realizado por assistente social ou pela assessoria jurídica em caso de alguma situação específica da mulher ou pela disponibilidade do serviço (VERGANI, 2014).

A partir da avaliação das necessidades de cada mulher são realizados os atendimentos multiprofissionais nas áreas de psicologia, jurídica e de assistência social. De modo geral, as psicólogas realizam atendimentos com o objetivo de oferecer acolhimento e suporte emocional às mulheres. O assistente social presta auxílio no encaminhamento das mulheres para programas de auxílio a empregos e cursos profissionalizantes e também fornece informações sobre programas de benefícios e de transferência de renda, por exemplo o Bolsa Família. A assessoria jurídica é encarregada das orientações sobre os procedimentos que envolvem cada caso, como medida protetiva de urgência (MPU), separação conjugal, pensão alimentícia, entre outros (VERGANI, 2014).

Os encaminhamentos são realizados a partir da articulação da rede intersetorial de serviços. No caso do setor saúde podem ser realizados encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (SF). No âmbito da assistência social são realizados encaminhamentos para os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros serviços do setor. No setor jurídico são realizados encaminhamentos para a defensoria pública e juizados especializados. A equipe ainda pode realizar o encaminhamento para os serviços de abrigamento para mulheres e seus filhos que estiverem em situação de risco, ou para outros Centros de Referência à Mulher, na situação de moradoras de outras cidades.

É importante destacar que os encaminhamentos não se restringem à simples orientação para que a mulher se dirija aos serviços indicados, mas, ao contrário, a equipe do CRAM realiza contato ativo com os profissionais desses serviços, buscando sempre a máxima efetividade no atendimento das mulheres em todos os setores. Dessa forma, o CRAM funciona como um articulador da rede de atenção às mulheres vítimas de violência (VERGANI, 2014).

O monitoramento consiste no contato com as mulheres que já foram atendidas e encaminhadas para os serviços da rede. Esse contato, geralmente telefônico, é realizado pelos profissionais técnicos do CRAM e tem como objetivo verificar como está a situação e avaliar os riscos de novos episódios de violência. O atendimento é considerado finalizado quando a equipe, em conjunto com a mulher, considera que a situação está resolvida e que não há mais riscos, ou, em alguns casos, quando se perde o contato com a usuária. Quando finalizados, os motivos relacionados são registrados nos formulários de atendimento de cada mulher e também em uma tabela própria de monitoramento que contém os nomes de todas as mulheres com atendimento finalizado, com os motivos do encerramento e as respectivas datas. É importante destacar que esses atendimentos podem ser reabertos sempre que houver necessidade, caso haja nova procura da mulher pelo CRAM (VERGANI, 2014).

O número de atendimentos necessários, além dos serviços de encaminhamento e o tempo de monitoramento até que a situação seja considerada finalizada, depende de cada situação. A avaliação é sempre realizada com muita atenção e de forma singular pelos profissionais do CRAM, usualmente nas reuniões de equipe.

O CRAM, além dos atendimentos de rotina, realiza mensalmente, sempre na primeira quinta-feira de cada mês, reuniões com as mulheres acolhidas no serviço. Essas reuniões têm o objetivo de promover a ajuda mútua, por meio da troca de experiências entre as mulheres e são coordenadas por uma das psicólogas do CRAM em conjunto com uma funcionária da SAM especializada em Psicanálise. Esse grupo constituído recebeu o nome de “Grupo Partilha”. Além de servir como um espaço para integração, os encontros do grupo contam com convidados para a realização de palestras ou oficinas.

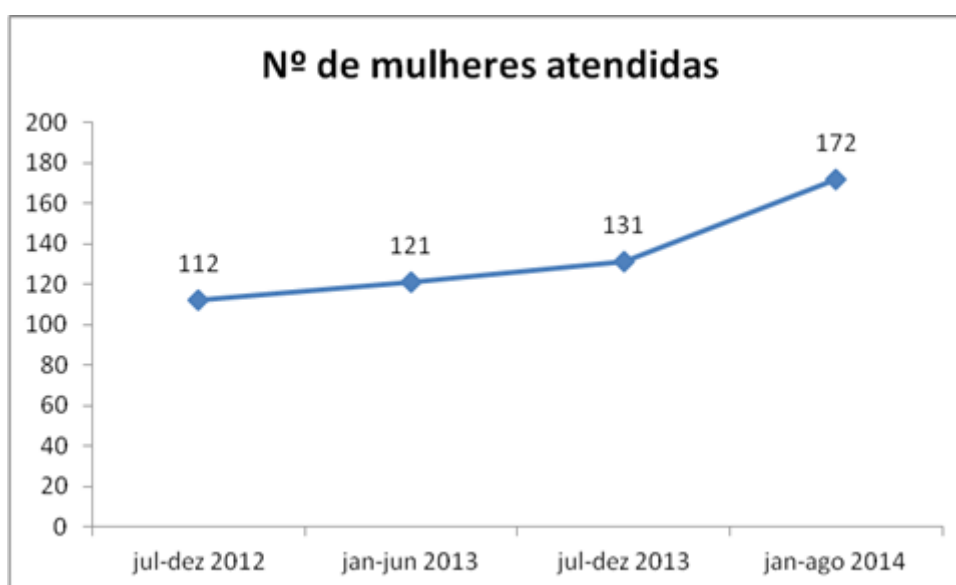
A seguir são apresentadas algumas informações gerais que caracterizam os atendimentos e as usuárias do serviço, realizados no período de julho de 2012 a agosto de 2014. Optou-se por esse recorte de tempo em decorrência do início do funcionamento do serviço e do período em que a pesquisadora esteve em campo para a sistematização das informações quantitativas dos formulários de atendimento para a data limite.

É importante destacar que, desde o início do funcionamento do CRAM, o modelo de formulário utilizado nos atendimentos sofreu modificações e algumas

informações passaram a ser solicitadas somente nas versões mais recentes. Esse fato justifica, em parte, a quantidade elevada de ausências de informações nos formulários de atendimentos, as quais serão apresentadas como “NI” – não informado.

No referido período, 536 mulheres foram atendidas pelo CRAM, sendo 517 (96,5%) atendimentos presenciais, as demais (19) receberam atendimento por telefone. No Gráfico 1 está apresentada a distribuição temporal dos atendimentos novos.

Gráfico 1 - Distribuição do número de mulheres atendidas pela primeira vez no CRAM por série temporal, de julho de 2012 a agosto de 2014



Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

Entre essas mulheres, 507 (94,6%) receberam atendimento psicológico, sendo 20 (3,7%) NI. Receberam atendimento de assessoria jurídica profissional 306 (57,1%) mulheres, sendo 50 (9,3%) NI. E 148 (27,6%) mulheres receberam atendimento de profissional assistente social, sendo 56 (10,4%) NI. O número de mulheres que receberam atendimentos das três áreas profissionais somou 88 (16,5%).

Salienta-se que o menor percentual de atendimentos de assistência social prestados pode ser em razão de o serviço ter ficado sem profissional dessa área por dois períodos diferentes, o que não aconteceu com as demais categorias profissionais que compõem o CRAM.

O número de atendimentos considerados finalizados no período da geração de dados foi de 413 (77,1%). Entre esses, o tempo médio decorrido entre o primeiro atendimento e a finalização do monitoramento foi de 121 dias, sendo que 68 (16,5%) mulheres receberam atendimento em apenas um dia. Entre as mulheres que receberam atendimentos em mais de um dia, 189 (45,8%) tiveram os atendimentos finalizados em até 120 dias. Na Tabela 1 observa-se que 316 (76,5%) mulheres tiveram os atendimentos finalizados em até seis meses.

Tabela 1 – Tempo de permanência em atendimento no CRAM

Tempo	n	%
Dia único	68	16,5
Até 3 meses	151	36,6
3-6 meses	97	23,5
6-9 meses	38	9,2
9-12 meses	28	6,8
12-15 meses	18	4,4
15-18 meses	9	2,2
Mais de 18 meses	4	1,0
Total	413	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

Os principais motivos para os atendimentos serem realizados em apenas um dia são: opção da mulher em não aderir ao serviço e/ou avaliação de que não se trata de situação de violência. Nesse último sempre é realizada orientação à pessoa que procurou atendimento e é feito o encaminhamento aos serviços apropriados. Chamam a atenção, por exemplo, os casos de mulheres (10) que foram encaminhadas ou buscaram o serviço espontaneamente em episódios de crise por transtorno mental. Uma das razões para isso, além dos conteúdos manifestos nos delírios persecutórios próprios da condição, é o fato de que, em muitos serviços, como é o caso das delegacias, não há profissionais capacitados para identificar essas situações e realizar encaminhamento aos serviços de saúde adequados para acolher esse tipo de demanda.

Entre os motivos para os desligamentos, além da avaliação da ausência de risco já mencionada, citam-se ainda os casos que ocorreram por dificuldades de manter contato com a mulher, que somaram 68 (16,5%). Na maioria das vezes, essas dificuldades são devidas às mudanças dos números de telefones das usuárias, que é a principal forma de contato da equipe do CRAM com elas. Em

algumas situações é possível contar com a participação da rede de atenção para a realização da busca ativa, como os serviços da assistência social (CRAS) e do setor saúde (ESF). Ainda assim pode haver dificuldades de localização das usuárias motivadas por mudança de endereço delas.

É relevante destacar que desde o início de seu funcionamento, nenhuma das mulheres atendidas pelo CRAM tornou-se vítima fatal de violência doméstica. Sabe-se que o mesmo não ocorre com as mulheres que apenas procuram a delegacia, por exemplo.

Um estudo sobre os femicídios no Rio Grande do Sul, realizado a partir de informações secundárias constantes nas ocorrências policiais, corrobora essa afirmação. Os resultados evidenciaram que entre as 68 vítimas de assassinatos em razão de violência doméstica ou familiar, entre os anos de 2010 e 2011, 44% haviam registrado ocorrência policial contra o agressor e 27% tinham solicitado medida protetiva (TREVISAN, 2011).

Esse fato evidencia que o acesso ao CRAM é um fator protetor para a vida dessas mulheres. Em todos os atendimentos do serviço é priorizada a segurança da mulher em situação de violência, sendo elaborado, em conjunto com ela, um plano de segurança pessoal (PSP), sempre que avaliada sua necessidade. O PSP pode consistir em orientações para requerimento da Medida Protetiva de Urgência (MPU); orientações para acionamento dos serviços de segurança pública; afastamento do contato com o agressor, quando possível; mudanças de endereço, de local de emprego e de escola (no caso em que há filhos em idade escolar); encaminhamento para abrigos; entre outras estratégias de segurança.

De que modo as mulheres chegaram ao CRAM

Em relação à busca pelo serviço, 75 (14%) mulheres procuraram o CRAM de forma espontânea, e 444 (82,8%) foram encaminhadas por outros serviços ou profissionais da rede. Esse dado não estava informado em 17 (3,2%) dos formulários.

Entre as mulheres que foram encaminhadas, a maioria (245 / 55,2%) foi encaminhada pelos serviços do setor Segurança, principalmente pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Isso ocorre devido à parceria já

bem estabelecida entre a DEAM e o CRAM. Em geral, todas as mulheres que são atendidas na DEAM por queixa de violência doméstica recebem orientação para procurar o CRAM.

Os demais encaminhamentos foram realizados por serviços de Assistência Social como os CRAS e CREAS (45 / 10,1%); serviços do setor Justiça, como os juizados especiais (43 / 9,7%); e serviços de saúde como as UBS e os hospitais (33 / 7,4%). Algumas das mulheres (17 / 3,8%) foram encaminhadas pelos serviços telefônicos Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher, vinculado à Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República) e Escuta Lilás³ (Central de Atendimento à Mulher vinculado à Secretaria de Políticas para as Mulheres do Rio Grande do Sul). Também houve encaminhamentos realizados por escolas, pelo conselho tutelar e por outros profissionais vinculados a serviços públicos, mas em número menos expressivo.

Esses achados diferem em parte dos resultados encontrados em um estudo realizado em Centro de Referência da Mulher de um município da região metropolitana de Porto Alegre. No estudo referido, 29% das mulheres foram encaminhadas por parentes e amigos, e 10,1% por delegacias de polícias. Os serviços de saúde e da assistência social representam 8,5% e 6% dos encaminhamentos, respectivamente (TREVISAN, LEAL, FENSTERSEIFER, 2015). A diferença em relação ao encaminhamento por serviços de segurança pode ser em decorrência da inexistência de DEAM no município do estudo, sendo a mais próxima a que se localiza em Porto Alegre, a 28 quilômetros de distância.

Quem são as mulheres atendidas no CRAM?

No período de julho de 2012 a setembro de 2014, 536 mulheres foram atendidas no CRAM.

Em relação ao perfil sociodemográfico das mulheres, a idade média foi de 40,2 anos, com desvio padrão de 14,2 anos, a maior concentração estava na faixa etária de 30 a 44 anos (41,8%), conforme pode ser observado na Tabela 2. A maioria das mulheres se autodeclarou branca (65,7%), 48,1% se declararam solteiras, 41,8% tinham até oito anos de estudo.

³ Serviço desativado desde janeiro de 2015, data da extinção da Secretaria de Políticas para as Mulheres do Rio Grande do Sul.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014

VARIÁVEL		n	%
Faixa Etária	<18 anos	6	1,1
	18-29 anos	119	22,2
	30-44 anos	224	41,8
	45-59 anos	115	21,5
	>ou=60 anos	62	11,6
	Não Informado	10	1,9
Raça/Cor	Branca	352	65,7
	Negra	107	20,0
	Parda	46	8,6
	Amarela	1	0,2
	Indígena	3	0,6
	Não Informado	27	5,0
Escolaridade	Analfabeta	11	2,1
	Ensino Fundamental Incompleto	154	28,7
	Ensino Fundamental Completo	59	11,0
	Ensino Médio Incompleto	52	9,7
	Ensino Médio	151	28,2
	Superior Incompleto	49	9,1
	Ensino Superior	37	6,9
	Não Informado	23	4,3
Estado Civil*	Solteira	258	48,1
	Casada	99	18,5
	Viúva	18	3,4
	Separada judicialmente	19	3,5
	União Estável	94	17,5
	Divorciada	32	6
	Não Informado	16	3

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

*Classificação de acordo com o formulário do serviço.

Quanto ao quesito raça/cor é importante assinalar que, apesar de 30% das mulheres atendidas serem negras e pardas, essa distribuição é maior do que a

população total de mulheres negras e pardas de Porto Alegre que é de 19,1% (IBGE, 2010).

Estudos indicam que as mulheres negras são mais vulneráveis às violências do que as brancas (GOMES et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012). No que se refere aos feminicídios, o “Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil” revela que enquanto a taxa de homicídios de mulheres brancas foi de 3,2 por 100 mil em 2013, a taxa de homicídios entre mulheres negras foi de 5,2 no mesmo período, indicando que, proporcionalmente, morrem assassinadas 66,7% mais negras do que brancas no país (WAISELFISZ, 2015).

Nesse sentido, Gomes e colaboradoras (2012) consideram que as discriminações sobrepostas de gênero, raça e classe colocam as mulheres negras em situações ainda mais desfavoráveis, sinalizando para a necessidade de ações políticas que garantam os direitos dessa população historicamente excluída, promovendo a equidade e reduzindo as iniquidades sociais.

Em relação às três mulheres que se autodeclaram indígenas, por ser uma etnia com características bem peculiares, considera-se que merece maiores detalhamentos. Em um dos formulários não havia descrições da situação de violência. A usuária foi encaminhada ao CRAM por uma servidora do Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, mas não quis aguardar pelo atendimento e não retornou posteriormente.

Na segunda situação, a usuária veio de Belém (Pará) com seu namorado que era carreteiro e dois filhos dela, um menino de três anos e uma menina de 13 anos. Ainda durante a viagem começou a sofrer violência e depois de pouco tempo em Porto Alegre se separaram, ele retomou viagem, e ela chegou a ficar em situação de rua com os filhos. Estava residindo há seis meses em Porto Alegre quando procurou o CRAM, encaminhada por uma profissional do “Ação Rua”, serviço que aborda e identifica crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre. Com auxílio da rede de atenção e especialmente dos serviços de Assistência Social, conseguiu se estabelecer em Porto Alegre.

Na terceira situação, a usuária era moradora de uma comunidade indígena de Porto Alegre, buscou o CRAM de forma espontânea aconselhada por uma amiga. Após inúmeras agressões do companheiro, que era dependente de álcool, ela realizara denúncia na Delegacia da Mulher e por esse motivo foi expulsa da comunidade onde residia, sendo obrigada a deixar a filha de dois anos. A equipe do

CRAM tentou, com auxílio de profissionais da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a intermediação da situação com o Chefe da comunidade indígena. Porém, nesse período o companheiro propôs uma reconciliação e a equipe não conseguiu mais manter contato com a mulher para monitorar a situação.

As etnias indígenas no Brasil configuram grupos expostos a muitas vulnerabilidades – pobreza, exclusão social e dificuldades de acesso a serviços. Estudiosas afirmam que, apesar dos avanços nas políticas públicas para as mulheres, no país, em geral, as ações não contemplam as peculiaridades das etnias indígenas (FERREIRA, 2013; GRUBITS, 2014). Portanto, considera-se necessário que seja ofertada atenção especial às situações de violência expostas por mulheres indígenas ao buscarem ajuda em serviços da rede de atenção.

Embora não seja possível fazer generalizações, tendo-se em mente a grande diversidade cultural entre as etnias indígenas, cita-se um estudo que buscou identificar a dinâmica da organização social das famílias da etnia Kaingang, no Paraná. As pesquisadoras observaram elevada frequência de violência doméstica na comunidade estudada, entretanto, a ajuda à vítima, e a punição ao agressor, somente são oferecidas e ocorrem nos casos em que um dos membros do casal se dirija aos líderes da comunidade e solicite providências. Isso porque, para esse povo, as demais pessoas da comunidade não têm o direito de intervir no relacionamento de um casal, ainda que haja ciência das situações de agressão (MOLITERNO et al., 2011).

Retomando os dados acima, a classificação do Estado Civil adotada nos formulários de atendimentos do CRAM não permite uma avaliação precisa sobre a situação de união afetiva com parceiro íntimo entre as mulheres atendidas, porque “união estável” não se caracteriza como estado civil. Dessa forma, mulheres que residem com seus companheiros, mas não contraíram matrimônio civil, podem informar tanto viverem a “união estável” quanto serem solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas, quando questionadas pelos profissionais do serviço. Destaca-se, porém, que é possível obter o esclarecimento de cada situação conjugal a partir dos relatos nos formulários. Entretanto, para a elaboração do perfil optou-se por não modificar a classificação realizada pelo serviço.

Em relação à baixa escolaridade, mostrada na Tabela 2, Gomes e colaboradas (2012) dizem que isso pode representar maior dependência econômica das mulheres, pois o nível de escolaridade se constitui em pré-requisito para a

entrada no mercado de trabalho, especialmente no que se refere a empregos mais bem remunerados. Essa condição interfere diretamente nas possibilidades de empoderamento das mulheres para o enfrentamento da violência doméstica.

No que se refere à situação socioeconômica das mulheres, 292 (54,5%) mulheres informaram ter trabalho remunerado, 225 (42%) disseram não trabalhar e 19 (3,5%) foi o número de não informado.

Em relação à renda familiar não foi possível calcular com segurança, pois esse dado não estava informado em 383 (71,5%) dos formulários de atendimento. O principal motivo para a ausência desse dado é que ele só foi incluído no formulário a partir do ano de 2014. Para o preenchimento da renda nos formulários foi considerada a soma dos rendimentos brutos de todos os familiares que residem junto com a mulher. Entre as 153 mulheres que tinham esse dado preenchido no formulário, 86 (52,6%) tinham como renda familiar até R\$1.194,53.

Estudo de Mathias e colaboradores (2013), entre usuárias da rede de atenção básica à saúde do Estado de São Paulo, identificou que mulheres da classe econômica menos favorecida tiveram maior risco para violência por parceiro íntimo. Entretanto, a relação entre o fator renda, isoladamente, e a prevalência de violência contra a mulher não foi confirmada em outras pesquisas (D'OLIVEIRA et al., 2009; VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

No caso deste estudo, particularmente, pode-se considerar que a baixa renda está relacionada ao fato de o CRAM ser um serviço público e que, portanto, atende a mulheres que não teriam condições de acessar serviços e profissionais na esfera privada. Do mesmo modo, muitas mulheres que têm condições de pagar por assistência jurídica ou psicológica podem considerar dispensável utilizar os serviços do CRAM.

Em relação à informação sobre filhos, 467 (87,1%) mulheres afirmam serem mães, 56 (10,4%) não tinham filhos e 13 (2,4%) mulheres não tinham esse dado informado no formulário. O número de filhos variou de um até 14, sendo a média de 2,5 filhos, com desvio padrão de 1,8. Entre as mulheres que possuíam filhos, 348 (74,5%) informaram que os filhos moravam com elas, e apenas 156 (43,9%) afirmaram que poderiam contar com alguém para cuidar dos filhos em caso de necessidade. Destaca-se que, do total de mulheres atendidas, 22 (4,1%) eram gestantes.

Os resultados encontrados para o perfil das mulheres atendidas pelo CRAM, de forma geral, são similares aos de outros estudos também realizados em Centros de Referência da Mulher. Cita-se, como exemplo, pesquisa realizada no Centro Jacobina, em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, serviço que atende mulheres em situação de violência. Foram analisados os dados de 366 mulheres atendidas. Entre elas, 61% estavam na faixa etária de 18 a 40 anos, 78,6% eram da raça/etnia branca e 76% tinham até três filhos. O ensino fundamental representou 60% do nível de escolaridade e 67,7% declararam dispor de renda própria (TREVISAN; LEAL; FENSTERSEIFER, 2015).

Também se menciona pesquisa realizada a partir das informações de 80 mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher da cidade de Cajazeiras, Paraíba. A maioria das mulheres tinha idade até 40 anos (65%), baixa escolaridade (55% com até sete anos de estudo); eram casadas (59%) e possuíam filhos (86%) (COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015).

Observa-se que o fator que mais difere em comparação aos achados deste estudo se refere ao estado civil, pois ao contrário das pesquisas citadas, quase metade das mulheres eram solteiras. Essa diferença pode ser decorrente da forma de classificação do estado civil adotada pelo CRAM que apresenta múltiplas opções para o indicativo dessa situação.

Em relação ao número de filhos, estudo de d'Oliveira e colaboradores (2009), em que os autores buscaram identificar os fatores associados à violência física e/ou sexual por parceiro íntimo em diferentes contextos socioculturais, encontraram relação com o maior número de gestações. Os autores ponderam que as gestações sucessivas podem aumentar a dependência econômica da mulher e os conflitos de casal e dificultar a possibilidade de saída da relação violenta, especialmente em locais onde há pouco apoio social para o cuidado das crianças.

Embora exista a crença de que mulheres grávidas estariam mais protegidas de sofrer agressões, na realidade nem sempre é dessa forma. Conforme os achados do estudo de Bonfim (2008), existem diversos fatores que podem desencadear as situações de violência, entre os quais: “o aumento do custo financeiro para a família com a chegada de mais um membro; a responsabilização exclusiva ou mesmo a culpabilização da mulher pela gestação não planejada; a dúvida da paternidade” (BONFIM, 2008, p. 115).

Nesse sentido, a gestação pode ser um período particularmente vulnerável para as situações de violência contra a mulher (SILVA et al., 2011). Além disso, a condição de gestante pode ser um fator limitador para que as mulheres consigam sair da situação de violência. Dessa forma, a identificação dessas situações e o acolhimento e apoio às gestantes em situações de violência são fundamentais para o cuidado e proteção à vida das mulheres e de seus bebês (BONFIM, 2008; COSTA; SILVA; SIQUEIRA, 2015).

No que se refere à assistência pré-natal, uma pesquisa identificou que a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação está fortemente associada à má qualidade da atenção à saúde nesse ciclo vital. As mulheres que relataram terem sido vítimas de abuso físico durante a gestação possuíam duas vezes mais chance de apresentar uma assistência pré-natal inadequada do que as sem história de violência física (MORAES et al., 2010).

Em pesquisa documental realizada em prontuários de gestantes dos serviços de atenção básica à saúde, Bonfim, Lopes e Peretto (2010) identificaram que, em geral, a violência não é registrada como agravo à saúde da mulher, e, mesmo quando presente, os registros apresentam as situações de violência de forma descontextualizada. As autoras constatam que há invisibilidade dessas situações e omissões no atendimento, tendo como consequência a inviabilidade de elaboração de estratégias de enfrentamento por parte dos profissionais, dos serviços e menos ainda do acionamento de redes de atenção mais complexas.

Retomando as informações deste estudo, em relação ao local de moradia, 486 (90,7%) eram moradoras de Porto Alegre, entre essas mulheres, sete (1,4%) estavam em situação de rua.

Em relação às mulheres em situação de rua sabe-se que se trata de uma população com múltiplas vulnerabilidades e, conseqüentemente, mais suscetível às diversas formas de violência (AGUIAR; IRIART, 2012; BONUGLI; LESSER; ESCANDON, 2013). Corroborando essa afirmação, cita-se o estudo de Rosa e Brêtas (2015) sobre as situações de violência na vida de mulheres em condição de rua na cidade de São Paulo. Os autores identificaram que as experiências de violência estavam presentes nas histórias de vida progressas à situação de rua, muitas vezes sendo a causa do ingresso à vida nas ruas. Além disso, nas ruas, as violências são sobrepostas nas situações de disputas territoriais, tráfico de drogas, falta de privacidade e opressão de gênero.

Para acesso ao CRAM, três dessas mulheres foram encaminhadas pelo Centro Pop, serviço municipal que consiste em um centro de referência especializado para a população em situação de rua, o qual promove atendimento social com equipe multidisciplinar, oferece acolhimento, alimentação, higiene e lazer à população em situação de rua, além de encaminhamentos junto à rede de serviços (PORTO ALEGRE, [2015?]). Outras três foram encaminhadas pela DEAM e uma por um servidor da Secretaria Municipal de Direitos Humanos. Cabe mencionar que cinco delas sofreram violência dos companheiros, uma do ex-companheiro e uma de um desconhecido, em uma situação de violência urbana.

Na Tabela 3 é possível identificar a distribuição dos locais de moradia das mulheres atendidas no CRAM nas regiões do município. Para a sua construção, foram utilizadas as informações disponíveis em 477 prontuários que continham os endereços completos. Os dados sobre a população de mulheres residentes em cada uma das regiões do município foram extraídos da página da internet “Observatório da Cidade de Porto Alegre” (ObservaPOA), que utiliza como fonte para os dados demográficos o Censo do IBGE do ano de 2010 (PORTO ALEGRE, [201-]).

Tabela 3 – Região de moradia das mulheres, residentes em Porto Alegre, atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014

Região	Mulheres atendidas no CRAM	População de Mulheres*	Índice** (x 10 ³)
Nordeste	27	19.080	14,15
Lomba do Pinheiro	35	31.978	10,95
Humaitá / Navegantes	25	23.285	10,74
Eixo Baltazar	54	53.653	10,06
Ilhas	4	4.074	9,82
Centro Sul	45	59.746	7,53
Cristal	11	14993	7,34
Restinga	23	31.853	7,22
Leste	43	60.850	7,07
Glória	15	22.296	6,73
Extremo Sul	11	17.858	6,16
Partenon	37	62.248	5,94
Cruzeiro	20	34678	5,77
Centro	72	155.219	4,64
Sul	17	43.994	3,86
Noroeste	24	71.811	3,34
Norte	14	47.948	2,92
Total	477	755.564	6,31

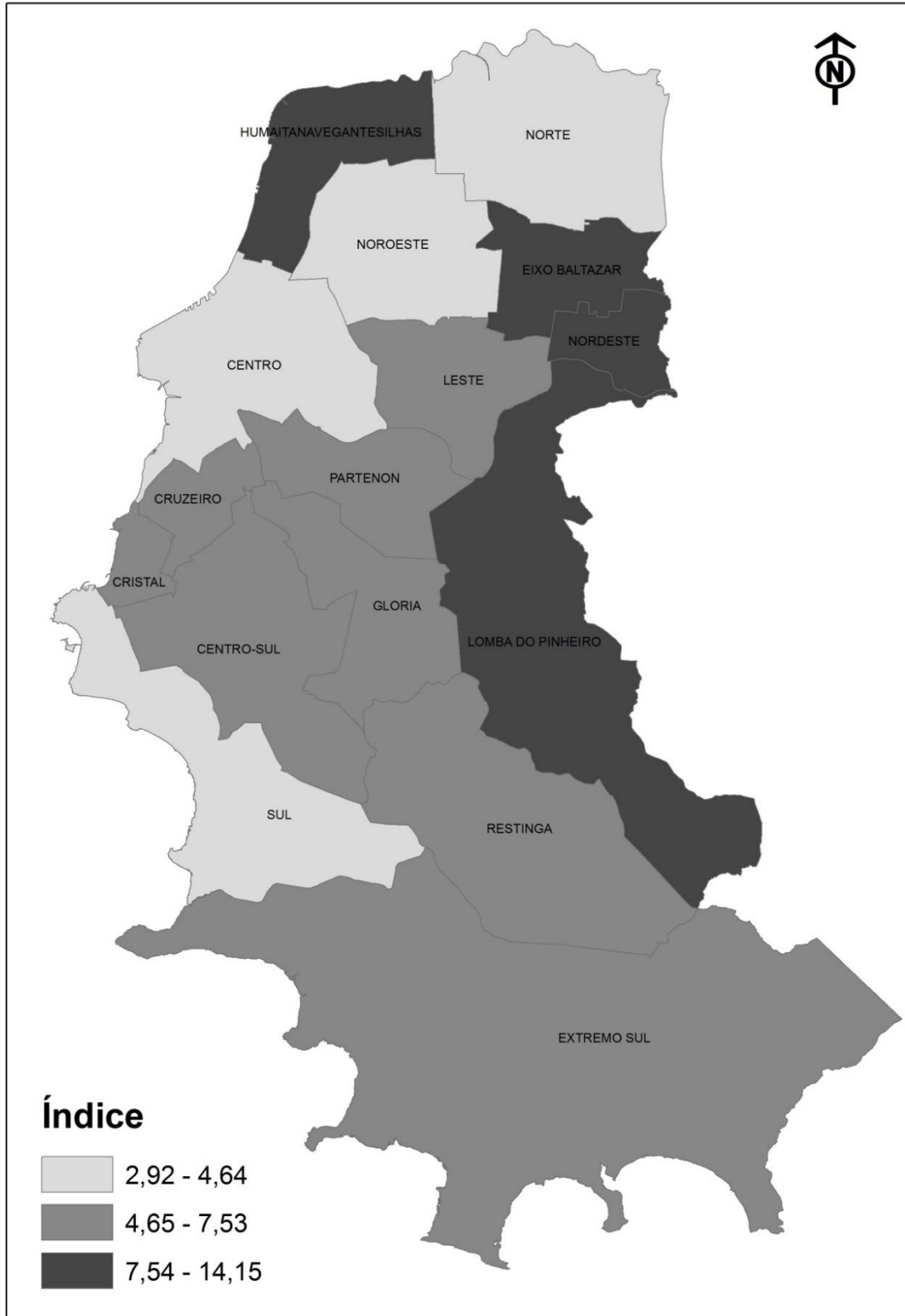
Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

*Informações disponibilizadas no site ObervaPoA. Acesso em nov. 2015.

** Índice: Região de residência das mulheres que foram atendidas no CRAM em relação à população feminina total em cada região, de acordo com o Censo de 2015 do IBGE.

Em relação às regiões com maiores índices (Ilhas, Eixo Baltazar, Humaitá/Navegantes, Lomba do Pinheiro e Nordeste), é interessante destacar que são regiões que se localizam na periferia do município de Porto Alegre, como pode ser observado na Cartografia 1. Além disso, dados da Prefeitura Municipal, disponíveis no ObervaPOA, indicam que essas regiões estão entre as que possuem menor renda dos responsáveis por domicílio, menor índice de escolaridade (média de anos de estudo) entre as mulheres responsáveis por domicílio, e maior percentual de mulheres responsáveis por domicílio analfabetas, em comparação com as demais regiões do município (PORTO ALEGRE, [201-]).

Cartografia 1 – Cartografia temática do índice de distribuição nas regiões de Porto Alegre dos locais de moradias das mulheres atendidas no CRAM em relação à população feminina total



Fonte: Elaborado por BUENO, A. L. M. para este estudo, Porto Alegre, 2016.

O que se sabe sobre as situações de saúde

Entre as mulheres atendidas, 296 (55,2%) disseram ter vínculo com algum serviço de saúde, e 189 (35,3%) informaram que faziam tratamento de saúde. Entre os tratamentos mais citados estão aqueles para doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes, citados por 79 mulheres (14,7% do total de mulheres, e 41,8% das que faziam algum tratamento de saúde), e os tratamentos de saúde mental, citados por 69 mulheres (12,9% do total de mulheres, e 36,5% das que faziam algum tratamento de saúde).

A associação entre os agravos de saúde mental e as situações de violência por parceiro íntimo foi identificada em um estudo realizado em serviços de atenção primária à saúde em São Paulo. Os pesquisadores constataram que os diagnósticos e/ou queixas de agravos psicoemocionais estavam associados à ocorrência de violência por parceiro íntimo, aumentando sua magnitude com a maior repetição da violência (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Quais são as violências sofridas e quem são os agressores

Os registros permitiram desenvolver um panorama das formas de violência sofridas pelas mulheres que buscaram atendimento no CRAM. Destaca-se que as classificações presentes nos formulários são realizadas pelos profissionais da equipe a partir dos relatos que as mulheres fazem nos atendimentos sobre as situações vividas. Esse é um viés importante, pois, muitas vezes, agressões como as psicológicas, as sexuais, quando ocorridas em relacionamento conjugal, e as patrimoniais não são consideradas violência pelas mulheres. De acordo com o relato dos profissionais do CRAM, em geral são os atos de agressões físicas graves aqueles mais facilmente denominados pelas mulheres como violência e também são os principais disparadores da busca por ajuda.

Em relação ao local das violências, 444 (82,8%) foram classificadas como violência doméstica, 13 (2,4%) ocorreram na rua, e sete (1,3%) ocorreram no local de trabalho. Em 27 (5%) formulários de atendimento não havia essa informação. Destaca-se que 45 (8,4%) mulheres que buscaram atendimento no CRAM possuíam queixas que não se enquadravam em situações de violências. Entre os motivos

estavam o incorreto encaminhamento ou equívocos no entendimento dos objetivos do serviço.

Observam-se, assim, falhas na rede de atenção, e a desqualificação dos trabalhadores e profissionais para o acolhimento e encaminhamento das mais diversas demandas por auxílio, atendimento e cuidado.

Quanto ao tempo de permanência na situação de violência, 277 (51,7%) foram classificadas em contínuas, e 75 (14%) em circunstancial. Em 184 (34,3%) formulários de atendimento não havia essa informação.

As formas de violência sofridas pelas mulheres são apresentadas na Tabela 4. Destaca-se que a soma dos percentuais ultrapassa 100%, pois, na maioria dos casos, as formas de violência ocorrem sobrepostas.

Tabela 4 – Tipologia das violências sofridas pelas mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014

TIPOLOGIA	N	%
Violência psicológica	442	82,5
Violência física	332	61,9
Violência patrimonial	219	40,9
Violência sexual	123	26,2
Negligência	120	22,4

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

Observa-se que a violência psicológica foi a mais frequente. Quando analisadas somente as situações de violência doméstica, a prevalência dessa forma de violência foi de 91,9%. Entendendo violência psicológica como qualquer conduta que cause à mulher dano emocional e diminuição da autoestima, conforme consta na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), pondera-se que dificilmente as situações violentas que ocorrem no âmbito familiar e/ou dos relacionamentos afetivos deixariam de acarretar, de alguma forma e intensidade, violência psicológica. Entre os atos dessa forma de violência, 215 mulheres citaram intimidação e ameaça (48,6%); 212 (48%), difamação; 198 (44,8%), injúria; e 115 (26%), assédio moral.

No que se refere à violência física, 87 (26,2%) relatos foram classificados em leve, que consiste em atos como tapas ou empurrões que não ocasionaram lesões. Violência física grave foi classificada em 148 (44,6%) relatos e refere-se a atos que acarretaram lesões – marcas e hematomas, ou que necessitaram de algum atendimento em serviço de saúde. Em 58 (17,5%) relatos classificou-se a violência

física em gravíssima, quando ocorreram lesões ou traumas de maior gravidade: cortes e fraturas e/ou que necessitaram hospitalização. Duas situações (0,6%) foram classificadas incapacitantes, pois foram lesões que acarretaram sequelas permanentes, com prejuízo de alguma das funções físicas. Em 37 (11,1%) formulários, com referência de violência física, não há essa classificação.

Chama a atenção também a elevada frequência de violência patrimonial identificada nos relatos. A Lei Maria da Penha define violência patrimonial como

“...qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades” (BRASIL, 2006, Art. 7º, Inciso IV).

Esses atos são corriqueiros nos relatos das mulheres. Um exemplo é a destruição ou subtração de telefone celular, muitas vezes por ciúmes da comunicação da mulher com outras pessoas, mas que também pode servir como um impedimento para que ela possa solicitar ajuda. Já, a privação de recursos econômicos, como o não pagamento de pensão alimentícia, pode ser empregada com o intuito de coagir a mulher a permanecer no relacionamento.

São classificadas como negligência as situações em que as mulheres têm negados insumos necessários à subsistência. Por exemplo, quando o companheiro nega-lhe o acesso a alimentos, sendo ele o único provedor da família.

Em relação aos agressores, 483 (90,1%) eram pessoas conhecidas das mulheres. O tipo de relação entre a mulher e o agressor está exposto na Tabela 5.

Tabela 5 – Tipo de relação entre os agressores e as mulheres atendidas no CRAM, no período de julho de 2012 a setembro de 2014

Tipo de Relação	n	%
Companheiro	249	51,8
Companheira	1	0,2
Ex-companheiro	139	28,9
Namorado	13	2,7
Ex-namorado	11	2,3
Familiares	50	10,4
Vizinho	5	1
Outros*	13	2,7
Total	481	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2015.

* Outras pessoas conhecidas.

Conforme pode ser observado, a grande maioria dos agressores (85,9%) são parceiros íntimos das mulheres (companheiros, ex-companheiros, namorados e ex-namorados).

Esses achados são similares aos encontrados em outros estudos, que apontam os parceiros íntimos como os principais autores de violência contra as mulheres (COSTA et al., 2015, RODRIGUES et al., 2012, TREVISAN; LEAL; FENSTERSEIFER, 2015).

Em relação ao perfil dos agressores, destaca-se que a precariedade das informações não permitiu caracterizá-los no detalhe, pois, em muitos formulários os dados sociodemográficos estavam incompletos.

Pertencem ao sexo masculino 87,3% dos agressores (em 9,9% dos formulários não constava essa informação). A idade média foi de 42,2 anos (com desvio padrão de +- 13,5 anos), variando de 16 até 88 anos (n=345). Em relação à escolaridade, 56,6% tinham até oito anos de estudo (n=318).

Esse perfil está de acordo com outros estudos que apontam os agressores como homens de baixa escolaridade (GOMES et al., 2012; MADUREIRA et al., 2014).

Chama a atenção que a baixa escolaridade está presente tanto para as mulheres vítimas de violência quanto para os homens perpetradores. Poder-se-ia analisar que o menor grau de instrução, reduz as possibilidades de resolução de conflitos de forma não violenta. Também é possível pressupor o impacto da baixa escolaridade nas condições sociais, de emprego, renda, e exclusão social, o que

pode ser considerado um fator estressor no cotidiano que contribui para o aumento da vulnerabilidade às situações de violências.

Nessa perspectiva, cita-se um estudo que buscou identificar as condições que podem influenciar a ocorrência e a dinâmica dos homicídios (morte em decorrência de agressão). As pesquisadoras encontraram associação desse fenômeno com um contexto social que abarca “a combinação de: vulnerabilidades, fragilidades, precariedades e rupturas de vínculos na dimensão individual e na vida social” (SILVA; VALADARES; SOUZA, 2013, p. 545).

De acordo com as informações dos formulários, 222 (41,4%) agressores fazem uso de álcool, e 143 (26,7%) são usuários de drogas ilícitas.

O uso de álcool, neste caso, pode referir-se tanto ao uso ocasional quanto ao regular e abusivo. Nesse sentido, ao questionar as mulheres sobre essa informação, os profissionais do CRAM buscam dar maior ênfase ao padrão de consumo abusivo, ou seja, aquele que ocasiona danos ou sofrimento ao indivíduo, família e sociedade.

Alguns estudos indicam associação entre episódios de violência doméstica contra a mulher e o uso de álcool e outras drogas por parceiro íntimo (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014). Uma pesquisa com usuárias de serviços de saúde que buscou identificar fatores associados à prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres, revelou que a chance de sofrer violência é maior para mulheres com parceiro usuário de álcool com grande frequência e que usava ou já havia usado drogas. O risco de VPI aumentou em 59% com o uso frequente de álcool e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo parceiro. Mulheres que vivenciaram problemas de dinheiro, com familiares ou outros, devido ao uso da bebida do companheiro, apresentaram pelo menos três vezes mais o risco de VPI (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

Estudo realizado com mulheres latino-americanas nos Estados Unidos identificou que o uso de álcool e de drogas ilícitas pelos parceiros íntimos está fortemente associado ao risco de a mulher se tornar uma vítima de violência sexual, física e psicológica, além da exposição a Doenças Sexualmente Transmissíveis e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (GONZALEZ-GUARDA et al., 2010).

Cita-se também estudo documental realizado em inquéritos constantes nos arquivos da DEAM de um município de grande porte do Rio Grande do Sul, referentes à violência contra a mulher cujos agressores eram usuários de drogas ilícitas. Na análise das ocorrências de violência, as pesquisadoras identificaram que

40,2% dos registros referiam-se à violência física; 31,4%, à violência psicológica; 16,5%, patrimonial; 6,2%, sexual; e 5,7%, moral. Destaca-se que, em geral, o ato violento associa-se a uma ou mais formas. Além disso, a maioria das mulheres sofreu agressões ou ameaças anteriores à denúncia (SILVA et al., 2015).

As mulheres atendidas no CRAM informaram que 232 (43,3%) dos agressores também são violentos com familiares e/ou outras pessoas, e que 110 (20,5%) têm antecedentes criminais.

Observa-se, assim, a constituição de um ambiente de violência que aumenta o medo que as mulheres têm dos agressores, dificulta a própria desnaturalização dessas situações e, em sequência, inibe a busca por ajuda.

Estudo que analisou o perfil de homens autores de violência contra mulheres, a partir de Autos de Prisão em Flagrante emitidos por uma Delegacia da Mulher, identificou que 29,2% dos agressores detidos possuíam registros policiais anteriores e, deste total, 60,5% eram em decorrência de violência doméstica. Diante da constatação de que o comportamento violento se mantém e se repete, as pesquisadoras consideram que a denúncia ou prisão do agressor, enquanto ação isolada, revela-se insuficiente para interromper o ciclo de violência contra a mulher. Evidencia-se, assim, a necessidade de ampliar a atenção para além do atendimento à vítima e da penalização do agressor, por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares (MADUREIRA et al., 2014).

Em síntese, o quadro apresentado e, às vezes, discutido, teve a intenção de contextualizar os episódios de violência que motivaram a busca por ajuda no CRAM no período referido. Além disso, acredita-se que esclarecer essas circunstâncias contribui para que se organizem formas de intervenção adequadas que permitam aperfeiçoar o sistema de acolhimento e protetivo das mulheres nessas situações. Acredita-se que o aperfeiçoamento, a valorização do registro e sua completude são essenciais para a compreensão desse fenômeno e para possibilitar sua gestão continuada, considerando-se o imperativo do diálogo intersetorial.

Dedica-se o capítulo a seguir às trajetórias e experiências no setor saúde e na rede intersetorial de algumas das mulheres atendidas no CRAM em busca de cuidado nas situações de violência.

7 AS TRAJETÓRIAS DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM BUSCA DE CUIDADO: experiências compartilhadas e singularidades

A seguir são descritos os caminhos pessoais e institucionais percorridos pelas mulheres entrevistadas neste estudo, em busca de apoio e cuidado nas situações de violência.

Considerando-se as singularidades dessas experiências e também com a intenção de tornar o entendimento das trajetórias dinâmico e esclarecedor, optou-se por apresentar as trajetórias limitando o texto à sua estrita descrição, sem interferência analítica. Uma síntese analítica centrada na busca pessoal e institucional do cuidado, segue esse momento descritivo. Juntamente com a descrição textual ilustra-se, graficamente, cada trajetória, cujos símbolos utilizados têm suas legendas apresentadas no Apêndice E.

A seguir, após a exposição de cada trajetória, faz-se uma síntese de cada âmbito institucional setorial, e, ao final, elencam-se as possibilidades de melhorias do cuidado na rede de atenção, a partir da compreensão das participantes do estudo.

7.1 Apresentação das Trajetórias em suas Singularidades

- **Begônia**

Begônia é uma mulher que se autodeclara de cor branca, no momento da entrevista estava com 34 anos, estudou até o ensino médio, sem completá-lo. Tem duas filhas, uma de 18 anos que vive com o companheiro, e outra de 15 anos que reside com ela. Begônia trabalha no ramo do comércio com vínculo empregatício e renda fixa.

Ela sofria violência doméstica (psicológica, física grave, sexual, negligência) praticada pelo ex-companheiro, com o qual se casou⁴ aos 13 anos de idade; o relacionamento durou 21 anos.

O agressor tinha 37 anos, ensino fundamental incompleto, estava desempregado, é usuário de álcool e drogas (crack), também tem comportamento

⁴ Utiliza-se o verbo “casar” e suas derivações para todas as situações de coabitação com parceiro íntimo, podendo incluir os casamentos formais, com registro civil, ou as uniões estáveis. Essa opção é decorrente de ser esta a palavra utilizada pelas próprias mulheres para definir as suas uniões com os (ex-) companheiros.

violento com a filha, tem antecedentes criminais por porte ilegal de arma e por esse motivo esteve preso por oito meses.

As situações de violência se intensificaram desde 2006, período em que o companheiro começou a fazer uso de crack.

Em 2008, após descobrir que o companheiro tinha uma amante, Begônia tentou suicídio por enforcamento em casa, e o companheiro a encontrou desmaiada. Mesmo tendo ficado com dores e marcas no pescoço, ela não quis procurar atendimento de saúde por sentir vergonha do que havia feito.

“Eu amarrei uma corda no telhado e tentei me enforcar [...] ele apareceu, e viu quando eu estava pendurada. Mas ele me tirou já desmaiada, eu não me lembro quando ele me tirou.”

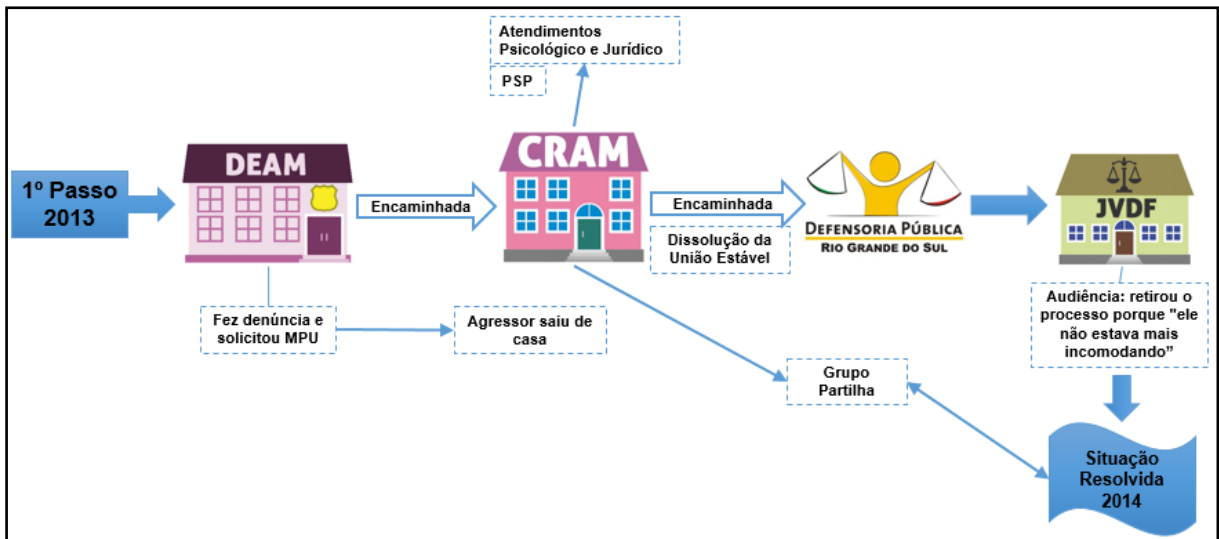
“Eu fiquei em casa, eu não quis ir ao médico... de vergonha também. Fiquei com as marcas no pescoço da corda, mas eu não fui.”

Em 2010, seu irmão faleceu. Esse irmão era uma pessoa muito importante para Begônia, pois era com ele que ela desabafava sobre as dificuldades no relacionamento. Entretanto, ele sempre a aconselhava a permanecer na relação. Begônia considera que a morte dele foi um impulsionador para ela dar um basta na situação de violência.

“Foi em seguida da morte dele que aí eu não tinha aquele meu amigo para eu conversar. Eu disse: ‘não, agora só está eu, agora, então, chegou’. Porque de repente meu irmão ajudava eu a ficar mais perto dele [do ex-companheiro]. Eu queria me livrar dele e meu irmão sempre... [incentivava a permanecer] Talvez porque ele não queria me ver sozinha, sei lá.”

A trajetória de Begônia em busca de ajuda para situação de violência está representada na Figura 1.

Figura 1 – Trajetória da Begônia



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em 2013, Begônia deu o primeiro passo para romper com a situação de violência, ao procurar a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) para fazer uma queixa contra o ex-companheiro por ameaça de morte. Nesse atendimento foi solicitado a Medida Protetiva de Urgência (MPU). Na DEAM ela foi orientada a procurar o Centro de Referência de Atendimento à Mulher Víctima de Violência (CRAM).

No CRAM, Begônia recebeu atendimento psicológico e jurídico. No primeiro dia de atendimento do CRAM, Begônia ainda residia com o ex-companheiro, apesar de estarem separados, mas logo em seguida o agressor saiu de casa. A equipe realizou, junto com Begônia, o Plano de Segurança Pessoal (PSP), no qual a incentivaram a procurar andar acompanhada ao sair de seu local de trabalho e a analisar a possibilidade de trocar seus horários. Também foi orientada a buscar a MPU no Fórum e a procurar a Defensoria Pública Estadual para fazer a dissolução da União Estável.

“Aí aqui no CRAM eu conversei com o advogado, com alguém, já, o que realmente era, o que eu queria... Foi a ajuda delas, ali, deles, que eu não voltei, pra [relação com o companheiro]... claro que eles ajudam a gente a analisar os pensamentos.”

Quando houve a primeira audiência no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (JVDF), Begônia retirou a causa por considerar que o agressor “*não estava mais incomodando*”.

“Tive [audiência], mas chegou na hora lá, eu retirei a causa. Deixei porque ele não estava me incomodando, né? E aí a juíza falou com ele ‘ah, eu vou deixar por enquanto para eles deixarem em arquivado, mas se ela quiser abrir, ela pode abrir a qualquer momento’. Aí eu retirei.”

Begônia considerou satisfatório o atendimento recebido no JVDF.

“Foi bom. Fui lá, eu desabafei com a juíza, falei que eu não queria mais ele, e que ele me obrigava a fazer coisas que eu não queria.”

A equipe do CRAM, juntamente com Begônia, considerou que a sua situação de violência estava resolvida, encerrando assim os atendimentos individuais naquele serviço. A partir de então, o vínculo dela com o CRAM permaneceu por meio da sua participação no Grupo Partilha.

Begônia considera que foi bem atendida em todos os serviços que procurou e destaca as orientações que deles recebeu como um fator positivo para a superação da situação de violência.

- **Camélia**

Camélia é uma mulher de cor branca, no momento da entrevista tinha 55 anos. Tem dois filhos adultos, de 31 e 29 anos, ambos residem com ela. Camélia possui ensino superior completo e sua renda atual é proveniente do auxílio doença que recebe do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Relatou histórias de abusos sexuais na infância e na adolescência, sendo os perpetradores o tio, na infância, e o padrasto, na adolescência. Disse também que já teve ideação suicida em três momentos diferentes ao longo da vida, chegando a realizar uma tentativa no começo do relacionamento com o companheiro.

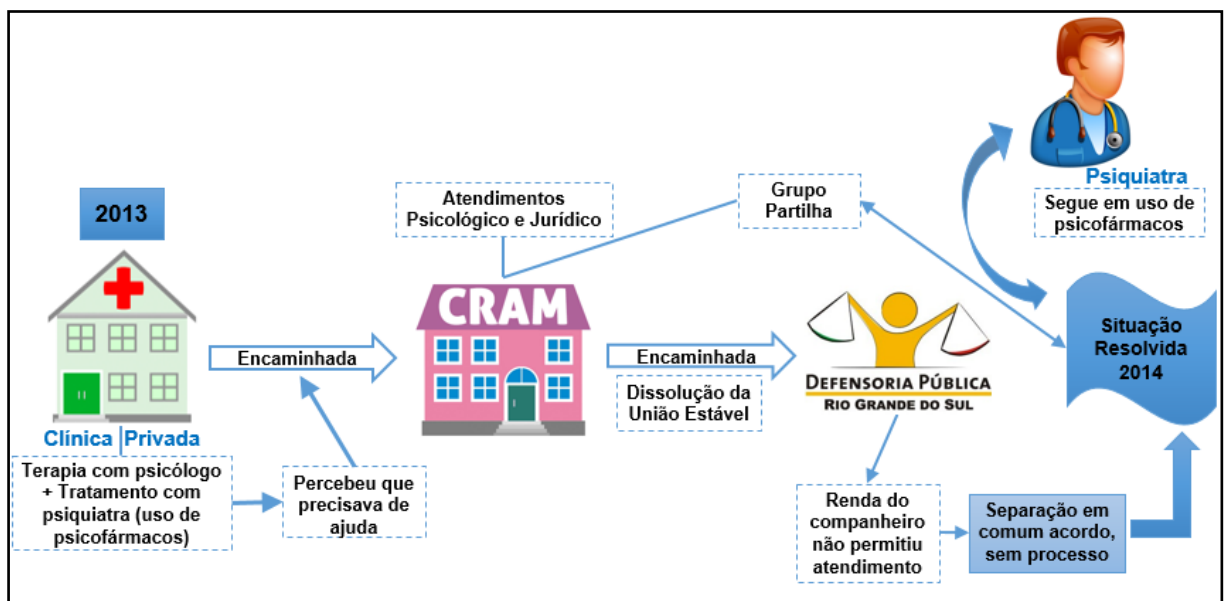
“[...] eu peguei o revólver e eu ia me matar. E cheguei a atirar, só que na hora que eu atirei, na hora assim, eu desviei daí pegou no guarda-roupa.”

Sofria violência doméstica (psicológica, negligência, patrimonial) praticada pelo ex-companheiro, com o qual se casou quando tinha 16 anos; o relacionamento durou 37 anos.

O agressor tem 57 anos, ensino médio completo, é policial civil aposentado, é usuário de álcool e também é violento com outras pessoas (agressividade verbal).

Sua trajetória em busca de ajuda para enfrentar a situação de violência está representada na Figura 2.

Figura 2 – Trajetória da Camélia



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em 2013, Camélia fazia acompanhamento, em uma clínica privada, com psicóloga e médico psiquiatra para depressão e utilizava psicofármacos (antidepressivo, ansiolítico e estabilizador de humor). Refere que foi a partir das conversas com esses profissionais que ela percebeu que precisava de ajuda para superar a situação que vivenciava. Assim, por indicação da psicóloga que a atendia, decidiu procurar o CRAM.

No CRAM recebeu atendimento psicológico e jurídico e foi convidada a participar do Grupo Partilha. Camélia considera que, entre os serviços utilizados, foi no CRAM que ela recebeu o melhor atendimento.

“Porque aqui eu soube que eu tinha um amparo e que eu tinha gente que entendia o que eu estava passando e que eles estavam preparados assim pra me ajudar de tudo que é lado.”

À época dos primeiros atendimentos no CRAM, Camélia ainda estava casada com seu companheiro, mas manifestava o desejo de separar-se. Assim, foi encaminhada, pela assessoria jurídica do CRAM, para a Defensoria Pública Estadual para realizar a dissolução da união estável. Entretanto, a renda do seu companheiro não permitiu o atendimento nesse serviço. Sendo assim, o casal deveria procurar serviços particulares para realizar a separação. Porém, o companheiro não quis arcar com os custos e, ao mesmo tempo, Camélia não tinha recursos para contratar um advogado particular. Em acordo, decidiram separar-se sem processo judicial, o que ocorreu em 2014.

Durante esse período, Camélia havia interrompido o tratamento de saúde mental que estava realizando. Sobre a avaliação desses profissionais, ela disse:

“Vou lhe dizer assim ó, [o atendimento] da psicóloga ótimo, muito bom. A psiquiatra, como eu disse, ela é remédio. E no momento que ela dizia: ‘passa pro psicólogo’. Ela disse também que eu tinha que ter um acompanhamento psicológico, até por causa do tratamento. [...] Era só remédio. Tanto que ficou muito forte e daí eu saí e não fui mais lá.”

Entretanto, um tempo depois, ela começou acompanhamento com outro psiquiatra e voltou a utilizar psicofármacos.

“E depois eu parei, porque a gente tem mania... A gente não quer fazer esse tratamento sabe, até que o doutor [nome do médico].. eu fui também um tempo com ele e não fui mais, aí ele conversou comigo, fez eu entender que se é um diabético, ele vai tomar o remédio, se é um hipertenso também né... e no meu caso também, daí ele me chamou atenção, porque três vezes eu...” [pensou em se matar]

No momento da entrevista, a situação de violência foi considerada resolvida por ela e pela equipe do CRAM, permanecendo seu vínculo no serviço por meio da sua participação no Grupo Partilha.

- **Açucena**

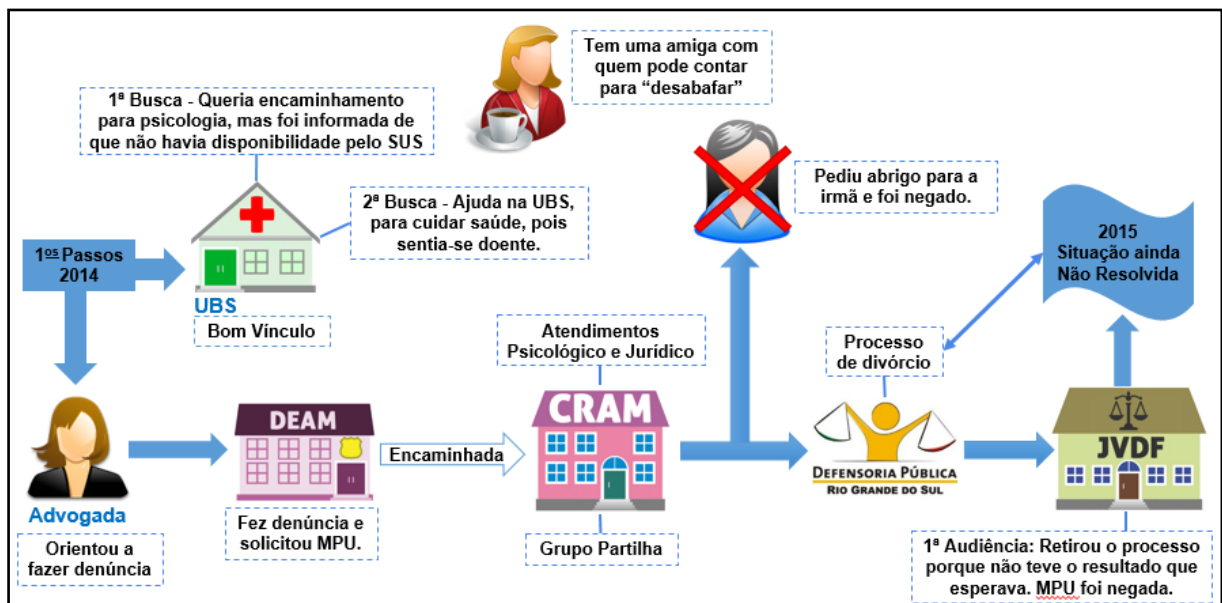
Açucena é uma mulher parda. Estava com 48 anos no período da entrevista. Tem três filhas adultas, mas nenhuma reside com ela, todas têm companheiros. Açucena não completou o ensino médio. Quando procurou o CRAM não trabalhava fora de casa e nem tinha renda própria. Porém, no momento da entrevista estava trabalhando como manicure e cabeleireira em um salão de beleza.

Sofria violência doméstica (psicológica, física grave, negligência, patrimonial) praticada pelo companheiro, com o qual mantinha um relacionamento há 15 anos, sendo seis anos em coabitação.

O agressor tem 47 anos, ensino médio completo, trabalha como gerente de vendas, é alcoolista e também é agressivo com seus familiares.

Em 2014, Açucena deu os primeiros passos em busca de ajuda para enfrentar a situação de violência. Sua trajetória está representada na Figura 3.

Figura 3 – Trajetória da Açucena



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Açucena relatou que o primeiro lugar em que buscou ajuda foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) perto da sua casa. Ela queria consultar com um(a) profissional de psicologia, mas foi informada que não seria possível esse atendimento.

“Eu cheguei no posto de saúde com uma enfermeira e perguntei assim: ‘eu tenho como marcar um clínico geral? Tem como marcar psicóloga? Eu preciso de ajuda’. E elas falaram assim pra mim: ‘no SUS tu não vai conseguir. Pelo SUS tu não consegue psicóloga nenhuma, nem psiquiatra, nem nada.’ Foi isso que elas me falaram. ‘Tu vai ter que pagar’. Como eu ia pagar se eu estava num processo que meu marido estava tirando até a minha comida? Então eu não ia ter... Ele estava tirando tudo de mim. Aí eu me senti meio perdida.”

Logo depois, ela procurou uma advogada particular que a aconselhou a fazer denúncia na delegacia.

“Foi uma advogada particular que é uma amiga da família. E eu fui conversar com ela pra ver se eu tinha alguns direitos, né, se eu tivesse que me separar, porque eu fiquei meio insegura na minha separação, porque eu estava totalmente dependente dele. Eu era dependente dele total, então tu fica insegura, morava na casa dele, eu não tinha mais minha casa, eu não tinha mais meus móveis, eu não tinha mais nada. E aí eu me vi sozinha nessa luta. E com medo. Então por isso que muitas coisas eu deixei, fui levando, deixando acontecer. Ele me agrediu também fisicamente, mas não tanto como moral, quando ele está bêbado. E aí essa advogada disse que era caso de polícia e eu demorei em registrar uma ocorrência, até que ela disse pra mim assim: ‘só tu pode mudar isso aí, mais ninguém’. E essa frase pra mim foi crucial, eu disse ‘eu tenho que mudar, não posso mais viver assim’ e fui lá na delegacia da mulher.”

Na DEAM, ela fez queixa pelas ameaças que sofria e solicitou a MPU. Açucena narra sua ida à delegacia como um momento muito difícil na sua trajetória.

“Fui até a delegacia e registrei uma ocorrência. Que ele estava me ameaçando, que ele... tudo que ele falava pra mim nas ameaças eu registrei. Só que foi muito difícil chegar nessa delegacia, foi muito difícil. Eu tinha impressão assim que eu ia sofrer outra agressão entrando nessa delegacia. Foi muito difícil. Eu acho que eu levei umas três horas na frente da delegacia pensando se eu entrava ou não. Foi horrível. E eu por entrar lá e ver toda aquela cena, eu comecei a pedir ‘tomara que seja uma mulher, pelo menos, na delegacia da mulher’. Não foi, só tinha homem lá. Então eu me senti mais agredida, mais um pouco, que eu tive que contar a minha vida pra um outro homem. E pra mim estava sendo difícil.”

“Eu não me senti acolhida naquela delegacia. Não é um ambiente bom, tu ir lá numa delegacia que nem eu... o inspetor que me atendeu, pra te dar um exemplo, entrou um rapaz na porta e disse ‘é aqui o negócio de carros roubados?’, perguntando informação. E ele estava na porta pegando as folhas, olhou e disse: ‘não, não, aqui é mulheres que apanham’. E eu

estava sentada olhando pra ele. Ele falou alto. E eu fiquei muito triste com aquilo.”

Na DEAM, ela conversou com uma atendente que lhe indicou o CRAM como um lugar onde ela poderia buscar ajuda. Açucena saiu da delegacia e foi até o CRAM no mesmo dia. Nesse serviço, ela recebeu atendimentos da psicologia e da assistência jurídica, e também foi convidada a participar dos encontros do Grupo Partilha. Açucena considera uma ajuda importante na sua trajetória os atendimentos que recebeu no CRAM.

“E aqui [no CRAM] eu encontrei [ajuda], aqui eu consegui a [nome], que é a psicóloga, começou a conversar comigo, começou a fazer eu enxergar um pouco mais a vida, sabe, a me enxergar, essa é a palavra certa, porque eu não estava mais me enxergando.”

“Cada vez que eu venho aqui eu saio forte, eu saio mais forte.”

Depois de estar em atendimento no CRAM, Açucena decidiu procurar novamente a UBS para cuidar da sua saúde, pois se sentia doente. Ela refere ter um bom vínculo com esse serviço, considera as profissionais da equipe suas amigas.

“Eu procurei um posto de saúde porque no posto de saúde perto da minha casa eu tenho sorte, né. Elas são minhas amigas, a minha doutora é minha amiga, a minha ginecologista é minha amiga. E eu fui lá que a minha ginecologista foi uma grande amiga que eu tive, eu pude me abrir e conversar com ela e contar a minha vida e ela me escutou primeiramente, me acolheu como amiga e fez, pediu um checkup, que a minha saúde, nessa altura da vida, eu já nem sabia mais o que esse homem estava trazendo pra mim, né. Então eu busquei isso aí, aí eu fui fazer os exames, pra ver se eu não tinha um câncer, sei lá, eu estava me sentindo muito mal. Eu já estava achando que eu já estava doente, né. Se eu não tinha problemas ginecológicos também, se eu não tinha HIV, tudo isso aí eu fui buscar, porque eu fiquei com medo.”

Dessa vez, a busca por saúde não mais estava relacionada à esfera mental, que lhe foi negada na primeira vez, mas às questões orgânicas.

Em relação à esfera judicial, Açucena teve o pedido de MPU negado, pois ela continuaria residindo com o agressor. Mais adiante, teve uma audiência no JVDF para tratar do caso de violência, mas ela considerou que não teve o resultado que precisava e então abandonou o processo.

“Lá no fórum disseram pra mim: ‘tu não tem pra onde ir?’ Então não adianta tu chegar num lugar, pedir socorro, pedir ajuda, se eles querem que tu arrume a tua ajuda. ‘Tu não tem pra onde ir? É, de repente a gente arruma uma dessas casas [abrigo]’. É mais agressão pra ti. Tu não sabe o que é pior. Aí eu disse lá que eu não queria mais, que não era pra chamar ele que ia piorar minha vida. [...] porque eu fiquei com medo, né, fiquei com medo de ele sair da audiência, sem sair da casa, voltar pra minha casa comigo e vir a me agredir mais. Porque é o que acontece.”

Nesse período, Açucena pediu ajuda para sua irmã, queria ficar na casa que é herança de ambas, onde a irmã reside, mas a irmã não lhe deu abrigo.

“Eu tenho uma irmã, que eu achava que ela ia me apoiar muito, porque ela sempre me disse ‘sai disso aí, não fica mais nessa situação, isso aí não é vida’. E aí quando eu precisei dela, ela não me deu o apoio certo, inclusive ela falou coisas que não eram legais, sabe.”

Apesar não ter tido o apoio da irmã, Açucena relata que tem uma amiga que a ajudou a passar por essa situação.

“Tem uma amiga, que no momento ela foi bem amiga assim, pelo menos ela me escutou [...]. Porque quando a gente passa por um processo desse a gente precisa falar [...]. E ela deu todo esse tempo da vida dela pra mim, ela deixou, a gente caminhava junto, ela me escutava, a gente sentava, ela me escutava, [...] dessa maneira ela me deu apoio. [...] Ela me ajudou bastante, foi a pessoa que eu mais falei, porque aquelas que eu estava pensando que ia falar, não consegui.”

Durante sua trajetória, Açucena voltou a trabalhar, o que para ela representava a retomada da sua autonomia e também da sua dignidade.

“Sabe, todos os dias, é um passo de cada vez. Arrumei emprego, né, voltei pra minha profissão, que eu tinha parado há cinco anos, praticamente. Há seis anos que eu casei com ele, e ele fez eu sair do meu serviço, né.”

No momento da entrevista, Açucena estava sendo acompanhada por uma advogada da Defensoria Pública. Sobre essa profissional ela disse:

“Tudo bem, ela foi fria, mas foi certa. Falou o que era certo, disse o que era certo, me disse as coisas certas, e ponto. Ela queria saber o que era o básico, ela não quer saber se... ela não quer saber de conversa, quer saber o que é o certo. Mas diz que ela é boa, e que ela vai me ajudar e vai me defender. É isso que basta pra mim.”

A advogada da defensoria pública a aconselhou a não sair de casa antes da decisão da justiça. Então, Açucena, no momento da entrevista, estava vivendo num anexo (uma peça com banheiro) nos fundos da casa do ex-companheiro.

- **Dália**

Dália é uma mulher branca, de 50 anos. Tem três filhos adultos, os dois mais novos ainda residem com ela, e o relacionamento deles com a mãe é conflituoso. Possui ensino de nível médio completo, não exerce nenhuma atividade de trabalho fora do lar e não possui renda própria.

Sofria violência doméstica (psicológica, física, negligência, patrimonial) praticada pelo companheiro, com o qual foi casada por 32 anos.

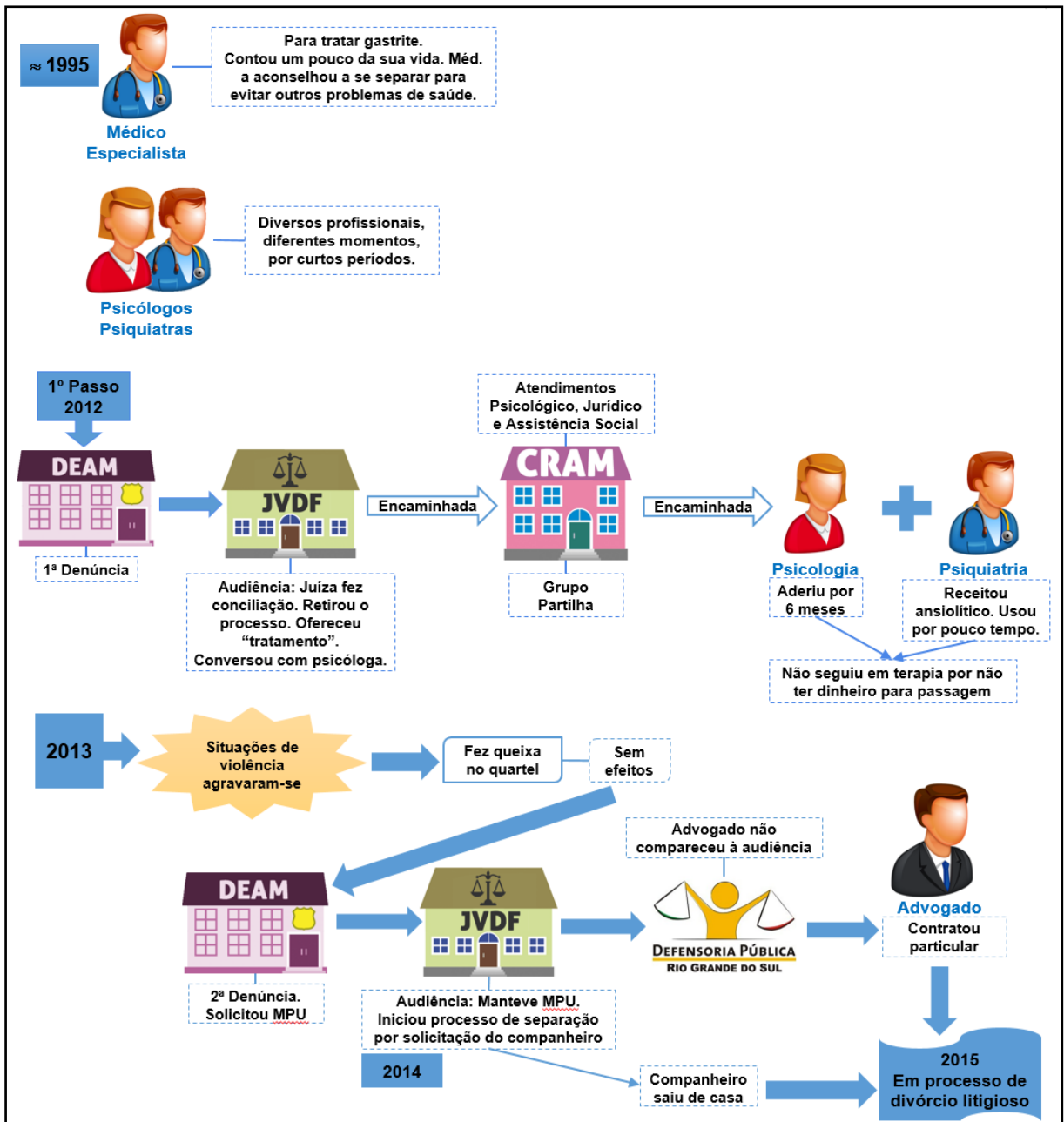
O agressor tem 61 anos, possui ensino médio completo e é policial militar. É usuário de álcool e também é agressivo com os filhos.

Dália relatou histórico de maus tratos, negligência e tentativa de exploração sexual na infância, praticados por sua mãe.

“A minha mãe quis me prostituir lá em [cidade do interior do RS], me sentava no colo de homens, pra me alisar, tudo, sabe. E tudo isso marcou muito pra mim...”

Ao ser questionada sobre quando começou sua busca por ajuda para a situação de violência doméstica, Dália disse que seu percurso teve início em 2012. Contudo, há fatos anteriores na sua história de vida que também podem ser entendidos como parte dessa trajetória, que está representada na Figura 4.

Figura 4 – Trajetória de Dália



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Há 20 anos ela procurou um médico especialista para tratar de uma gastrite, esse profissional a indagou sobre os fatos de sua vida e ela falou de situações que a incomodavam no casamento, então esse médico a aconselhou a se separar para evitar outros problemas de saúde no futuro.

“Ele dizia assim pra mim: [...] ‘Esse casamento a senhora vai ter que dar um basta, porque a senhora vai ter muitos problemas de saúde, em virtude de não procurar ajuda, e isso vai arrebentar em algum lugar no

seu organismo, um câncer ou em outra patologia grave, a senhora tem tudo pra ser feliz, procurar seu espaço e refazer uma nova vida'...”

Contudo, ela não considerava a separação como uma possibilidade, pois amava o companheiro, achava que tudo ia mudar e também considerava que era incapaz de refazer a vida. Além disso, Dália procurou ajuda de profissionais psicólogos e psiquiatras diversas vezes, mas sem ter adesão prolongada às terapias.

“Eu já sentia a necessidade de procurar um apoio psicológico, psiquiátrico, eu já tinha mesmo antes [de fazer a queixa na delegacia]. A violência, na verdade, ela já estava instalada há tempo, só que eu ia camuflando tudo, achando que tudo ia mudar, entendeu. Mas como veio os problemas de saúde, o câncer, tudo, aí que eu procurei ajuda, mas em função não só da doença, eu procurei ajuda porque eu vi que eu tinha necessidade mesmo, eu queria saber se era eu que estava errada”

“Foi consultas [com psiquiatra], me deram medicação, fiquei de retornar e não retornei.”

Em 2012, Dália procurou a DEAM e fez a sua primeira queixa contra o companheiro por violência doméstica. Dessa denúncia, seguiu-se atendimento no JVDF. A juíza realizou uma audiência de conciliação e Dália retirou o processo que estava em curso contra o companheiro. Nessa ocasião, lhe foi oferecido atendimento com a psicóloga do juizado e Dália foi encaminhada ao CRAM.

“A juíza me indicou o CRAM, e ainda ela perguntou pra ele: ‘o senhor quer se tratar?’ E ele disse que não queria tratamento. E ela disse: ‘a senhora quer?’ E eu disse: ‘quero’. Aí a juíza falou: ‘nessas alturas toda família está doente’. E realmente. E aí que eu quis o tratamento, passei para psicóloga em uma sala lá da audiência, daí já fui encaminhada para o CRAM, e ele não quis o tratamento.”

No CRAM, Dália recebeu atendimentos psicológico, de assessoria jurídica e de assistência social. Também foi convidada a participar das reuniões do Grupo Partilha, com o qual ainda mantinha vínculo no momento da entrevista.

“E eu vim aqui pro CRAM, onde fui muito bem atendida, maravilhosamente bem, por todos os profissionais que aqui se encontram, tanto na parte psicológica, assistentes sociais, [...] todas as meninas aqui, desde as meninas que atuam na limpeza. Assim é um carinho, é um

cuidado pra atender. Além da parte profissional, a parte humana conta muito, sabe.”

“E onde eu tive realmente ajuda, que eu gostei foi aqui, foi no CRAM. Aqui que eu participo do grupo, toda primeira quinta do mês, aqui que eu gostei da ajuda que tive do apoio psicológico, de um todo no geral. O grupo fortalece muito, né.”

Depois de algum tempo em atendimento psicológico no CRAM, a equipe considerou que Dália precisava de suporte de saúde mental por um período mais prolongado, e como ela tinha convênio de saúde, o que poderia lhe facilitar o acesso, foi sugerido que ela procurasse por esses profissionais. Então, Dália fez algumas consultas com médico psiquiatra que lhe receitou um fármaco ansiolítico, mas ela disse que o utilizou por pouco tempo. Ela também procurou um profissional psicólogo, com o qual ela manteve terapia por seis meses. Mas relatou que não pode continuar, pois não tinha dinheiro para as passagens de ônibus para manter as consultas semanais.

“Eu gostaria de ir, te juro, ir a psicóloga duas vezes por semana, uma por semana, eu gostaria de ir, é por causa de passagem, eu não consigo por causa disso, eu tenho acesso, mas não consigo me deslocar. Talvez se eu tivesse pedido ajuda da assistente social, alguma coisa assim, teria conseguido.”

Em 2013, as situações de violência agravaram-se e Dália fez queixa no quartel onde o companheiro estava vinculado como policial militar. Ela percebeu que essa queixa não surtiu efeitos e, então, fez nova denúncia na DEAM e solicitou MPU, que foi deferida.

Em nova audiência, foi dado início ao processo de divórcio, solicitado pelo companheiro que, segundo Dália, já estava em outro relacionamento há alguns meses. Ele, então, saiu de casa.

Dália faz muitas queixas em relação aos atendimentos realizados no JVDF.

“Essa juíza pra mim, foi uma péssima experiência que eu tive”.

“Aí ela disse pra ele: ‘o senhor que é um homem ponderado’... ‘A senhora não tem uma casa pra ir de algum parente?’ Aí, eu me senti um lixo total.”

“Quando eu fui pedir a protetiva, aí ela deu, isso foi pior, porque ela perguntou pra ele: ‘o senhor concorda com isso. seu M?’ Como ela vai

perguntar para o meu agressor se ele concordava sair de casa? Eu pra mim isso é errado, ela não tem que perguntar pra ele se ele concorda ou não. [...] Então, eu acho que, assim, muita coisa precisa ser mudado até lá dentro da sala de audiência.”

Dália estava em atendimento da Defensoria Pública, entretanto, no dia marcado para a realização da audiência referente ao divórcio, o advogado que iria representa-la não compareceu. Dália ficou muito incomodada com essa situação e decidiu contratar um advogado particular. Até o momento da entrevista, ela e o ex-companheiro ainda estavam em processo de divórcio litigioso.

- **Margarida**

Margarida é uma mulher de 62 anos, branca. Tem duas filhas adultas, e ambas vivem com seus companheiros em outra cidade. Possui ensino de nível superior, tem renda própria proveniente de sua aposentadoria. Vive em união estável.

Sofre violência doméstica (psicológica) praticada pelo companheiro, com quem mantém um relacionamento há 13 anos.

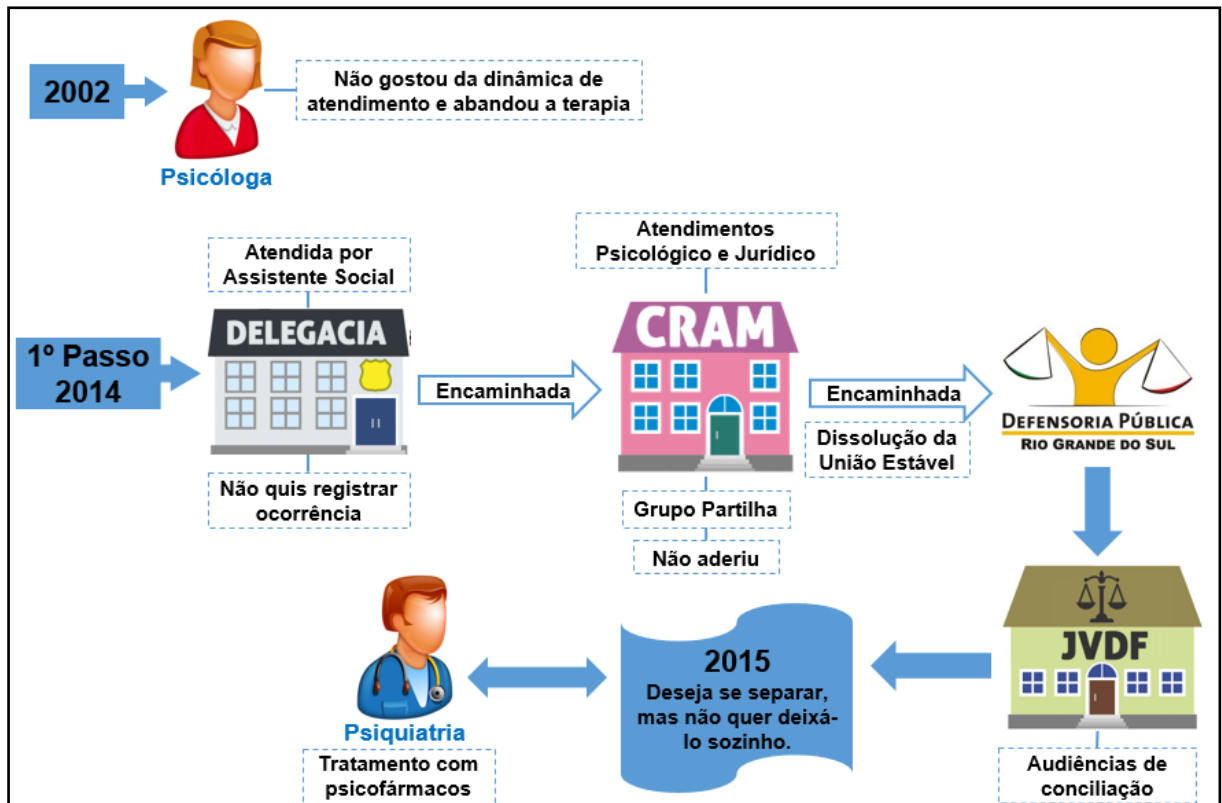
O agressor tem 58 anos, ensino fundamental incompleto. No momento da entrevista estava afastado do trabalho e recebendo auxílio doença. Ele faz tratamento psiquiátrico, pois tem diagnóstico de bipolaridade.

Margarida tem histórico de maus tratos na infância e adolescência praticados por uma tia, com quem morava e para a qual prestava serviços domésticos sem remuneração.

Ela já esteve internada por depressão severa. Atualmente, faz tratamento psiquiátrico com uso de psicofármacos.

Sua trajetória em busca de ajuda para a situação de violência está representada na Figura 5.

Figura 5 – Trajetória da Margarida



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Margarida refere que há aproximadamente 12 anos procurou uma psicóloga, mas não gostou da dinâmica de atendimento e considera que não encontrou o apoio que esperava. Por esses motivos, abandonou a terapia.

“Mas ela [psicóloga] nunca me disse uma palavra, ela só ouvia, e aquilo me aborreceu.”

“E aquela psicóloga eu perguntava 'o que a senhora acha?', 'ah, eu não posso achar nada, porque eu não lhe conheço ainda, mas que bom que a senhora vem aqui e coloca para fora'. Mas eu ficava assim sem direção sem nada, e pagando, e pagando. Então eu fico assim, sem gastar, e não estou recebendo nada.”

Questionada sobre a busca de ajuda para a situação de violência, Margarida entende que o seu primeiro passo foi apenas em 2014, quando procurou uma delegacia.

“Parti para uma delegacia, quer dizer, num ponto extremo. Aonde eu encontrei um apoio, que eu jamais sonhara na minha vida que eu teria.”

Margarida não quis registrar queixa contra o companheiro.

“E não quis fazer um BO, porque eu expliquei ao escrivão que eu não queria o mal dele, mas eu queria que ele ficasse presente diante de uma autoridade e que ele dissesse ali o porquê ele me hostiliza, porque essa falta de respeito. Ah, eu queria ver se ele era homem o suficiente para assumir a pessoa que ele é diante de mim dentro de casa.”

Nessa delegacia, Margarida foi atendida também por uma assistente social, que fazia parte de um projeto piloto⁵ que estava sendo realizado no local. A assistente social a encaminhou para o CRAM.

“Então cheguei lá, conversei com a aquela assistente social, um ser humano assim, não tem limite para o tamanho da palavra humano. E ela conversou comigo, disse que a partir daquele momento eu não estaria mais só naquela luta e que a agressão verbal também é uma violência, que eu imaginava até então que, em relação à Lei Maria da Penha, fosse só violência física, mas ela me explicou os vários tipos de violência. E aquilo ali foi um mundo novo que se abriu para mim, uma janela, foi uma janela na minha vida, quando ela explicou os outros tipos de violência...”

No CRAM, Margarida recebeu atendimentos psicológicos e de assessoria jurídica. Ela foi convidada a participar do Grupo Partilha, mas não teve adesão.

“Cheguei aqui fui muito bem recebida, não é, também achei assim, fantástico mesmo, nem é bom, é mais do que bom, a forma como fui recebida, fui tomando consciência de que eu não estava sozinha, de que existe gente preocupada com o nosso sofrimento.”

“Só que nas reuniões só se aponta o lado do homem, como se o homem fosse o malfeitor do universo. A gente sente que o resumo das reuniões é isso.”

Foi encaminhada à defensoria para dissolução da união estável. No JVDF o casal teve audiências de conciliação.

⁵ Tratava-se do Programa de Acolhimento às Vítimas de Violência nas Delegacias de Polícia, criado a partir de um termo de cooperação técnica da UNESCO com as Secretarias Estaduais da Saúde e da Segurança Pública e vinculado ao Programa RS na PAZ. O objetivo do Programa de Acolhimento era que as vítimas de violência, quando fossem registrar a ocorrência na delegacia, tivessem atendimento humanizado em uma sala reservada, com profissional de psicologia e de serviço social à disposição, visando diminuir o trauma, especialmente em casos de abuso sexual e agressão. O programa foi lançado em agosto de 2014 e finalizado no final do mesmo ano.

Margarida diz que deseja se separar, mas não quer deixá-lo sozinho, ela expressa preocupação sobre onde ele irá morar e quem cuidará dele depois da separação.

- **Rosa**

Rosa é uma mulher negra, de 42 anos. Tem um filho de 10 anos. Estudou até completar o ensino fundamental. Tem trabalho remunerado, com renda fixa.

Sofria violência doméstica (física gravíssima, sexual, psicológica, patrimonial) praticada pelo ex-companheiro, com o qual esteve casada por 13 anos.

O agressor tem 43 anos, é desempregado, alcoolista.

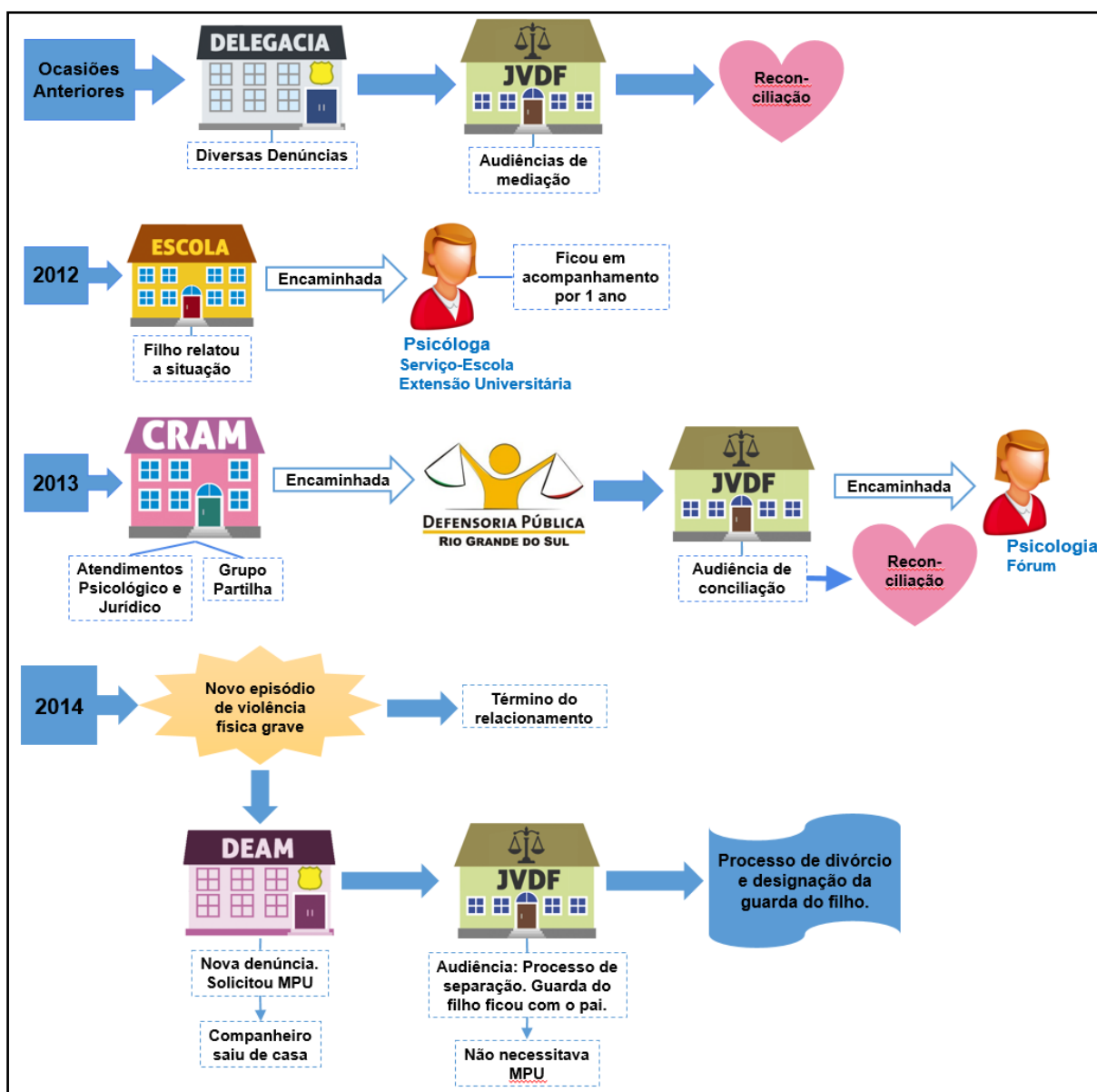
Durante sua trajetória em busca de ajuda para a situação de violência, representada na Figura 6, Rosa fez diversas ocorrências na delegacia, mas sem resolução.

“A gente vai lá na delegacia e eles ficam lá, como vou te dizer, eles dizem: ‘ah, faz tal isso’. E aí eles não resolvem, né...”

“Muitas vezes eu fui lá machucada, bem ferida mesmo e eles não resolveram quase nada assim, né...”

“... e teve vezes que eles não deram importância.”

Figura 6 – Trajetória da Rosa



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em consequência das ocorrências registradas na delegacia, Rosa e o ex-companheiro participaram de algumas audiências de conciliação, mas ele acabava não cumprindo o combinado.

Em 2012, o filho do casal denunciou a situação de violência na escola em que estudava. Então, as professoras da escola chamaram Rosa para conversar e encaminharam Rosa e o filho para atendimento psicológico em um serviço de extensão universitária. Rosa ficou em acompanhamento por quase um ano nesse serviço.

“Só que daí, como a psicóloga era estagiária, ela não entendia muito assim do caso, ela disse que lidava com outros casos, né. Mas ela me ajudou a entender melhor. Então daí eu achei que tinha que ir mais além, né. Então aí eu comecei a procurar e achei o panfleto⁶ e vim aqui [CRAM], e ver como funcionava aqui né...”

Rosa, em 2013, buscou atendimento no CRAM, onde recebeu atendimentos psicológicos e de assessoria jurídica e foi convidada a participar das reuniões no Grupo Partilha. O assessor jurídico do CRAM a orientou a buscar atendimento na Defensoria Pública para a realização do processo de divórcio, pois essa era a vontade manifestada por Rosa.

A seguir, houve nova audiência de mediação e Rosa reconciliou-se com o companheiro. Foi agendado atendimento psicológico para o casal no JVDF.

A partir de então, Rosa foi desligada dos atendimentos individuais no CRAM, mas ela continuou frequentando as reuniões do Grupo Partilha. Ela considera que o CRAM foi o serviço que mais a ajudou.

“Foi aqui que me atendeu melhor, que aí me deu a ajuda que eu preciso, que tão me dando até hoje né, ajuda que eu preciso, e eu consegui entender o que eu queria, e o que eu não queria, aí resolvi mesmo a minha situação.”

Em 2014, houve novo episódio de violência física grave. Então, Rosa fez nova denúncia na DEAM e solicitou MPU. Desta vez, Rosa terminou a relação e o ex-companheiro foi obrigado a sair de casa.

Em posterior audiência para o processo de divórcio, a guarda do filho ficou com pai, pois, de acordo com Rosa, houve um equívoco de entendimento do juiz.

“Porque ele [juiz] não entendeu, eu disse que trabalhava de dia, eu disse que trabalhava o dia todo e não tinha como ficar com ele [filho] de dia, né, que ele ficava lá com o pai dele, o pai dele não está trabalhando e tal. Aí ele achou que eu não tinha condições de ficar com o guri, aí botou direto assim a guarda [para o pai]...”

“Só que ele nem condições tem de ficar com o guri, porque ele bebe, é alcoólatra.”

⁶ O panfleto ao qual Rosa se refere trata-se de um informativo fornecido na DEAM para as mulheres que prestam queixa de violência doméstica. Esse contém informações sobre: o local para buscar a MPU (Juizado de Violência Doméstica e Familiar no Foro Central); o CRAM; a Defensoria Pública; sobre a solicitação de acompanhamento para retirada de pertences do lar conjugal; e os telefones da Escuta Lilás e da central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).

No momento da entrevista, ainda estava em andamento o processo de divórcio e Rosa estava requerendo a guarda do filho.

- **Hortênsia**

Hortênsia é uma mulher que se autodeclara branca, e no momento da entrevista estava com 70 anos. Possui ensino superior completo e tem renda própria proveniente de sua aposentadoria. É casada e não tem filhos. Tem diagnóstico de bipolaridade e faz tratamento com uso de psicofármacos (antidepressivo e ansiolítico).

Sofre violência doméstica (psicológica, física gravíssima, sexual) praticada pelo companheiro, com o qual está casada há mais de 40 anos.

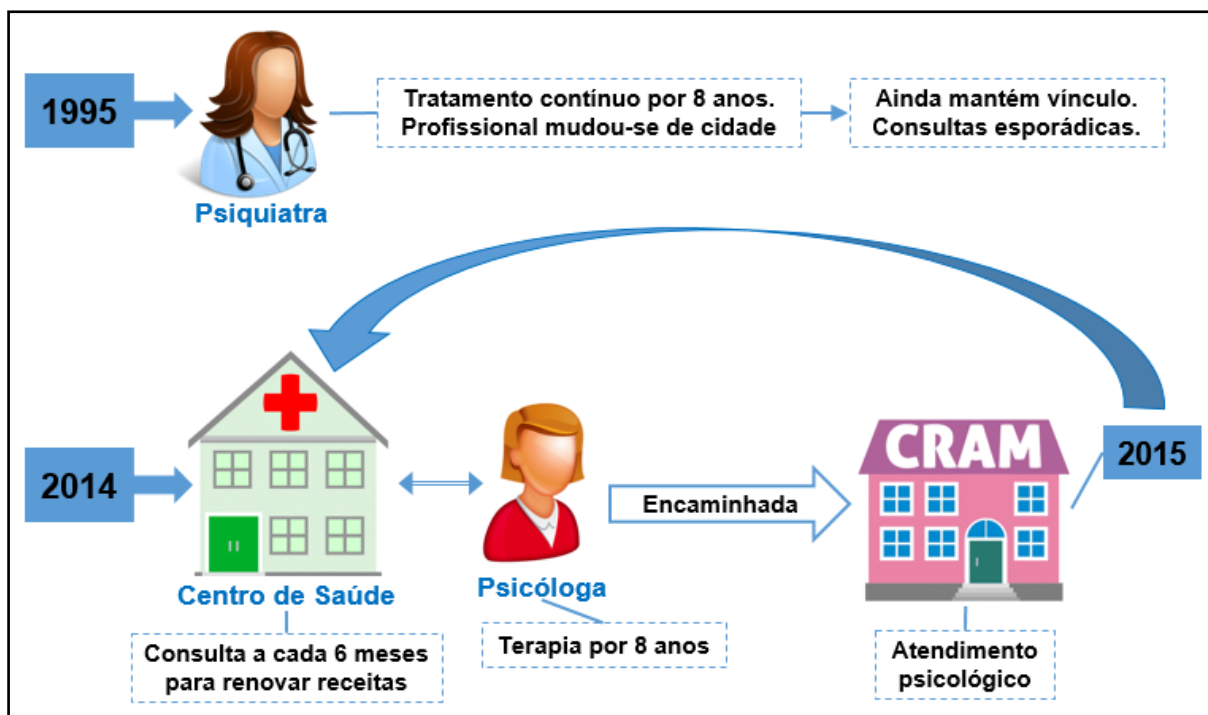
O agressor é idoso, possui ensino fundamental incompleto, é aposentado e tem diagnóstico recente de Alzheimer.

Ao longo desses anos, Hortênsia passou por muitas situações de violência, incluindo dois episódios em que o companheiro tentou matá-la, mas nunca fez ocorrência em delegacia de polícia, nem mesmo procurou qualquer outro tipo de ajuda.

“Olha eu praticamente não fiz grande coisa em termo de violência, simplesmente eu lutei contra ele, várias vezes, porque eu não tenho mais paciências pra aturar essas coisas, eu também fico alterada, eu também tenho problema, se eu não tivesse não me irritava [...]. Nunca fiz nada contra ele, tenho pena dele, porque eu acho que ele está se estragando, se destruindo, a vida dele foi muito agressiva, porque ele já tem a tendência a isso, ele já tem DNA, em função da família dele, que foram os guerreiros da época das guerras, os [sobrenome], tem livro dos [sobrenome], ele já traz isso no sangue, esse negócio de briga...”

Sua trajetória está representada na Figura 7.

Figura 7 – Trajetória da Hortênsia



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em 1995, ela procurou atendimento com uma médica psiquiatra. Disse que o motivo foi por ter ficado doente, devido a:

“Pelos desaforos dele, pelo problema do tiro, me encheu a cabeça...”

Hortênsia manteve tratamento contínuo por oito anos, e só o interrompeu porque a profissional mudou-se de cidade. Entretanto, Hortênsia relata que esporadicamente vai até a cidade em que a médica está residindo para consultar com ela.

“Ainda vou atrás dela porque eu gosto muito dela, porque ela me tirou do fundo do poço, porque eu consegui superar, né. Conversando com ela, eu fui achando solução para algumas coisas. Porque, sabe, sozinha estava difícil, porque eu não gostava de comentar com os meus [parentes] para evitar esses problemas. Então eu fui me tratar com pessoas que conseguissem me ajudar, né, porque é difícil, é muito difícil solucionar os problemas, não é tão fácil.”

Em 2006, Hortênsia iniciou terapia com a psicóloga do Centro de Saúde do qual é adstrita. Entretanto, após oito anos, a psicóloga interrompeu temporariamente os atendimentos a Hortênsia e a encaminhou para o CRAM.

“Ela [a psicóloga] disse assim: ‘tu tem que ser encaminhada pra lá [CRAM] pra ti tomar uma decisão, tu só me volta aqui se tu fores viúva ou separada’.”

“Achei uma exigência grosseira. Acho que é uma boa psicóloga, porém ela é muito exigente nessa parte, dela querer que tu te decidas hoje, uma coisa que eu estou há 40 anos lutando comigo mesma, sem saber o porquê que eu fico com ele. Porque eu poderia largar, peço divórcio a hora que eu quiser, mais motivo do que eu tenho impossível, só que eu nunca tinha chegado ao extremo de denunciar.”

Assim, em 2014, Hortênsia recebeu atendimento psicológico no CRAM. Ela considerou o atendimento muito bom.

“A [nome da psicóloga] me atendeu muito bem, eu tenho a liberdade de falar as coisas com ela, ela me atende com bastante paciência, coisa que a outra não tinha. Claro está sobrecarregada de coisa [referindo-se à psicóloga do centro de saúde].”

Durante um período de nove meses Hortênsia esteve em atendimento no CRAM, e, após, ela foi encaminhada de volta ao centro de saúde, pois a equipe entendeu que ela precisava de terapia por longo período e o objetivo dos atendimentos de psicologia do CRAM é realizar acolhimento e intervenção breve. Para realizar a contrarreferência, a psicóloga que atendia Hortênsia no CRAM levou o caso para discussão na reunião da rede de atenção distrital da qual o referido centro de saúde faz parte.

Hortênsia mantém vínculo com o centro de saúde, no qual realiza as consultas frequentes com médico clínico geral para acompanhamento de doenças crônicas, como asma, diabetes e hipertensão. Além disso, a cada seis meses ela consulta com médica psiquiatra para renovação de receitas.

No momento da entrevista, Hortênsia continuava vivendo com o agressor, dizendo que não quer se separar dele, pois não sabe como seria a vida dela sem ele e também que ele precisa dos cuidados dela por estar doente.

“Eu nunca fiz queixa dele, nunca fiz e evito fazer, porque decididamente eu acho assim, que eu não estou consciente se eu vou ficar, se eu vou sair, se eu vou querer me separar dele, porque eu tenho pena dele, ele está com idade, está doente, ele é um homem revoltado, ele viveu uma vida desde a infância, uma vida completamente desregrada nesse ponto...”

- **Girassol**

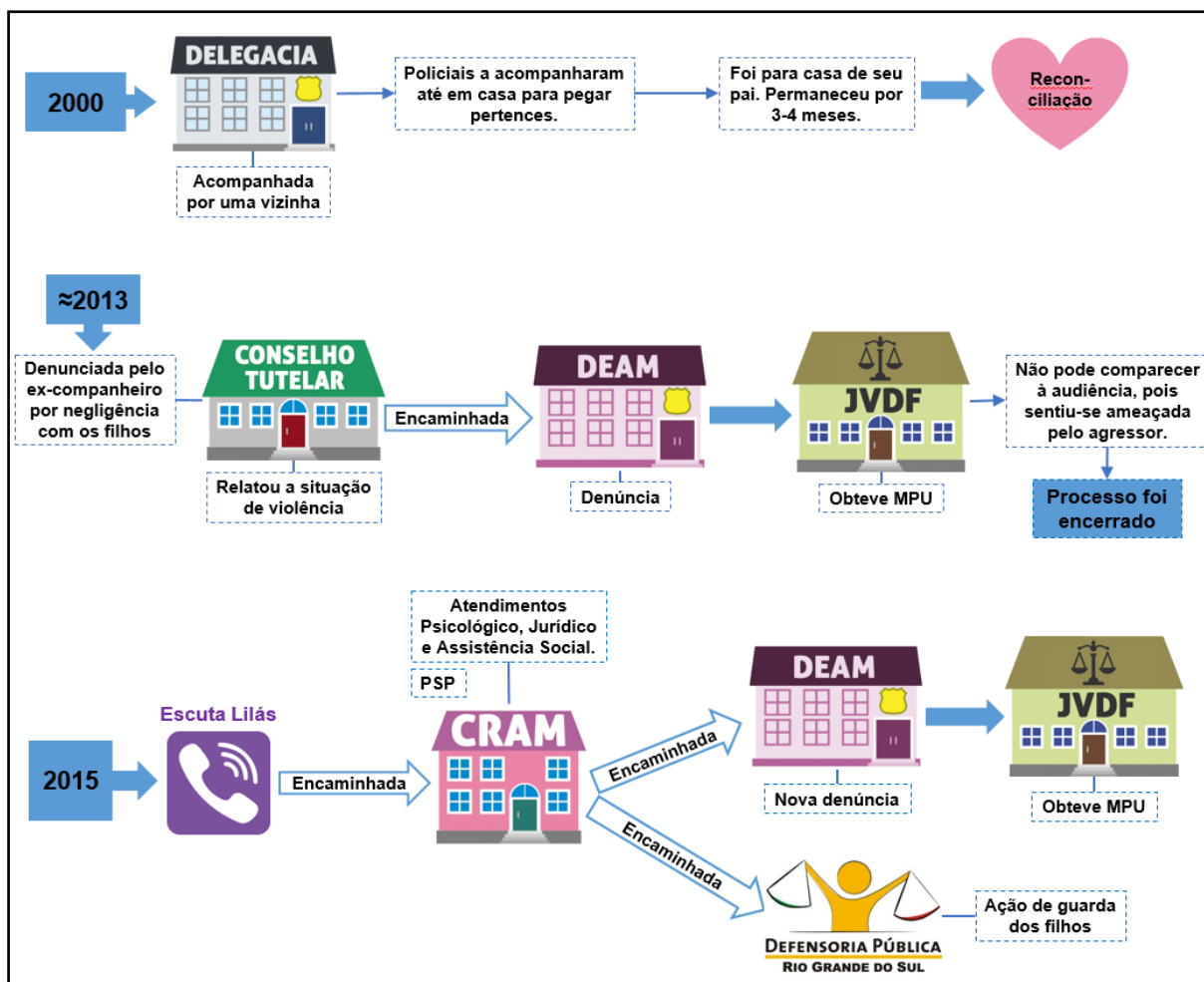
Girassol é uma mulher branca, de 35 anos. Possui ensino fundamental incompleto. Tem trabalho com vínculo empregatício (serviços gerais) e renda fixa, também recebe complemento da renda pelo Programa Bolsa-Família. Girassol é mãe de cinco filhos, sendo três adolescentes e duas crianças, os quatros menores residem com ela e a filha mais velha vive com o companheiro. Seu estado civil é solteira.

Sofre violência (psicológica, física grave, sexual, patrimonial) praticada pelo ex-companheiro, com quem esteve casada por 13 anos e há quatro anos estão separados.

O agressor tem 36 anos, ensino fundamental incompleto, está desempregado. É usuário de droga (crack) e álcool e também é violento com os filhos.

Sua trajetória em busca de ajuda para a situação de violência está representada na Figura 8.

Figura 8 – Trajetória da Girassol



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em 1999, houve o primeiro episódio de violência física, quando ela estava com o segundo filho recém-nascido. Girassol foi a até a delegacia prestar queixa contra o companheiro, acompanhada por uma vizinha. Nesse dia, ela teve acompanhamento de policiais para ir até em casa para pegar os seus pertences. Girassol, então, foi para casa de seu pai, onde permaneceu por três ou quatro meses. Após esse período, ela voltou a viver com o agressor.

“Aí uma vizinha minha foi me ver lá, pra ver meu gurizinho, e se apavorou quando viu o meu olho naquele estado, aí me levou para uma delegacia lá de Viamão, prestei queixa tudinho, aí eles me acompanharam até em casa, não fizeram nada, ainda foram lá, a polícia foi comigo, ele estava lá bem faceiro na esquina dando risada, os policiais não fizeram nada pra ele, só mandaram entrar lá pegar umas coisas dos meus filhos, e iam me levar para um abrigo, aí foi quando o delegado falou: 'como ela vai para o abrigo se ela tem os nenês novinhos?'. Porque eles eram tudo bebezinho, né. Aí com medo dele se encher de feridas, coisa assim, daí eles

perguntaram se eu tinha pai, eu disse: 'pai eu tenho'. Aí ligaram pra casa do meu pai, eu passei na casa do meu pai, fiquei uns três, quatro meses na casa do meu pai e voltei pra ele de novo."

"Aí depois eu não fui mais, eu apanhava quieta dentro de casa."

Em 2013, o ex-companheiro denunciou Girassol ao Conselho Tutelar (CT) por negligência com os filhos. Ela, então, explicou ao conselheiro tutelar responsável pelo caso que as acusações eram falsas e relatou a situação de violência que vivia. Diante disso, o conselheiro a orientou a realizar ocorrência na DEAM.

"Só falaram que eu tinha que dar parte dele, que eu tinha que ir na delegacia da mulher registrar a ocorrência dele, dar parte dele, e levar lá pra eles tirarem xerox, pra quando ele fosse ali de novo tentar, né, falar mais baboseira de mim eles iam pegar e iam dizer umas verdades pra ele."

A partir dessa denúncia, Girassol obteve a MPU e teve audiência marcada para andamento do processo. Entretanto, ela não pode comparecer à audiência no dia marcado, pois, sentiu-se ameaçada pelo agressor e o processo foi encerrado.

"Nenhum dos dois compareceu à audiência, por causa que no dia que eu tive que avisar ele que ia ter uma audiência. Aí o que ele fez, ele ficou lá por volta das ruas onde eu saio. Aí ele ficou e eu não sai, aí eu fiquei com medo dele e não fui, acabei não indo, aí não fui eu e nem ele."

"Eu sabia que [a MPU] servia que era pra ele não chegar perto, se aproximar de mim, pra não me perturbar mais. Só que daí, como daí teve audiência eu acabei não indo e ele também não, e não deu em nada, eu vi que 'não deu em nada, eu não vou procurar mais, seja o que Deus quiser, se ele tiver que me matar ele vai me matar'."

Porém, as situações de violência continuaram e, em 2015, Girassol resolveu procurar ajuda novamente. No documento da MPU que ela havia recebido no anterior, constava o número telefônico da Escuta Lilás. Girassol, então, ligou e foi orientada a procurar o CRAM.

"Eu liguei para escuta lilás, elas me deram um antigo endereço [do CRAM], aí fui ali um senhor que estava ali passou o endereço novo, e foi onde eu cheguei aqui, que eu já estava no meu limite, queria até me matar, estava pensando em me matar já."

No CRAM, ela recebeu atendimentos psicológico, de assistência jurídica da assistência social. Também foi realizado com ela um Plano de Segurança Pessoal, devido às graves ameaças que sofria, buscando evitar o contato com o agressor, sendo incentivada a trocar o número do celular e a continuar solicitando o acompanhamento dos familiares nos trajetos próximos a sua casa. A equipe do CRAM a orientou a realizar nova denúncia na DEAM para solicitar MPU, a qual foi concedida. Também a encaminhou para a Defensoria Pública para dar início à ação de guarda dos filhos.

Girassol avalia positivamente os atendimentos realizados pela equipe do CRAM.

“Porque aqui eles dão conselhos, eles falam o que tu tem que fazer, o que não tem que fazer, entendeu. Agora minha cabeça já tá mais um pouco meio que se abrindo, com a minha decisão, entendeu.”

No momento da entrevista, Girassol permanecia em acompanhamento pela equipe do CRAM e a situação ainda não estava resolvida. Como ela reside próximo ao agressor, e tem medo dele, conta com a ajuda de familiares para realizar o trajeto de casa até o seu trabalho e do trabalho até em casa.

“Agora eles [profissionais do CRAM] estão me ajudando, eu estou gostando, eu estou mais calma, não estou tão nervosa. Está certo que eu tenho medo de sair de dentro de casa pra ir para o serviço, né. Aí quem me leva é o meu padrasto e meus irmãos que me levam para o serviço.”

- **Amarílis**

Amarílis é uma mulher branca, de 26 anos. Tem três filhos (crianças de dois a sete anos). Estudou até completar o ensino fundamental. Não tem trabalho remunerado e sua única renda provém do bolsa família.

Ela sofria violência doméstica (psicológica, física gravíssima, sexual, patrimonial) praticada pelo ex-companheiro, com quem viveu em união estável por 12 anos. Amarílis tinha 14 anos quando foi morar com ele.

O agressor tem 29 anos. Tem trabalho com vínculo empregatício. É usuário de álcool e drogas ilícitas (cocaína e maconha). Também é violento com os filhos. Ele tem antecedentes criminais por violência doméstica contra ela e já esteve preso por esse motivo duas vezes.

Amarílis relatou que passou por muitas situações de violência física durante o relacionamento. Disse que em algumas ocasiões ela pedia ajuda para sua mãe, mas essa não lhe prestava socorro por ter medo do agressor, inclusive houve um episódio em que ele agrediu a mãe de Amarílis. Da mesma forma, os vizinhos também preferiam não se envolver.

“Assim, onde eu morava muitas pessoas não se metiam, em nenhum momento, porque diziam assim: ‘ah, voltou pra ele, gosta de apanhar’. É a lógica das pessoas. Então aí as pessoas ouviam o grito de socorro e nenhuma ajudava. [...]. Minha mãe não se metia, muitas pessoas não se metiam, então isso pra mulher em si ela pensa assim: ‘eu vou ficar com ele porque se eu ficar gritando socorro ninguém vai me ajudar. Pra onde eu vou ir? O que eu vou fazer?’ Então, muitas vezes, tu está ali precisando de ajuda e muitas pessoas não te ajudam, é certo.”

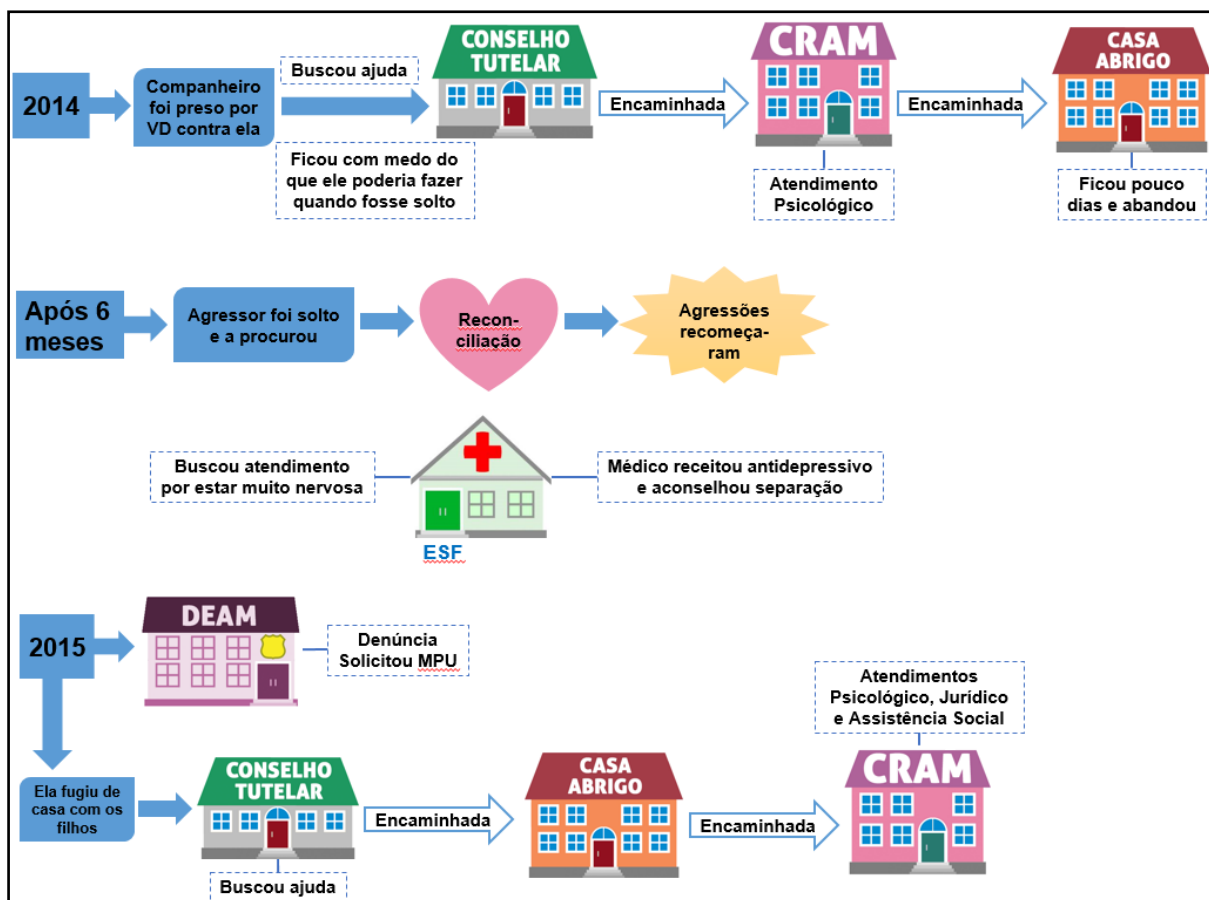
Ela relatou também que muitas vezes pediu ajuda para a polícia, mas sem resultados efetivos.

“Uma vez ele se escondeu em cima do telhado e a polícia estava lá e não fez nada. Até então ele debochava: ‘ah, viu, eu não tenho medo, não tem esse papo de medo comigo, eu faço e não tenho medo’. [...]. Eu fui agredida muitas e muitas vezes e ele nunca foi preso por isso, nunca, nunca, até então. Ele consumiu muitas coisas minhas, DVD vendeu, vendeu televisão, muita coisa. E ele ficou numa boa e eu fiquei numa ruim, com marcas, sendo agredida e ele livre.”

“Muitas vezes os brigadianos perguntaram pra mim: ‘tu não tem pra onde ir, tu não tem família?’ ‘Não, eu não tenho, eu sou obrigada a ficar no mesmo ambiente que ele, não tenho.’ ‘Ah, mas dá um jeito’. Dar jeito como? Eu vou sair com três filhos sem direito a nada, passar fome, passar necessidade. Então muitas vezes tu cede aquilo ali e fica apanhando, sendo agredida pelos teus filhos, entendeu?”

A trajetória de Amarílis em busca de ajuda está representada na Figura 9.

Figura 9 – Trajetória da Amarílis



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em 2014, Amarílis sofreu agressões por arma branca de seu companheiro. Nessa ocasião, o irmão dela a socorreu e o agressor foi preso, mas logo que foi solto voltou a ameaçá-la. Então, por descumprimento da medida protetiva, ele foi preso pela segunda vez.

“Eu não me sentia protegida por um simples papel, entendeu, porque ele podia me agredir várias vezes e quando eu ia chamar, chamava por medida protetiva, ele achava um meio e fugia, ficava por ali e ficava por isso mesmo.”

Amarílis ficou com medo do que o agressor poderia fazer quando fosse solto novamente e foi até o Conselho Tutelar pedir ajuda. O conselheiro que a atendeu, a encaminhou para o CRAM.

No CRAM, ela passou pelo acolhimento com uma das psicólogas e foi encaminhada para uma casa abrigo. Amarílis permaneceu alguns dias no abrigo, mas logo abandonou o local. Foi localizada com o auxílio do conselheiro tutelar e,

em conversa com a equipe do abrigo, resolveram desligar o atendimento, pois o agressor permaneceria preso. No entanto, após seis meses o agressor foi solto. Ele procurou Amarílis e eles reataram o relacionamento. Em seguida, as agressões recomeçaram.

Amarílis referiu que, nesse período, ela procurou atendimento médico na Unidade Básica de Saúde da qual é adscrita por estar muito nervosa. O médico de saúde da família que a atendeu receitou-lhe um antidepressivo e a aconselhou que se separasse do agressor.

“Aí, como ele viu que estava muito abalada, chorando muito, tremia muito nesse dia, ele me deu um calmamente fraquinho, ele disse: ‘vamos começar com a fluoxetina, depois a gente vê como andam as coisas’.”

“Ele disse: ‘tu tem que tomar um calmante e tu tem procurar a separação, tu sabe que isso não tá sendo bom pra ti, né’.”

Sobre esse atendimento, ela avalia que foi pouco resolutivo como ajuda para a sua situação de violência.

“Porque ele [o médico] podia ter me ensinado o caminho que eu podia ir, o que eu deveria de fazer, ficar me orientando mais, me cuidando mais, marcando mais pra frente, me cuidando como eu ia ficar, não me largar de mão, só me dá uma receita e me mandar embora.” (Amarílis).

Em 2015, Amarílis pediu ajuda a seus familiares, mas não obteve apoio. Então, ela planejou a fuga: saiu de casa com os três filhos e foi pedir ajuda no CT. O conselheiro a encaminhou para uma casa abrigo.

“E foi o que aconteceu, eu peguei esta única bolsa que eu estou, que a roupa até não é minha, eu ganhei, e: ‘vou sair, seja o que Deus quiser, sendo por mim, pelo bem dos meus filhos, vou sair’. Aí peguei um ônibus, peguei meus três filhos e fui embora, pedi pro Conselho Tutelar uma ajuda, disse toda a questão que eu estava vivendo, e fugi, né. Fugi da minha casa, larguei tudo, larguei casa, larguei roupa, larguei tudo, e foi o modo de me defender né, de me proteger da agressão, é isso.”

Ela considera que o Conselho Tutelar foi o serviço que mais a ajudou na sua trajetória.

“E o Conselho Tutelar eu gostei muito, fui muito bem atendida, graças à Deus, todas às vezes que eu fui lá eles se preocuparam, até então se preocupavam muito comigo e com os meus filhos.”

“Foi o [serviço] que chegou e fez mesmo, não fez barulho que ia fazer. Foi e fez. Chegou, ajudou, compartilhou, e em todo o momento se preocupou exatamente com os meus filhos, né.”

No momento da entrevista, Amarílis estava abrigada com os filhos há um mês e recebendo atendimentos psicológicos, de assessoria jurídica e de assistência social no CRAM.

“E estou lá [casa abrigo], né. Estou dependendo da roupa, da comida, tudo de lá, não tenho nada, não estou trabalhando, e esperando uma ajuda deles. Até então elas estão conseguindo colégio, vagas em creches para os meus filhos e tudo mais, pra mim ir trabalhar, pra arranjar um aluguel social, até ver como vai ficar a situação da minha casa.”

Conforme exposto na sua trajetória, Amarílis já esteve na casa abrigo anteriormente e ela considera que os atendimentos foram muito bons.

“Eu acredito que as casas de abrigo são boas, hoje eu vejo com outros olhos de quando eu não conhecia, eu achava que seria 'ah, um abrigo, meu deus, né, é horrível.' Nada a ver, né. Muito pelo contrário, eles me protegem o tempo todo, mandam eu sair com a medida se caso ele me achar em algum lugar, ligar pra polícia, vir correndo pra casa, quando eles veem que eu tenho risco eles não me permitem sair. Até então quando eu entrei na Casa [abrigo] eu fiquei uma semana sem sair do abrigo, eu não podia sair em nenhum local até conseguir a medida, até ter audiência, porque eles não sabiam o risco que eu podia correr, podia estar na pracinha com os meus filhos, ele passar de ônibus ou me encontrar ou dar o azar de alguém ver e falar pra ele, né. Então, graças a deus, eu fui muito bem cuidada, nos abrigos que eu compareci.”

Amarílis também avalia positivamente os atendimentos do CRAM.

“Também estou sendo bem tratada, eles se preocupam bem como a gente chega, como a gente sai, tentam trabalhar bastante a questão da violência, pra ti amanhã ou depois sair daqui bem, né. Porque o preparo psicológico é o mais importante, né, tu preparar a tua cabeça pra ti fazer outras coisas, porque enquanto tu não estiver bem tu não pode fazer nada, né.”

- **Magnólia**

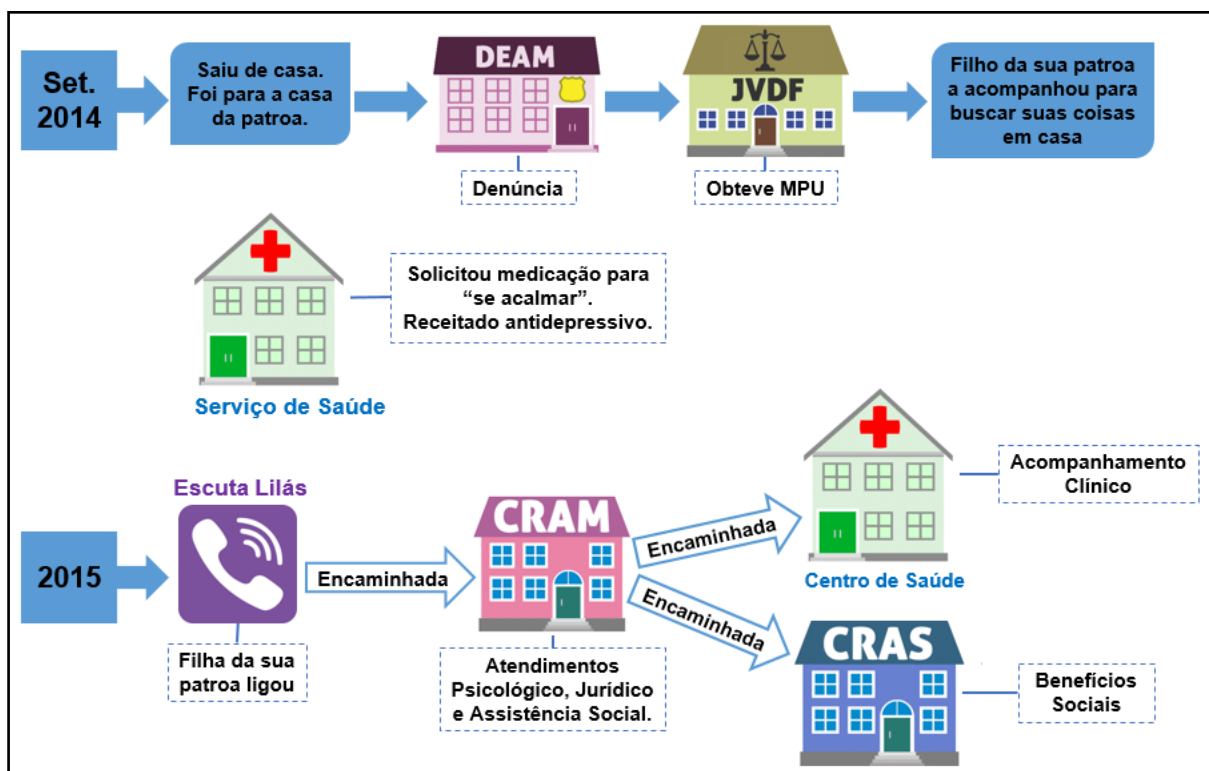
Magnólia é mulher branca, de 55 anos. Ela tem dois filhos, uma filha adulta que reside com o namorado e um adolescente que está residindo com o pai. Possui ensino fundamental incompleto e trabalha como diarista.

Sofria violência doméstica (psicológica, física grave, sexual) praticada pelo ex-companheiro, com que esteve casada por 24 anos.

O agressor tem 49 anos, ensino fundamental incompleto, presta serviços temporários na construção civil. É alcoolista e usuário de drogas ilícitas (crack).

Magnólia relatou que as situações de violência ocorriam desde o princípio do relacionamento. Sua trajetória em busca de ajuda está representada na Figura 10.

Figura 10 – Trajetória da Magnólia



Fonte: elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em setembro de 2014, Magnólia saiu de sua casa e foi morar na casa da patroa.

"Ah, eu sempre ouvi do meu marido que eu não podia falar pra ele em ir embora, porque eu sabia como ele era, se eu tivesse sozinha em casa ele ia quase me matar. [...] Daí eu sai de casa e não falei nada, né."

Dois dias depois, ela foi à DEAM e fez uma ocorrência contra o companheiro por violência doméstica. Logo, recebeu a MPU no JVDF.

Refere que teve apoio do filho da patroa para buscar suas coisas em casa.

“Eu cuidei dele, trabalhei muitos anos, cuidei dele quando era pequeno.”

Ela também procurou um serviço de saúde e solicitou medicação para “se acalmar”, sendo-lhe receitado um antidepressivo.

“Eu sempre fui muito nervosa, daí eu assim, pra me acalmar um pouco pedi pra ela [médica] o remédio...”

Em abril 2015, a filha da sua patroa ligou para Escuta Lilás e foi orientada a procurar o CRAM. No CRAM, Magnólia recebeu atendimentos psicológico, de assessoria jurídica e de assistência social. A equipe do CRAM a encaminhou para um Centro de Saúde para atendimento clínico e para um CRAS para ver a possibilidade de receber auxílio moradia (aluguel social).

No momento da entrevista, Magnólia ainda estava em atendimento no CRAM e manifestava o desejo de ter um lugar para morar, para poder sair da casa da patroa, pois considerava que a relação entre as duas estava desgastada. Algum tempo depois, Magnólia foi morar com o filho mais novo na sua cidade de origem, no interior do Estado, onde tinha uma casa que era da família, herança de sua mãe, e que seus irmãos concordaram em ceder para ela. A partir disso, ela e a equipe do CRAM consideraram que sua situação de violência estava resolvida e o atendimento foi finalizado.

- **Gardênia**

Gardênia é uma mulher branca, de 35 anos. Tem uma filha de seis anos, que reside com o pai, e estava no sexto mês de gestação, aproximadamente, no momento da entrevista. Possui ensino médio incompleto e não tem trabalho remunerado e nenhuma outra fonte de renda.

Sofria violência doméstica (psicológica e física leve) praticada pelo companheiro, com quem teve um relacionamento por dois anos.

O agressor tem 24 anos, ensino fundamental completo e trabalha como serralheiro. É usuário de álcool e droga ilícita (maconha). Tem antecedentes criminais por tráfico de drogas.

Gardênia relatou que já tinha passado por situação de violência doméstica em um relacionamento anterior, tendo sofrido ferimentos por arma branca, em 2011. À época, ela morava em uma cidade de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. Gardênia procurou apoio psicológico em uma unidade básica de saúde dessa cidade, onde foi realizado encaminhamento, mas ela nunca recebeu retorno do agendamento. A situação judicial do processo referente a essa agressão ainda estava sem desfecho quando foi realizada a entrevista.

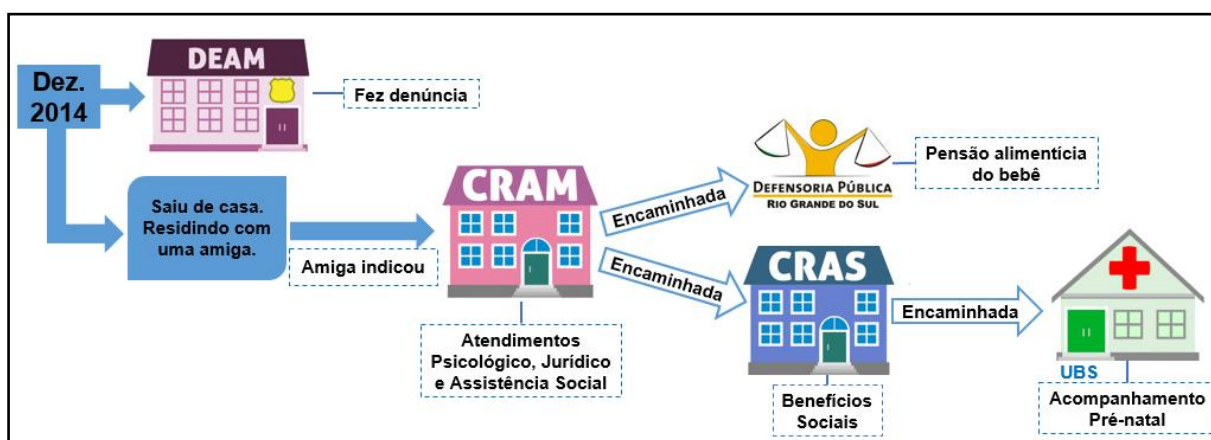
“É que eu acho não teve muita assistência, eu precisei de um apoio psicológico que eu não tive até hoje. Isso aconteceu em 2011...”

“Daí, dali pra cá nada aconteceu. E a parte jurídica também não aconteceu nada, tá no meio dos processos, mas ainda não aconteceu nada...”

“Mas aí agora passou um tempo, conheci esse outro companheiro que eu estava, que aí ele acabou me batendo. Aí eu prestei ocorrência contra ele e vim parar aqui no CRAM.”

Sua trajetória em busca de ajuda para a situação de violência vivenciada no último relacionamento está representada na Figura 11.

Figura 11 – Trajetória da Gardênia



Fonte: elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Em dezembro de 2014, ela fez uma ocorrência na DEAM. Sobre o atendimento, ela avalia que não foi bom.

“Porque pra começar eu fui atendida por um homem, eu acho que ele... não sei se ele estava com muito trabalho, ou ele não estava muito a fim de trabalhar aquele dia, porque eu fiquei um tempão lá sentada. Aí ele levantou, ele foi e voltou, foi numa sala, conversou com as colegas dele, aí ele voltou, aí ele escreveu mais um pouco. Ele inclusive botou que eu não pedi medida protetiva, realmente eu não disse pra ele ‘eu quero a medida protetiva’, mas ele também não me ofereceu esse serviço, e daí ficou, porque era uma coisa que no fundo, no fundo, eu precisava.”

Assim, após essa ocorrência, Gardênia saiu de casa e foi morar com uma amiga.

Em março de 2014, por indicação dessa amiga, procurou o CRAM. No CRAM ela recebeu atendimentos psicológico, jurídico e de assistência Social.

A equipe do CRAM a encaminhou para a defensoria pública, para processo de pensão alimentícia para o bebê que ela estava gestando. Também foi encaminhada para um CRAS para realização do cadastro único e para ver a possibilidade de receber aluguel social. A equipe do CRAS a encaminhou para um serviço de saúde para realizar acompanhamento pré-natal.

A equipe do CRAM manteve o acompanhamento de Gardênia por dois meses. Após esse período, ela faltou aos atendimentos agendados no serviço. A equipe fez diversas tentativas de contato telefônico com ela, mas não obteve êxito. Infelizmente, esses afastamentos por parte das mulheres acontecem com certa frequência no serviço e fazem parte dos processos das trajetórias, que, muitas vezes, incluem desistências, ainda que temporárias, ou mudanças nas direções escolhidas.

- **Tulipa**

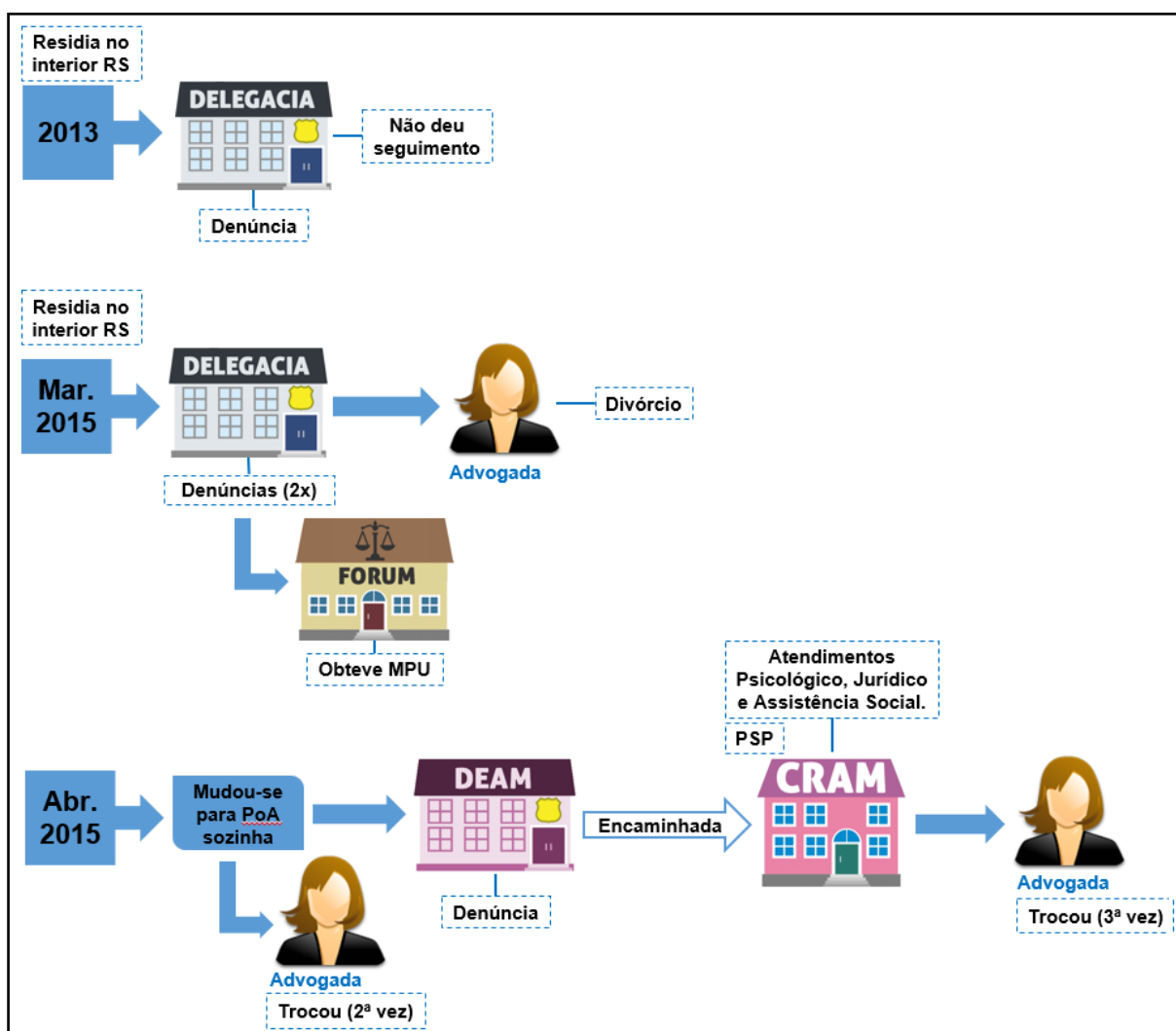
Tulipa é uma mulher branca, de 42 anos. Tem três filhos (de 15 a 23 anos). Possui ensino superior e tem trabalho remunerado com renda fixa. Seu estado civil é casada.

Sofria violência doméstica (psicológica, física, sexual e patrimonial) praticada pelo companheiro, com quem teve um relacionamento por 26 anos, ela tinha 16 anos quando se casou com ele.

O agressor tem 50 anos, é branco, trabalha na construção civil. Ele também é agressivo com outras pessoas, inclusive com os filhos. Tem antecedentes criminais por ferir um vizinho com arma de fogo.

Tulipa e sua família residiam no interior do Estado. Ela relatou que pouco tempo depois de casada começaram a ocorrer as situações de violência. Sua trajetória em busca de ajuda está representada na Figura 12.

Figura 12 – Trajetória da Tulipa



Fonte: elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

“A busca de apoio foi a partir do momento em que eu percebi: ou eu procurava apoio, ou talvez a história ficasse calada sem ninguém saber tudo que eu vinha passando. Ou eu corria o risco em buscar um apoio e talvez continuar correndo aquele risco que eu já vinha, mas agora com pessoas sabendo que aquela história aconteceu e vinha acontecendo, porque é difícil tu procurar apoio...”

“Porque tu não sabe como que tu vai encontrar esse apoio, de quem tu vai ter esse apoio.”

Em 2013, ela fez uma ocorrência contra o companheiro por violência doméstica, na cidade em que residiam. Logo depois, ela julgou que a situação de violência não iria se repetir e não deu seguimento ao processo.

“A primeira ocorrência que eu fiz Maria da Penha foi em dezembro de 2013. Só que daí ali a gente achou que foi o momento, que tudo ia passar, que ele não ia continuar com aquilo.”

Porém, as agressões recomeçaram e, em 2015, ela fez duas novas ocorrências pelo mesmo motivo ainda na cidade do interior. Solicitou e obteve MPU. Contratou uma advogada para dar início ao divórcio.

A partir de então, os filhos do casal foram morar com a avó materna, na mesma cidade em que já residiam, porém, a filha do meio passava a semana em outra cidade para cursar a Faculdade. E Tulipa que, desde o início de 2015, já estava ficando em Porto Alegre durante a semana para cursar a pós-graduação, mudou-se para esta cidade, no mês de abril do mesmo ano.

Imediatamente, as ameaças aumentaram e ela fez nova ocorrência, desta vez na DEAM, e avalia que teve um bom atendimento.

“Na delegacia da mulher aqui em Porto Alegre eu fui bem... Assim, bem informada de todo processo, a pessoa conversou, a pessoa quis que eu esclarecesse, tipo, me deixou à vontade pra falar, foi um escrivão também, mas tinha uma mulher circulando por ali, que isso bem ou mal traz uma certa confiança pra gente, né.”

Na DEAM, ela foi encaminhada para o CRAM, onde recebeu atendimentos psicológico, jurídico e de assistência social.

“Depois quando eu cheguei aqui em Porto Alegre fui à delegacia da mulher, que daí foi onde eu fui encaminhada para o CRAM, né, e foi onde eu recebi o apoio, porque até então, como vou te explicar, estava na minha queixa e esperar pra ver o que vai acontecer e aquilo assim me trouxe muito sofrimento.”

A equipe do CRAM estabeleceu com ela um plano de segurança pessoal, sendo adotadas medidas como o sigilo sobre seu novo endereço e a mudança nos seus horários de trabalho.

Tulipa avalia que os atendimentos prestados pela equipe do CRAM foram muito importantes para ela.

“E aqui, assim, eu recebi o apoio, tipo, consegui falar, alguém escutou, alguém me apontou o que precisava estar olhando, o que eu precisava estar fazendo, o que eu precisava estar vendo, né, o que eu estava olhando com os olhos assustados, o que não era tão assim...”

“Daí quando eu cheguei aqui no CRAM foi assim... foi quando eu comecei a ver a vida, porque até então era como se eu estivesse numa turbulência escura, que tinha dias que eu não enxergava outra coisa, a não ser, tipo assim, pensar que a morte estava ali, que ele ia me fazer alguma coisa, entende. Eu me via sem conseguir pensar em outra coisa, porque aquilo ali era muito forte, foi muito pontuado tudo que ele me falou...”

“Por motivo deles olharem o meu problema como ser humano, que eu estava trazendo pra eles a minha dor, e talvez assim eles não me olharam pelo lado financeiro, se eu tinha que pagar ou se não tinha que pagar. Isso até em certos momentos isso me constrangeu em parecer que estava tirando o espaço de alguém. Mas, ao mesmo momento, foi único lugar que eu consegui um espaço, porque eles me escutaram, me acolherem, me esclareceram, né, tipo, não me pontuaram nada 'isso ou aquilo', mas assim esclareceram 'olha pra isso, vê, decide, vê o que melhor pra ti, calma vai passar', entende? Assim, não tem como te fazer comparação com nenhum atendimento.”

No período de março a abril de 2015, Tulipa trocou duas vezes de advogada. Em relação a primeira profissional, disse que o principal motivo foi pela mudança dela (Tulipa) de cidade. Sobre a segunda advogada, o motivo da interrupção dos serviços foi porque essa profissional solicitou que ela retirasse a queixa de Violência Doméstica para que o divórcio fosse amigável.

“Aí eu disse que não, [...], que a pouca coisa que o Estado me dava eram as medidas protetivas, era um papel, mas eu tinha, que muito mais que uma casa, que dois apartamentos, era a minha vida no momento, e que eu não retiraria as medidas protetivas, que eu não retiraria nada. Daí eu troquei de advogada de novo, porque nós ficamos divergindo no assunto, entendeu.”

“Quando tu não entende, as coisas parecem que ficam pior, porque daí tu acaba buscando pessoas que não te explicam, e, na verdade, está certo

porque todo mundo trabalha pra ganhar o seu dinheiro no final do mês. Mas eu me senti muito mal, a partir do momento que eu, emocionalmente, estava precisando de uma ajuda e as pessoas me olharam por um lado financeiro, porque eu me senti assim com as outras advogadas...”

No momento da entrevista, Tulipa estava satisfeita com os serviços da terceira advogada. Os processos ainda estavam em andamento e a situação de violência e as ameaças ainda persistiam. Ela continuava sendo acompanhada pela equipe do CRAM.

Decorridos cinco meses do início dos atendimentos no CRAM, Tulipa estava mais organizada em relação à sua rotina, relatou menos medo e menos ansiedade. Ela já havia participado das audiências referentes aos processos de violência doméstica e de divórcio na sua cidade e disse que tudo estava correndo bem até aquele momento. Como ela estava sendo acompanhada por profissionais de psicologia em um serviço privado, os atendimentos do CRAM foram finalizados.

- **Gérbera**

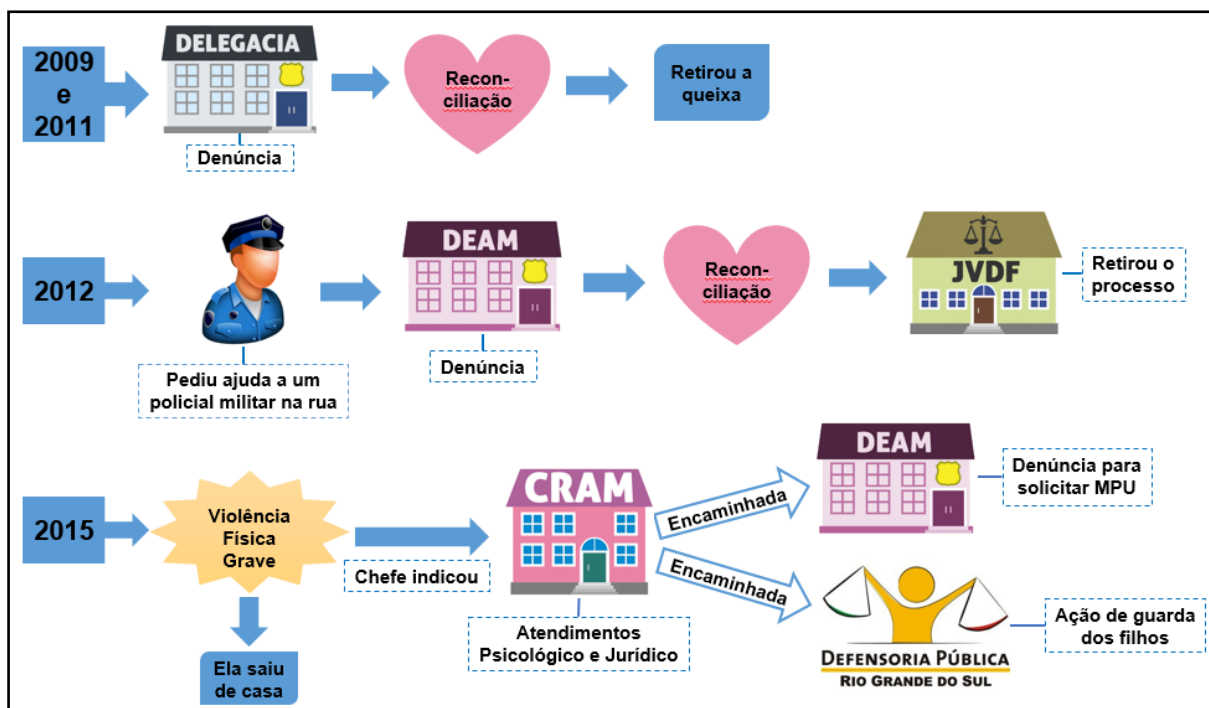
Gérbera é uma mulher parda, de 33 anos. Tem quatro filhos, com idades entre quatro e treze anos, somente os dois filhos mais novos (que também são filhos do agressor) residem com ela. Os dois primeiros filhos não estão com ela – o menino reside com o pai, e a menina, com a avó materna. Gérbera estudou até completar o ensino médio. Possui trabalho com vínculo empregatício e renda fixa. Seu estado civil é solteira.

Sofria violência doméstica (psicológica, física, sexual, patrimonial) praticada pelo companheiro, com quem teve um relacionamento por oito anos.

O agressor tem 32 anos, possui ensino fundamental incompleto e trabalha como pintor predial, sem vínculo empregatício.

Gérbera relata que desde o princípio do relacionamento vivenciou situações de violência. Sua trajetória em busca de ajuda está representada na Figura 13.

Figura 13 – Trajetória da Gérbera



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Antes de procurar ajuda no CRAM, em três momentos anteriores (nos anos de 2009, 2011 e 2012), Gérbera já havia registrado ocorrência contra o companheiro por Violência Doméstica, mas sempre acabava retirando o processo por reatar o relacionamento.

“Já fui três vezes na delegacia, fiz até exame de corpo de delito, mas nunca dei continuidade, porque eu acaba voltando pra ele.”

“E a terceira vez foi em 2012, que ele esteve no meu serviço pra tentar me constranger no meu serviço. Aí eu saí meio desorientada, procurei um brigadiano na rua e nós dois fomos encaminhados para delegacia das mulheres. Foi a primeira vez assim que foi enquadrado como Maria da Penha mesmo, sabe.”

Em 2015, houve um episódio de violência física grave e ela saiu de casa. Foi para a casa da sua mãe, mas teve que deixar um dos filhos com o agressor, levando apenas o mais novo com ela.

Gérbera procurou o CRAM por indicação de sua chefe, a quem havia relatado a situação. No CRAM, ela recebeu atendimento psicológico e de assessoria jurídica. Ela considerou que os atendimentos do CRAM propiciaram importante ajuda na sua trajetória.

“Eu me senti muito melhor, olha foi uma ótima recepção, eu me senti mais pessoa, mais humana, não tenho nada pra falar, só fui muito bem recepcionada, pretendo continuar frequentando aqui, bastante tempo, até eu conseguir tirar esse trauma assim, essa angústia de dentro de mim, sabe.”

A equipe do CRAM a orientou a ir até a DEAM para registrar ocorrência e solicitar MPU. Sobre o atendimento na DEAM, ela avaliou que não teve o apoio que esperava.

“Dessa última vez, não sei se é porque eu tive outras ocorrências e não dei continuidade, e ela não me deu muita atenção, ou se é porque realmente, ela estava mexendo no celular, aí eu relatava situação pra ela, e ela mexendo no celular. 'Ãh? Ah tá, aham, ah, é isso mesmo.' Ela não me deu muita atenção, não sei se foi devido ao que ela viu ali no sistema né, que eu já tinha feito outras coisas e não levei adiante ou se realmente ela não foi uma boa profissional, entende. Mas nessa situação na última vez eu não indicaria a delegacia das mulheres porque eu fui muito mal atendida, não fui maltratada, mas não...”

A equipe do CRAM também a encaminhou para a defensoria pública para dissolução da união estável e para procedimentos de ação de guarda dos filhos em comum.

No momento da entrevista ainda não havia ocorrido a audiência, e o agressor estava usando um dos filhos para chantageá-la, impedindo a aproximação de Gérbera com a criança. Ela continuava em acompanhamento com a equipe do CRAM.

- **Violeta**

Violeta é uma mulher branca, de 58 anos. Tem dois filhos adultos (30 e 34 anos), somente a filha mais nova reside com ela. Possui ensino fundamental incompleto e tem trabalho remunerado com renda fixa (serviços domésticos).

Sofria violência doméstica (psicológica, física, sexual, negligência) praticada pelo ex-companheiro, com quem esteve casada por 36 anos.

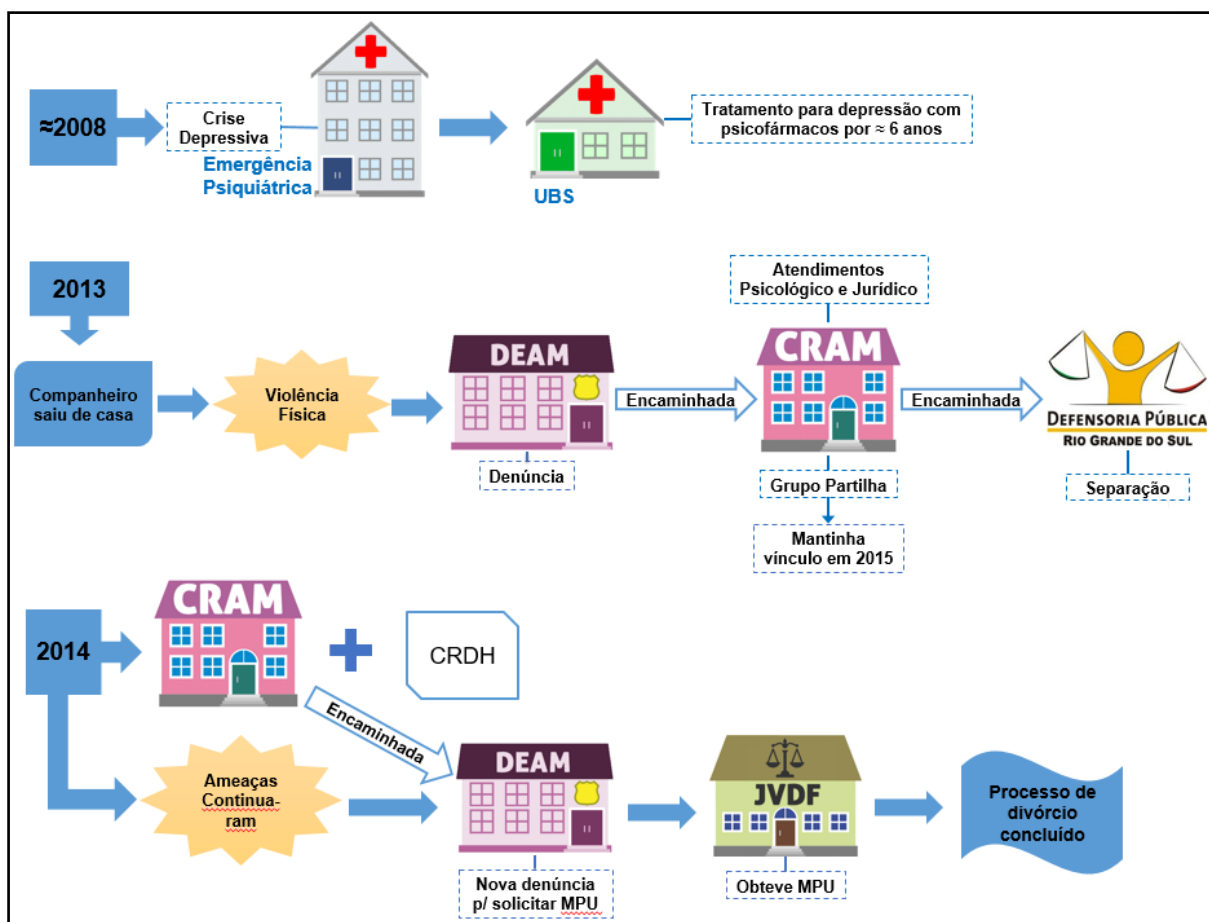
O agressor tem 60 anos. Possui ensino fundamental incompleto e trabalha como servente de pedreiro. É alcoolista.

Relatou que as situações de violência começaram há nove anos, aproximadamente. Há sete anos eles conversaram sobre separação, mas

continuaram a viver na mesma casa, porém em quartos separados. Violeta refere ter relacionamento conflituoso com os filhos, que não lhe dão atenção, nem apoio.

Sua trajetória em busca de ajuda está representada na Figura 14.

Figura 14 – Trajetória da Violeta



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Há oito anos, Violeta esteve internada em um serviço de emergência psiquiátrica por quadro de depressão. Ela fez tratamento, em sua UBS de adscrição, por aproximadamente seis anos, com diversos psicofármacos, mas desde 2014 decidiu parar com as medicações.

“Eu fiquei uns seis, sete anos, eu tomei remédio para dormir, comecei com diazepam, depois fui com 5 [mg], depois já fui com 10 [mg], depois fui pro alprazolam, depois eu tomei amitriptilina, tomava fluoxetina, que não dava certo um ia para o outro. E só que agora, faz um ano e pouco que eu mesmo, disse 'chega'...”

Ao ser questionada se os(as) profissionais que a atendiam no serviço de saúde sabiam da situação de violência que ela vivia, Violeta disse:

“Sim, sabiam, mas, assim, eu acho que eles atendem muita gente, eu acho que eles não se interessam muito...”

Em 2013, o companheiro iniciou um relacionamento com outra mulher e saiu de casa, mas ele voltava, às vezes, e agredia Violeta verbalmente e psicologicamente, impondo sua presença na casa. Em uma dessas vezes houve um episódio de violência física e Violeta fez ocorrência na DEAM.

“Primeira coisa eu fui na delegacia da mulher, conversei com ela, depois eu fui encaminhada para o CRAM.”

Na DEAM ela foi encaminhada ao CRAM, onde recebeu atendimentos psicológicos e de assessoria jurídica e foi convidada a participar do Grupo Partilha. A equipe do CRAM a encaminhou para a Defensoria Pública para dar início ao processo de separação.

Violeta passou, então, a ser atendida também pelo Centro de Referência em Direitos Humanos, serviço vinculado à Defensoria Pública Estadual. Ela considerou muito bons esses atendimentos.

“Fui bem atendida também, passei por outras psicólogas lá, foi muito bom, foi muito bem, bem, bem tratada mesmo.”

As ameaças continuaram nesse período e a equipe do CRAM a orientou a realizar nova ocorrência na DEAM para solicitar MPU, a qual foi deferida pelo JVDF.

No momento da entrevista, Violeta ainda tinha vínculo com o CRAM, por meio de sua participação no Grupo Partilha, e o processo de divórcio já estava concluído.

“[...] agora eu já me divorciei, agora dia 12 de agosto esse ano passado [2014], foi feito meu divórcio, que eu pedi para doutora agilizar o mais rápido possível meu divórcio com ele, né.”

7.2 Experiências Comuns nos Serviços de Saúde e na Rede Intersetorial – o que Atestam as Trajetórias?

Em relação às trajetórias apresentadas, é preciso ponderar que o fato de a pesquisa ter sido realizada em um serviço relevante e central da rede de atenção às mulheres em situação de violência de Porto Alegre, marca essa passagem e faz com que essas trajetórias tenham elementos e fluxos muito semelhantes em sua sequência. Isto porque, além de todas as mulheres entrevistadas terem passado pelo CRAM, quase todas também passaram pela DEAM e muitas pelo JVDF e pela Defensoria Pública. Esse é um reflexo da forma como está organizada a rede, especialmente para aquelas que acessam os serviços do Setor Segurança. Sabe-se que esse padrão não pode ser generalizado para todas as mulheres em situação de violência do município, sendo esse um viés das opções realizadas neste estudo. No entanto, a fase inicial das trajetórias é errática, tem momentos de sofrimento pessoal em silêncio e adquire outros contornos no momento dessa ruptura, a qual desencadeia a procura das pessoas ou serviços mais acessíveis.

Dito isso, busca-se desenvolver algumas análises sobre as experiências nos serviços da rede intersetorial.

No que se refere ao Setor Saúde, percebe-se que na maioria (dez) das trajetórias das mulheres entrevistadas estão presentes serviços e/ou profissionais de saúde, quase todas elas (nove) antes do acesso ao CRAM. Entre essas, quase todas buscaram atendimento relacionados à saúde mental, seja com psicólogos, médico psiquiatra ou, quando o acesso ao especialista não era possível, até mesmo com médico de família para tratamento “condicionado” aos psicofármacos. Dentre as entrevistadas, metade relatou o uso desse tipo de medicamento.

Esses achados, por um lado evidenciam a magnitude do sofrimento emocional decorrente das situações de violência. Por outro, reforçam a constatação de que a medicamentação da violência é a alternativa dominante utilizada por muitos dos(as) profissionais da saúde que não sabem como proceder diferentemente diante dessas situações. Assim, medica-se para “acalmar” o sofrimento. É como se silenciasse a vítima para que ela tenha mais força para suportá-lo individualmente. Mas não há eficácia nessas práticas, pois a origem da violência não é biológica, é fundamentalmente relacional e social, logo, a situação de violência não se resolve com elementos químicos.

Nesse sentido, cita-se um estudo que investigou a prescrição de medicamentos com potencial para causar dependência para mulheres que sofreram Violência por Parceiro Íntimo (VPI). Os resultados apontam que as taxas de prescrições eram altas, tanto para analgésicos potencialmente viciantes quanto para depressores do sistema nervoso central. As mulheres que relataram VPI receberam essas prescrições duas a quatro vezes mais frequentemente do que mulheres que não relataram VPI e também são mais propensas a recebê-las de vários (três ou mais) médicos (STENE et al., 2012).

Pires (2014) afirma que, comumente, o uso da medicação é considerado essencial por profissionais de saúde para o cuidado das situações avaliadas como demandas de saúde mental. As situações de violência são exemplo dessa medicalização, pois ao desencadear sintomas difusos, que dificilmente se enquadram e se resolvem no âmbito dos diagnósticos clássicos biologicistas, com frequência são encaminhados para a saúde mental como especialidade para receberem prescrição de medicamentos que ajudem a suportar o sofrimento, ou “controlar os ânimos”.

É fato que as situações de violência doméstica provocam sofrimento emocional importante, o qual, muitas vezes, necessita de assistência profissional. Entretanto, questionam-se os processos que transformam esse sofrimento complexo em “doença” que requer quase que unicamente prescrição de medicamentos para seu “tratamento”. Não se concebe que a violência seja passível de tratamento no âmbito da clínica exclusivamente. O caráter complexo desses eventos também não se limita ao âmbito das práticas disciplinares e à unicidade de abordagem institucional.

Pode-se analisar que essa medicalização é oriunda das “impropriedades diagnósticas” da violência, de que trata Leal (2010). Segundo a autora, mesmo diante de situações que não são patológicas, os(as) profissionais buscam legitimar suas práticas, na perspectiva biologicista, a partir de sinais e sintomas clínicos, direcionando o atendimento para a oferta existente na clínica biomédica. Assim, muitas vezes, as prescrições se colocam como única alternativa para “tratar” desse sofrimento. Essa análise pode ser acrescida do que se entende como oferta de práticas no âmbito dos serviços de saúde, ou seja, o “cardápio diagnóstico” baseado na panaceia médica e farmacológica.

A medicalização como única possibilidade de ação também é consequência dos processos de aprendizado na formação profissional. Conforme refere Bonfim (2015), há um predomínio da racionalidade biomédica entre os currículos pedagógicos na área da saúde, assim, prepondera um olhar reducionista ao pensar o ser humano sob a perspectiva organicista e focada na doença. A autora conclui que se torna difícil, nessa racionalidade dominante, abordar a temática da violência, enquanto um fenômeno complexo e multicausal e que requer a compreensão de concepções ampliadas de saúde.

A avaliação que as mulheres entrevistadas fazem dos atendimentos recebidos no setor saúde está condicionada a cada experiência. Em geral, elas afirmaram que o apoio recebido foi satisfatório, porém a maioria relatou que não se sentiu bem acolhida pelos(as) profissionais de saúde. Esse apoio é talvez a única atitude possível para muitos(as) profissionais, no entanto, não vem acompanhado de acolhimento, o que implicaria em responsabilização e comprometimento, ou seja, o profissional “apoia, mas não acolhe”. Esse fato atesta que “acolher” implicaria dar seguimento à busca de solução e efetivamente oferecer sustentação institucional.

Os relatos apresentados nas trajetórias muitas vezes atestam serviços isolados, estruturas despreparadas e atendimentos desqualificados profissionalmente para atender as mulheres em situações de violência. Às vezes percebe-se descaso, negligência e naturalização da violência doméstica nos atendimentos, atitudes que, muitas vezes significam fuga do enfrentamento. Identificam-se profissionais sem tempo para se dedicarem a esse tipo de demanda, que “empurram” os casos para a saúde mental, com encaminhamentos desresponsabilizados quando se esperaria envolvimento.

As dificuldades do setor saúde para acolher as mulheres em situação de violência são evidentes e já amplamente tratadas em estudos anteriores, entre os quais os de Bonfim (2008), Costa (2012), Leal (2010), Schraiber et al (2005).

Em pesquisa com profissionais da saúde, Kiss e Schraiber (2011) identificaram que apesar de ser considerada um problema relevante pelos(as) profissionais, a violência está situada fora dos escopos de intervenções profissionais. Para as autoras, as dificuldades na aceitação de casos de violência englobam a estreita definição da competência profissional, com foco biológico; a indefinição tecnológica do fazer profissional, que não consegue incluir o sofrimento que ultrapassa a dimensão fisiopatológica; e a ausência de apoios efetivos em seus

serviços. Essa análise das autoras fortalece o que Leal (2010) denomina “impropriedade diagnóstica”, falta de opções terapêuticas, ou, dito de outra forma, o “cardápio diagnóstico” (PIRES, 2014) não encontra correspondente para esse tipo de “doença” ou sofrimento.

Observa-se, assim, que, ao mesmo tempo em que há uma incapacidade técnica e de estrutura da rede de serviços para atender essas situações, muitas vezes relacionadas à própria invisibilidade da violência no setor, também está bastante presente a questão cultural que induz muitas pessoas, mesmo no exercício profissional da saúde, a terem atitudes de descaso com a violência de gênero, naturalizando a situação como parte de um “destino feminino”.

Trazendo para a discussão as ideias de Raynaut (2011) sobre as dimensões materiais e imateriais da ação humana, percebe-se que o setor saúde atende, no limite, à dimensão material da violência, no que se refere ao biológico, às lesões físicas, aos sintomas clínicos de ansiedade e depressão. Mas falha no que se refere à atenção à dimensão imaterial, ao subjetivo, ao sofrimento, às relações interpessoais.

Uma das participantes disse “ter sorte” por ter um bom vínculo com as profissionais de saúde da unidade à qual ela é adscrita, evidenciando que o vínculo pode ser “algo raro” para a maioria das pessoas usuárias desses serviços. O vínculo e a escuta qualificada são exemplos de práticas de cuidado, ou tecnologias relacionais, que podem atender a dimensão imaterial da violência como fonte de sofrimento com muita eficiência. Mas, por que essas práticas parecem ser tão difíceis de serem materializadas no atendimento às mulheres em situação de violência?

Sabe-se que as situações de violência são complexas, necessitam de múltiplas intervenções que dependem também da articulação da rede de serviços intra e intersetorial. Ao mesmo tempo, reconhece-se que são muitas as responsabilidades atribuídas aos profissionais da saúde e que muitas vezes a intersetorialidade não funciona integralmente. Nesse sentido, nem mesmo a rede formada dentro do setor saúde consegue articular-se, em muitas situações. Essa ineficiência do sistema, potencializa a “impropriedade diagnóstica”, o(a) profissional não sabe o que fazer e a estrutura também não o(a) ajuda. Um pequeno exemplo é a inexistência de locais reservados para acolher as mulheres em situação de consulta, respeitando sua privacidade.

Entretanto, mesmo a dimensão material da violência, que recebe resposta mais eficiente no setor saúde, como o atendimento em traumatologia, por exemplo, nem sempre é compreendida ou aceita pelas mulheres como possibilidade de cuidado. Assim, chamam a atenção as situações em que as mulheres não buscaram ajuda em serviço de saúde, embora houvesse lesões físicas decorrentes da violência.

“Teve vezes que eu fiquei bem machucada mesmo, mas eu não procurei [serviço de saúde] por vergonha.” (Rosa).

“Eu nunca fui tratar, mas essa cicatriz que eu tenho aqui foi uma cabeçada que ele me deu, que eu tratei em casa, ficou aberto.” (Gérbera).

Houve também algumas situações que necessitaram de atendimento de saúde, mas as mulheres preferiram esconder a origem das lesões.

“É, na verdade uma desculpa. Porque essa do tiro foi a maior desculpa que eu dei, eu disse que eu tinha me pisado com a arma dele. Aí o doutor veio e achou que eu estava mentindo, 'ah tu está escondendo', 'não, é que eu fui mexer e a arma estava carregada e me machucou'. Eu nunca disse.” (Hortênsia).

“Eu fui [ao serviço de saúde] na vez que ele me bateu, mas eu chegando lá, eu não falei que ele tinha me batido, eu falei que eu tinha caído.” (Begônia).

Como motivo para não buscar ajuda nos serviços de saúde ou para esconder as situações de violência, algumas mulheres citaram a vergonha, o medo da recriminação e até mesmo a falta de conhecimento sobre essa possibilidade. Desse modo, a vergonha (recriminação) por terem apanhado e a ilegitimidade da queixa em razão disso, influencia no isolamento.

“Porque... ah, sei lá... as pessoas sempre te recriminam, né, tu fala, 'poxa tu apanhou, mas continua com ele!'.” (Gardênia).

“Nunca [procurei ajuda], porque eu não sabia que existia. Olha, vejam só, isso que eu me julgo uma pessoa informada, mas informada não o suficiente. Eu achava que era só no caso de violência física.” (Margarida).

Em estudo com mulheres atendidas em um serviço de atenção primária à saúde, Terra, d'Oliveira e Schraiber (2015) buscaram analisar de que modo os

sentimentos de medo e vergonha associados às situações de violência impactam as possibilidades de superação da violência doméstica de gênero. As autoras identificaram que o sentimento de vergonha dificulta o diálogo, aumenta o isolamento e a culpa das mulheres que se sentem mal vistas, “responsáveis” pelo sofrido e, portanto, obrigadas a aguentarem tais situações ou a resolverem o problema sozinhas. Da mesma forma, o medo pode imobilizar as ações da mulher em situação de violência, impactando o acesso aos apoios da rede.

A origem desses sentimentos, além dos fatores intrínsecos de cada mulher, também pode ser decorrente do próprio comportamento dos(as) profissionais diante dessas situações, que não raro culpabilizam e responsabilizam as mulheres pela situação de violência (COSTA, 2013; LEAL, 2010). Desse modo, se as mulheres sentem que não são acolhidas com respeito nos serviços terão mais resistência em procurá-los por medo da repreensão.

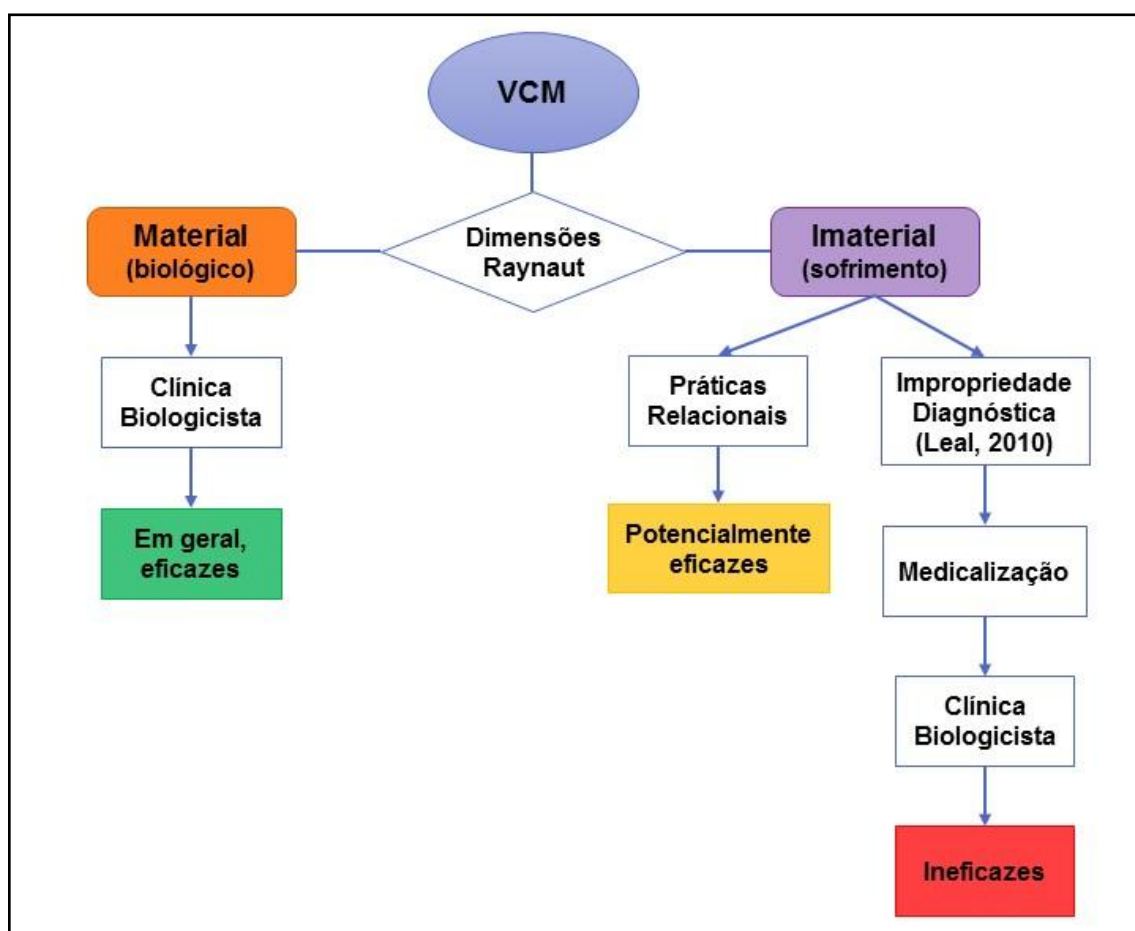
Corroborando esses argumentos, e indo além, Villela e colaboradoras (2011) consideram que a estrutura física dos serviços de saúde que não proporciona privacidade e a ausência de fluxos definidos para as situações de violência são fatores que dificultam a confissão de vivências íntimas, tornando constrangedora a busca pelo atendimento. Por outro lado, mesmo quando há o relato da violência, muitos(as) profissionais tendem a crer que esse tipo de atendimento deve ser realizado apenas em serviços específicos para essas situações, seguindo a lógica do modelo fragmentado da especialização.

Questiona-se: onde estão esses serviços especializados? Exceto para os casos de violência sexual, não existem serviços de saúde específicos para atender mulheres vítimas de violência. Além disso, como se garante o princípio da Universalidade do SUS? Não seria mais adequado orientar a organização dos serviços com base nas diretrizes de acolhimento e de humanização? E a integralidade em saúde, como se configura nesse espaço de fragmentação de serviços e de responsabilização da vítima pela sua situação?

Observa-se, assim, que a invisibilidade da violência nos serviços de saúde e a ausência de ações para essas situações explicam porque muitas mulheres sequer pensam no setor saúde como um ponto de apoio para superar a situação de violência. As usuárias demandam aos serviços somente o que aprenderam que está disponível na oferta. Conforme Luz (2012a), esse comportamento é consequência da influência do senso douto sobre o senso comum, a partir da qual as

representações sobre corpo, saúde, doença e tratamento são compartilhadas por profissionais e usuários nos sistemas de saúde. Sendo assim, no caso das mulheres deste estudo, quando uma delas diz compreender que poderia buscar ajuda no serviço apenas no caso de violência física, reflete a representação biologizada, ou medicalizada no sentido do dano orgânico, do que é possível receber como atendimento nos serviços de saúde. Retomando as reflexões sobre as dimensões materiais e imateriais da Violência Contra as Mulheres (VCM), a partir dos conceitos de Raynaut (2011), ainda que para o autor essas dimensões sejam inter-relacionais, formando uma realidade híbrida, no que se referem às práticas de saúde, essas dimensões ainda se apresentam amplamente dicotomizadas. Dessa forma, analisa-se que no setor saúde as práticas empregadas nas situações de violências podem ser sintetizadas conforme ilustrado na Figura 15.

Figura 15 – Síntese das práticas de saúde nas situações de violência contra as mulheres, a partir das dimensões Material e Imaterial



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

No que se refere à dimensão material, em geral as práticas biomédicas se mostram eficazes para “tratar” as lesões físicas decorrentes. Exceto quando há impedimentos anteriores ao acesso ao serviço de saúde, como o medo e a vergonha revelados pelas mulheres. Já, no que se refere à dimensão imaterial, duas possibilidades se apresentam. Uma delas diz respeito às práticas relacionais (acolhimento, escuta ativa, vínculo), que, acredita-se, são potencialmente eficazes para lidar com o sofrimento decorrente da violência, mas que ainda são pouco utilizadas pelos(as) profissionais. A outra possibilidade, que aparece como sendo a mais comum, está relacionada à Improriedade Diagnóstica (LEAL, 2010) diante das situações de violência, levando a ações medicalizantes por parte dos(as) profissionais, que instituem práticas clínicas biomédicas para essas situações, como é o exemplo da prescrição de psicofármacos (a medicamentação), e que se mostram, invariavelmente, ineficazes. Essa forma de olhar para a violência consolida a clássica classificação diagnóstica também dominada pelo senso comum que associa fragilidade de gênero (para as mulheres, é claro) como “doença dos nervos”. Essa “doença feminina”, entendida como uma fragilidade para enfrentar problemas, marca o descaso e ou a negligência no campo da atenção profissional e dos serviços de modo geral.

Partindo para análise dos demais setores de rede, observou-se que a Segurança foi o setor que mais apresentou reclamações por parte das entrevistadas. As mulheres se queixam do atendimento negligente e desrespeitoso prestado pelos trabalhadores das delegacias. Mesmo a delegacia especializada de atendimento à mulher não conta com profissionais preparados para atender essa demanda. Constata-se, assim, que a inadequação dos serviços se transforma em outra ameaça às mulheres, ou seja, a violência se repete, se institucionaliza e se potencializa.

“E eu vou dizer pra ti que a delegacia não me deu o apoio que eu precisava. Eu acho que não sei se eu voltaria lá.” (Açucena).

“Mas quanto à pergunta da delegacia da mulher, eu acho que muita coisa precisa ser mudado, acho que elas precisam ter mais tato para lidar, quem sabe uma psicóloga no momento ali, eu sei que é muitas queixas, no momento que a mulher chega, do jeito que ela chega, deveria ter um amparo, acho que muita coisa precisa ser mudada.” (Dália).

Em estudo com profissionais de serviços que prestam atendimentos a mulheres em situação de violência, Kiss, Schraiber e d'Oliveira (2007) identificaram aspectos reducionistas nos atendimentos da esfera policial. Em geral, o objetivo da escuta dos relatos nas delegacias é recolher as informações necessárias à continuidade da trajetória legal, portanto, o relato considerado importante é o que diz respeito aos fatos concretos. Essa atitude impõe limites à interação com as usuárias, pois os componentes da narrativa da mulher que não se encaixem nos artigos previstos na lei não são considerados nas possibilidades de solução para o caso, nem mesmo como objeto de encaminhamentos.

Em sintonia com essas constatações, Villela e colaboradas (2011) ponderam que a instituição policial tem foco no combate à violação das leis, em uma estrutura operacional e cultural que nem sempre consegue lidar com problemas da ordem dos relacionamentos humanos, considerados mais complexos. Além disso, muitas vezes o comportamento dos policiais frente a essas situações, atravessados por concepções estereotipadas sobre os papéis de gênero, reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres agredidas, criando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional. Sendo assim, os serviços não conseguem cumprir a sua capacidade de interromper a cadeia de produção de violência.

As mulheres entrevistadas também lamentam a pouca eficácia da Medida Protetiva de Urgência (MPU).

“Essa medida, eles não... por exemplo, assim, eles não dão segurança 24 horas, se ele quiser chegar e me matar na rua, eu não tenho proteção nenhuma, e só está registrado lá, mas que eles não dão assim, um exemplo, acompanhamento 24 horas, não tem como.” (Magnólia)

“Então assim, eu acredito que um papel só de medida protetiva isso não comprava nada, acho que a mulher deveria ser mais protegida em tudo, a brigada levar, a brigada buscar, tirar do local, levar para um ambiente, ajudar mesmo.” (Amarílis)

“Eu pensava assim: ‘que proteção eu vou ter?’. Até ligar pra brigada, até chamar a brigada, ele já me matou, entendeu.” (Girassol)

As Medidas Protetivas estão previstas na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e incluem ações como: suspensão da posse ou restrição do porte de armas do agressor; afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a

ofendida; proibição do agressor de aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor; proibição de contato do agressor com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação; entre outras.

Mesmo com os avanços notórios que a Lei trouxe para a proteção das mulheres, não se pode desconsiderar que o medo manifestado por elas têm razão de ser, em certa medida. Esse “papel”, conforme uma delas declara ao documento da MPU, as protege se elas conseguirem acionar a polícia a tempo, o que nem sempre é possível. Questiona-se também até que ponto a ameaça de ser preso realmente impediria um homem, que já decidiu agredir, ou até mesmo matar, a mulher, de fazê-lo.

Por essa razão ressalta-se um elemento prioritário nos atendimentos realizados pela equipe do CRAM que é a elaboração do Plano de Segurança Pessoal, mencionado em algumas trajetórias. Por meio desse planejamento, os(as) profissionais buscam esclarecer a mulher sobre a real finalidade e potencialidades da MPU e estabelecer junto com ela algumas ações de prevenção para a sua proteção.

No setor Justiça (representado nas trajetórias pelos Fóruns, JVDF, Defensoria Pública Estadual e advogados particulares), embora os atendimentos e o andamento dos processos tenham sido favoráveis para a maioria das mulheres, percebem-se algumas confusões causadas pela dificuldade na compreensão das informações. Isso é compreensível caso se leve em conta que termos e trâmites jurídicos são difíceis de entender para a maioria das pessoas, e ao se considerar as pessoas com pouca escolaridade ou aquelas que estão passando por situações de crise, essa dificuldade acaba sendo potencializada. Todavia, pondera-se que é de responsabilidade do profissional garantir os esclarecimentos das pessoas a quem prestam serviços. Essa negligência institucional produz revitimização.

“Ela [juíza] só disse que era para cumprir o mandato de medida protetiva e eu não falei nada, eu não disse nada. E acabou a audiência, eu não entendi aquela audiência. [...] Eu não conseguia entender e não falei nada. Por que, na verdade, o que eu queria? Eu queria as minhas coisas, né, e que dali começasse o processo de divórcio...” (Tulipa)

“Essa juíza pegar, naquele momento difícil, eu tive o pior exemplo, que foi aquele: ‘então a senhora assine aqui, porque se a senhora vai viver com

ele, não precisa processar ele'. Ela não me botou um revólver na cabeça, uma faca nos peito, que nem a gente diz, mas eu, pra mim, eu fui induzida." (Dália)

Em geral, os fluxos entre o setor segurança e o setor justiça ocorrem conforme o exposto a seguir. Após a denúncia efetuada na DEAM, é aberto um processo e enviado ao Ministério Público, para o qual é designado um defensor público para acompanhar as mulheres que não têm recursos. Os processos são agendados para audiência pública no JVDF. Nas audiências, as mulheres são indagadas se querem manter a denúncia, reconciliar ou separar. Muitas vezes elas são levadas a tomar decisões rapidamente, havendo uma pressão para que reconsiderem a queixa e retornem ao domicílio. Na mediação efetuada no JVDF, os agressores são encaminhados a serviços que oferecem atendimento para problemas, entre os quais alcoolismo, droga, depressão ou agressão (MENEGHEL et al., 2011).

Conforme referido por Meneghel e colaboradoras (2013), a Lei Maria da Penha trouxe aspectos positivos e inovadores, ampliando o acesso das mulheres ao judiciário e garantindo o seu direito de cidadania. Exemplos são o incentivo à criação de Juizados Especiais para a Violência Doméstica e a garantia, expressa na Lei, do atendimento da mulher pela defensoria pública. Contudo, assinalam-se também as fragilidades na sua implementação, como a ineficiência na aplicação das medidas protetivas, a falta de recursos materiais e pessoais para a efetividade das ações previstas, a fragmentação da rede de atenção e o movimento de setores conservadores da sociedade, inclusive entre os magistrados, que atuam para deslegitimar a Lei.

O Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), ponto central nas trajetórias apresentadas, foi avaliado positivamente de forma unânime pelas mulheres entrevistadas. Pode-se considerar que essa seja uma consequência, ou um viés, pelo fato de que as participantes do estudo tinham a adesão ao serviço já estabelecida. Contudo, as razões que as levam a considerar o CRAM um serviço eficiente são muito relevantes. Elas fazem destaque, por exemplo, para o acolhimento e para as orientações recebidas.

"Agora aqui no CRAM é diferente, aqui eu senti um respaldo, aquele amparo, aquele acolhido." (Dália)

“... porque aqui eles atendem a gente melhor, entendem a gente melhor, e resolve a situação também...” (Rosa)

“Essa recepção que eu estou tendo aqui no CRAM, que eu não conhecia, entendeu. Aqui eles estão me fazendo eu me sentir mais humana, sentir gente, sabe. Mostraram que eu posso seguir em frente mesmo tendo quatro filhos, que eu não preciso dessa pessoa do meu lado, eu não preciso da aprovação dele pra ser quem eu sou, e se eu cheguei aqui até hoje, se eu sou uma boa profissional, não foi pelo apoio dele.” (Gérbera)

Fica evidente nas trajetórias a importância que as mulheres dão aos aspectos relacionais nos atendimentos da equipe do CRAM. Referem, muitas vezes, o espaço para diálogo, a paciência para fornecer explicações, a confiança e o vínculo estabelecido com os(as) profissionais.

O CRAM, exercendo o papel de articulador da rede de atenção às mulheres em situação de violência, é capaz de suprir muitas lacunas deixadas pelos outros serviços. Ao explicar os procedimentos da rede intersetorial, orientar e esclarecer, a equipe presta apoio fundamental a essas mulheres, marcando positivamente suas trajetórias.

Outros serviços da rede (conselho tutelar, escola, serviços de assistência social, casas abrigos), aparecem em menor frequência nas trajetórias apresentadas, mas não são menos importantes. Percebe-se, nos relatos, que muitos desses serviços foram pontos de apoio significativos para as mulheres, sendo, algumas vezes, impulsionadores das trajetórias. Isso evidencia a relevância de uma adequada articulação da rede de serviços interssetoriais para dar conta de situações tão complexas quanto o são as violências contra as mulheres.

Em pesquisa com profissionais que atuam na rede de atendimento a mulheres vítimas de violência na cidade de Porto Alegre, Alves, Oliveira e Maffaccioli (2012) buscaram analisar as repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica contra mulheres. As autoras identificaram que a Lei promoveu melhorias nos campos da prevenção da violência, especialmente em razão da maior visibilidade social do fenômeno. Também apontaram mudanças positivas na assistência a mulheres e na punição aos agressores, devido à ampliação do acesso aos serviços e da divulgação dos direitos das mulheres em situação de violência. Entretanto, destacam que ainda existem obstáculos a serem superados para o fortalecimento das medidas preconizadas pela Lei Maria da

Penha, os quais incluem maior investimento na qualificação dos(as) profissionais e a instituição de ações articuladas entre os locais de atendimento.

Para complementar as reflexões sobre as trajetórias das mulheres em situação de violência em busca de cuidado, considera-se necessária a referência aos estudos de Sagot (2000) sobre as denominadas *Rotas Críticas*. A Rota Crítica compreende a

sequência de decisões tomadas e ações realizadas por uma mulher vitimizada para resolver a violência que enfrenta ou enfrentava e das respostas encontradas em sua busca por ajuda. [...] É um processo interativo, constituído tanto pelos elementos relacionados às mulheres e às ações empreendidas por elas, como pelas respostas sociais encontradas, o que, por sua vez, tornam-se elementos determinantes da Rota Crítica. [...] A Rota Crítica raramente é um processo linear, mas sim descreve a sequência de possíveis múltiplos itinerários de busca de ajuda ao longo de uma ou mais relações violentas (SAGOT, 2000, p. 142).

Os fatores determinantes da Rota Crítica são categorizados por Sagot (2000) como impulsores ou inibidores para o término da situação de violência; ambos podem ser de caráter interno e ou externo, possuindo articulação entre eles.

No caso das mulheres deste estudo, em determinados momentos de suas trajetórias, ou Rotas Críticas, pode-se considerar que os fatores internos inibidores foram o medo, a vergonha, a naturalização da violência, a dependência emocional, o desconhecimento sobre os seus direitos e sobre as possibilidades de busca de apoio institucional. Como fator interno impulsor estava sempre o desejo de pôr um basta na situação de violência, às vezes originados do intenso medo de que a violência viesse a ter consequências ainda mais graves ou letais. É importante destacar que nem sempre a vontade de superar a situação de violência representou para elas também o desejo de terminar o relacionamento com o agressor.

Os fatores externos estão relacionados ao âmbito institucional e dizem respeito ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, os quais estão determinados tanto por fatores estruturais e normativos quanto pelas representações sociais, atitudes da comunidade em geral e dos prestadores de serviços (SAGOT, 2000).

Nas trajetórias apresentadas neste estudo observa-se que os fatores externos inibidores foram a ausência de apoio na família, a escassez de recursos financeiros

(dependência econômica), os atendimentos insatisfatórios prestados pelos(as) profissionais dos diversos setores e a pouca resolutividade das ações de enfrentamento realizadas pelos serviços da rede. No sentido contrário, os fatores externos impulsores estão evidenciados nas situações em que as mulheres se depararam com atendimentos qualificados nos serviços da rede, nos quais prevaleceu o acolhimento, o esclarecimento das dúvidas, e as respostas satisfatórias das ações realizadas.

Diante dessas constatações evidencia-se que tão importante quanto dar resposta às questões objetivas (materiais) da violência – as lesões físicas, os danos patrimoniais, a garantia dos direitos e da segurança –, faz-se necessário também oferecer apoio às questões subjetivas (imateriais): o sofrimento decorrente de uma mistura complexa de sentimentos (amor, ódio, raiva, ansiedade, medo, vergonha, culpa, compaixão e tantos outros). Essa difícil proposta de enfrentamento, acredita-se, só é possível a partir de uma atuação humanizada e profundamente articulada da rede de serviços e desmedicalizada no setor saúde.

7.3 As possibilidades de transformar o cuidado na rede de atenção. Afinal, o que querem as mulheres?

Durante a realização deste estudo buscou-se dialogar com as mulheres no sentido de identificar elementos que pudessem embasar as possibilidades de construção de projetos de cuidado às mulheres em situação de violência, a partir da compreensão das participantes. Portanto, as entrevistadas foram questionadas sobre como, sob seu próprio olhar, deveria ser o atendimento às mulheres que vivenciam situações de violência, e quais os serviços e/ou pessoas elas consideravam mais adequados para a busca de ajuda.

Em relação aos serviços formais da rede ofertada, as respostas estão condicionadas às experiências singulares de cada uma delas durante suas trajetórias, fato que é esperado e compreensível. Sendo assim, indicam como adequados os serviços em que se sentiram bem atendidas ou aqueles que, ao menos, foram considerados resolutivos para as suas diferentes necessidades. Portanto, não sendo possível fazer afirmações padronizadas sobre os serviços e setores, busca-se colocar em evidência os principais elementos transversais apontados pelas entrevistadas como necessários para um atendimento eficaz e

satisfatório, quais sejam: *orientação, apoio e proteção*. Esses, sim, podendo ser generalizados a todos os(as) profissionais, em todos os serviços.

Muitas das entrevistadas ressaltaram a importância de serem bem orientadas pelas pessoas que atendem-nas nos diferentes serviços. Entre as informações destacadas estão, por exemplo, quais os serviços de referência elas podem procurar para cada uma das necessidades que se apresentam nas situações de violência. Ressaltam a necessidade de serem informadas sobre os seus direitos, por exemplo aqueles garantidos na Lei Maria da Penha. Também sugerem que serviços, como o CRAM, sejam mais bem divulgados para a sociedade em geral. As mulheres entendem que o conhecimento sobre essas questões contribui de forma significativa para superar as situações de violência, pois facilita as suas trajetórias em busca de apoio. Essa conduta (ou essa “luz”, contida na fala da Açucena, a seguir) traduz-se em segurança no sentido em que as mulheres se sentem amparadas socialmente e sujeitos de direitos.

“Eu acho que está na hora de fazer mais... de divulgar em propagandas, ir pros parques, na Redenção, nos domingos, panfletar, sabe? É esse tipo de coisa que as mulheres estão lá no parque sentadas, se sentindo perdidas e aí aparece uma mulher dando um papelzinho. ‘Ó!’. Do nada, tu vê uma luz. Eu acho que é isso aí.” (Açucena)

“Eu acho que deveriam indicar um órgão que a pessoa fosse bem atendida.” (Violeta)

Nessa perspectiva, Gomes e colaboradoras (2012) assinalam que para o enfrentamento da violência é necessária a adoção de uma dinâmica de trabalho institucional que favoreça a articulação intersetorial. Para tanto, demanda-se que os(as) profissionais sejam conhecedores(as) de outros serviços, de suas competências e do papel da rede no enfrentamento da violência. Além disso, faz-se imprescindível que as instituições pensem estratégias de funcionamento que lhes permitam a comunicação intra e intersetorial para o adequado delineamento da rede de atenção.

A fragmentação das ações gera insegurança e fortalece o sentimento de que as queixas ou as necessidades serão interrompidas em sua sequência, resultando em decepção e, com frequência, isolamento da vítima.

Ainda entre as questões citadas como fundamentais para o esclarecimento das mulheres também estão as explicações que contribuem para a desnaturalização da violência.

“...sobre o que é a violência, nós não temos um parâmetro. [...] É, nós não temos um parâmetro de normalidade, a maioria não tem.” (Camélia)

“Eu não sabia que fazer sexo obrigatório era uma violência, né. Ele me obrigava a transar com ele, então eu não sabia que aquilo ali, eu estava sendo abusada sem saber. [...] Tem pessoas que são mal orientadas e acabam cedendo a essas coisas.” (Begônia)

Esse “parâmetro de normalidade” se refere tanto às diferentes formas de violência, quanto ao que é aceitável, tolerável, nas relações íntimas de gênero. Conforme relatado pelas profissionais de psicologia do CRAM, os atos de agressão física são mais facilmente reconhecidos pelas mulheres como violência, mas a maioria delas desconhece o que pode ser considerado violência psicológica, sexual e patrimonial, a violação de direitos em sua magnitude. Reconhecer-se como vítima das diversas formas de violência é algo que ocorre, muitas vezes, depois de vários atendimentos recebidos no CRAM ou em outros serviços da rede, após o início da busca por ajuda. Essa desnaturalização da violência, segundo as mulheres, é importante para que elas reafirmem sua decisão de sair do relacionamento violento, contrariando o que muitas entendem como destino de gênero, destino de mulher. Algumas, inclusive, apontam essa compreensão desnaturalizada como fator de proteção para futuras relações.

“Aí esses dias eu falei pra ele [namorado atual]: ‘não, tu me conheceu trabalhando e estudando. Meus sonhos e meus objetivos tu não vai desfazer. Foi assim que eu larguei o outro e vou te largar também’”. [...] Hoje eu sei dizer não. Hoje que eu estou muito mais feliz, eu sei muito bem o que eu quero.” (Begônia)

Essa fala demonstra o potencial de empoderamento, de poder de agência no sentido de Sen (2000), que as orientações adequadas e realizadas com base no respeito, na competência e na singularização dos atendimentos, juntamente com o apoio efetivo, são capazes de promover para as mulheres em situação de violência. Eu posso, eu tenho direito de ter meus sonhos e objetivos respeitados e não desfeitos, conforme afirma Begônia, acima.

Nesse sentido, destaca-se que, para que as mulheres possam retomar suas vidas, vivendo em paz, com dignidade, exercendo sua cidadania, com os direitos humanos – o direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal –, é necessária a efetivação de políticas públicas que garantam os direitos das mulheres e que atuem no sentido de transformar as relações sociais, buscando a superação de atitudes de naturalização social das desigualdades nas relações de gênero que culminam em atos violentos (VIEIRA et al., 2012).

As ações que fazem com que as mulheres se sintam apoiadas foram bastante destacadas por elas como importantes para as suas trajetórias de libertação da violência. Mencionam o CRAM como o local de referência para receber esse apoio, que diz respeito ao acolhimento necessário às suas angústias, ao respeito às suas histórias e às ações que inspiram confiança, o que muitas vezes não lhes foi fornecido em outros serviços que procuraram.

“Acho que se tu tiver alguém pra ti conversar, pra te auxiliar, te ajudar em alguma coisa, eu acho que fica mais fácil pra ti entender o que está acontecendo, né.” (Gardênia)

Reforçam a importância do apoio de grupos formados por pessoas que passaram por experiências semelhantes.

Aquelas que já sofreram com isso, aquelas que já passaram por isso e vão orientar as pessoas que estão passando. (Begônia)

Se acontecesse de alguém vir pra mim falando que está passando [por situação de violência], eu na mesma hora eu digo: ‘vou te ajudar’, porque eu sei que não é fácil. (Açucena)

Constatações semelhantes também foram encontradas em pesquisa com mulheres em situação de violência por parceiro íntimo realizado em um Centro de Referência à Mulher no estado do Rio de Janeiro. As participantes também reconheceram a importância de buscar suporte psicossocial. Os pesquisadores identificaram que a participação nas reuniões do Centro de Referência é uma forma de encorajamento para o rompimento com o ciclo da violência, pois as mulheres se fortalecem mutuamente. Além disso, esse apoio também contribui para diminuir o isolamento social provocado pela violência, por meio do acesso e do reconhecimento, por parte das mulheres, a pessoas e instituições com as quais elas

possam contar, ou pedir auxílio em situação de violência (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2015).

As mulheres entrevistadas neste estudo também falaram sobre a necessidade de sentirem-se seguras para poderem continuar suas trajetórias na superação da situação de violência.

Então antes que algo aconteça de pior a brigada, a civil, ou qualquer outra patrulha, a Lei Maria da Penha, tem que ser melhor. Porque se a Maria da Penha foi agredida e ficou de cadeira de rodas, não deixem acontecer, não deixem, porque isso acontece, eles matam os filhos, eles fazem ameaça para os filhos, matam. [...] Se acontecer uma vez, se a mulher voltou, é porque muitas vezes a gente tem medo, o medo da gente é o quê: foi preso seis meses, saiu da cadeia e me matou, pronto, já era. Tem que ter uma ajuda, me tirar da região, 'vamos arranjar uma casa pra ti', vamos te tirar dessa região'. (Amarílis)

Corroboram-se essas constatações com os de pesquisa realizada com mulheres que denunciaram, em delegacia de polícia, situações de violência por parceiro íntimo, a qual identificou que essas mulheres possuem necessidades assistenciais de justiça, de proteção legal e de ajuda institucional. Dessa forma, expressam a necessidade de justiça e de proteção com o cumprimento da lei, com a expectativa de que o agressor seja punido e/ou preso por seus atos, ainda que haja incertezas quanto ao desfecho. Da mesma forma, há a expectativa de que os(as) profissionais que prestam atendimento auxiliem de forma resolutiva nas demandas trazidas por elas (VIEIRA et al., 2013).

No que se refere ao Setor Saúde, especificamente, algumas entrevistadas disseram que os serviços de saúde poderiam ser locais de ajuda para as mulheres em situação de violência.

“Acho que se tiver atendimento no posto, eu acho que é um passo tão grande que o Governo podia dar pra essas mulheres. Olha, é um passo imenso. Porque tá mais... está na porta delas, a ajuda. [...] Porque o posto é teu vizinho, né. E um vizinho que também serviria para ser um testemunho, que seria a primeira entrada de uma mulher lá dentro, né. Eu imagino uma mulher sofrendo violência doméstica, chegando no posto e ser atendida por um médico, por um psicólogo, eles iam ser testemunhos dela, por que os vizinhos não querem ser tuas testemunhas, eles têm medo, mas o posto seria, 'ela chegou aqui nesse estado'. Pronto seria o melhor, né...” (Açucena)

Nessa perspectiva, cita-se o estudo de Vieira e colaboradas (2015) sobre o apoio fornecido a mulheres que buscaram ajuda para situações de violência. As pesquisadoras identificaram que os serviços de saúde possuem presença discreta na composição da rede social secundária dessas mulheres e, mesmo quando mencionados, a relação com os(as) profissionais da saúde foi caracterizada como frágil e limitada à queixa pontual. Dessa forma, evidencia-se a dificuldade das mulheres em visualizar o serviço de saúde como um espaço de sustentação e oferta de ajuda. Diante dessa constatação, as autoras ponderam que, para esse reconhecimento, é necessário também que os próprios serviços e profissionais da saúde reconheçam-se componentes da rede secundária dessas mulheres, criando espaço de ajuda/apoio para além do momento pontual da agressão, acompanhando-as em seus processos de empoderamento e emancipação para o rompimento das situações de violência.

As participantes deste estudo entendem que seria necessária atenção especializada nos serviços de saúde e muitas fazem menção somente aos/às profissionais de psicologia.

“Se tivesse uma equipe especializada especialmente pra isso sim, mas aonde tu chegar ali, como vou te dizer assim, dentro de posto 'ah, sofri um violência' eu acho que tu ficaria meio exposta, não sei se tu entende? [...] Se existir lá no postinho uma sala específica somente pra aquilo, para a mulher chegar lá, que nem existe aqui no CRAM, entende. Mas o posto em si colocar esse atendimento com as mesmas profissionais que estão ali pra atender as pessoas eu acho que não seja... [...] Eu teria vergonha de falar...” (Gérbera)

“Mas acho que tem que ser profissional da área mesmo, tem que ser profissional como você é [pesquisadora], como o pessoal que trabalha no CRAM, como aquela assistente social que estava lá [na delegacia], pessoas que estudam a área humanística, de relacionamento, de sensibilidade. Outros profissionais não têm condições, a não ser quem nasceu com o dom da sensibilidade. Mas tem que buscar, tem que ter conhecimento. E outra coisa, tem que ver o procedimento até onde se encaixa dentro das leis, né, então é toda uma estrutura...” (Margarida)

“Eu acho que pra ajudar as mulheres mais é psicólogo, né. [...] É, acho que são as pessoas mais indicadas, porque a gente fica bem atingida psicologicamente, e a gente precisa desse tipo de ajuda, acho que sim...” (Rosa)

“Eu acho assim que o psicólogo, ajuda e muito, mas dependendo do caso precisa sim de medicação, depende do estágio que a pessoa se encontra

vulnerável demais, emocionalmente abalada demais, precisa de uma medicação aí vai entrar o psiquiatra, né. Acho que precisa de terapias de grupo, é importante sim.” (Dália)

Percebe-se, então, que o entendimento sobre a necessidade de espaços especializados, destinados exclusivamente a essa demanda ou, poder-se-ia dizer, a todos os problemas que ultrapassam necessidades pontuais e objetiváveis, como doenças determinadas ou lesões físicas, já declarado por muitos(as) profissionais da saúde (VILLELA et al., 2011), também é compartilhado pelas usuárias dos serviços. Entretanto, pondera-se que é preciso analisar o que embasa esse entendimento. As falas analisadas aqui fazem referência à necessidade de privacidade para evitar exposição, sensibilidade para acolher a queixa, conhecimento sobre as normas e fluxos e apoio psicossocial, este último podendo ser acrescido de tratamento medicamentoso ou não.

Reconhece-se legitimidade em todas essas reivindicações, pois trazem para a reflexão elementos que certamente qualificariam os atendimentos, da mesma forma, espaços específicos para atender as mulheres em situação de violência, como é o CRAM, são fundamentais como um nó forte da rede. Entretanto, considera-se que promover espaços de acolhimento, com privacidade e sensibilidade, e de orientação correta não são práticas que necessitam de “especialistas”, mas que devem ser realizadas por qualquer profissional, em qualquer serviço de saúde, estando, dessa forma, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Do contrário, sem espaço de escuta e sem o conhecimento necessário para realizar as orientações adequadas, as mulheres, inicialmente, não revelam a situação, permanecendo a invisibilidade da violência, e em consequência, não são capazes de acessar serviços específicos como o CRAM. Do mesmo modo, é somente a partir de uma escuta qualificada que se pode ofertar o indispensável apoio psicossocial, avaliando o grau de sofrimento emocional de cada mulher e, então, quando necessário, realizando o encaminhamento com responsabilização para atendimentos de saúde mental, com psicólogos ou médicos psiquiatras.

Para algumas das mulheres entrevistadas seria importante que os agressores também fossem atendidos nos serviços de saúde, ou “tratados”.

“Quem tem que ser tratado são esses homens, as mulheres também, mas elas também! Não tem que só ser preso, porque bateu numa mulher, porque matou uma mulher. Ele tem que ser preso e tem que ser obrigado

a ir pra um tratamento! Porque ele também é uma vítima, ele é doente, só pode. Não pode um ser humano achar que é muito bom humilhar, pisar, bater, matar. Uma pessoa normal não faz isso.” (Açucena)

“Eu acho que todos eles [os agressores] deveriam se tratar. [...] fazer eles consultarem e se ligarem mais nessa parte, chamar atenção deles, ir na própria casa, convidar eles pra fazerem o tratamento, que eles pudessem chegar até lá pra consultar.” (Hortênsia)

Essa ideia reflete a naturalização nas representações sociais da violência que a coloca ora como parte da natureza masculina e ora como “doença” do homem que só é capaz desses atos por estar descontrolado, drogado ou alcoolizado (LEAL, 2010). Essa cultura que, de certa forma, legitima, reproduz e perpetua a violência de gênero precisa ser combatida pela sociedade e os(as) profissionais da saúde não podem se eximir de promover essa reflexão, pois são essas concepções hierárquicas de gênero que estão na origem das assimetrias sociais e das diversas formas de violência contra as mulheres. Nesse sentido, para garantir a integralidade da atenção à saúde não é possível limitar-se a práticas curativas, sendo imprescindível incluir ações de promoção e prevenção às violências, que passam também pela desconstrução e reconstrução dos modelos de gênero e pelo empoderamento das mulheres para uma vida sem violências e com garantia de seus Direitos Humanos.

Continuando essa análise, no próximo capítulo, a partir dos sentidos atribuídos pelas mulheres à violência e ao cuidado, são articuladas reflexões sobre as possibilidades de cuidados não medicalizados, sensíveis ao sofrimento, para cuidar de mulheres em situação de violência.

8 MULHERES E OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À VIOLÊNCIA, AO SOFRIMENTO E AO CUIDADO

Esta tese é um esforço de transmitir em linguagem escrita experiências de sofrimento. Assim, mais importante do que a descrição das formas de violência em sua típica classificação acadêmica (psicológica, física, sexual e patrimonial), seria a aproximação, a identificação e a análise dos sentidos atribuídos pelas mulheres às violências vividas, experienciadas. Principalmente porque em nenhuma das entrevistas lhes foi solicitado que falassem sobre os atos de violência que sofreram. Entretanto, os relatos surgiram espontaneamente, seja para explicar os contextos em que as decisões foram tomadas por elas na busca de ajuda, seja pela necessidade de “desabafar”, ou apenas para “situar” a pesquisadora (como disse uma delas) em relação a suas histórias de vida.

Assim, descrever e, para esta pesquisadora, escrever sobre o sofrimento gerado pela vida em violência, assume os sentidos de *humilhação*, de *culpa* e de *medo*.

Humilhação está relacionada às agressões verbais; à depreciação e consequente diminuição da autoestima da mulher; às situações que causam constrangimento a elas, como manter relações sexuais por intimidação; à privação de recursos, como dinheiro para se manter, local para morar e até alimentos; e à vergonha pela exposição da violência em si e das suas consequências diante de outras pessoas.

“Ele é violento, mas assim não fisicamente, mas ele fala palavras de agressão, ele ameaça, ele me humilha, me coloca pra baixo, me coloca como se eu fosse um nada.” (Açucena)

“Uma das coisas que ele sempre disse, que eu era uma vagabunda. [...] Busquei a separação por causa disso, não quero que ele me humilhe mais.” (Camélia)

Aí eu fazia os caprichos dele, aí ele dava um tchauzinho, ria e saía de dentro do quarto, aí eu fui me sentindo cada vez mais lixo na mão dele, mais lixo. (Dália)

“Antes eu tinha muita vergonha disso, porque eu não casei pra passar por tudo isso, eu não queria que os meus filhos tivessem passando por tudo isso, eu queria que tudo fosse diferente.” (Tulipa)

O sentido de humilhação, consequência das experiências de violências, é originado da intenção de inferiorizar a mulher, por meio de ataques a sua moral e da privação de direitos.

A culpa (ou culpabilização) da mulher pela situação de violência também está presente em muitos relatos e, em algumas situações, associadas à naturalização da violência e ao “destino de gênero”.

Geralmente, em todas as nossas reuniões a gente se culpa mais, de ser a culpada. Na realidade não é. Hoje eu vejo que não é. (Begônia)

“Eu tenho [culpa] de ter voltado pra ele, ter acreditado nele, por ter... Muitas vezes, a mulher se torna sem vergonha, porque num relacionamento acha que vai mudar, aí acaba voltando.” (Amarílis)

“Então eu achava que se eu não contestasse ele, não havia briga entre nós. Então, por diversas vezes eu me via assim, eu achava na minha concepção que ele era um ótimo marido, e pior que isso, eu criei na minha cabeça um marido maravilhoso. [...] Hoje eu me culpo, se eu tivesse ficado quieta, não debatido, talvez ele tivesse dentro de casa comigo sabe, eu me culpo muito em relação a isso...” (Dália)

O sentimento de culpa advém, muitas vezes, do modo com que o emprego das violências é justificado socialmente, ou seja, como forma de resolução de conflitos e, nos espaços privados, também como forma de “correção”, ou, como refere Saffioti (2004), “pedagogia da violência”. Por exemplo, usa-se de violência como punição para as crianças com o objetivo de “educar” e também para as mulheres com o objetivo de corrigir, censurar, reprimir, algo de errado que elas tenham feito. Logo, a mulher que é culpada por ter apanhado, ela que não deveria ter desagradado, não deveria ter contestado, não deveria ter reagido.

Nesse sentido, Schraiber, d’Oliveira e Couto (2009) referem que, considerando a violência uma prática educativa, muitos homens mais tradicionais não apresentam qualquer constrangimento moral em ser agressores de suas parceiras. Segundo as autoras,

alguns desses homens acreditam que corrigem o desvio de uma ordem que acham correta ou creem que contribuem para uma boa educação dos comportamentos. Outros apenas valorizam o próprio poder e entendem que isso seja absolutamente correto (ético) (p. s209).

Conforme referem Dutra e colaboradoras (2013), além disso, a partir da perspectiva de que é tarefa da mulher manter a coesão familiar, o rompimento da relação em razão desses problemas pode adquirir uma dimensão de fracasso pessoal, o que leva as mulheres a atribuírem a si a culpa pelos problemas na relação com o parceiro. Na mesma perspectiva, Leal (2010) afirma que a representação social da mulher como a responsável pela manutenção da harmonia do lar e do bem-estar da família, ancora a culpabilização com argumentos de transformação ideológica da vítima em culpada.

A culpabilização da mulher ainda aumenta se ela não rompeu com a relação após sofrer a violência pela primeira vez. Assim, com a repetição dos corriqueiros ciclos da violência conjugal (tensão – explosão – lua-de-mel) (SOARES, 2005), a mulher torna-se cada vez mais culpada e, ao mesmo tempo, cada vez mais enredada e presa à situação de violência. Essa situação de culpabilização, decorrente das iniquidades sociais de gênero, legitima e reforça, de um lado, as ações violentas masculinas e, de outro, a desmoralização e a desqualificação feminina, potencializando a vitimização das mulheres. Se é ela a culpada, como pedir ajuda?

O sentido do medo aparece, particularmente, nos muitos relatos de violência física, alguns dos quais com episódios muito graves, e também nas ameaças de morte. O medo em algumas situações atuou como fator paralisante, mas também desempenhou papel de motivador para a busca de ajuda, ou pedido de socorro.

“Eu não podia falar pra ele ir embora, porque eu sabia como ele era, se eu tivesse sozinha em casa ele ia quase me matar...” (Magnólia)

“Mas a coragem só vem quando tu tem muito medo né, o medo foi além e ele te trava, e eu não sei se isso é coragem de enfrentar, sabe.” (Tulipa)

“Eu vi a morte de perto, ele me agrediu de uma forma que eu desmaiei, perdi os movimentos dos braços, das pernas, eu fiquei, digamos assim muito rápido, mas eu fiquei uns sessenta segundos inconsciente. Então foi, eu acho que caí na real, porque gradativamente foi aumentando o tipo de violência, primeiro foi um empurrão, era uma jogada na cama, depois começava com tapas, depois me atirar coisa, depois uma vez um vidro de álcool na minha cabeça, com isqueiro aceso na minha frente, faca, facão, ameaças assim, entendeu. E essa última vez que foi a gota d'água que ele me agrediu muito, de uma forma que eu me senti: 'bah, se eu não tomar uma atitude eu vou morrer nas mãos dele'.” (Gérbera)

Tendo em conta a violência como forma de exercício do poder, neste caso pela imposição da força física ou de sua ameaça, o medo decorrente das violências vividas atua como um reforço nas relações de denominação masculina sobre as mulheres. Nesse sentido, Aguado (2005) afirma que a força, especificamente, está presente no processo de socialização diferencial entre os sexos e constitui um instrumento de intimidação e controle constante, ligada à persistência da representação das relações de gênero como relações de propriedade. Assim, a desigualdade inicial é acentuada, facilitando a utilização de meios e atitudes para manter o controle e a submissão da mulher. Logo, a violência envolve uma relação desigual e em claro desequilíbrio que termina por se apresentar em forma de agressão.

De acordo com Osborne (2009), a violência de gênero responde a um fenômeno estrutural para a manutenção da desigualdade entre os sexos, sendo uma forma de exercício do poder para perpetuar a dominação sexista. Para a autora, justamente por esse caráter estrutural, a violência de gênero é socialmente extensa e tolerada, resultando de um conjunto de condutas consideradas normais aos modelos de gênero.

Em congruência com esses argumentos, Cantera (2010) refere que o paradigma gênero fornece elementos para a compreensão da violência nas relações de casal. Para essa autora, a violência é uma ferramenta de controle permitida e legitimada pela cultura patriarcal, na qual o agressor pode entender-se como o responsável pela manutenção da ordem. Além disso, o uso da violência assegura a quem a pratica a perpetuação de sua posição de poder e privilégio, e a manutenção da ordem mediante a violência reforça a agradável sensação de domínio e controle.

Observou-se também que, nos relatos de algumas das entrevistadas, estavam presentes situações de violências anteriores, revelando-se em um padrão de repetição nas suas histórias de vida, seja por terem presenciado essas situações nas suas famílias de origem, ou por terem, elas próprias, sido vítimas na infância, na adolescência e em relacionamentos anteriores.

“Ah, eu já tive outra violência [em outro relacionamento] além dessa que eu estou procurando [ajuda] agora.” (Gardênia)

“E eu saí de casa porque eu estava sendo abusada pelo meu padrasto. [...] Então eu pensei comigo: ‘se eu vou ter um filho de alguém, eu vou

ter de alguém que eu goste'. E daí eu não aguentava mais e fui morar com ele [ex-companheiro].” (Camélia)

Observa-se, assim, que a violência está impressa na vida das mulheres, como um destino de gênero, o que contribui para a naturalização e a invisibilização dessas situações nos relacionamentos afetivos.

Raynaut (2011), tentando entender a intrincada teia que articula os fatos materiais e imateriais como inter-relacionais, e a complexidade desses dois universos, auxilia a entender a realidade híbrida das interações humanas. Assim, no que se refere às situações de violência contra as mulheres, observa-se que os fatos materiais das condições de vida (pobreza, baixa escolaridade, alcoolismo, drogadição, criminalidade, privação de direitos) se atravessam com os fatos imateriais (iniquidades de gênero, impedimento do exercício de autonomia, decepção, desespero, desamor, desrespeito, descuidado), potencializando o sofrimento.

Na dimensão imaterial cita-se a humilhação, a culpa e o medo como elementos decorrentes da dominação masculina (BOURDIEU, 2011), os quais são utilizados como mecanismos históricos de subjugação das mulheres e perpetuação das relações de poder entre os gêneros. A dominação masculina assume ares de legitimidade institucional e imprime força de verdade às assimetrias entre homens e mulheres. Pode-se admitir, dessa forma, que as hierarquias instituídas entre os sexos formulam e sustentam o viver em desigualdade.

Da mesma forma, a naturalização das situações de violências relaciona-se à violência simbólica (BOURDIEU, 2011), à medida que essa forma de violência é insensível e invisível para suas próprias vítimas. Os símbolos instituídos na base de sexo que os hierarquizam e estabelecem valor social a uns e outros, nem sempre são claros para as vítimas, nesse caso. A naturalização institui legitimidade, como se as assimetrias entre homens e mulheres fossem fatos da natureza e não da cultura. Mulheres apanham ou sofrem violência porque isso é parte das suas vidas, a própria cultura popular assimila formas de representar essas relações de dominação em afirmações como “os homens não sabem por que batem, mas as mulheres sabem por que apanham”. Símbolos, nesse sentido, são mediadores das relações sociais, sustentam atitudes morais e valor social. O desvalor feminino tem forte sustentação nessas associações fruto da cultura de dominação masculina. Essa marca cultural e

histórica é constitutiva de subjetividades que, por sua vez, marcam o sujeito social feminino.

Do ponto de vista da materialidade da existência em sociedade situam-se os elementos que caracterizam a violência como privação de direitos.

Para Saffioti (2004), a violência contra as mulheres, quando pensada do ponto de vista da ruptura de integridades (física, psicológica, moral, sexual) pode assumir limites muito tênues com a normalidade (ou naturalização) advindas da obrigação de suportar o destino de gênero feminino, isto é, o de sujeição aos homens. Por essa razão, a autora diz ser preferível empregar o conceito de direitos humanos para caracterizar as violências como qualquer ação que acarrete violação dos mesmos, ressaltando que, embora recente e ainda necessitando de expansão, esse corpo de direitos universais já consolidados pode ser usado para defender as mulheres das agressões machistas.

Sendo assim, entende-se que o acolhimento das situações de violência se coloca necessariamente no plano dos Direitos Humanos. Os profissionais de saúde, na qualidade de representantes do poder público, não podem omitir-se diante da violência, nem podem eximir-se de acolher essas situações nos serviços de saúde. Portanto, considera-se que a fundamentação nos Direitos Humanos é imprescindível como embasamento das práticas de atenção às mulheres em situação de violência.

Nesse sentido, abordam-se as considerações que Nussbaum (2005) elaborou sobre as capacidades, com base em Armatya Sen, em relação aos direitos humanos, visando desenvolver uma teoria de justiça de gênero aplicáveis à condição cultural e social feminina. A autora lista dez capacidades centrais como requisitos básicos para uma vida com dignidade:

1. **Vida.** Ser capaz de viver até o final de um período de vida humana normal; não morrer prematuramente.
2. **Saúde Física.** Ser capaz de gozar de boa saúde, incluindo saúde reprodutiva, estar adequadamente nutrido, ter abrigo adequado.
3. **Integridade Física.** Ser capaz de se mover livremente de um lugar a outro; ter respeitadas as fronteiras de seu corpo, isto é, estar segura contra ataques, como os de violência sexual, abuso infantil e violência doméstica; ter oportunidade de satisfação sexual e de escolha em relação à reprodução.
4. **Sentidos, Imaginação e Pensamento.** Ser capaz de usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar – e fazê-lo de uma forma “verdadeiramente humana”, uma maneira informada e cultivada por uma educação adequada, incluindo, mas sem limitá-la a isso, alfabetização e ensinamentos científicos e de maneira básica. Ser

capaz de usar a imaginação e o pensamento em conexão com trabalhos e eventos autoexpressivos, produtivos e que proporcionam experiência, fundamentadas na própria escolha, religiosa, literária, musical, etc. Ser capaz de usar a mente de forma protegida por garantia de liberdade de exercício da religião. Ser capaz de procurar pelo significado da vida à sua maneira. Ser capaz de ter experiências prazerosas e de evitar a dor desnecessária.

5. **Emoções.** Ser capaz de ter apego a coisas e pessoas, além de si mesma; de amar aqueles que nos amam e se preocupam conosco, de lamentar sua falta; em geral, amar, lamentar, experimentar saudade, gratidão e raiva justificada. Não ter o desenvolvimento emocional bloqueado por medo e ansiedade dominadores, ou por eventos traumáticos de abuso ou negligência.
6. **Razão Prática.** Ser capaz de formar uma concepção do que é bom e se engajar em reflexão crítica sobre o planejamento de sua vida.
7. **Afiliação.** A) Ser capaz de viver em sociedade, de reconhecer e mostrar interesse por outros seres humanos, engajar-se em diversas formas de interação social; ser capaz de imaginar a situação do outro e ter compaixão pela situação. (Proteger essa capacidade significa proteger as instituições que constituem e alimentam essas formas de filiação, e também proteger a liberdade de assembleia e de expressão política). B) Ter as bases sociais de auto respeito e não-humilhação; ser capaz de ser tratada como um ser digno cujo valor é igual ao dos demais seres. Isso implica em não discriminação baseada em raça, sexo, orientação sexual, religião, casta, etnia, ou nacionalidade.
8. **Outras espécies.** Ser capaz de viver com consideração em relação aos animais, as plantas e ao meio-ambiente.
9. **Diversão.** Ser capaz de viver, divertir-se e apreciar atividades recreativas.
10. **Controle sobre seu Próprio Ambiente.** A) Político. Ser capaz de participar efetivamente das escolhas políticas; ter o direito de participação política, proteção ao livre-discurso e ao direito de associação. B) Material. Ser capaz de possuir propriedades (terra e bens móveis), e ter os direitos de propriedade em condições de igualdade com os outros; ter o direito de procurar emprego numa base de igualdade com os demais; ter direito a não sofrer busca e apreensão de nenhum bem sem autorização judicial. No trabalho, ser capaz de trabalhar como um ser humano, exercendo a razão prática e entrando em relacionamentos significativos de reconhecimento mútuo com outros colegas de trabalho.

Na linha da garantia das condições necessárias ao desenvolvimento pessoal pleno, como cultura, escolaridade, qualificação e trabalho digno e das garantias de acesso e consumos dos bens que as sociedades produzem, Sen (1999, 2010) – Nobel de economia – argumenta que é no exercício das liberdades e com autonomia que as mulheres se tornam agentes capazes de poder.

Dessa forma, concretizam-se as “capacidades” de usufruir e exercer ações sobre o meio. Como então entender as privações, fruto das violências sofridas pelas

mulheres, e o impacto dessas sobre as possibilidades de enfrentamento para garantir o seu desenvolvimento e para resistir ao “destino de gênero”? (Quadro 1).

Quadro 1 – Impactos da violência de gênero sobre o desenvolvimento das capacidades e as possibilidades de enfrentamento

(Continua)

CAPACIDADES	VIOLÊNCIA DE GÊNERO	ENFRENTAMENTO
Vida	A violência extrema de gênero pode acarretar em morte (feminicídio).	Prevenção dos feminicídios, por meio da proteção efetiva dos serviços de segurança e de justiça.
Saúde Física	Violência traz danos diretos à saúde física, como: lesões decorrentes de trauma, doenças sexualmente transmissíveis e sofrimento psíquico. Além disso, a violência patrimonial pode impedir o acesso à nutrição e abrigo adequados.	Prevenção, tratamento e reabilitação dos danos à saúde física gerados pela violência. Proteção contra a violência patrimonial. Garantia de recursos para adquirir alimentos. Garantia de lugar para estar em segurança.
Integridade Física	Consequências diretas das violências físicas e sexuais, mas também da violência psicológica, pois as ameaças e o medo recorrente muitas vezes impedem que a mulher transite livremente. No que se refere à saúde reprodutiva pode-se citar as gestações originadas de violência sexual e/ou da impossibilidade de negociar o uso de métodos contraceptivos com o companheiro.	Prevenção contra atos de violência. Garantia de direitos sexuais. Garantia de atendimento adequado às mulheres vítimas de violência sexual, que inclui profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada e aborto seguro nos casos previstos em lei. Garantia de acesso às ações e aos recursos para planejamento familiar nos serviços de saúde.
Sentidos, Imaginação e Pensamento	A violência pode manifestar-se também pela privação da liberdade de escolhas das mulheres, inferiorização e menosprezo por suas ideias. Da mesma forma tem como consequências a diminuição do prazer pela vida.	Garantia das liberdades humanas, de desenvolver suas potencialidades com justiça e igualdade e de ser autônoma.
Emoções	Privação do direito de amar e ser amada, prejuízo das emoções e dos afetos são consequências reiteradas da violência.	Apoio e suporte ao sofrimento emocional causado pela vida em violência.

(Conclusão)

CAPACIDADES	VIOLÊNCIA DE GÊNERO	ENFRENTAMENTO
Razão Prática	Privação da liberdade de escolha do modo de andar na vida.	Ter a possibilidade de escolher seu destino e os meios para concretizá-lo.
Afiliação	Violência em muitas situações gera isolamento social. Maus tratos, desrespeito e humilhação fazem parte da vida das mulheres em situação de violência.	Garantia da capacidade de agir em sociedade. Ser sujeito de direitos. Ser respeitada. Poder viver em uma sociedade justa.
Outras espécies	Manifesta-se por ambiente hostil e pela limitação das possibilidades de escolha quanto ao uso dos recursos naturais e à relação com a natureza.	Garantia de ambiência adequada.
Diversão	Manifesta-se pela privação do lazer. Violência gera infelicidade.	Garantia do direito e da possibilidade de ser feliz.
Controle sobre seu Próprio Ambiente	As condições de vida e a pobreza são comprovadamente mais graves para as mulheres no Planeta, vulnerabilizando-as.	Garantia de exercer e de ter respeitados seus direitos de cidadã. Garantia da liberdade de participação política e do poder de agência. Garantia de poder trabalhar.

Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

A partir do exposto no Quadro 1, pode-se analisar o quanto as vivências de violência impossibilitam o pleno desenvolvimento de uma vida digna para as mulheres. Reforça-se, assim, a constatação da necessidade de enfrentar a violência contra as mulheres como uma ação pela garantia de seus direitos humanos, atuação que está diretamente relacionada à luta pela concretização da equidade de gênero em todas as sociedades.

Paiva, Ayres e Buchalla (2012) argumentam que um direito estabelecido ou reivindicado possibilita refletir criticamente sobre as implicações éticas e políticas envolvidas nas práticas de saúde, com base em critérios legitimados como condição para uma vida justa. Os autores referem ainda que, na perspectiva dos Direitos Humanos, é possível “tratarmos de modo não prescritivo ou moralista [...] as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletiva sobre elas.” (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012, p.17).

Nesse sentido, considera-se que o acolhimento das situações de violência requer práticas livres de julgamento moral e que não se restrinjam ao campo

normativo e clínico, entendendo que as mulheres devem participar ativamente dos projetos terapêuticos e ter liberdade para escolher o tipo de ajuda (práticas) que considerarem mais adequadas. Também é necessário reconhecer as mulheres como sujeitos de direito, com suas necessidades atendidas e direito a uma vida sem violência, “uma vida justa”. No entanto, as práticas profissionais predominantes nem sempre atendem à dimensão cidadã do exercício profissional, a qual responderia pela responsabilização e o compromisso com o cuidado para além das paredes dos serviços.

Nessa perspectiva, D’Oliveira e colaboradas (2009) também enfatizam a necessidade de entrosamento da saúde com os direitos humanos, destacando que as práticas assistenciais devem buscar, juntamente com a oferta de um cuidado integral, o restabelecimento dos direitos violados. Para as autoras, ao se considerar o respeito aos direitos humanos, a valorização da ética nas relações interpessoais e a emancipação de todos, especialmente das mulheres, é possível combater de forma ativa a medicalização da violência, pois essa perspectiva tem potencial para reorientar os objetivos tradicionais do trabalho profissional em saúde de base biomédica.

Na dimensão do impacto da violência e seus efeitos físicos e psicológicos capazes de produzir alterações orgânicas e emocionais, tem-se que essas vivências de violências e os sentidos a elas atribuídos, por serem geradores de intenso sofrimento, têm impactos muito significativos na saúde das mulheres. Todas as entrevistadas citaram a saúde mental afetada em decorrência das situações de violência que vivenciaram. Algumas delas associam a violência também a problemas físicos – dores e doenças crônicas, entre as quais diabetes, hipertensão, asma. No Quadro 2, a seguir, sintetiza-se um resumo de como cada uma das mulheres identifica as consequências da violência em sua saúde.

Quadro 2 – Consequências das violências na saúde identificadas pelas mulheres entrevistadas

Participante	Consequências da violência para a sua saúde
Açucena	Sente-se abalada emocionalmente, muito triste e com medo de se envolver novamente em um relacionamento amoroso.
Amarílis	Saúde mental (“esquecimento, nervos, depressão, medo”), cicatrizes no corpo, diminuição da autoestima.
Begônia	“Úlcera nervosa”, mais irritada, com menos paciência.
Camélia	Afetou o emocional e a razão.
Dália	Crises de asma, depressão.
Gardênia	Depressão, “vai afetando o resto do corpo”.
Gérbera	Emocional abalado, sequelas físicas, como dores crônicas e cicatrizes.
Girassol	Tinha muitas dores de cabeça, sente medo intenso e constante.
Hortênsia	Afetou o “emocional” e em consequência: colesterol alto, diabetes, hipertensão, crises de asma.
Magnólia	Problema psicológico e o “sistema nervoso”, problemas na coluna, nas pernas e na cabeça.
Margarida	Sente que não tem alegria de viver.
Rosa	“Muito atingida psicologicamente” (vergonha, isolamento, tristeza).
Tulipa	Saúde emocional.
Violeta	Depressão.

Fonte: Elaborado pela autora a partir das transcrições das entrevistas, Porto Alegre, 2015.

Nos trechos das falas que simbolizam o esforço em expressar o sofrimento, também é possível identificar os significados que as mulheres atribuem às situações de violência para a sua saúde.

Causa de doenças *“Eu sofria esses desaforos dele, né, me incomodava com algumas coisas e me atacava minha asma. Eu discuto com ele e me ataca mais da asma. E aí eu já peguei a diabete e já peguei isso, já peguei aquilo, isso tudo aumenta, o meu colesterol aumentou, agora mesmo no último exame que eu fiz, é pressão alta, é colesterol alto, é a diabetes que está altíssima e isso é emocional, eu entendo assim, que o ele me acarreta mais é a parte emocional...”* (Hortênsia)

Sintomas inespecíficos	<p><i>“Afetou, no início eu ficava nervosa, mas aquilo seguido passava. Hoje em dia eu sinto assim, as últimas brigas eu senti no coração, senti tipo vertigem, palpitações, de me sentir mal, ter que ir lá me sentar na frente do ventilador, minha pressão abaixa, senti que aquilo me afetou sim. E fisicamente, de socos, tenho problema nesse meu braço aqui de socos que ele já me deu, eu sinto uma, como vou te dizer... Uma fisgada... Sinto dor no meu braço, no tornozelo também, de algum chute que ele me deu, fiquei assim, não posso dizer que foram sequelas, mas ficaram, e cicatrizes...”</i> (Gérbera)</p>
Dores	
Diminuição da autoestima	<p><i>“Eu estava me sentindo muito nervosa, muito depressiva, me abalou bastante na questão da minha vaidade eu me sinto feia, eu me sinto meio acabada, eu sinto que ninguém mais vai me querer. Aí eu tive três filhos, eu podia ter evitado isso. Muitas coisas vêm na minha cabeça, vem a depressão, vem a vontade de ficar sozinha de não ver muito as pessoas, ou muitas vezes de sair e não voltar mais, de sumir, de abandonar tudo e sumir. Então, me afetou bastante o psicológico...”</i> (Amarílis)</p>
Silenciamento	<p><i>“...a gente sente vergonha, a gente fica pra gente, não consegue se abrir com ninguém, não consegue contar pra ninguém, a gente fica pra gente, vai afetando assim, a gente vai ficando assim, fica bem debilitada...”</i> (Rosa)</p>
Medo aterrorizante	<p><i>“Estou sempre assustada, entendeu, se um passa e me dá um grito no ouvido eu já tomo um susto, acho que é ele. Eu tenho medo de ir no posto de saúde, eu tenho medo de ir no colégio, medo de pechar com ele na rua, tenho medo de ir no mercado, que nem no mercado eu não consigo ir, se eu quero ir no mercado grande, ali perto de casa, eu tenho medo de ir entendeu, então eu tenho que estar sempre pedindo pra alguém ir comigo. Eu fiquei com isso daí, eu fiquei com esse medo dele, eu morro de medo dele, se eu vejo ele na minha frente assim, bom eu não sei o que eu faço, acho que me atiro, não sei o que ‘eu faço entendeu, eu tenho medo dele, eu fiquei com esse trauma com ele, entendeu?’</i> (Girassol)</p>
Tristeza	<p><i>“Foi, é, sofrimento forte, um sofrimento calado. [...] Mas eu já me perguntei quantas vezes quantas pessoas tem passando por isso, que daqui a pouco o próprio corpo se manifesta numa doença, numa coisa, morre sem saber o porquê e foi da tristeza de um viver, sabe.”</i> (Tulipa)</p>
Perda de ânimo	<p><i>“Eu sou uma pessoa assim... às vezes eu não tenho coragem de fazer as coisas, eu me sinto tão diminuída assim de ver as</i></p>

outras, né. [...] Às vezes eu não me sinto com coragem, da vontade só de chorar, chorar, me jogar em um canto e chorar...” (Violeta)

Violência como
marca eterna

“Porque eu acho que a gente está se tratando, como eu estou me tratando, eu vou me tratar eu acho que pro resto da minha vida, porque o que eu sofri ainda está dentro de mim, eu estou lutando pra seguir pra frente, mas está aqui dentro, eu não apago, não vai se apagar, vai ser tratado.” (Açucena)

Observa-se que o sofrimento decorrente da violência se traduz para as mulheres deste estudo, entre outros significados, em causa de doenças, surgimento de sintomas inespecíficos e dores, diminuição da autoestima, silenciamento, medo aterrorizante, tristeza, perda de ânimo e marca eterna. As consequências profundas para as suas vidas, causadas por esse sofrimento e seus sentidos, são evidentes ao se considerar que a saúde, ao contrário do que determina a lógica biomédica, não pode ser dividida em “física” e “mental”, mas como um todo intimamente interligado.

Corroborando esses achados, Dahmer e colaboradoras (2012), em estudo sobre as implicações da violência na saúde e na vida das mulheres no contexto das relações familiares e conjugais, identificaram, como consequências, a baixa autoestima e o isolamento social, fatores que lhes trazem grande sofrimento moral e emocional e as levam ao adoecimento. As autoras concluíram que a violência afeta diretamente a vida individual e social das mulheres, com fatores que contribuem para perpetuar o ciclo da violência em suas vidas.

Outros estudos também indicam que a violência tem consequências psicológicas ainda mais graves do que seus efeitos físicos, debilitando a saúde mental da mulher. Frequentemente, a experiência de violência prejudica a autoestima da mulher e a expõe a um risco muito mais elevado de sofrer problemas mentais, incluindo-se depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias psicoativas, como tranquilizantes e álcool (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

Também foram identificadas, como consequências desses sofrimentos, situações que desencadearam ideação suicida, e até mesmo algumas tentativas de suicídio, como já descrito em algumas trajetórias.

“Tu não come mais direito, tu não dorme mais direito, tua vida é um inferno, chega uma hora que tu mata antes dele vir te agredir.” (Amarílis)

Não causa estranheza que o intenso sofrimento originado das vivências de violência provoque tristezas e desesperanças que levem as mulheres a considerar a sua morte como opção, diante de uma realidade de vida tão difícil de ser suportada e, às vezes, de ser superada. Em estudo multicêntrico, com diversos países, incluindo o Brasil, Devries et al. (2011) identificaram estreita relação entre sofrer violência de gênero e comportamento suicida por mulheres.

Em adição a esse argumento cita-se o estudo realizado por Hesler (2013) sobre as histórias de vida de pessoas que cometeram suicídio, em municípios da região sul do Brasil. A autora identificou que a violência de gênero esteve presente na história de vida de homens e mulheres que cometeram suicídio, e essa violência, nas relações conjugais, produziu consequências negativas à saúde, bem-estar e qualidade de vida das mulheres que se suicidaram. Igualmente, em estudo com idosas que haviam realizado tentativa de suicídio, nas cinco macrorregiões brasileiras, Meneghel e colaboradoras (2015) também constataram que as situações de violência estavam presentes em algum ou em vários momentos da vida, desde a infância até a velhice, produzindo sentimentos de vazio e inutilidade, e fazendo com que muitas idosas percebessem a morte como a única saída.

Diante dessas consequências para a saúde e para a vida, torna-se evidente e indiscutível a necessidade de cuidar das mulheres em situação de violência. Nessa perspectiva, considera-se importante refletir sobre os sentidos e as possibilidades do cuidado como base para a atuação dos profissionais da saúde e da enfermagem, em particular. Para tanto, buscou-se conhecer, junto com as mulheres participantes deste estudo, qual o significado de “cuidado” para elas, com inspiração na proposição de Collière (1999, p. 152), para quem

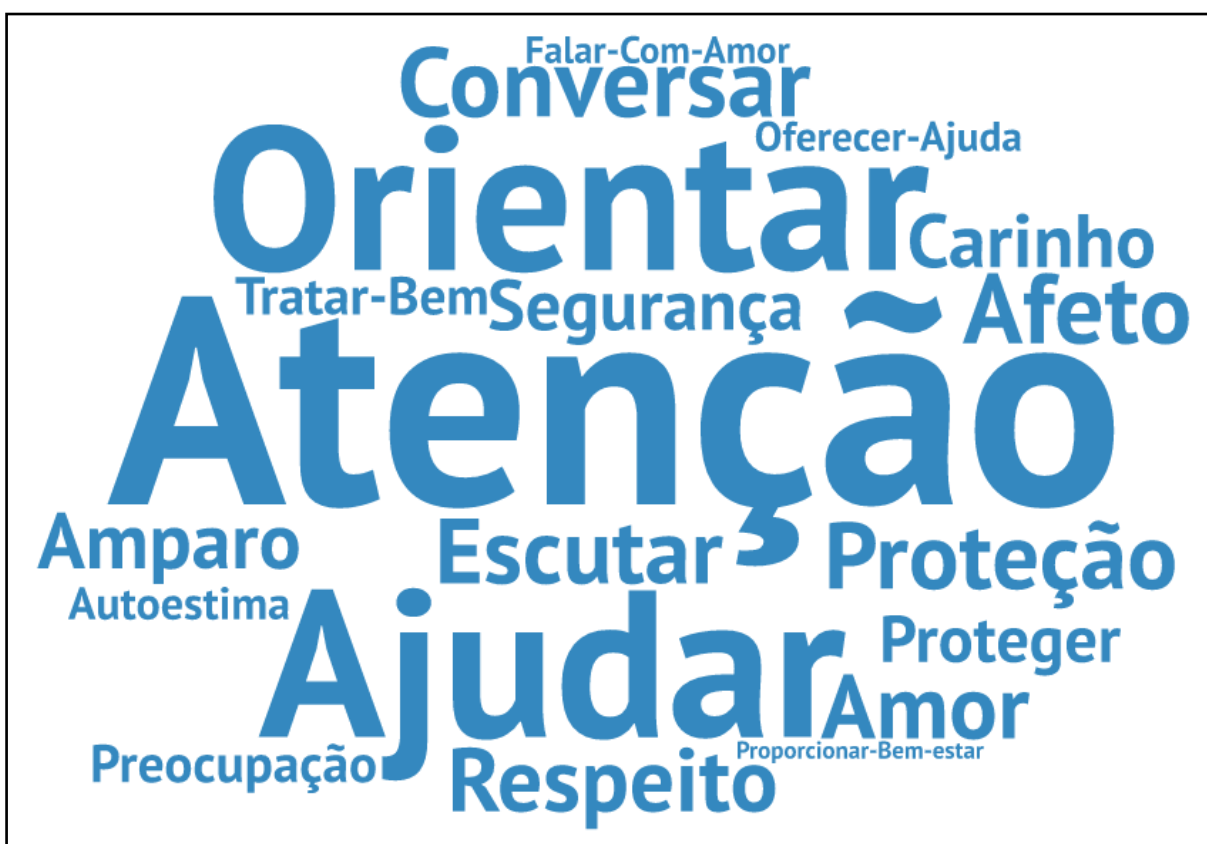
o trabalho de enfermagem muda de natureza, encontra um meio para se interrogar, questionar, refletir, criar, ao perguntar: quem são as pessoas que tratamos? O que esperam? E isto, com o objetivo de procurar saber o que para elas tem sentido, o que pode determinar a ajuda a prestar, para compensar as necessidades [...].

Em análise sobre os elementos que participam da construção do processo de cuidados de enfermagem, Collière (1999) refere que a primeira fonte de conhecimento a ser utilizada deve ser a pessoa ou o grupo implicado, que, em geral, falam sobre as suas preocupações ou dificuldades. Portanto, faz-se necessário, descobrir, escutar e compreender o que dizem as pessoas que procuram cuidados,

pois são elas que detêm o fio condutor, quer dizer, o sentido indispensável à detecção e ao desencadear dos cuidados. A autora salienta que é imprescindível que os profissionais de enfermagem sejam capazes de reaprender a utilizar as referências simbólicas que dão sentido ao que as pessoas exprimem, para então compreender e transpor as normas do normal e do patológico, considerando a natureza dos problemas existentes e a ajuda a prestar.

Assim, entende-se que dar voz ao que esperam essas mulheres, pôr em evidência as respostas a esses questionamentos e considerar esses sentidos permite refletir sobre (ou, mais audaciosamente, criar) as possibilidades de construção compartilhada de projetos terapêuticos, a partir de uma racionalidade não biomédica (ou de outra natureza). Com esse intuito, elucidam-se (saem da obscuridade, tornam-se compreensíveis) os sentidos construídos por elas, representados na nuvem de palavras, a seguir (Figura 16).

Figura 16 – Nuvem de palavras formada a partir dos sentidos que as mulheres atribuem ao cuidado



Fonte: Elaborado pela autora, Porto Alegre, 2016.

Observa-se que a maioria dos sentidos atribuídos ao cuidado é fruto das habilidades comunicacionais, não só de linguagem, mas de sentimentos. Assim, reforça-se a importância de que as ações dos profissionais da saúde no cuidado às mulheres em situação de violência sejam orientadas não apenas pela tecnicidade, mas, sobretudo, por lógicas terapêuticas que se baseiem nos aspectos relacionais, com valorização das subjetividades, dos afetos. Isso exige a abertura para o acolhimento, para a escuta, para: *conversar, orientar, oferecer ajuda, dar atenção e amparo*.

Sendo assim, as ações assistenciais demandam um cuidado que pressupõe “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência” (de sofrimento, neste caso), como propõe Ayres (2009, p. 89). Considera-se que a atenção interessada só é possível quando as práticas profissionais são pautadas pelo princípio da integralidade da atenção e pela humanização das ações de cuidado. O “interesse” nas expectativas e experiências do(a) outro(a) poderia configurar-se em uma atenção às suas necessidades, mais sensível ao sofrimento, uma atenção baseada em intervenções que objetivem alcançar mais do que o tratamento das consequências físicas da violência ou o controle de seus sintomas psicológicos, mas que realmente se empenhem em concretizar os “projetos de felicidade” ou, pensando mais humildemente, como concretizar uma vida sem violência.

Nessa perspectiva, faz-se referência aos cuidados baseados na noção de “*care*”, como propõem Collière (1999) e Petitat (1998). Assim, para realizar o cuidado baseado nos sentidos propostos pelas mulheres deste estudo é necessário inverter a lógica atual das práticas de saúde e privilegiar os aspectos do “*care*” em detrimento do “*cure*”. Isto é, antes se deve praticar o cuidado que compreende o relacional e o afetivo, que assegure o sentido e a razão de viver. Esse cuidado parece ser mais importante e efetivo do que aquele que busca apenas “tratar” os sintomas e as lesões decorrentes da violência, porque somente a competência técnica não dá conta da complexidade da articulação de elementos materiais e imateriais envolvidos nas violências, e na violência de gênero, em particular.

No caso das situações de violência contra a mulher, a reorientação das práticas profissionais na saúde se expressa à medida que a finalidade das ações passa a ser o fortalecimento das mulheres e não apenas o tratamento dos sintomas e agravos decorrentes da violência. Entretanto, destaca-se que, para a

concretização do redirecionamento das ações, é necessário instituir uma forma de agir com uma importante dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação com a mulher usuária e entre os profissionais, buscando construir projetos assistenciais negociados em conjunto para cada situação, e tendo como referência a garantia de direitos (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Em sintonia com essas concepções estão as reflexões de Ayres (2009) sobre a noção de Cuidado e a humanização das práticas de saúde, ao considerar o acolhimento como um dispositivo tecnológico importante, vinculado à capacidade de escuta e diálogo. Nessa perspectiva, o autor destaca a necessidade de privilegiar a “dimensão dialógica” na interação entre usuários e profissionais, afirmando que “o diálogo é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, disfunções, sofrimentos, etc.)” (AYRES, 2006, p.70-71).

Na perspectiva das dimensões interativas e dialógicas cita-se a “técnica de conversa” concebida por D'Oliveira e colaboradas (2009, p. 1042) para o atendimento à violência contra as mulheres na atenção primária em saúde. Essa técnica tem por base a detecção, a escuta e orientação qualificadas, e seus princípios incluem: respeito ao tempo, privacidade, sigilo e desenvolvimento de vínculos de confiança. Trata-se de uma conversa específica, especialmente formulada e realizada para produzir orientações pertinentes ao caso e encontrar formas de resolução da situação em conjunto com a mulher, mapeando o problema e as alternativas de solução, considerando-se as singularidades de cada situação.

Petit (1998) também refere que os cuidados que envolvem a noção de “*care*” implicam certos valores e sentimentos, como a atenção ao outro, a empatia, o engajamento, o respeito e a afeição. Essa alusão reforça o quanto a noção de “*care*” enquadra-se nos sentidos de cuidado atribuídos pelas mulheres, pois o sofrimento que decorre da violência demanda um cuidado que inclua também o *respeito* e o *tratar bem* essas mulheres que já passaram e passam por tantos desrespeitos e maus tratos.

Essa ótica encontra afinidade com as proposições de Costa e Lopes (2012), que, investigando práticas de cuidado de profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência, ressaltam a importância de dispositivos relacionais, entre os quais acolhimento, vínculo e diálogo como sendo elementos de integralidade na

atenção. Para as autoras, o acolhimento envolve compreensão e respeito às situações vivenciadas pelas mulheres. A ação de ouvir as inquietações dessas usuárias dos serviços, de modo interessado e acolhedor, favorece a construção do vínculo que encoraja o relato do sofrimento e possibilita a detecção da violência, que pode estar acompanhada por depressão, ansiedade ou até mascarada por algum tipo de queixa. Além disso, a dimensão da orientação coloca-se enquanto estratégia importante para mediar as interlocuções entre os sujeitos, como citado em várias das trajetórias das mulheres desta tese, essa é fundamental para nortear (dar uma luz, um caminho), empoderar e fortalecer as mulheres para o enfrentamento das situações de violência.

Lopes e Silva (2004) fazem destaque ao desenvolvimento da capacidade de empatia, o que requer esforço, pois certas situações mobilizam sentimentos e inquietudes. O esforço está em não reagir às situações adversas no lugar da mulher e, sim, em estar próximo e ajudá-la no enfrentamento e reformulação do problema que se apresenta. Nesse caso, é necessário ter presente que a atitude de mudança é resultado da reformulação (do novo rumo) que a própria mulher, respeitada, ouvida e ajudada, elabora sobre sua situação. Nesse sentido, os autores referem que outro aspecto a ser desenvolvido ativamente pelos profissionais é o estímulo ao reconhecimento das qualidades e capacidades dos(as) usuários(as). Entretanto, é preciso que se tenha claro que a violência produz efeitos sobre as representações de si e ataca a autoimagem e a autoestima. Nesse sentido, a recuperação desses aspectos leva à confiança na aquisição de condutas e de capacidades para enfrentar os desafios vividos na violência.

Em relação aos sentidos de *afeto*, *carinho* e *amor*, destaca-se que fazem parte dos cuidados que se estabelecem nas relações interpessoais, como as das relações familiares e conjugais, ou entre amigos, vizinhos e colegas. Entretanto, nem sempre estão presentes nas relações entre usuários e profissionais da saúde, nem se exige que estejam, posto que, conforme Saffioti (2004, p. 78), “amar o outro não constitui uma obrigação”, mas “respeitar o outro, sim, constitui um dever do cidadão”. É nesse sentido de cidadania que a autora defende a compreensão dos direitos humanos e que se espera que sejam realizadas as ações profissionais, neste caso, em particular, as ações de cuidado à saúde.

Na perspectiva de cuidado como direito do sujeito social, garantido por deveres constitucionais do Estado, pode-se relacionar os sentidos de *segurança* e

proteção, mencionados pelas mulheres. Pondera-se que segurança e proteção são qualidades do cuidado que não dependem somente da atenção prestada no setor saúde, mas envolvem a necessidade de articulação intersetorial para a garantia desses direitos. Contudo, avalia-se que profissionais de saúde são agentes que possuem a responsabilidade e a competência necessárias para acionar e orientar o desencadeamento desses cuidados.

Nesse sentido, encontra-se respaldo no aspecto da responsabilização como condição do cuidado no que foi proposto por Ayres (2009), que afirma que o cuidador tem a possibilidade de ir além do aspecto técnico do trabalho quando assume radicalmente responsabilidades. Essa radicalidade responsável pensada nas situações de violência contra as mulheres poderia ser a conduta substancial das práticas profissionais e dos serviços de saúde, que seriam potencialmente agentes dessa responsabilização. Dessa forma, entende-se que a responsabilização profissional em relação aos projetos de felicidade das mulheres em situação de violência é um dever ético de cidadania, que abrange compromisso e comprometimento dos profissionais da saúde.

Considera-se que a reflexão sobre os sentidos atribuídos pelas mulheres à violência, ao sofrimento e ao cuidado fornecem elementos para (re)pensar a atenção prestada, no setor saúde, às situações de violência contra a mulher. Observou-se que as mulheres esperam encontrar apoio, acolhimento e respostas eficazes às suas necessidades de vida e de saúde.

Na direção do apoio e acolhimento destaca-se a voz e a palavra como atos terapêuticos das enfermeiras, como propõe Lopes (1995). Avalia-se que esses processos de cuidado, resultantes das relações intersubjetivas, podem representar a diferença necessária nas práticas dos serviços de saúde. A autora refere que é a dimensão relacional que realça e visibiliza os campos de ruptura com a ótica médica (clínica) dominante nas práticas, como reino absoluto da técnica (LOPES, 1998).

Conclui-se que seja possível construir projetos de cuidado que não se restrinjam às intervenções medicalizadas, ao trazer elementos do cuidado que incluam as tecnologias relacionais e que considerem os aspectos subjetivos (imateriais) nas experiências vividas por essas mulheres. Nessa perspectiva, acredita-se que as enfermeiras possuem amplo potencial para construir outra razão terapêutica (não medicalizada, nem medicalizante) nas suas práticas de cuidado, pois os princípios que norteiam suas ações não são dependentes do

estabelecimento do diagnóstico nosológico ou da prescrição farmacológica. Entende-se que somente a partir de uma nova razão ou lógica terapêutica será possível atender à complexidade dessas situações, alcançando, para além do “êxito técnico”, também, e principalmente, o “sucesso prático” (AYRES, 2006) nesses enfrentamentos, ou seja, efeitos transformadores capazes de influenciar e restituir capacidades pessoais para reconstituir vidas dignas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta Tese abordou-se a problemática da violência contra as mulheres, as práticas institucionais e profissionais para o acolhimento cuidado, problematizado as possibilidades de construção de projetos de atenção sensíveis ao sofrimento e que não se restrinjam às intervenções medicalizadas do campo da saúde. Assim, as análises buscaram agregar reflexões de autoras e autores que pudessem embasar essa construção de possibilidades de atenção “alternativa” ao que está posto predominantemente. Atenção esta que se dirige, quase exclusivamente, às consequências materiais da violência, às lesões físicas, e que busca objetificar o imaterial, ou seja, o sofrimento, em uma doença ou sintoma a ser tratado, ou, ainda, em culpabilizar a própria vítima.

Nesse contexto, o estudo teve como objetivo geral compartilhar experiências de mulheres em situação de violência para refletir sobre atenção institucional, cuidado e desmedicalização na atenção em saúde. Para alcançá-lo, desdobraram-se os seguintes objetivos específicos: historiar os atendimentos do Centro de Referência de Atendimentos à Mulher Vítima de Violência de Porto Alegre; conhecer quem são e o que querem essas mulheres atendidas nesse serviço; identificar as trajetórias e experiências em busca de atenção nas situações de violência, na saúde e na rede intersetorial; representar graficamente as trajetórias das mulheres em situação de violência em busca de cuidado; explorar os sentidos que as mulheres atribuem à violência e ao cuidado; e pensar com as mulheres as possibilidades de construção de projetos de atenção e cuidado.

Com a finalidade de contextualizar o local escolhido para a realização da pesquisa, foram descritas as características de organização e de processos de trabalho do Centro de Referência de Atendimentos à Mulher Vítima de Violência (CRAM). Identificou-se que o fluxo dos atendimentos ocorre, basicamente, da seguinte forma: acolhimento, atendimento (que também inclui os encaminhamentos), monitoramento e finalização. Evidencia-se a importância do serviço prestado para as mulheres nessa situação, especialmente no que se refere ao acolhimento, às orientações fornecidas e à elaboração do plano de segurança pessoal.

A análise dos atendimentos do CRAM foi realizada por meio de investigação nos formulários de atendimento de 536 mulheres que buscaram o serviço entre julho de 2012 e agosto de 2014. Em relação aos atendimentos foi possível observar que

94,6% das mulheres receberam atendimento psicológico; 57,1% receberam atendimento de assessoria jurídica; e 27,6% receberam atendimento de profissional assistente social, sendo que 16,5% das mulheres receberam atendimentos das três áreas profissionais. O tempo médio decorrido entre o primeiro atendimento e a finalização do monitoramento foi de quatro meses, aproximadamente. A busca pelo CRAM ocorreu de forma espontânea por 14% das mulheres e 82,8% foram encaminhadas por outros serviços ou profissionais da rede. A maioria dos encaminhamentos (55,2%) foi realizada pelos serviços do setor Segurança, em decorrência, principalmente, do fluxo bem estabelecido entre a DEAM e o CRAM. Destaca-se que os serviços de saúde foram responsáveis por apenas 7,4% dos encaminhamentos.

Em relação ao perfil sociodemográfico das mulheres, revela-se que a idade média foi de 40,2 anos, sendo que a maior concentração (41,8%) estava na faixa etária de 30 a 44 anos. A maioria das mulheres (65,7%) se autodeclarou branca, 48,1% declararam seu estado civil como solteiras, 41,8% tinham até oito anos de estudo, 54,5% informaram ter trabalho remunerado e a maioria declarou baixa renda familiar. Possuem filhos 87,1% das mulheres, entre essas 74,5% informaram que os filhos residiam com elas. Em relação aos locais de moradia das mulheres, as regiões do município com maiores citações de endereços são as que se localizam na periferia do município de Porto Alegre. Assim, observou-se que as condições materiais de vida são desfavoráveis para muitas dessas mulheres, perfil similar ao encontrado em outros estudos realizados em Centros de Referência da Mulher.

No que se refere à saúde das mulheres, 55,2% disseram ter vínculo com algum serviço de saúde, e 35,3% informaram estar em tratamento ativo. Entre os tratamentos clínicos mais citados estão aqueles para doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes, citados por 14,7% do total de mulheres, e os tratamentos de saúde mental, citados por 12,9%.

Quanto ao panorama das formas de violência sofridas pelas mulheres que buscaram atendimento no CRAM, identificou-se que 82,8% foram classificadas em violência doméstica. Entre as tipologias das violências, 82,5% das mulheres sofreram violência psicológica; 61,9%, violência física; 40,9%, violência patrimonial; e 26,2%, violência sexual. Destaca-se que essa classificação é realizada pelos profissionais do CRAM a partir dos relatos que as mulheres fazem nos atendimentos. Em muitas situações, algumas formas de agressão e violação de

direitos não são identificadas pelas mulheres como violência, sendo que os atos de agressões físicas graves são os mais facilmente denominados pelas mulheres como violência e os principais disparadores da busca por ajuda.

Em relação ao perfil dos agressores, 90,1% eram pessoas conhecidas das mulheres, sendo que 85,9% eram parceiros íntimos. Pertenciam ao sexo masculino 87,3%, e a idade média foi de 42,2 anos. Observa-se que a baixa escolaridade está presente também entre os perpetradores de violência, pois 56,6% tinham até oito anos de estudo. Fazem uso de álcool 41,4% dos agressores, e 26,7% são usuários de drogas ilícitas. As mulheres atendidas no CRAM relataram que 43,3% dos agressores também são violentos com familiares e/ou outras pessoas, e que 20,5% têm antecedentes criminais, o que evidencia a constituição de um ambiente de violência, dificultando a desnaturalização dessas situações.

Destaca-se que a sistematização das informações oriundas desses atendimentos realizou-se pelo interesse deste estudo, mas, também, como forma de contribuição ao serviço. O retorno dessas análises, já entregues e discutidas com a equipe do CRAM, obteve grande receptividade por parte dos profissionais que referiram ter refletido na melhoria do seu processo de trabalho, especialmente no que se refere ao registro das informações realizadas durante os atendimentos. Além disso, o banco de dados produzido pela autora serviu como fonte de informação para outros dois estudos (VERGANI, 2014; ZERBIELLI, 2016) realizados no período do desenvolvimento da Tese.

As experiências de cuidado das mulheres em situações de violência foram descritas em texto e em linguagem gráfica ilustrada, tendo-se analisado quatorze trajetórias em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. Apesar das singularidades de cada experiência, buscou-se analisar os fatos comuns entre elas, os padrões de repetição, muitos dos quais marcados pela passagem das mulheres no CRAM, que se configura em serviço central da rede de atenção às mulheres em situação de violência de Porto Alegre. Muitas vezes, os períodos que antecedem as trajetórias, disparadores da busca de atenção, constituem-se por sofrimento pessoal silenciado e pela ausência de apoio.

Constatou-se que, na maioria das trajetórias, estavam presentes serviços e/ou profissionais de saúde, em que predominou a busca por atendimento relacionado à saúde mental, evidenciando a magnitude do sofrimento emocional decorrente das situações de violência. Entre as entrevistadas, metade delas relatou

o uso de psicofármacos, ratificando a medicalização da violência como prática dominante entre os profissionais da saúde. Destaca-se que a maioria relatou que não se sentiu bem acolhida pelos(as) profissionais de saúde. Os relatos apresentados nas trajetórias atestam acolhimento inadequado, “impropriedade diagnóstica”, incapacidade técnica e de estrutura da rede de serviços para atender a essas situações.

Refletindo sobre as dimensões materiais e imateriais da violência contra as mulheres, concluiu-se que no setor saúde as práticas empregadas são amplamente dicotomizadas. Assim, no que se refere à dimensão material, em geral as práticas biomédicas se mostram eficazes para “tratar” as lesões físicas decorrentes da violência. Já, no que se refere à dimensão imaterial, as práticas predominantes nos serviços são medicalizantes e ineficazes. Considera-se que as práticas relacionais, como presença e escuta ativa, seriam potencialmente mais eficazes para lidar com o sofrimento decorrente da violência, entretanto são ainda pouco utilizadas pelos(as) profissionais da saúde.

Na análise dos demais setores da rede, observou-se inadequação dos serviços de Segurança, pois o atendimento prestado nas delegacias, às vezes é negligente e desrespeitoso. As entrevistadas destacaram também a pouca eficácia da Medida Protetiva de Urgência. No setor Justiça perceberam-se alguns equívocos decorrentes da dificuldade das mulheres em compreender as informações sobre os processos jurídicos, apontando para a desresponsabilização profissional em fornecer os esclarecimentos necessários. Destaca-se que essas negligências institucionais reproduzem e potencializam a violência a que estão expostas as mulheres.

O CRAM foi bem avaliado por todas as mulheres entrevistadas, com destaque para o acolhimento e para as orientações recebidas. Analisa-se que o CRAM é capaz de suprir muitas lacunas deixadas por outros serviços ao funcionar como articulador da rede de atenção. Outros serviços da rede (conselho tutelar, escola, serviços de assistência social, casas abrigos), apesar de aparecem em menor frequência nas trajetórias apresentadas, constituem-se em pontos de apoio importantes para as mulheres. Evidencia-se, assim, a relevância de estabelecer-se uma adequada articulação da rede de serviços intersetoriais no enfrentamento das complexas situações de violência que resultaram nas experiências de sofrimento que nos permitiram essas reflexões.

Analisa-se que as trajetórias apresentadas possuem fatores inibidores internos, como o medo e a vergonha sentidos pelas mulheres, a naturalização da violência e o desconhecimento sobre os seus direitos e sobre as possibilidades de busca de apoio institucional. Do mesmo modo, fatores inibidores externos, como a ausência de apoio na família, a dependência econômica, os atendimentos insatisfatórios e a pouca resolutividade das ações de enfrentamento realizadas pelos serviços da rede.

Assim, considera-se que as trajetórias das mulheres em busca de ajuda nas situações de violência necessitam de ações que respondam às dimensões materiais da violência, suas consequências na vida prática, mas também, e principalmente, nas dimensões subjetivas, imateriais, que afetam a vida de relação e geram sofrimento. Faz-se imprescindível ainda superar a negligência no campo da atenção profissional, com o estabelecimento de práticas pautadas pela integralidade da atenção, pela responsabilização e comprometimento.

Com a intenção de identificar subsídios para a construção de projetos de atenção e cuidado às mulheres em situação de violência buscou-se colocar em evidência quais são os elementos necessários, do ponto de vista das entrevistadas, para um atendimento eficaz e satisfatório. Elas ressaltaram a importância de serem bem orientadas pelas pessoas por quem são atendidas nos diferentes serviços. Destacaram o apoio em relação ao acolhimento necessário às suas angústias, ao respeito às suas histórias e que resultam em ações que inspiram confiança, e a importância do apoio de grupos formados por pessoas que passaram por experiências semelhantes. As mulheres também falaram sobre a necessidade de sentirem-se seguras para poderem continuar suas trajetórias na superação da situação de violência. Assim, a análise de suas respostas evidencia a *orientação*, o *apoio* e a *proteção* como fatores necessários para transformar as práticas de cuidado na rede de atenção.

No que se refere ao Setor Saúde, especificamente, algumas entrevistadas disseram que os serviços de saúde poderiam ser locais de ajuda para as mulheres em situação de violência. Porém, entendem que seria necessária atenção especializada e muitas fazem menção somente aos/às profissionais de psicologia. Entretanto, considera-se que promover espaços de acolhimento e fornecer as orientações pertinentes são práticas que não necessitam de especialistas, mas que

devem ser realizadas por todos os profissionais da saúde, considerando-se o princípio da humanização da atenção e dos direitos de cidadania das mulheres.

Para aprofundar o compartilhamento das experiências, foram identificados e analisados os sentidos atribuídos pelas mulheres às situações de violência, ao sofrimento decorrente e também ao cuidado que almejam. O esforço em tentar compreender esses significados partiu do entendimento de que conhecer as expectativas das pessoas de quem se cuida (ou das quais se pretende cuidar) é essencial para nortear ações que correspondam de forma efetiva às necessidades de vida e de saúde.

Às violências são atribuídos os sentidos de humilhação, de culpa e de medo. A humilhação decorre dos próprios atos de violência originados da notória intenção de inferiorização da mulher, exercida por meio de ataques a sua moral e da privação de direitos. A culpa da mulher pela situação de violência aparece associada à naturalização da violência, como um “destino de gênero”. O medo, gerado, principalmente, pelas vivências de violência física e pelas ameaças de morte, funciona como meio de exercício de poder, reforçando as relações de denominação masculina sobre as mulheres. Analisa-se que esses sentidos, associados às iniquidades sociais de gênero, potencializam a vitimização das mulheres e dificultam a busca por ajuda.

Em síntese, concluiu-se que as situações de violências são constituídas por fatos materiais e imateriais. Do ponto de vista da imaterialidade incluem-se a dominação masculina e à violência simbólica, discutida em sua capacidade de produzir vitimização; e no que se refere à materialidade situam-se os elementos que caracterizam a violência como privação de direitos.

Na perspectiva dos Direitos Humanos e sobre o desenvolvimento de capacidades para uma vida justa, realizaram-se análises sobre os impactos da violência de gênero no desenvolvimento dessas capacidades e suas consequências para as possibilidades de enfrentamento. Ratifica-se que as violências impossibilitam o pleno desenvolvimento de uma vida digna. Portanto, entende-se que o enfrentamento dessas situações é necessariamente intersetorial, implica articulação e fundamentação na garantia dos Direitos Humanos das mulheres.

Evidenciou-se que as experiências de violências e os sentidos a elas atribuídos resultam em intenso sofrimento, tendo impactos significativos na saúde das mulheres. As mulheres entrevistadas referiram prejuízos à saúde mental,

incluindo ideação suicida, e algumas associaram à violência também consequências físicas como dores e doenças crônicas. Os sentidos associados ao sofrimento decorrente da violência manifestam-se por origem de doenças, surgimento de sintomas inespecíficos e dores, diminuição da autoestima, silenciamento, medo aterrorizante, tristeza, perda de ânimo e marca eterna.

Em relação aos sentidos atribuídos pelas mulheres ao cuidado que vislumbram, observou-se que a maioria desses se referem aos aspectos relacionais e afetivos, como o diálogo e a empatia. As mulheres esperam encontrar acolhimento e apoio nas suas trajetórias em busca por ajuda. Destaca-se o potencial da enfermagem para prover um cuidado que não se restrinja a fortalecer as práticas medicalizadas apenas, pois os princípios que norteiam sua ação profissional abrangem muito mais do que a tecnicidade “dura”, principalmente, a interação com o(a) outro(a).

Conclui-se que existe predominantemente inadequação das práticas para a construção de projetos de acolhimento e cuidado para as mulheres em situação de violência. Nesse sentido, pensa-se que é preciso assumir “nova razão terapêutica”, outras fontes para o cuidado, incorporando elementos que incluam as tecnologias relacionais e que considerem os aspectos subjetivos nas experiências vividas por essas mulheres. É necessário também assumir a responsabilização por projetos de cuidado, pautados pela garantia dos direitos humanos e dos direitos de cidadania das mulheres.

A afirmativa, inspirada na clássica obra de Canguilhem (2009), presente no título desta tese, tem a intenção de chamar a atenção para a forma como a violência contra a mulher é usualmente “tratada” no setor saúde. A afirmação de que a violência não é normal, nem patológica ancora-se na ideia de que, por um lado, a violência contra a mulher não pode ser considerada como algo que é natural e que, portanto, faz parte dos modos de andar a vida de homens e mulheres, como destino de gênero. Ao contrário, o que se espera é que essas situações sejam desnaturalizadas na sociedade e nos serviços de saúde em particular, para que assim sejam reconhecidas socialmente como inaceitáveis e algo a ser combatido, visíveis como sofrimento e merecedoras de atenção e cuidado nos serviços de saúde.

Por outro lado, ao afirmar que a violência contra a mulher não é patológica, não é doença, busca-se igualmente desnaturalizar o sofrimento feminino decorrente

de violência como orgânico e diagnosticável unicamente por um número de CID (Código Internacional de Doenças) médico-clínico. Da mesma forma, essa definição de doença protege a imagem do homem que agride porque é “transtornado”, porque é alcoolista ou porque faz uso de drogas. Ao dizer que a violência não é patológica, busca-se também desnaturalizar os rótulos simplistas de que a mulher em situação de violência é “poliqueixosa”, “depressiva”, “nervosa”, e que, portanto, deve ser medicada e medicamentalizada, configurando, em suma, o processo de dominação denominado medicalização dos eventos da vida. Enfim, busca-se subverter a lógica hegemônica na saúde que repete a dominação social, consente e perpetua as situações de violência contra as mulheres.

Para finalizar, salienta-se que este estudo não esgota todas as possibilidades de análise dessa problemática, sendo possíveis e necessárias diversas outras perspectivas analíticas e contribuições para o aprimoramento da atenção e do cuidado em saúde. Entendendo que um tema tão complexo como a violência, e a violência contra as mulheres em particular, precisa ser abordado de forma multi e interdisciplinar, revela-se a limitação de tratar desse objeto a partir do ponto de vista de uma pesquisadora que tem uma formação disciplinar específica. Todavia, realizou-se o esforço de sair da saúde e, ao mesmo tempo, trazer a violência para o campo da saúde e da enfermagem, considerando a necessidade de acolher, nos serviços de saúde e da rede, as mulheres que experienciam situações de violência. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo, e as reflexões realizadas possam contribuir para o avanço no conhecimento sobre a complexa problemática da violência contra as mulheres, estimulando a adoção de ações de atenção e cuidado mais eficazes e acolhedoras.

REFERÊNCIAS

ADAM; Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

AGUADO, Ana. Violencia de género sujeto femenino y ciudadanía en la sociedad contemporánea. In: CASTILLO-MARTÍN, Márcia; OLIVEIRA, Suely (Org.). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 23-34.

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, jan. 2012.

ALBUQUERQUE NETTO, Leônidas de et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp, p. 135-142, 2015.

ALVES, Elisângela da Silva; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; MAFFACCIOLLI, Rosana. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 141-147, set. 2012.

ALVES, Rubem. **O que é científico?** 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49-83. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. (Clássicos para integralidade em saúde).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONFIM, Elisiane Gomes. **A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública**. 2008. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-104, mar. 2010.

BONUGLI, Rebecca; LESSER, Janna; ESCANDON, Socorro. 'The second thing to hell is living under that bridge': narratives of women living with victimization, serious mental illness, and in homelessness. **Issues in Mental Health Nursing**, Abingdon, v. 34, no. 11, p. 827-835, Nov. 2013.

BOUCHARD, Louise; COHEN, Davi. Présentation. In _____ (Org.). **Médicalisation et contrôle social**. Montréal: ACFAS, 1995. p. 1-7. (Cahiers Scientifiques n. 84)

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BOURDIEU, Pierre. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p. p. 28-40.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 ago. 2006, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**: conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2012/lei-maria-da-penha-edicao-2012>>. Acesso em: 13 maio 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica de uniformização dos centros de referência de atendimento à mulher em Situação de violência**. Brasília, 2006.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber & ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANTERA, Leonor M. La fotointervención como técnica de concienciación de la violencia de género. In: STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de (Org.). **Gênero & saúde**: diálogos ibero-brasileiros. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 189-211.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000. p. 271-283.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 4. ed. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, Marta Cocco da. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde**: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio. 2012. 317 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012.

COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; SIQUEIRA, Elisa Torentino. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, supl. 2, p. 965-973, fev. 2015.

COSTA, Milena Silva; SERAFIM, Márcia Luana Firmino; NASCIMENTO, Aissa Romina Silva do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 551-558, 2015.

DAHMER, Tatiane da Silva et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 497-505, jul.-set. 2012.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção Sociologia).

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-311, abr. 2009.

DEVRIES, Karen et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 73, no. 1, p. 79-86, 2011.

DUTRA, Maria de Lourdes et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, maio 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. [São Paulo], 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 65-89.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116, jun. 2012.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2012.

GONZALEZ-GUARDA, Rosa María et al. Drugs, women and violence in the Americas: U.S. quantitative results of a multi-centric pilot project (phase 2). **Revista Colombiana de Psiquiatria**, Bogotá, v. 39, supl. 1, p. 66s-83s, fev. 2010.

GROSSI, Patrícia Krieger et al. Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. **Athenea Digital**, Bellaterra, v. 12, n. 3, p. 267-277, nov. 2012. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/Krieger>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

GRUBITS, Sonia. Mulheres Indígenas brasileiras: educação e políticas públicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 116-125, 2014.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 135-144, jan.-fev. 2008.

HESLER, Lilian Zielke. **Suicídio em municípios do sul do Brasil: um enfoque de gênero**. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Mulheres internadas por agressão em um Hospital de Pronto Socorro: (in)visibilidade da violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 328-334, 2010.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IMPERATORI, Giceli; LOPES, Marta Julia Marques. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 83-94, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Estatísticas de Gênero**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=431490&cat=2,-2,3,4,-3,128&ind=4707>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

INSTITUTO PATRICIA GALVÃO. Data Popular. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. [São Paulo], 2013. (Caderno Campanha Compromisso e Atitude). Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

KISS, Lígia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, mar. 2011.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, dez. 2007.

KONINCK, Maria de. La gestion biomédicale du corps des femmes: un progrès? In: BOUCHARD, Louise; COHEN, Davi. **Médicalisation et contrôle social**. Montréal: ACFAS, 1995. p. 33-42. (Les Cahiers Cientifiques de l'Acfas, n. 84)

KRUG, Etienne. G. et al. (Ed.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en> Acesso em: 08 ago. 2013.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **“Lugares de (não) ver?”**: as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Porto Alegre, 2010. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-431, abr./jun. 2005.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques; GASPAR, Maria Filomena Mendes. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 409-24, abr./jun. 2011.

LOPES, Marta Julia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 55-62.

LOPES, Marta Julia Marques. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques (Orgs.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 43-52.

LOPES, Marta Julia Marques. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153-188.

LOPES, Marta Julia Marques. **Violência não é doença: reflexões sobre a medicalização social da violência contra a mulher**, 2013. Notas de aula.

LOPES, Marta Julia Marques; SILVA, João Luis Almeida. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 683-688, jul./ago. 2004.

LUZ, Madel Therezinha. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina da rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a. p. 217-247.

LUZ, Madel Therezinha. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de (Org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b. p. 15-24.

LUZ, Madel Therezinha. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012c. p. 25-47.

LUZ, Madel Therezinha. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w5p4j/03>> . Acesso em: 14 fev. 2014.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

MASON, Jennifer. **Qualitative researching**. London: Sage Publications, 1996.

MATHIAS, Ana Karina Rios de Araújo et al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 185-191, abr. 2013.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, mar. 2013.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, jun. 2015.

MEYER, D. E. E. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: JUNQUEIRA, R. D (Org.). **Diversidade sexual: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; UNESCO, 2009. p. 214-233.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994. v. 10, supl. 1, p. 7-18.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 513-531, 1998.

MORAES, Claudia Leite; ARANA, Flávia Dias Nogueira; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, ago. 2010.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; JORGE, Maria Salete Bessa. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista RENE**, Fortaleza v. 8, n. 2, p. 93-100, maio/jun. 2007.

OSBORNE, Raquel. **Apuntes sobre violencia de género**. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2009.

PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Casia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: _____. **Vulnerabilidade e direitos Humanos - prevenção e promoção da saúde**: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1. p. 9-22.

PETITAT, André. Ciência, afetividade e cuidados de enfermagem. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques (Org.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 11-26.

PIRES, Mariana Lorentz. **Entre a estratégia saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família**: o que se nomeia demanda de saúde mental? Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PRESSER, Adriana Dewes; MENEGHEL, Stela Nazareth; HENNINGTON, Élida Azevedo. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3 p. 126-137, 2008.

POLIT, Denise. F.; HUNGLER, Bernadette. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PORTELLA, Ana Paula. Novas faces da violência contra as mulheres. In: CASTILLO-MARTÍN, Márcia; OLIVEIRA, Suely. (Org.). **Marcadas a ferro**: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 93-99.

PORTO ALEGRE. Decreto nº 17.477, de 22 de novembro de 2011. Cria o Centro de Referência de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM). **Diário Oficial de Porto Alegre**, Porto Alegre, 24 nov. 2011. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000032546.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>. Acesso em 28 out. 2015.

PORTO ALEGRE. Decreto nº 18.580, de 5 março de 2014. Denomina Centro de Referência da Mulher Márcia Calixto o Centro de Referência de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM), criado pelo Decreto nº 17.477, de 22 de novembro de 2011 e alterado pelo Decreto nº 18.518, de 30 de dezembro de 2013.

Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 17 mar. 2014. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000033962.DOCN.&l=20&u=/netahtml/sirel/simples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>>. Acesso em 28 out. 2015.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal dos Direitos Humanos, Secretaria Adjunta da Mulher. **Coordenação Municipal da Mulher**. [2012?]. Disponível em:

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cmm/default.php?reg=73&p_secao=28>. Acesso em: 26 mar. 2014.

PORTO ALEGRE. Observatório da Cidade de Porto Alegre - ObservaPOA. **Porto Alegre em análise - sistema de gestão e análise de indicadores**. Porto Alegre, [201-]. Disponível em: <<http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/>> Acesso em: 21 nov. 2015.

RAYNAUT, Claude. Interdisciplinaridade: mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimentos. In: PHILIPPI JR., Arlindo; SILVA NETO, Antônio (Ed.). **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Barueri: Manole, 2011. p. 69-105.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, London, v. 377, no. 9781, p. 1962-1975, June 2011.

RODRIGUES, Celeste de Souza et al. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2319-2329, set. 2012.

ROESE, Adriana et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/598/141>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 224 p. (Coleção Antropologia e Saúde).

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SAGOT, Montserrat. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 3-15, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima; BARROS, Cláudia Renata dos Santos; CASTILHO, Euclides Ayres de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 5, n. 3, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **Pobreza e fomes**: um ensaio sobre direitos e privações. Lisboa, Terramar, 1999.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO; Elza Berger Salema; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 4, p. 278-283, 2014.

SILVA, Camila Daiane et al. Violência contra a mulher: agressores usuários de drogas ilícitas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2494-2504, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3880>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SILVA, Elisabete Pereira et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, dez. 2011.

SILVA, Juliana Guimarães; VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos. O desafio de compreender a consequência fatal da violência em dois municípios brasileiros. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.17, n. 46, p. 535-547, jul./set. 2013.

SILVEIRA, Maria Lucia da. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Coleção Antropologia & Saúde)

SOARES, Bárbara. **Enfrentando a violência contra a mulher**: orientações práticas para profissionais e voluntários(as). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. **Violências nas relações afetivo-sexuais entre adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas de Porto Alegre**: prevalência e redes de apoio. 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 802-810, 2011.

STENE, Lise Eilin et al. Intimate partner violence and prescription of potentially addictive drugs: prospective cohort study of women in the Oslo Health Study. **BMJ Open**, [London], v. 2, no. 2, e000614, Apr. 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000614.full>>. Acesso em 26 nov. 2015.

STREY, Marlene Neves. Violência de gênero: uma questão complexa e interminável. In: STREY, Marlene Neves; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; JAEGER, Fernanda Pires (Org.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 13-43. (Coleção Gênero e Contemporaneidade, n. 2).

TERRA, Maria Fernanda; D'Oliveira Ana Flávia Pires Lucas; Schraiber Lilia Blima. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digital* [Internet], v. 15, n. 3, p. 109-125. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/v15-n3-terra-doliveira-schraiber>>. Acesso em: 11 set. 2016.

TESSER, Charles D. A atenção à saúde na construção cotidiana da cultura e da medicalização social. In: ____ (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 74-107.

TESSER, Charles Dalcanale. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.10, n.19, p. 61-76, jan./jun. 2006a.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.10, n. 20, p. 347-362, jul./dez. 2006b.

TESSER, Charles Dalcanale; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; POLI NETO, Paulo. Acolhimento, (des)medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: TESSER, Charles Dalcanale (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 131-150.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TREVISAN, Isabel Pires. **Femicídios no Rio Grande do Sul e a lei Maria da Penha**. 2011. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação, Sexualidade e Relações de gênero) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TREVISAN, Simone Bernardino; LEAL, Sandra Maria Cezar; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Caracterização das mulheres em situação de violência atendidas no Centro Jacobina. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 9, p. 9197-9206, set. 2015.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Declaration on the elimination of violence against women**. Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>>. Acesso em: 22 maio 2013.

VERGANI, Maiara Vermuth Vieira. **Avaliação do centro de referência de atendimento à mulher vítima de violência de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2014. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública e Social) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84p. (Coleção Antropologia e Saúde).

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias

de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-737, ago. 2011.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 865-873, out. 2015.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 423-429, 2012.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**; Chía (Colômbia), v. 13, n. 2, p.197-205, maio/ago. 2013.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, mar. 2011.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2013**: homicídios e juventude no Brasil. Brasília (DF): Secretaria-Geral da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2013.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília (DF): Flacso, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em 25 nov. 2015.

WIEVIORKA, Michel. **La violence**. Paris: Librairie Arthème Fayard/Pluriel, 2010.

ZERBIELLI, Daiana. **Construção de um protocolo de monitoramento para as mulheres atendidas no Centro de Referência em Atendimento à Mulher Vítima de Violência de Porto Alegre**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Não publicado.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL DAS
INFORMAÇÕES QUALITATIVAS CONTIDAS NOS PRONTUÁRIOS**

Pesquisa: A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO
Data da Coleta:
Dados de identificação Nome: Condinome:
Informações qualitativas acerca das experiências em busca de apoio e cuidado nas situações de violência
REGISTRO DAS TRAJETÓRIAS: (Transcrever anotações do prontuário referentes serviços procurados pela mulher para apoio e cuidado nas situações de violência)
ATENDIMENTOS REALIZADOS: (Transcrever informações referentes aos atendimentos e as condutas realizadas no centro de referências)
CONDUTAS NOS SERVIÇOS INTERSETORIAIS: (Transcrever informações referentes às condutas de apoio prestado nos serviços acessados)
ENCAMINHAMENTOS: (Transcrever informações referentes a encaminhamentos realizados no CRAM para outros serviços - Delegacia da Mulher, Casa de Apoio, Serviço Social, Serviços de Atenção Básica a Saúde, ESF/NASF, Hospitais de Referência e outros)
SEGUIMENTO DO CASO: (Transcrever informações acerca do acompanhamento que foi realizado para o caso)
QUESTÕES DE SAÚDE: (Transcrever informações referentes à saúde das mulheres atendidas - saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, traumas e queixas vagas)

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS REUNIÕES

Pesquisa: A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO

Data: ____/____/____

Duração da reunião:

Participantes:

Pauta principal da reunião:

Assuntos abordados:

Identificar as trajetórias e experiências das mulheres em busca de apoio e cuidado nas situações de violência

Registros:

APÊNDICE C – GUIA TEMÁTICO PARA AS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Identificação

Nome:

Codinome:

Data da Entrevista:

Temas a serem abordados

- Experiências na busca de cuidado em relação à situação de violência vivenciada.
- Serviços procurados para cuidados e apoio na situação de violência e motivos para a procura desses serviços.
- Já procurou ajuda para enfrentar a situação de violência em algum serviço de saúde.
- Já relatou sua situação de violência em algum serviço de saúde
- Qual a avaliação sobre o atendimento recebido (se recebeu a ajuda que esperava, se considera que esse atendimento foi adequado e por que motivos, quem melhor lhe acolheu).
- Em outras situações de violência, como agiria em relação à busca de ajuda nos serviços que já utilizados. Se fosse preciso, procuraria novamente os mesmos serviços e por quais motivos.
- Quais são os serviços e/ou pessoas que considera as mais indicadas para ajudar as mulheres que vivenciam alguma situação de violência.
- Considera que a situação de violência afetou sua saúde.
- O que é cuidado para você?
- Como você gostaria que cuidassem de você?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A violência contra as mulheres e as experiências de cuidado

Pesquisadora: Joannie dos Santos Fachinelli Soares

Telefone: 51 9267-5167 – E-mail: jofachi@hotmail.com

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Telefone: 51 3308-5251

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prezada Participante

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, cujo título é “A violência contra as mulheres e as experiências de cuidado” e tem como objetivo geral: compartilhar as experiências de cuidado de mulheres em situação de violência atendidas em um centro de referência de Porto Alegre.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto, sob a orientação da Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes.

Contamos com a sua colaboração, em um tempo médio de 30 minutos, para responder algumas perguntas que serão gravadas em áudio. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto.

Entre os benefícios do estudo, visualiza-se que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos. Também poderá favorecer a criação e inclusão de abordagens de enfrentamento da violência contra mulheres. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para dar mais visibilidade à temática no cenário da saúde.

A sua participação nesse estudo poderá representar risco de algum tipo de constrangimento com relação à exposição de vivências relacionadas ao tema da Violência Contra a Mulher. Em caso de desconforto, você contará com o apoio psicológico da equipe do Centro de Referência de Atendimento à Mulher Vítima de Violência para qualquer atendimento que se faça necessário. A entrevista poderá ser interrompida e você poderá optar por retomar em outro momento ou não.

Garantimos que em momento algum será divulgado o seu nome, asseguramos o compromisso com sigilo e ética na realização da pesquisa, respeitando a sua privacidade e informando-a a respeito dos resultados obtidos ao final da pesquisa. Você terá o direito de receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer referente ao assunto desenvolvido nessa pesquisa. Poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália. Será respeitado o que consta na resolução nº466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos, das justificativas e da forma de trabalho, fui igualmente informada da garantia de receber respostas em qualquer dúvida; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do trabalho sem que me traga qualquer prejuízo; da certeza de que não serei identificada e que as informações relacionadas à minha pessoa serão confidenciais; de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho; da garantia de acesso à informação em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação neste projeto.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante











Assinatura da pesquisadora












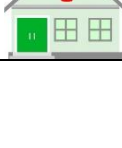
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060

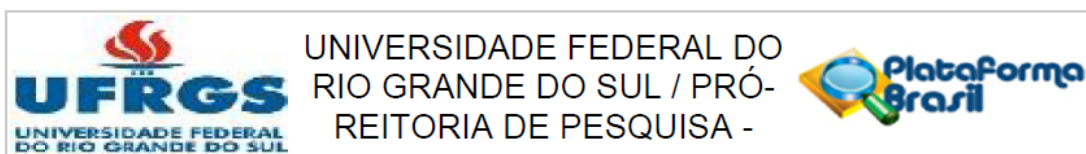
Fone: +55 51 3308 3738 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE E – LEGENDAS DOS SÍMBOLOS UTILIZADOS NAS ILUSTRAÇÕES DAS TRAJETÓRIAS

SÍMBOLO	LEGENDA
	Casa Abrigo
	Centro de Referência de Assistência Social
	Centro de Referência de Atendimento à Mulher Márcia Calixto
	Conselho Tutelar
	Defensoria Pública Estadual
	Delegacia de Polícia
	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
	Escola
	Fórum
	Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher

SÍMBOLO	LEGENDA
	Linha Telefônica de Atendimento à Mulher do Rio Grande do Sul (Escuta Lilás)
	Pessoa - Amiga
	Pessoa - Irmã
	Profissional Advogada
	Profissional Advogado
	Profissional Médica
	Profissional Médico
	Profissional Policial
	Profissional Psicóloga
	Serviço de Saúde de grande porte (hospital)
	Serviço de Saúde de médio porte (Clínica ou Centro de Saúde)
	Serviço de Saúde de pequeno porte (Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família)

ANEXO A – TERMO CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO

Pesquisador: Marta Julia Marques Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32195614.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.506

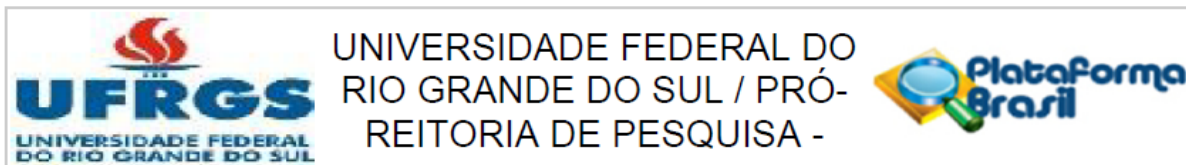
Data da Relatoria: 24/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem UFRGS. Aborda a violência contra mulheres, pesquisadora destaca que no "Brasil, pelo menos 35% das queixas levadas pelas mulheres aos serviços de saúde estão associadas a violências que sofrem, principalmente nas relações conjugais". Estudos revelam que mulheres que vivenciam "algum tipo de violência apresentam mais queixas, distúrbios e adoecimentos, e, conseqüentemente, utilizam os serviços de saúde com maior frequência."

Estudo exploratório-descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa, tendo como contexto o Centro de Referência e Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM) vinculado à Secretaria Adjunta das Mulheres da Secretaria de Direitos Humanos do município de Porto Alegre. Participantes serão constituídas por mulheres, maiores de 18 anos, atendidas no CRAM em decorrência de situações de violência nas relações íntimas. Participantes serão selecionadas com o auxílio da equipe do CRAM que fará contato com as mulheres convidadas a participar da pesquisa. O número será definido segundo o critério de saturação das informações. Para a coleta de informações será utilizado como estratégia pesquisa documental, observação sistemática não-participante e entrevistas em profundidade. Para análise na etapa quantitativa as informações serão codificados e inseridos em um banco de dados elaborado nos softwares Excel e/ou SPSS. Será realizada análise frequencial para gerar informações descritivas. Na etapa qualitativa será

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha		CEP: 90.040-060	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	



Continuação do Parecer: 751.506

feita análise de conteúdo usando técnica de Análise de Enunciação. Essa modalidade considera a comunicação como um processo e o discurso como palavra em ato. Busca analisar as estruturas gramaticais, a lógica de organização do discurso, bem como as figuras de retóricas. Encontram-se anexados ao projeto: Roteiro para pesquisa documental; Roteiro para observação; Guia temático para as entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compartilhar experiências de mulheres em situação de violência para refletir sobre cuidado e desmedicalização na atenção em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que o "estudo não representa risco de ordem física", entretanto poderá "causar algum tipo de constrangimento com relação à exposição de vivências".

Como benéficos a pesquisadora destaca contribuições para a construção de conhecimentos teóricos e abordagens de enfrentamento da violência contra mulheres. Além de dar visibilidade à temática no cenário da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática de relevância, atual e de interesse para área da saúde, apresenta adequação teórica e metodológica, atendendo as exigências da Resolução N°466/12 para pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As questões éticas estão contempladas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta linguagem clara, descreve as etapas prevista na pesquisa, riscos e benéficos.

Recomendações:

Sugere-se aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações constantes em parecer anterior do CEP foram atendidas, a saber:

No projeto e Formulário da Plataforma Brasil foi acrescentado o número previsto de participantes indicando que o critério será o de saturação.

Foi retirado do TCLE o RG das participantes.

No item riscos, foi salientado que a pesquisa versa sobre "violência contra a mulher" e portanto poderá haver mobilização de sentimentos de tal forma que seja necessário apoio específico. Haverá acompanhamento das participantes e encaminhamento adequado, se necessário.

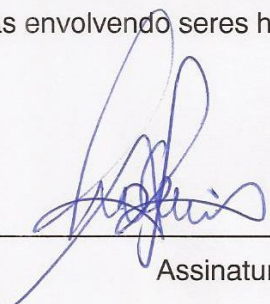
Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

**ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO
ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA**

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, ADEMIR DUARTE LENCINA, Coordenador Técnico do **Centro de Referência de Atendimento a Mulher Víctima de Violência**, conheço o protocolo de pesquisa intitulada: **“A violência contra as mulheres e as experiências de cuidado”**, desenvolvida por Joannie dos Santos Fachinelli Soares para a elaboração de Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes. Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisa não acarretará ônus financeiro e não irá interferir no fluxo normal deste Serviço. Autorizo, também, através deste, o acesso aos prontuários e registros definidos, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação das participantes.

A coleta só terá início após o parecer de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.



Assinatura

Porto Alegre, 15 de maio de 2014.

**ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ADJUNTA
DA MULHER / SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DE PORTO ALEGRE**



**PREFEITURA
PORTO
ALEGRE**

SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS
SECRETARIA ADJUNTA DA MULHER

Ofício n.º 23/2014

Porto Alegre, 14 de Julho de 2014.

Eu WALESKA VASCONCELLOS, Secretária Adjunta da Mulher/Secretaria de Direitos Humanos de Porto Alegre, responsável pelo Centro Referência de Atendimento à Mulher Víctima de Violência, conheço o protocolo de pesquisa intitulada: “A violência contra as mulheres e as experiências de cuidado”, desenvolvida por Joannie dos Santos Fachinelli Soares para a elaboração de Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes. Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisa não acarretará ônus financeiro e não irá interferir no fluxo normal deste Serviço. Autorizo, também, através deste, o acesso aos prontuários e registros definidos, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação das participantes. A coleta só terá início após o parecer de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Waleska Vasconcellos

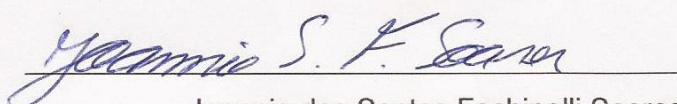
Secretária Municipal de Direitos Humanos Adjunta da Mulher

Waleska Vasconcellos
Secretária Adjunta
SAM/SMDH

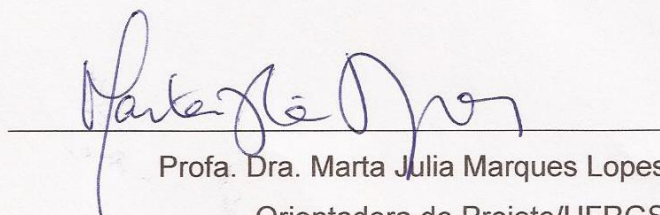
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

A pesquisa, cujo título é “A violência contra as mulheres e as experiências de cuidado”, tem como objetivo geral analisar as experiências de cuidado de mulheres em situação de violência atendidas em um centro de referência de Porto Alegre. Será desenvolvida por Joannie dos Santos Fachinelli Soares para a elaboração de Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes.

Garantimos que será preservada a confidencialidade dos dados que serão coletados no Centro de Referência de Atendimento a Mulher Víctima de Violência (CRAM) de Porto Alegre, os quais serão gerados por meio de pesquisa documental nos prontuários do CRAM, de observação das reuniões realizadas com as mulheres nesse serviço e de entrevistas com algumas das mulheres atendidas no CRAM. Destaca-se que estas informações serão utilizadas exclusivamente para a execução deste estudo, sendo que os resultados serão divulgados de forma anônima e com fins científicos.



Joannie dos Santos Fachinelli Soares
Doutoranda em Enfermagem/UFRGS



Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes
Orientadora do Projeto/UFRGS