



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aline Oliveira Cardoso

**“Homem machuca a gente demais”:
a experiência de mulheres em situação de violência doméstica e o papel
da Atenção Primária à Saúde**

Brasília
2023

Aline Oliveira Cardoso

**“Homem machuca a gente demais”:
a experiência de mulheres em situação de violência doméstica e o papel
da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Brasília

2023



Aline Oliveira Cardoso

**“Homem machuca a gente demais”:
a experiência de mulheres em situação de violência doméstica e o papel
da Atenção Primária à Saúde**

Aprovada em defesa realizada em 13 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília - Câmpus Ceilândia
Presidente da Banca (Orientador)

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Universidade de Brasília - Câmpus Ceilândia
Membro Externo ao Programa (UnB)

Prof^a. Dr^a. Sandra Mara Campos Alves
PRODISA Fiocruz
Membro Externo

À todas as mulheres entrevistadas nesta pesquisa.
Com amor, respeito e admiração.

AGRADECIMENTOS

A Universidade de Brasília é a quarta instituição de ensino superior pública que frequento – e tenho muito orgulho disso. Sou muito grata à UnB e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela acolhida nessa jornada, com um tema tão caro e longe de ser encerrado. E, também, à bolsa fornecida por 24 meses pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, imprescindível para a realização do trabalho de campo, que aconteceu em uma área rural.

Agradeço à UBS 6 Lago Oeste que de pronto me aceitou vivendo em seu quintal, usufruindo de seus serviços prestados à comunidade. Isso sim é um “Viva o SUS” com gosto! Muitos aprendizados e admiração. Neste lugar conheci o advogado do usuário, provavelmente um dos profissionais de saúde mais apaixonados que já conheci.

Este trabalho é dedicado à todas as mulheres que entrevistei, então, deixo expresso aqui toda a minha admiração e gratidão. Vocês são inteligentes, fortes e lindas! Nunca esquecerei os rostos de vocês.

Querido orientador Miguel Montagner, obrigada por esse acompanhamento gentil e precioso. Obrigada pelas compreensões acerca das inconveniências da vida que são incontroláveis e que, por algumas vezes, me afastou deste trabalho. Como diz Maria Ivonilde, uma das participantes entrevistada nesta pesquisa “*Vc é muito legal*”. Que esta finalização seja o ponto de partida para publicações futuras e, assim, a gente estende essa parceria mais um pouquinho.

Agradeço, também à professora Maria Inez Montagner com quem tive a honra de realizar meu estágio docente no campus da Faculdade de Ceilândia. Um estrondo, um escândalo, uma força da natureza de mulher e professora. Adoro admirar e me inspirar em mulheres incríveis, Inez é uma delas.

Um agradecimento muito especial se faz necessário à minha orientadora de especialização em Saúde Coletiva, pela Fiocruz Brasília, concluída em 2020. Maria do Socorro de Souza, não é que eu estou finalizando um mestrado? Quem diria!

Um coração quentinho para o professor Everton Pereira, um grande incentivador e pessoa com quem sempre vou amar ouvir, trocar e conviver.

Obrigada pela paciência nas minhas ausências, Dudinha. Desde o ano passado venho me desdobrando para dar conta dos prejuízos profissionais/financeiros que a pandemia me causou, e com um mestrado adicionado nesta conta. Sei que não foi fácil me ver tão ausente, mas agradeço a compreensão e ajuda nesse meu processo de retomada e, também, desenvolvimento de uma pesquisa. É muito bom te ter como esposa e amiga.

Celebro aqui, também, a memória de minhas tias Elmira, Valmira e Sebastiana, que partiram quase juntinhas, num espaço de 6 meses, para um plano desconhecido do deixar de existir enquanto matéria. Nessa família de tantas mulheres, pensar que somente a caçula, a 12ª filha, conseguiu cursar o ensino superior e que isso só foi possível porque vocês, como irmãs mais velhas, seguraram uma barra, é de uma força tremenda! Minha mãe sente uma falta danada de vocês e eu morro de orgulho de ser filha de uma professora de Ensino Fundamental e Médio – aposentada – de escola pública.

Aos meus amigos de coração, que pouco vi nos últimos tempos, obrigada pela torcida. Sei que não foi fácil fazer festas sem a “inimiga do fim” presente, mas em breve, estarei de volta! E ao querido amigo Fernando Franq, obrigada pelo olhar cuidadoso nas leituras desse trabalho na etapa final!

Mamãe e papai, obrigada por me fazerem ser livre neste mundo. Desde sempre.

Resumo

A violência doméstica é um fenômeno atravessado por diferentes marcadores sociais sendo uma realidade presente no Distrito Federal, afetando a vida de milhares de mulheres. Ao mesmo tempo, como questão de saúde pública, os profissionais da atenção primária devem desempenhar um importante papel no apoio a essas mulheres através de seus atendimentos ambulatoriais. Esta pesquisa teve por objetivo compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal, e como se dá a percepção e conduta dos profissionais de saúde da UBS da região adstrita, quando se trata sobre o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, usando as técnicas de observação participante e realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres vítimas de violência e os profissionais de saúde da UBS onde elas são usuárias. Com a análise da entrevista utilizando o método de biografia coletiva, chegou-se a um panorama comum de como essas mulheres vivenciaram as experiências de violências e como algumas conseguiram sair desses ciclos. Os resultados das entrevistas com os profissionais de saúde demonstraram empatia, ações voltadas para o cuidado, mas, ao mesmo tempo, reconhecimento sobre a falta de capacitação para melhor atendimento dessas mulheres. Na discussão separamos os temas por tipologia de violência, segundo a Lei Maria da Penha, debatendo os relatos das mulheres e dos profissionais com o que diz esta lei e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Consideramos que a rede de enfrentamento à violência possui diversas lacunas, despreparo e falta de capacitação profissional, falta de comunicação entre os setores multidisciplinares além de apoio individualizado para cada mulher em situação de violência.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Atenção Primária à Saúde. Violência Contra a Mulher. Lei Maria da Penha. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher

Abstract

Domestic violence is a phenomenon intersected by different social markers, representing a reality in the Federal District, affecting the lives of thousands of women. Simultaneously, as a public health issue, primary care professionals must play a crucial role in supporting these women through their outpatient services. This research aims to comprehend and analyze manifestations of violence against women residing in the Rural Nucleus Lago Oeste in the Federal District and to explore the perception and conduct of health professionals at the UBS in the adjacent region when it comes to providing care for women experiencing domestic violence. This is a qualitative study, using the techniques of participant observation and semi-structured interviews with women victims of violence and the health professionals at the UBS they are users. Through the analysis of interviews using the collective biography method, a common panorama emerged depicting how these women experienced instances of violence and how some managed to break free from these cycles. The results of interviews with health professionals demonstrated empathy and actions oriented towards care, but at the same time, acknowledgment of the lack of training for better serving these women. In the discussion, we categorized the themes by the typology of violence, according to the Maria da Penha Law, comparing the accounts of women and professionals with the provisions of this law and the National Policy to Confront Violence Against Women. We consider that the violence confrontation network has various gaps, inadequacies, and a lack of professional training, along with a deficiency in communication between multidisciplinary sectors and individualized support for each woman in a situation of violence.

Keywords: Domestic Violence. Primary Health Care. Violence Against Women. Maria da Penha Law. National Policy to Confront Violence Against Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário em Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAV	Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HAV	Homens Autores de Violência
HIV	Human Immunodeficiency Virus
NEPAV	Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências
OMS	Organização Mundial da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
DF	Distrito Federal
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDAD	Pesquisa Domiciliar por Amostra de Domicílio
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RA	Região Administrativa
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SSP	Secretaria de Estado de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

TABELA

Tabela 1. Tipos de violência específicas sofridas pelas entrevistadas, elaborada com base na Lei Maria da Penha	76
--	----

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	13
INTRODUÇÃO	13
REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
OBJETIVOS E METODOLOGIA	31
CAPÍTULO II	455
BIOGRAFIA COLETIVA DAS MULHERES	45
Feia, burra e gorda.....	455
Infância bagaceira	46
Um rato feio	477
Queimando memórias.....	49
A agonia no fusca.....	50
O melhor remédio.....	51
Dois destinos	52
Carta ao meu tio	53
A morte lhe cai bem	555
CAPÍTULO III.....	58
COMPREENDENDO A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA.....	589
O advogado do usuário.....	59
Pé no chão	63
Uma visão crítica.....	655
O aprendiz da atenção primária	69
Cobrindo buraco.....	72
Rotina Instável	744
CAPÍTULO IV	75
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA	75
Violência física.....	777
Violência psicológica	80
Violência sexual	83
Violência patrimonial	855
Violência moral	87
Jornada ainda angustiante.....	899
A falta de crença nas medidas protetivas e na Lei Maria da Penha.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	933

APÊNDICES	100
APÊNDICE 1 TCLE Mulheres Vítimas de Violência	1000
APÊNDICE 2 – TCLE Profissionais da UBS.....	102
APÊNDICE 3 – Roteiro de Entrevista com as Mulheres	1044
APÊNDICE 4 – Roteiro de Entrevista com os profissionais da UBS	106
ANEXOS.....	1077
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNB	107
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FEPECS.....	1177

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo violência como o uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996). Segundo Minayo, na década de 1980, o modo operacional da violência acentuou o temor coletivo, tido como um fenômeno social. Um dos desdobramentos desse temor coletivo foi a degradação da saúde que, em alguns momentos, chegava ao resultado de morte, consequências diretas das ações de maus-tratos infantis, homicídios, espancamento de mulheres, entre outras (MINAYO, 1993).

O entendimento das relações estabelecidas entre o Estado e os cidadãos é crucial para pensar qualquer política social, e especialmente em saúde, com um olhar ampliado para os aspectos culturais, ideológicos, teóricos e suas articulações com o governo e os diferentes grupos sociais. Assim, a violência deve ser tratada como um fenômeno que atinge de forma diferente cada grupo ou categoria social, em termos de políticas públicas (FLEURY & OUVENEY, 2008). Como pauta de relevância no setor da saúde, a violência foi entendida, por muito tempo, como um fator de mortalidade e morbidade que afetava não só a saúde individual e coletiva de uma comunidade, mas também o orçamento público destinado a este setor e, por isso, ela deve ser entendida, tratada e prevenida de forma multidisciplinar (MINAYO, 1994; MINAYO *et al*, 2018).

No final da década de 1970, cresceu a consciência nacional sobre o acirramento da violência e dos movimentos em prol dos direitos sociais que, junto aos movimentos feministas, avançaram na conquista dos direitos civis, políticos e econômicos e no direito das mulheres a uma vida sem violência, conferindo uma dimensão política a esta pauta (MINAYO *et al*, 2018). Ainda que a violência de gênero diga a respeito das relações entre homens e mulheres, entre masculino e feminino, as maiores vítimas são as mulheres e pessoas do sexo feminino. Estas violências expressadas através de agressões físicas e mentais, abusos sexuais e psicológicos afetam diretamente a saúde das mulheres, sendo

um diagnóstico situacional expresso em documentos internacionais de saúde (SAFFIOTI, 2004; MINAYO *et al*, 2018).

A despeito deste reconhecimento, a violência doméstica contra as mulheres segue sendo amenizada e relativizada na sociedade e no poder público. As mulheres vitimadas continuam sendo silenciadas e os homens agressores desculpados com explicações inaceitáveis, como sendo frutos de instintos incontroláveis (MINAYO, 2006).

A violência contra a mulher não é restrita a violência física, mas abarca, também, a violência psicológica, sexual, moral e patrimonial, como proposto dentro da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que:

cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal (...); dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Destaca-se que a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) além de tipificar os tipos de violência, também classifica o cenário em que se dá tais atos, define o perfil da vítima e dá o agravante de violação de direitos humanos, conforme os arts. 5º e 6º:

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

É importante ressaltar que os direitos humanos das mulheres atravessam todos os direitos, considerando que elas estão duplamente em risco, exatamente por serem mulheres e, por isso, mais propensas a sofrerem violações e não serem ouvidas. Por serem marginalizadas na esfera pública e terem acesso restrito aos meios de comunicação de massa, nos quais suas vozes poderiam se fazer ouvidas, este silenciamento é mais um reforço nos estigmas que envolvem as violações dos direitos humanos das mulheres, como as violências e suas consequências (MOURÃO, *et al* 2023).

Ademais, a violência é um fenômeno que traz prejuízos sociais e econômicos, para além dos agravos à saúde das mulheres. A OMS definiu saúde, já nos longínquos anos quarenta do século passado, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Apesar de muito criticada e até ultrapassada, esta definição alerta para um conceito amplo de saúde, que inclui o universo social e a vida cotidiana. Para mulheres vivendo em contexto rural, há outros complicadores quando o assunto é violência e acesso à saúde, que são de ordem sociodemográfica, econômica e cultural, já que estão afastadas dos grandes centros urbanos. Além disso, as redes de atenção à saúde e segurança pública em ambientes rurais são escassas; somando, ainda, a esses agravantes, fatores comportamentais como a forte hierarquia nas relações intrafamiliares e da maior dificuldade de acesso a meios de comunicação, como a internet (COSTA, 2019).

A escolha da pesquisa pelo recorte de mulheres vivendo em contexto rural se deu pela necessidade de visibilizar tais experiências, muitas vezes ignoradas pelo poder público, devido a um contexto histórico que coloca essa população em uma condição periférica, marginal (VEIGA, 2005).

Segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Segurança Pública para o site do Observatório da Mulher do Distrito Federal¹, no ano de 2022 houve 16.849 ocorrências de violência doméstica, sendo a maioria das vítimas com idades entre 18 e 40 anos, com a residência como local de maior incidência de ocorrência dessas violências, 97%; e domingo como dia de maior prevalência dos atos. Os dados apontam que, ainda que os tipos de violência tipificados pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) nunca aconteçam

¹ <https://www.observatoriodamulher.df.gov.br/> acessado em 26 de agosto de 2023.

de forma isolada, a maioria das mulheres sofreram violência do tipo moral/psicológica, seguido de violência física.

Os dados do Observatório apontam que na Região Administrativa (RA) de Sobradinho II, onde a pesquisa de campo ocorreu, ainda que, os dados não tenham a separação entre área urbana e rural, houve 541 ocorrências de violência doméstica, 61 descumprimentos de medidas protetivas, 24 crimes de estupro e 12 crimes de importunação sexual.

Sobre o ano de 2023, estão disponibilizados, até o momento, pela Secretaria de Segurança Pública do DF (SSP), dados de janeiro a setembro; o relatório é do dia 10 de outubro e está disponibilizado no site da Secretaria². Neste período ocorreram 13.519 crimes de violência doméstica, 787 casos a mais que no mesmo período em 2022. Na RA de Sobradinho II, aconteceram 414, um aumento de 4% em comparação ao ano anterior.

No relatório de feminicídios consumados, produzido pela SSP, de janeiro a outubro de 2023, 30 mulheres foram executadas, deixando 65 filhos órfãos, sendo 65% deles, menores de idade. 57% das vítimas já haviam registrado ocorrências anteriores de violências praticados pelo mesmo autor.

No Boletim Epidemiológico de Violência Contra a Mulher de 2022³, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, utilizando os dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) a realidade apresentada é diferente: foram 3.824 casos de violência contra a mulher. Uma diferença 13.025 casos comparados aos dados da SSP. Ainda não há dados apresentados para o ano de 2023.

O Distrito Federal tem se destacado como uma região de elevado e crescente índice de feminicídio no país. Contudo, tem testemunhado uma multiplicidade de iniciativas visando mitigar a gravidade desse fenômeno e, também da violência contra a mulheres. Estas ações abrangem diversas esferas, desde mecanismos de denúncia até programas de reabilitação para agressores e campanhas de conscientização na comunidade. Apesar da validade e importância dessas ações, consideramos que há a

² <https://www.ssp.df.gov.br/violencia-contra-a-mulher/> acessado em 18 de novembro de 2023.

³ <https://www.saude.df.gov.br/informes-epidemiologicos-violencia> acessado em 18 de novembro de 2023.

necessidade de uma abordagem mais abrangente e estudos que englobem todas as faixas econômicas e culturais do DF. Dentre as iniciativas destacam-se:

A campanha "Mulher, não se cale!"⁴, implementada recentemente no metrô, abrangendo todas as estações do Distrito Federal. Esta campanha utiliza cartazes e banners, bem como ações presenciais estratégicas em diversas estações, incluindo Central, Galeria dos Estados, Águas Claras, Praça do Relógio e Ceilândia Centro, onde pontos de informações foram instalados para fornecer orientações e conscientização sobre as diversas formas de violência praticadas contra as mulheres. Para as mulheres do Lago Oeste, esta campanha não chega, uma vez que não há linhas de metrô para a região.

A "Cartilha Assédio"⁵, disponibilizada pelo portal da Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal, aborda as diferentes formas de assédio, com foco especial nos ambientes de trabalho e nas dinâmicas hierárquicas do cotidiano. No entanto, consideramos que sua linguagem técnica pode dificultar o acesso universal.

O "Espaço Acolher"⁶ de Sobradinho, inaugurado em 24 de outubro de 2023, dentro do Núcleo de Atendimento à Família e ao Autor de Violência Doméstica, que existe desde 2003, representa uma unidade de acompanhamento psicossocial no contexto de violência doméstica e familiar, destinadas a acolher vítimas de violência e, também, autores de violência doméstica. No caso HAV, além da demanda encaminhada pelo Poder Público, há também, a demanda espontânea, onde homens que reconhecem suas dificuldades em modificar comportamentos agressivos podem buscar ajuda. São 8 unidades distribuídas por todo o DF que, antes, só recebiam homens e mulheres a partir de encaminhamento judicial e da Casa Abrigo, enquadrados na Lei Maria da Penha. Na matéria disponibilizada pela Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal, há um relato positivo de um usuário do espaço. No entanto, se faz necessário acompanhar e entender como se dará a divulgação desse serviço para a população, especialmente para os homens. Além disso, apesar de estar em Sobradinho, o acesso a este serviço torna-se

⁴ <https://metro.df.gov.br/?p=65044> acessado em 18 de novembro de 2023.

⁵ <https://www.mulher.df.gov.br/> acessado em 18 de novembro de 2023.

⁶ <https://www.mulher.df.gov.br/inaugurado-novo-espaco-de-orientacao-a-homens-contr-a-violencia-domestica/> acessado em 18 de novembro de 2023.

difícil devido à distância e dificuldade de mobilidade urbana para as moradoras e moradores do Lago Oeste.

Prevê-se que até o final de 2023, todas as administrações regionais do Distrito Federal contarão com comitês dedicados à proteção da mulher, conforme informado em notícia do dia 13 de novembro de 2023⁷. O objetivo é identificar e notificar ameaças aos direitos das mulheres, assegurando sua integridade podendo acionar autoridade policiais, se necessário. A iniciativa cumpre a Lei n.º 7.266 (DISTRITO FEDERAL, 2023), sancionada pelo governador do Distrito Federal neste ano. Para esta iniciativa, cabe o acompanhamento não só da implementação, mas, também, da efetividade ao longo dos próximos anos.

Outra medida criada para mulheres foi a Lei n.º 7.314 que estabelece medidas de assistência financeira, em caráter temporário, aos órfãos de feminicídio no Distrito Federal. Esta lei foi sancionada pela vice-governadora do DF, enquanto exercia o cargo de governadora. Tem autoria do poder executivo do Distrito Federal. Outra iniciativa recente a ser observada.

O aplicativo “Viva Flor”⁸, lançado em 2021, é um Dispositivo de Segurança Preventiva para mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar que estejam sob o resguardo de Medida Protetiva de Urgência. O dispositivo, disponibilizado pela Secretaria de Segurança Pública do DF, é instalado no celular da vítima e permite, nos casos classificados como de risco extremo, a possibilidade de acionar a polícia com apenas um toque na tela inicial do aparelho. As vítimas dispõem, a partir daí, de atendimento prioritário em situação de emergência pela Polícia Militar. A inclusão no programa se dá através de encaminhamento pelo Poder Judiciário ou por Medida Administrativa concedida por Delegado de Polícia. A vigência é prevista enquanto durar Medida Protetiva ou Administrativa ou enquanto a mulher em situação de violência desejar. A divulgação deste aplicativo em portais de notícias é robusta até o momento.

⁷<https://www.mulher.df.gov.br/administracoes-regionais-terao-comites-dedicados-a-protecao-da-mulher/> acessado em 18 de novembro de 2023.

⁸<https://www.ssp.df.gov.br/viva-flor/> acessado em 18 de novembro de 2023.

A campanha #NãoAoCovarde⁹ foi lançada com o propósito de aumentar a conscientização sobre a questão alarmante da violência doméstica, sensibilizando a sociedade para a necessidade de agir contra a violência doméstica de forma decidida. A ideia é que através da *hashtag*, sejam denunciados abusos e oferecido apoio a quem precisa, além educar o público sobre os sinais de violência doméstica. A iniciativa responsabiliza os agressores, rotulando-os como “covardes”, para chamar a atenção para a falta de coragem moral envolvida na violência contra as mulheres. Lançado em setembro de 2023, pela Secretaria de Estado da Mulher do DF, ainda tem pouca adesão e divulgação insuficientes, contando com um pouco mais de 500 postagens no Instagram, sendo a maioria de uma mesma página.

O "Observatório da Mulher", citado neste trabalho, foi lançado em 2021, oferece informações sobre diversos postos de atendimento a vítimas de violência, além de orientações para a identificação de diferentes formas de agressão contra a mulher. O Observatório fornece material de pesquisa valioso, incluindo gráficos, pesquisas e informações relevantes, contribuindo para a disseminação do conhecimento sobre o cenário atual da violência doméstica no Distrito Federal. No entanto, consideramos que seja um portal de acesso mais restrito a pesquisadores e militantes, devido ao seu caráter, logo, menos popular para a população em geral.

Muito foi destacado até aqui, iniciativas da Secretaria de Estado da Mulher e da Secretaria de Segurança Pública do DF. Como iniciativas de enfrentamento à violência contra a mulher por parte da Secretaria de Estado de Saúde, é destacado pela pasta o encaminhamento, em rede, para Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) e, também, a atuação da vigilância epidemiológica em saúde através do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (NEPAV). No entanto, não foi possível detectar, nesta pesquisa, uma efetividade desses encaminhamentos e formações, já que a amostra é a realidade de uma UBS apenas. Contudo, é importante lembrar que nas entrevistas realizadas houve queixas quanto ao acesso às atualizações de informações e capacitações, com apenas um matriciamento realizado em anos, com duração de poucas horas. De toda forma, a amostra

⁹<https://www.mulher.df.gov.br/campanha-naoocovarde-contra-a-violencia-domestica/> acessado em 18 de novembro de 2023.

é insuficiente para demonstrar uma realidade ampliada da atuação da SES no enfrentamento à violência contra a mulher.

Cabe destacar, também, como uma importante iniciativa da SES, a criação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, primeira unidade da Federação a instituir uma rede específica para além de outras já estabelecidas em âmbito federal. Trata-se de uma iniciativa instituída pela Portaria n.º 108 (DISTRITO FEDERAL, 2023) que engloba os serviços nos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) além da vigilância em saúde, de acordo com os princípios do SUS. Como se trata de uma iniciativa recente, é necessário o acompanhamento de sua execução, na expectativa de que seus resultados sejam efetivos para toda a população do DF.

Em âmbito federal, é importante ressaltar a Lei n.º 14.550 (BRASIL, 2023) que altera a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que determina a concessão sumária de medida protetiva às mulheres a partir de denúncia apresentada à autoridade policial ou alegações por escrito, independentemente da tipificação penal da violência. Trata-se de uma medida que agiliza a proteção dessa mulher em situação de violência e não tem um prazo definido, devendo vigorar enquanto houver risco. Ou seja, é uma medida protetiva sumária, resta acompanhar os resultados.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é um local chave de detecção e acolhimento de mulheres em situação de violência (SCHRAIBER *et al*, 2002; SIGNORELLI *et al*, 2013). A UBS, conhecida popularmente como “postinho” é um equipamento da atenção primária à saúde (APS), considerada a porta de entrada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). É na APS que é oferecida atenção sobre a pessoa, onde é administrada a prevenção e promoção em saúde, proporcionando serviços que visam não só curar ou reabilitar pessoas, mas que, também, potencializem seu bem-estar (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Por isso, deveria ser local onde as mulheres deveriam contar como referência de cuidado em casos de violência.

A relevância social da pesquisa e do tema se justifica na importância em trazer as problemáticas atuais das políticas públicas de saúde, no caso da violência doméstica, vivenciada por mulheres moradoras no Núcleo Rural Lago Oeste, zona rural da RA Sobradinho II. Faz-se importante destacar que a região pesquisada apresenta uma grande diversidade em sua população em termos socioeconômicos e culturais, onde vivem desde

pessoas de alto poder aquisitivo a pessoas assentadas. Atualmente, está em grande evidência no DF devido ao forte apelo turístico promovido pelos empreendedores locais e pelo governo distrital. Por isso é, também, uma oportunidade para dar visibilidade às questões tratadas nessa pesquisa com vistas à melhoria de qualidade de vida, melhoria de atendimento, cuidado, saúde e justiça social para as mulheres da região.

Esta pesquisa se propõe a responder à pergunta: como as mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal, vivem e lidam com as violências que sofrem ou sofreram. Procuramos entender, também, se elas procuram ajuda na UBS 6 Lago Oeste Sobradinho - responsável pelo atendimento aos moradores dessa região -, se há o entendimento deste espaço como um local de acolhimento e providências e, em caso positivo, como foi a experiência no atendimento. Paralelamente, buscamos esclarecer como os profissionais desta UBS lidam com estas questões na clínica e na atenção primária.

REFERENCIAL TEÓRICO

A violência é crivada por diferentes marcadores como o de gênero, raça e classe, ainda que todos os grupos sociais estejam sujeitos a este acontecimento. Neste sentido, as mulheres são preteridas enquanto categoria social, já que vivemos em um contexto de sociedade machista e patriarcal, da validação material e simbólica e da dominação do homem sobre a mulher (SCOTT, 1990; BOURDIEU, 1997).

A violência doméstica contra mulheres é um fenômeno, e delito, de muita complexidade e desafios, pois acontece dentro da família, instituição caracterizada como célula fundamental da sociedade e, também, propiciadora de relação saudável entre seus membros. O modelo patriarcal de organização familiar legitima as desigualdades entre homens e mulheres e o comportamento abusivo de muitos homens sobre as mulheres (COLLING, 2020). Ou seja, a violência doméstica não é aleatória, ela deriva dessa organização social que privilegia o masculino sobre o feminino, dentro de uma estrutura de poder que contamina toda a sociedade. Neste sentido, o *modus operandi* da violência colocaria o homem no papel do agressor, que deve dominar a qualquer custo; e a mulher

no papel de quem sofre essas agressões, suportando seu “destino” natural (SAFFIOTI, 2004).

Características socioeconômicas são fatores importantes a serem considerados na análise da prevalência de violência doméstica contra mulheres (LEITE *et al*, 2021; BUENO & LOPES, 2018). Especialmente em famílias empobrecidas, o compromisso de assumir tarefas domésticas desde a infância, ajudando no cuidado dos irmãos mais novos, na limpeza e cozinha acabam por contribuir com a socialização precoce de muitas meninas no papel atribuído à mulher pela sociedade patriarcal. Por vezes essas meninas têm a infância e adolescências roubadas pelo trabalho doméstico. A verdade é que, muitas vezes, acabam por cair em outro relacionamento abusivo, agora com seus maridos (MACHADO *et al*, 2020).

Neste sentido, as mulheres acabam por entrarem em um ciclo de violência que se perpetua desde sua infância até a vida adulta. Obviamente, nem todas as mulheres vivenciaram episódios de violência desde crianças; muitas se veem nessa situação somente na vida adulta e livrar-se disso não é simples para nenhuma delas, independente de quando começaram a viver esses dolorosos momentos de suas vidas.

Tentar compreender a permanência de mulheres em situações de violência que vivenciam com seus parceiros íntimos, é um tema recorrente em muitos estudos ligados ao assunto. Na pesquisa realizada por Gomes e colaboradores (2022), foi relatada dificuldade das mulheres de reconhecer a vivência do abuso; controle e opressão muitas vezes eram vistos como zelo e provas de amor. E quando percebiam que viviam episódios de violência, achavam que poderiam controlar esses eventos, no intuito de manter a união da família e manutenção do casamento. No entanto, quando decidiam dar fim ao relacionamento, acabavam por retomá-lo logo depois, com promessas de melhoria de comportamento por parte desses parceiros.

Trabalhar para garantir alguma independência financeira, negar sexo, ameaçar abandonar a casa e denunciar o marido à polícia, são algumas das atitudes que muitas mulheres adotam na tentativa de revidar tais violências. Ainda que muitas delas cheguem a pedir medida protetiva, a descrença no sistema e na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) fazem muitas delas se sentirem inseguras na efetivação dessa medida (LAZZARI & ARAÚJO, 2018).

No final do século XX, com a participação intensa de movimentos feministas, políticas públicas de saúde direcionadas para as mulheres começaram a ser desenvolvidas no Brasil, antes mesmo da criação do SUS. O marco inicial foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, que ampliou o foco da assistência da mulher, indo além da saúde reprodutiva e materna, com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (BRASIL, 1984).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) aprimorou o PAISM, incluindo diversos grupos populacionais e implementando ações de saúde pública para a garantia de direitos humanos das mulheres. Além disso, em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi instituída para combater a violência de gênero (SILVA & SILVEIRA, 2020).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem por objetivo *“enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno”* (BRASIL, 2011, p. 35). Ela estabelece princípios para ações de combate à violência assim como prevenção, assistência e garantia de direitos às mulheres vítimas e em situação de violência. Essa política é fruto de uma longa jornada de debates em conferências e convenções nacionais e internacionais, envolvendo grande participação de movimentos feministas, e está estruturada dentro do Plano Nacional de Política para as Mulheres, criado em 2004. Antes disso, as iniciativas de combate e enfrentamento à violência contra mulheres eram formadas por ações isoladas, como capacitação dos profissionais envolvidos na rede de atendimento às mulheres vítimas de violência e da oferta de serviços especializados como as Casas-abrigo e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011, p. 7).

A seguir é possível observar de maneira cronológica o processo que culminou na elaboração da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (MARTINS *et al*, 2015), no Brasil:

- 1975/México: I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher que estabelece três principais objetivos que guiariam os trabalhos da ONU pelas mulheres e meninas ao redor do mundo, sendo estes: “a plena igualdade e eliminação da discriminação de gênero; a integração e a plena participação

das mulheres no desenvolvimento; e a maior contribuição das mulheres no fortalecimento da paz mundial”¹⁰.

- 1979: Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres na qual resultou da pressão internacional dos movimentos feministas;
- 1980/Nairóbi: Conferência Mundial sobre a Mulher estabelece metas e ações para mitigar as desigualdades de gênero e promover o desenvolvimento feminino;
- 1981/Brasil: assina a Convenção da Mulher e somente em 1984 é ratificada com reservas a alguns artigos que versavam sobre isonomia entre homens e mulheres nas questões de casamento, família e liberdade de escolha de domicílio. Somente em 1994, após o advento da Constituição Federal em 1988, tais reservas seriam postas de lado, e ocorreria a ratificação integral da Convenção da Mulher;
- 1993/Viena: Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada pela ONU, chancela a necessidade da promoção e proteção dos direitos humanos das mulheres como prioridade internacional;
- 1994: Organização dos Estados Americanos confere força normativa à Declaração sobre Eliminação da Violência contra a Mulher; conclusão da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em Belém do Pará, posteriormente promulgada no ano de 1996;
- 2001/Brasil: o Estado brasileiro foi condenado pelos organismos internacionais por sua omissão e negligência no combate à violência matrimonial;
- 2006/Brasil: promulgada a Lei N° 11.340, também conhecida como lei Maria da Penha;
- 2011/Brasil: Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres, realizado entre os estados da federação e o Distrito Federal.

¹⁰ <https://www.cndh.org.mx/noticia/se-realiza-en-mexico-la-primera-conferencia-mundial-sobre-la-mujer> acessado em 14 de outubro de 2023

A Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) é uma instituição policial onde as mulheres podem recorrer para realizar denúncias e buscar ajuda em situações de violência. Muitas dessas mulheres buscam este equipamento em momentos em que estão decididas a darem uma lição em seus companheiros violentos, não necessariamente desejando a prisão deles, mas como uma forma de castigo, buscando uma resolução muito mais complexa do que o ordenamento jurídico da instituição pode compreender. Soma-se às expectativas dessas mulheres, a falta de treinamento específico dos profissionais que trabalham neste tipo de delegacia. A desqualificação da vítima e banalização das situações por parte dos policiais e a dificuldade de compreender a complexidade dos processos pelos quais as mulheres vivenciam em suas relações conjugais são grandes dificultadores no atendimento dentro da rede de proteção à mulher vítima de violência; além de desestimular tais vítimas a procurarem a instituição (BRANDÃO, 2006).

A solidão da mulher vítima de violência é gigantesca. Além da vergonha e da autculpabilização, quando toma coragem de pedir ajuda policial, acabam por se frustrarem. Há ainda, o adoecimento psíquico dessas mulheres. O sentimento de que tais violências são injustificáveis é um dos fatores que aumentam os sentimentos de tristeza, medo, impotência; fatores esses que culminam na deterioração da saúde mental dessas mulheres que acabam por ter sua autoestima comprometida com humilhações e xingamentos (GOMES *et al*, 2022; FONSECA *et al*, 2012). Neste sentido, a violência é um fator de adoecimento não só físico, mas mental das mulheres.

Outra grande “porta” de acolhimento dessas mulheres vitimizadas, ainda que não seja a institucionalmente a entrada oficial, é o sistema público de saúde, por meio da atenção primária.

A Atenção Primária à Saúde, sendo o primeiro nível de atenção dentro SUS, tem como eixo motriz a atenção a nível individual e coletivo considerando aspectos socioculturais, ambientais e econômicos da comunidade propiciando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como infraestrutura central a Unidade Básica de Saúde e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) um instrumento de fortalecimento de equipes multidisciplinares formadas por pelo menos um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e um cirurgião-dentista,

oferecendo serviços de consulta, vacinação, exames, entre outros procedimentos ambulatoriais. Entre suas diretrizes estão o cuidado centrado na pessoa e a participação da comunidade como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado das pessoas do território onde a UBS está localizada (BRASIL, 2017). Ou seja, a atenção primária à saúde é, em princípio, um espaço de acolhimento às mulheres em situação de violência, onde acontecimentos podem ser detectados; ainda que muitas dessas mulheres nem sempre relatem os motivos de suas queixas e os profissionais de saúde não façam a relação destas com atos de violência doméstica (SCHRAIBER *et al*, 2002; SIGNORELLI *et al*, 2013).

Ademais, visto que a intersetorialidade horizontal, prevista no pacto nacional de enfrentamento à violência contra mulheres, envolve diferentes setores, entre eles, o da saúde, é no atendimento dentro da atenção primária, que essas mulheres em situação de violência são atendidas e encaminhadas para os serviços especializados e de outros setores da rede de enfrentamento (SILVA *et al*, 2015).

Desde 2009, a notificação compulsória de violência doméstica foi implementada dentro do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), que muitas vezes apresenta problemas em sua cobertura (OLIVEIRA & FERIGATO, 2019) com subnotificações e/ou demais problemas de informatização das UBS e, até mesmo, falta de papel. Além disso, os profissionais de saúde são orientados pela Lei n.º 10.778 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, a realizar a notificação compulsória de violência (BRASIL, 2003). Desde 2019, com a alteração dessa lei, havendo indícios ou confirmação de violência, os mesmos profissionais são obrigados a comunicar à autoridade policial, em até 24 horas, para providências cabíveis e fins estatísticos (BRASIL, 2019).

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011), a Rede de Atendimento à mulher vítima de violência é uma articulação entre governos municipais, estaduais/distritais, federal e sociedade civil e envolve diferentes serviços e setores como o de saúde, segurança pública, assistência social, justiça, educação, entre outros, que tem por objetivo dar conta da complexidade do

fenômeno e deve trabalhar de forma articulada prestando serviço de forma qualificada e integral e que não revitimize essa mulher.

No entanto, apesar do papel da APS na humanização e cuidado das pessoas em situação de violência, permanece a abordagem da saúde-doença pautada no tecnicismo, na medicalização e na redução do sofrimento somente à patologia. Esta abordagem é um grande obstáculo que barra a visibilidade da violência doméstica como parte integrante do setor saúde (MENDONÇA *et al*, 2020). Da mesma forma, parte dos profissionais de saúde não enxergam a violência doméstica como um problema de saúde (D'OLIVEIRA *et al*, 2020).

Apesar das inúmeras pesquisas e do próprio conceito de Saúde Coletiva e sua abordagem integral, que relaciona adoecimento com questões socioculturais e econômicas, o atendimento a mulheres vítimas de violência ocorre de forma muito pontual e não resolutive. Ocorre por uma ação curativa mediante aquilo que é visível aos olhos do profissional de saúde, como hematomas no corpo, ou mediante aquilo que é estritamente relatado pela paciente, como uma dor de cabeça e estresse persistentes. Em geral não são feitas perguntas mais direcionadas e aprofundadas, a fim de verificar a real causa dessas queixas (AMARIJO *et al*, 2018; SIGNORELLI *et al*, 2013).

Os desafios enfrentados para a construção de uma atenção integral frente às situações de violência contra as mulheres são evidentes, seja por atitudes omissas de profissionais de saúde despreparados (MOREIRA *et al*, 2014), seja por medo de se expor a represálias e insegurança diante da possibilidade de uma investigação policial (PORTO *et al*, 2014; CARNEIRO *et al*, 2022) ou mesmo pelo silêncio da vítima que é um ponto dificultador no acolhimento dessa mulher (SILVA & RIBEIRO, 2020).

Essas questões que acontecem dentro do consultório, na clínica, refletem todo um dilema ético construído socialmente dentro de uma visão patriarcal de mundo na qual a violência contra a mulher é normalizada e carregada de significados que a colocam como responsável pela agressão que sofreu ou por não conseguir sair de uma situação de violência; isto tudo condensado no ditado popular “em briga de marido e mulher não se mete a colher”.

Por outro lado, o acolhimento dentro da UBS acontece pela equipe de enfermagem, categoria cuja maioria é formada por mulheres, o que geraria, por definição, um sentimento de empatia e escuta mais acolhedora. Porém, outros afetos também são acionados nesses profissionais, como a frustração e o sentimento de impotência diante da dificuldade, o despreparo para lidar com a situação e, como consequência, intolerância e descaso com essas situações de violência (MOTA & AGUIAR 2020).

Outro fato importante, apontado na pesquisa de Oliveira & Ferigato (2019), é o sofrimento mental da profissional de saúde, especialmente dessas enfermeiras que fazem o acolhimento já que, por serem mulheres, podem elas mesmas estarem lidando com situações de violência em suas vidas ou em situações passadas. Todos esses fatores implicam/complicam o trabalho de acolhimento dessas vítimas dentro da unidade de saúde, que não deveria se restringir à escuta de queixas, mas à garantia de uma assistência humanizada e resolutiva (PORTO *et al*, 2014).

Segundo Andrade & Fonseca (2008), mesmo os profissionais que têm formação em saúde da mulher demonstram pouco conhecimento sobre a violência como violação de saúde e de direitos humanos contra as mulheres, ficando claro o desconhecimento sobre o conceito de gênero e suas implicações como um marcador social de saúde. Ou seja, a questão do entendimento de gênero como algo além da biologia, que dicotomiza o que é ser homem e o que é ser mulher e o que isso significa em termos culturais, acaba sendo outra problemática importante na discussão sobre violência e saúde.

Já nos locais onde há certo entendimento, muitos profissionais não sabem lidar com a pauta, justificando lacunas na sua formação profissional, como na graduação ou residência, e de outros cursos de capacitação que poderiam e deveriam, ser ofertados pela própria gestão, tornando limitada qualquer atividade complementar comunitária sobre o assunto (BATISTA *et al*, 2018; AMARIJO *et al*, 2018; OLIVEIRA & FERIGATO, 2019).

Segundo Carneiro e colaboradores (2022), muitos profissionais não têm conhecimento aprofundado sobre os vários tipos de violência contra a mulher, estando menos preparados para identificar, especialmente, a violência psicológica/moral, gerando uma subnotificação para este tipo de violência, ainda que esta esteja muitas vezes atrelada, também, à violência física. Muitas queixas como insônia, dificuldade de concentração e

apatia são tratadas sem questionar se há um fator estressor que, muitas vezes, é a violência psicológica. Essa situação traz a necessidade de refletir sobre como tal violência é negligenciada (CARNEIRO *et al*, 2022). Por vezes, nem a própria mulher sabe que está sendo vítima, acreditando que xingamentos, subordinação e humilhações são atitudes normais entre casais e que a hierarquia do esposo sobre a esposa, do pai sobre a filha, do irmão sobre a irmã é a regra da vida (SIGNORELLI *et al*, 2013; OLIVEIRA & FERIGATO, 2019; SILVA & RIBEIRO, 2020).

Sobre o atendimento ambulatorial a essas mulheres na atenção primária, as leituras realizadas em diversos artigos mostram que o fator violência fica em segundo plano, dando-se maior atenção aos aspectos de saúde geral, medicalização e cuidado de alguma lesão advinda da violência, que sequer é citada como possível causadora desses agravos (MOREIRA *et al*, 2014; BORSOI *et al*, 2009). Muitas vezes não há encaminhamento para o serviço social e psicossocial nem orientação sobre a possibilidade dessa mulher buscar ajuda e orientação em uma delegacia, especializada ou não. Já em casos de violência sexual intensa, quando as mulheres apresentam queixas ginecológicas notáveis ou violência física grave, é dispensado pelos profissionais um entendimento mais explícito como um agravo cometido por “violência”, dando providências também junto à segurança pública - ainda que de forma não sistematizada visto que muitos profissionais de saúde desconhecem esse caminho entre o fenômeno praticado até o cuidado ampliado (MOREIRA *et al*, 2014; SIGNORELLI *et al*, 2013).

Borsoi e colaboradores (2009), pesquisando em uma unidade de saúde de referência em atendimento a vítimas de violência, apontam que os profissionais passaram por uma capacitação para esse tipo de atendimento e tinham, na época, grupos de discussão. Além de acolherem, davam encaminhamento informando sobre a rede de atendimento e realizavam o acompanhamento por um longo período. Os autores constataram que, apesar do bom atendimento, por parte da equipe de profissionais da unidade, a pesquisa demonstrou que isso não impedia que as mulheres fossem revitimizadas, já que há partes nesse trajeto pela Rede de enfrentamento à violência que ultrapassa o setor saúde, envolvendo outros sujeitos e instituições. Neste sentido, as mulheres podem ter que contar a história de violência sofrida diversas vezes para os

diferentes atores envolvidos na Rede, ou mesmo serem desacreditadas, causando um grande sofrimento psíquico a elas.

De uma forma geral, pesquisas apontam, também, a importância das Agentes Comunitárias em Saúde (ACS) na execução do diagnóstico de violência, já que elas vivem na mesma região e realizam visitas domiciliares, facilitando a identificação de algumas situações de violência doméstica (SIGNORELLI *et al*, 2013; PORTO *et al*, 2014; ARBOIT *et al*, 2018; SILVA & RIBEIRO, 2020). Nesse caso, também se destacou alguma limitação de atuação, já que diálogo e conversa não foram suficientes para dar encaminhamento ao cuidado integral dessas mulheres, pois era necessário o envolvimento de toda a equipe e, como citado antes, este envolvimento é problemático haja visto a falta de capacitação integral de todos os profissionais. Ressalta-se ainda que são as ACS que muitas vezes percebem mulheres vítimas de negligência, em especial idosas.

Foi possível perceber, pela análise dos artigos consultados para a revisão desta pesquisa, que o principal instrumento utilizado pelos profissionais é tentar criar vínculos por meio de diálogo e entendimento do meio social das usuárias, dos seus estilos de vida e condições de moradia. Dessa forma, a maioria das ações são pontuais e acontecem dentro da UBS através de atividades propostas por profissionais como psicólogas e assistentes sociais. No entanto, nem todas as UBS possuem uma equipe de apoio multidisciplinar, que possa empreender estas ações.

Segundo o portal de notícias do Ministério da Saúde¹¹, há previsão de um robusto aporte financeiro nas equipes multidisciplinares em saúde, além da cotação de novas especialidades; antes restritas ao médico de família, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos, conforme previsto pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, criado em 2008.

Fica evidente a invisibilização institucional da violência e que a responsabilidade por esta questão não deve recair somente sobre os profissionais de saúde, mas também sobre os gestores e todas as esferas de governo (BATISTA *et al*, 2018).

Os profissionais de saúde reconhecem a importância da rede intersetorial com uma equipe multidisciplinar (BOSOI *et al*, 2009; AMARIJO *et al*, 2018; BATISTA *et al*,

¹¹ <https://aps.saude.gov.br/noticia/21417> acessado em 08 de setembro de 2023.

2018) e ao mesmo tempo desconhecem como funciona a Rede de enfrentamento à violência e os diversos órgãos que a compõem, assim muitas vezes dão encaminhamento à essas vítimas para outras instâncias com a intenção de apenas transferirem o problema por não quererem ou não saberem lidar com a situação (PORTO *et al*, 2014).

Ao longo dessa pesquisa, será possível perceber falhas de tratamento por parte de agentes segurança pública que, por vezes, parece desconhecer os meandros da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Além, claro, das inseguranças dos profissionais de saúde no que tange à capacitação profissional para tratar o assunto e à obrigação, por lei, de notificar a polícia em casos de violência, o que quebra a confiança entre médico e paciente. E não menos importante, ficará evidente como muitas mulheres desconhecem esse caminho da Rede proposta pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), somado a um conhecimento bem raso sobre a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e sobre todos os seus direitos enquanto vítimas de violências de gênero.

OBJETIVOS E METODOLOGIA

Objetivo central:

- Compreender e analisar as manifestações de violência de gênero, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste, área rural da RA Sobradinho II, no Distrito Federal. Entender como se dá a percepção e conduta dos profissionais de saúde da UBS da região adstrita, nos casos de violência doméstica.

Objetivos específicos:

- Classificar e tipificar as formas de violências vivenciadas com base naquelas propostas pela Lei Maria da Penha;
- Compreender os motivos e explicações expressados pela vítima;
- Relatar as experiências das vítimas de violência no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde.

Aspectos éticos da pesquisa

O primeiro grupo estudado foi o de mulheres maiores de 18 anos, vítimas de violência doméstica, vinculadas a UBS e a região adstrita. O nome utilizado em

substituição ao real foram o de nomes de mulheres vítimas de feminicídio no DF, *in memoriam*.

Segundo grupo foi a população de todos os profissionais da UBS 6 Lago Oeste Sobradinho que atende o território onde aconteceu a pesquisa que aceitaram participar, UBS na qual existe apenas uma equipe de saúde da família.

Foi assegurado ao participante da pesquisa o direito de se recusar a responder qualquer questão que pudesse causar algum tipo de constrangimento, bem como de interromper a entrevista a qualquer tempo e, inclusive, desistir de participar. Não houve custo com o deslocamento da participante para a realização do estudo, sendo esta despesa arcada pela própria pesquisadora, que utilizou carro próprio para este fim. O local de entrevista foi demandado pela participante à pesquisadora, para evitar possíveis desconfortos e problemas quanto a locomoção. Todos os profissionais de saúde optaram por dar suas entrevistas na UBS.

Outro fator importante foi a garantia da confidencialidade e sigilo. Por isso, o acesso aos dados confidenciais é permitido somente à pesquisadora e orientador da pós-graduação, e o material ficará sob guarda da pesquisadora principal por cinco anos, após isso, será destruído.

Os riscos da pesquisa estavam relacionados com o tempo que a participante, vítima de violência, dispensaria para com a participação nas entrevistas e com possível incômodo perante alguma questão, podendo contar com o suporte da equipe de pesquisa. Para dirimir desconfortos, a pesquisadora manteve uma postura acolhedora e sem julgamentos prévios, além de garantir o sigilo de qualquer nome ou menção de terceiros.

Para os profissionais de saúde da UBS, os riscos foram mínimos, sendo o tempo dispensado para a entrevista o possível desconforto. Para isso, a pesquisadora buscou cumprir exatamente os horários estipulados por eles para a realização da entrevista. A pesquisadora manteve postura para evitar julgamentos e garantindo sigilo sobre qualquer nome ou procedimento citado. Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual e privada.

Os benefícios decorrentes desta pesquisa são de forma coletiva, ao grupo pesquisado, pois os resultados contribuem para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado.

Esse projeto seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que prevê sigilo, autonomia, beneficência, justiça, equidade, dentre outros. Este projeto foi submetido ao sistema da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) via Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sendo aprovado no dia 19 de maio de 2022, parecer consubstanciado n.º 5.418.067, anexos folhas 8 e 9. Posteriormente, à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde (FEPECS/SES/DF), sendo aprovado no dia 20 de agosto de 2022, parecer consubstanciado n.º 5.593.010, anexo folha 7. Antes das entrevistas, todos os participantes receberam informações que esclareciam suas participações na pesquisa, puderam tirar dúvidas e, em seguida, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Critérios de inclusão:

- Mulheres maiores de 18 anos vítimas de violência, usuárias da UBS do território pesquisado que aceitaram participar da pesquisa, seja por ter participado de alguma roda de conversa na UBS, seja por qualquer outro motivo (indicação de alguma participante ou profissional de saúde).
- Profissionais de saúde trabalhadores da UBS que aceitaram participar da pesquisa.

Critérios de exclusão:

- Desistência total ou parcial do participante ou não assinatura de TCLE.
- Desistência a qualquer momento de participação na pesquisa.

Metodologia

A metodologia escolhida, dados os objetivos e o tema da pesquisa, obrigatoriamente foi a abordagem qualitativa, por considerar os fenômenos sociais como processos complexos, em constante transformação e articulados a diversos significados e

sentidos, possibilitando o recorte do projeto sem perder de vista sua contextualização (VASCONCELOS, 2002).

É uma pesquisa qualitativa que tem o intuito de trazer compreensão do fenômeno e do modo como ele ocorre em uma população de um território específico. Utilizou-se a técnica da observação participante e a realização de entrevistas. Foi feita uma descrição de como se dá o fenômeno e suas características de acordo com o contexto em que está inserido (GIL, 2002).

Na primeira parte da pesquisa, a coleta dos dados aconteceu dentro da Unidade Básica de Saúde do território por meio da observação e participação da pesquisadora em rodas de conversa exclusivamente com mulheres – atividade proposta e conduzida por uma psicóloga voluntária da UBS.

Esta atividade de campo teve caráter etnográfico (GEERTZ, 1989), sobretudo de observação participante, no qual a pesquisadora pôde compreender a dinâmica de vida que essas mulheres estabelecem com o cuidado de saúde mental delas próprias, de cuidado com os seus e suas relações com a UBS.

Neste trabalho de campo, também foi possível estabelecer uma relação com os profissionais de saúde, já que participamos de outras atividades promovidas pela UBS como, aula de ginástica – orientada pelo residente de educação física; aula de *Tai Chi Chuan* – orientada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); eventos do “novembro rosa” e da confraternização de final de ano – com a participação de todos os profissionais da UBS e comunidade. Com isso, foi possível estabelecer uma relação de empatia e confiança com os profissionais e, dessa forma, observar parte de sua atuação profissional e compreender a dinâmica estabelecida neste ambiente.

Na segunda etapa da pesquisa, a técnica utilizada foi a entrevista não-diretiva, com profundidade de escuta e sem direcionamento rígido dos assuntos tratados. Foram utilizados dois roteiros guias para as entrevistas, um para os profissionais de saúde e outro para as mulheres vítimas de violência. Nesta técnica, proposta por Merton e colaboradores (MERTON et al,1956), os núcleos focais do roteiro de entrevista são estabelecidos de antemão a partir da bibliografia consultada e da experiência do pesquisador com o tema, conforme consta no roteiro de entrevista do APÊNDICE 2. Estes núcleos direcionam as entrevistas e mantêm o assunto delimitado. A entrevista semiestruturada foi dividida em

quatro núcleos de pesquisa (núcleo focal) que permitiram que fossem analisadas informações de acordo com um tema específico de forma descritiva, buscando consolidar as informações em forma de categorias simples para posterior discussão temática.

Para a análise das entrevistas das mulheres foi utilizada a metodologia da biografia coletiva uma vez que, durante o trabalho de escuta das entrevistas gravadas, foram observados traços e trajetórias comuns entre as histórias contadas (MONTAGNER, 2009).

A biografia coletiva é uma proposta de reconstrução de uma persona coletiva, de uma figura emblemática e representativa de um grupo, como apontou Montagner (2009). Segundo o autor, ele segue a ideia de Sérgio Miceli, que propõe a metodologia prosopográfica, que *“requer a construção da biografia coletiva (...) com base numa estratégia de exposição e análise que se vale do exame detido de casos exemplares alçados a condição de tipos ideais”*.

A ideia que baseia a biografia coletiva é de que as evidências empíricas constatadas pelo pesquisador sejam suficientes para se reconstruir as condições de vida e o destino de classe (ou grupo), por meio de indicadores da trajetória social como a formação escolar, profissional, origem social e mesmo geográfica. Esse conjunto de dados apontaria para uma trajetória comum e possibilitam a análise sociológica do grupo estudado (Miceli, 2001, p.347, apud MONTAGNER, 2009).

A proposta é obter uma compreensão do grupo estudado por meio do conhecimento das condições objetivas e trajetórias desse grupo.

Da conjunção dessa atenção redobrada e da construção metódica, forte, do conhecimento das condições objetivas, comuns a toda uma categoria, pode-se obter uma compreensão genérica e genética dos agentes sociais, a saber:

O domínio das condições de existência e dos mecanismos sociais cujos efeitos são exercidos sobre o conjunto da categoria da qual eles fazem parte (as dos estudantes, dos operários, dos magistrados, etc.) e domínio dos condicionamentos inseparavelmente psíquicos e sociais associados a sua posição e a sua trajetória particulares no espaço social (Bourdieu, 2003: 700).

Durante as entrevistas, ainda que não tivesse tido uma diretiva para que essas mulheres contassem suas histórias de vida, foi muito comum elas seguirem por este tipo de narrativa. Assim, apresentar os resultados dentro das arestas da biografia coletiva, nos permitiu valorizar o as subjetividades dessas mulheres que, ainda que tenham suas histórias individuais únicas, compartilham identidades sociais comuns, sendo possível traçar uma *persona* coletiva (MONTAGNER, 2009). A biografia coletiva dessas mulheres, corrobora, também, no senso comum do sentimento de sororidade entre mulheres que já sofreram violência doméstica, já que, apesar das diferentes histórias e motivações, todas compartilham o sentimento de solidariedade entre elas por terem sido vítimas de um homem violento. Do ponto de vista sociodemográfico, as mulheres constituíram um grupo social homogêneo, dada a origem social humilde, a moradia na mesma região, os traços comuns de sua trajetória social e outros indicadores.

A análise das entrevistas com os profissionais de saúde foi feita com base na técnica da entrevista focada, descrita por Merton e colaboradores, em que o pesquisador já possui um conhecimento prévio sobre o tema ou o acontecimento abordado e que os entrevistados possuem relação direta com o tema (MERTON et al,1956). Estes núcleos direcionaram as entrevistas e mantiveram o assunto delimitado. A entrevista semiestruturada foi dividida em quatro núcleos de pesquisa (núcleo focal) que permitiram que fossem analisadas informações de acordo com um tema específico de forma descritiva, buscando consolidar as informações em forma de categorias simples para posterior discussão temática.

A discussão dos resultados foi dividida por seções a partir dos tipos de violência tipificadas dentro da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006): violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. Dentro de cada seção serão abordados outros aspectos socioeconômicos, culturais e estruturais que fomentam a compreensão dessas violências sofridas pelas mulheres e a forma como elas aconteceram, e como os profissionais de saúde atuam, ou deveriam atuar, na assistência a essas vítimas.

Diário de campo - a escolha do território

A seleção do Núcleo Rural Lago Oeste como cenário para a realização do trabalho de campo foi influenciada por uma série de fatores, dentre os quais três momentos-chave

podem ser identificados como determinantes. Inicialmente, merece destaque o vínculo pessoal da pesquisadora com essa região, estabelecido a partir de 2020, quando adquiriu um pequeno terreno e construiu uma casa para fins de recreação e atividades ecológicas. Durante o processo de aquisição do terreno e mesmo em ocasiões anteriores, quando explorava trilhas por lazer, a pesquisadora teve a oportunidade de examinar minuciosamente a área, percebendo não apenas a exuberância da natureza, mas também as marcantes disparidades socioeconômicas presentes na região. A paisagem era composta por amplas propriedades com moradias planejadas, em notável contraste com habitações erguidas em lotes subdivididos; algumas casas chegavam a compartilhar paredes, enquanto outras abrigavam automóveis mais antigos, populares e motocicletas. Nesse contexto, também se deparou com dois assentamentos habitacionais.

Em segundo plano, o momento em que a pesquisadora se deparou pela primeira vez com a Unidade Básica de Saúde (UBS) da localidade merece consideração. Ao passar de carro pela rua principal que dava acesso às demais vias do território, notou que a UBS estava instalada dentro de uma associação local, que também abriga o Batalhão Rural da Polícia Militar. Ao lado da UBS estava a única escola pública da região, cujos muros exibiam cuidadosas pinturas florais. A localização estratégica da UBS, numericamente mais próxima do que se poderia considerar o "centro" do território - por conter um polo comercial com alguns mercadinhos, casas de materiais de construção e comércios de insumos agrícolas - mas ao mesmo tempo, mais próxima, em termos de quilometragem do Plano Piloto, despertou sua atenção.

Em terceiro plano, destaca-se a visita a um dos assentamentos da região. Em 8 de julho de 2021, a pesquisadora participou de uma iniciativa organizada pela Secretaria de Estado da Mulher, que em colaboração com outras secretarias do governo distrital, proporcionou uma variedade de serviços, como oficinas de capacitação profissional, diálogos com enfoque psicossocial, emissão de documentos e cuidados de saúde. Nessa ocasião, a pesquisadora já havia sido aceita no programa de mestrado e estava em contato com seu orientador. Esse evento, portanto, desempenhou um papel estratégico na decisão de escolher a região como campo de pesquisa. Durante esse dia, que reuniu centenas de pessoas, a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer a Equipe de Saúde da Família da UBS local, que realizava atendimentos médicos e administração de vacinas.

Além de receber a vacina contra a *influenza*, a pesquisadora aproveitou a oportunidade para dialogar com uma assistente social da UBS. Durante essa conversa informal, apresentou sua proposta de pesquisa e soube que muitas usuárias poderiam estar sujeitas a situações de violência, mesmo que não manifestas, conforme observado nas atividades conduzidas por essa assistente social e por uma psicóloga residente, tanto na UBS quanto nos serviços diários de acolhimento. Também trocou informações de cunho extremamente informal com moradoras locais que vendiam seus produtos na área. Ao se apresentar como recém-moradora da região e frequentadora da cachoeira situada no assentamento, a pesquisadora construiu laços iniciais com os habitantes locais.

A combinação da riqueza e das diferenças sociais presentes na região, juntamente com o desejo de explorar mais profundamente o território no qual estava embarcando em uma jornada pessoal significativa, aliado aos objetivos de sua pesquisa de mestrado, motivaram a pesquisadora a eleger essa zona rural do Distrito Federal como o local para sua investigação de campo. Nesse momento, também se iniciaram as primeiras interações interpessoais com residentes, especialmente prestadores de serviços, como pedreiros, jardineiros e trabalhadores diários do campo, a maioria dos quais homens. A escolha desse cenário foi tanto uma decisão natural quanto pragmática, que, ao longo do tempo, também se tornou uma conexão afetiva.

O território

O trabalho de campo foi realizado no Núcleo Rural Lago Oeste, região rural da RA Sobradinho II. Há poucas informações sociodemográficas da região que não esteja vinculada à toda RA – área urbana mais área rural. Em ligação telefônica para Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) foi informado à pesquisadora o território da pesquisa não é uma área representativa da Pesquisa Domiciliar por Amostra de Domicílio (PDAD) e que, por isso, não há amostras representativas suficientes para detalhar especificamente o Núcleo Rural Lago Oeste.

O PDAD de 2021¹² cita o termo “Lago Oeste” apenas três vezes em seu documento, onde é localizado como uma região de turismo rural e ecológico; o que de fato é realidade.

No Relatório Final de Situação Cadastral do Núcleo Rural Lago Oeste¹³, realizado pela Terracap e disponibilizado em março de 2021, aponta a existência total de 1965 chácaras na região. A região é dividida em 25 ruas, com suas respectivas travessas, e há dois assentamentos localizados lá: Betel e Chapadinha.

A UBS

A UBS 6 Lago Oeste possui apenas uma Equipe de Saúde da Família com os seguintes profissionais: 1 médico, 1 enfermeira (integrante da equipe), 1 enfermeiro (acolhimento), 2 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 dentista, 1 técnico em higiene dental e 2 agentes comunitários em saúde. O enfermeiro do acolhimento, um dos técnicos de enfermagem e o técnico de higiene bucal foram integrados à equipe recentemente, depois do trabalho de campo finalizado. Já, a farmacêutica, tinha entrado na equipe um mês antes do início do trabalho de campo da pesquisadora.

O único residente, à época da pesquisa de campo, era um profissional de Educação Física, que deixou o posto no início de 2023. Desde setembro deste ano, há a atuação de 4 residentes: 1 assistente social, 1 farmacêutica, 1 enfermeira e 1 psicóloga.

A população total atendida na UBS é de 4.081 usuários cadastrados para apenas uma Equipe de Saúde da Família.

Adentrando o território

O primeiro contato formal com a UBS foi realizado no dia 10 de agosto de 2021, quando a pesquisadora entrou em contato com o médico explicando a proposta da pesquisa de mestrado sendo convidada para comparecer, no dia 12 de agosto, na reunião de equipe para que mais detalhes fossem repassados a todos. O ambiente era muito acolhedor, um bolo de mandioca com coco tinha acabado de sair do forno, na mesa oval

¹² <https://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2021-3/> acessado em 10 de novembro de 2023.

¹³ <https://www.terracap.df.gov.br/index.php/noticias/1049-relatorio-final-de-situacao-cadastral-do-nucleo-rural-lago-oeste> acessado em 10 de novembro de 2023.

onde todos estavam reunidos tinha, ainda, pão de queijo e café. Os profissionais presentes disseram que sempre era assim às quintas-feiras de tarde, dia de reunião de equipe, com lanche sendo compartilhado para gerar um clima mais acolhedor e de paridade entre todos.

Naquela reunião, a pesquisadora teve a oportunidade de detalhar sua proposta de pesquisa. Foi discutido o processo de aprovação ética, abordando questões sobre sigilo e colaboração da equipe. A receptividade dos profissionais foi notável, todos demonstraram atenção e prontidão para o diálogo. A aceitação da UBS não se limitou apenas à inclusão na pesquisa, mas também envolveu a colaboração na seleção das mulheres a serem entrevistadas. Nesse ponto, a parceria estava solidificada.

Um período de nove meses transcorreu desde a submissão do projeto ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília até a aprovação final em 20 de agosto de 2022. Com essa etapa concluída, o trabalho de campo poderia ser iniciado. Em 30 de agosto, a pesquisadora compartilhou a novidade com o médico, e no dia 1º de setembro, ela estava de volta à reunião da equipe da UBS. Um ano havia se passado desde a apresentação inicial do projeto, e era necessário reintegrar-se aos detalhes e mudanças ocorridas na Unidade.

Nessa reunião, nomes de possíveis entrevistadas já foram levantados. Uma dinâmica colaborativa foi estabelecida: um dos agentes comunitários de saúde entraria em contato com as potenciais entrevistadas, explicaria a proposta e, em caso de concordância, a pesquisadora entraria em cena para fornecer mais informações e agendar as entrevistas. Essa abordagem mostrou-se eficaz ao longo do projeto, e foi decidido que as entrevistas com a equipe seriam gradualmente agendadas durante o horário de expediente. A UBS e a associação local ofereceram suas instalações para as entrevistas, se necessário.

Durante essa mesma reunião, a pesquisadora foi informada sobre um grupo de apoio que ocorria semanalmente desde abril de 2022. Sob a coordenação de uma psicóloga voluntária local, o grupo "De Mulher para Mulher" oferecia um espaço aberto para terapia comunitária, permitindo a discussão de qualquer tópico, prezando sempre pelo respeito, responsabilidade e total sigilo. A sugestão era que a pesquisadora

conversasse com a psicóloga antes de um desses encontros, explicando o propósito do seu trabalho e explorando possíveis indicações de participantes para entrevistas.

No dia 9 de setembro, a pesquisadora teve um encontro com a psicóloga momentos antes do encontro semanal do grupo. A psicóloga estava a par da pesquisa por meio de um agente comunitário de saúde e propôs que a pesquisadora participasse do encontro, compartilhasse o motivo de estar ali pela primeira vez e, ao final, avaliasse se gostaria ou não de continuar no grupo. A sala abrigava 12 mulheres, com idades estimadas entre 30 e 70 anos. A dinâmica consistia em cada mulher relatar resumidamente sua semana, focando em assuntos pessoais de angústia ou discussões do grupo. A psicóloga então contribuía com *insights* e perguntas, permitindo a participação das outras mulheres. O ambiente era muito amoroso, de empatia e escuta qualificada entre todas elas. Houve risos e choros, assuntos difíceis e outros corriqueiros sendo tratados. Na vez da pesquisadora, a psicóloga a apresentou como tal, disse que estava realizando um trabalho acadêmico, que era moradora da região e deu a palavra para que ela terminasse de se apresentar e, assim, ela explicou o que fazia, quantos anos tinha, quanto tempo morava/frequentava a região e aproveitou para expor algumas angústias pessoais afinal, era uma roda de terapia comunitária.

É de extrema importância destacar o impacto positivo desse grupo de mulheres na pesquisa. Essa reunião na manhã do dia 9 de setembro de 2022, mudou totalmente a relação da pesquisadora com a região. A partir desse dia, ela começou a passar mais tempo na sua residência dessa região e a, enfim, conhecer mais mulheres de lá, eram suas vizinhas que estavam naquele grupo onde foi recebida de braços abertos. Foi de lá, também que saíram três entrevistadas e a indicação de uma outra. Ou seja, quatro das dez mulheres entrevistadas nesta pesquisa são resultado da participação da pesquisadora neste grupo.

Vale salientar que a interação da pesquisadora com as mulheres do grupo foi, desde o princípio, de partilha, se ela entrou na sala da primeira reunião com intenção de conhecer mais mulheres e captar possíveis contatos de participantes, terminou sua manhã fazendo parte de uma comunidade, estava ali quase de igual para igual, compartilhando desejos, inseguranças e coisas simples do cotidiano. Até hoje, mesmo com a pesquisa finalizada, participa desse grupo que tanto a ajudou, sem nem mesmo entender como, na

sua saúde mental, no entendimento da dinâmica do território e, também, no florear de sua casinha, já que acumulou muitas mudas de flores e grama amendoim que ganhou de suas companheiras.

Outro destaque importante a se fazer aqui é do agente comunitário de saúde do posto. Ele está há 16 anos nesta unidade, é o profissional atual mais antigo da UBS, tem 40 anos e chegou no território com 4 anos de idade, junto de sua família formada por migrantes nordestinos, e sempre morou lá. Por isso, tem amplo conhecimento do local e dos moradores. De voz suave e postura naturalmente acolhedora, é o responsável pelas atividades integrativas, como *reiki* e as aulas para o grupo de *Tai Chi Chuan*. Foi o profissional mais ativo na colaboração desta pesquisa, entrava em contato com as potenciais entrevistadas e sempre convidou a pesquisadora para as atividades coletivas na UBS ou de atividades sociais, como uma celebração coletiva de aniversário das frequentadoras dos grupos de ginástica e *Tai Chi Chuan* que aconteceu um dia de noite na casa da mãe dele. É uma pessoa que demonstra muito envolvimento com a função que exerce e acredita que o agente comunitário de saúde é peça fundamental na saúde de sua comunidade, buscando sempre se capacitar mais em busca de melhoria para o “seu povo”, como ele mesmo expressa.

Neste trecho trataremos das entrevistas realizadas com as mulheres e mais à frente explicaremos aquelas realizadas com os profissionais de saúde da UBS.

As entrevistas

Com as mulheres, a dinâmica de entrevistas foi específica. Como apontado pelo agente comunitário, era possível que elas quisessem concedê-las em um local mais privado, sem exposição de encontrar pessoas conhecidas no posto. Afinal, como justificar a presença delas ali sem terem passado por consulta?

Foi o que aconteceu. Metade das 10 mulheres entrevistadas quiseram realizar a entrevista em suas próprias residências e a outra metade, perguntaram se poderia ser na casa da entrevistadora. No contato com as mulheres era sugerido o posto de saúde e garantido a elas carona para buscar onde estivessem e deixar onde desejassem o retorno. Das 5 entrevistadas que pediram para ser nas suas próprias casas, 2 eram participantes do grupo de mulheres, uma era idosa e indicada por uma dessas integrantes do grupo, uma

era a mãe, também idosa, do agente comunitário de saúde e outra era uma mulher que a pesquisadora conheceu em um brechó que aconteceu no território. Nas outras 5 entrevistas que aconteceram na casa da pesquisadora, só uma era participante do grupo de mulheres e pediu para não ser na casa dela, pois a filha estaria por lá no dia da entrevista; as outras 4 foram indicadas pelos agentes comunitários. Essas, de pronto, já perguntavam onde a pesquisadora morava para saber se era perto da rua delas e se lá poderia ser o local da entrevista.

A primeira entrevista aconteceu no dia 21 de setembro de 2022, com uma das mulheres do grupo ao final da manhã e, de tarde, com a psicóloga do grupo. Foi um primeiro dia de sorte, duas entrevistas em um só dia. No entanto, essa facilidade de marcação das entrevistas não se manteve. Com as mulheres do grupo, claro, foi mais fácil. Só que com as outras foi sendo mais complicado, especialmente por motivos de depender do contato inicial dos agentes comunitários de saúde, que era uma gentileza e colaboração e depois, agenda, já que muitas não tinham uma rotina fixa de folga no trabalho e de horários. As últimas entrevistas aconteceram no dia 31 de janeiro de 2023.

O ambiente sonoro das entrevistas com as mulheres, que aconteceram em casas com janelas abertas ou varandas e não em salas fechadas, como no posto de saúde, era bastante idílico. Muitos sons de pássaros, vento, chuvisco e cigarras. Era a natureza seguindo sua belíssima rotina, como quem não se importava com a dureza das histórias que estavam sendo ali contadas. Se o dia era de sol, a canção era uma sinfonia harmonicamente afinada de várias espécies de pássaros. Se o dia era de chuva, a melancolia do vento e do chuvisco davam o tom dos solos que alguns passarinhos insistiam em protagonizar vez ou outra.

As entrevistas renderam café gostoso, carinho de bichinhos, mordiscadas de filhotes de cachorro no cadarço da bota, sorrisos, lágrimas, gargalhadas altas, muitas dicas agroecológicas e retratos 3x4 mentais que a pesquisadora tirou em sua mente e que tornam cada uma dessas mulheres, únicas. Sem exceção, todas agradeceram a oportunidade de serem ouvidas. Até a última - e mais difícil - entrevistada, de longe a mais resabiada, endurecida, entristecida e calada dessas 10 mulheres, mandou uma mensagem por escrito depois de ser deixada em casa: *“Muito obrigada amei conversar com você. Vc é muito legal”* (Maria Ivonilde).

Entrevistas com as mulheres – seleção e execução

Diversos nomes foram levantados pelos ACS como potenciais participantes da pesquisa, porém, nem todos puderam efetivamente se engajar. não se tornaram participantes. Contar uma história é tocar numa ferida que, muitas vezes, não está cicatrizada. Revitalizar uma colaboradora voluntária desta pesquisa sempre foi uma grande preocupação logo, o convite para participação sempre prezou por uma negociação límpida e objetiva, mas também, afetuosa. Neste sentido, dois caminhos distintos foram trilhados:

- a. O atalho: com as mulheres participantes do grupo de terapia comunitária da UBS os convites aconteceram de forma mais fácil. Já havia se iniciado uma relação, ainda que de companheiras de terapia comunitária.
- b. O matagal: com as mulheres indicadas pelos ACS foi necessário um trabalho mais longo, abrindo o espaço de mansinho para acessá-las. Precisaram de mais tempo prévio antes da entrevista acontecer. Em alguns casos, foi necessário semanas de trocas de mensagens para ganhar confiança.

De toda forma, independente do caminho trilhado para, enfim, chegar às entrevistas, todas essas 10 mulheres se guiaram até ali numa intenção de ajudar uma moça que estava fazendo um trabalho de faculdade. Dentre elas, somente 3 entendiam completamente o objetivo da pesquisadora, têm curso superior, sabem o que é um programa de pós-graduação e, ainda assim, usaram termos como “*eu quero te ajudar*”, “*espero ter te ajudado*” (Fernanda, Miriam e Jeane) quando se voluntariaram na pesquisa.

Com as mulheres indicadas pelos ACS o movimento de ajuda foi mais forte ainda. Elas não conheciam a pesquisadora, nem conheciam ninguém que a conhecesse que justificasse um voluntariado, era uma proposta feita por um profissional do posto de saúde que, por mais que elas conhecessem, não são pessoas do círculo social habitual delas. Era um contato inesperado, abordando um assunto delicado. As que aceitaram o convite, a despeito do caminho percorrido até o dia da entrevista, acabaram comentando que fizeram a entrevista na intenção de ajudar a pesquisadora, ou melhor, a “*moça com o trabalho de faculdade*”.

Os parágrafos que correm a seguir, neste trabalho, serão uma “narração” de uma história, sob a ótica da pesquisadora, mas com base nas entrevistas. Esperamos ter tido sucesso na construção desta biografia coletiva que trata a história dessas mulheres em uma escrita que pretende mostrar, de forma breve, vários aspectos de suas vidas e diferentes formas de experienciar as violências que sofreram. O objetivo é contar o contexto de vida e subjetividades que permearam as escolhas e não-escolhas que elas tiveram. Nesse sentido é uma recriação fidedigna realizada pela pesquisadora, com base na entrevista.

A forma empregada será a da biografia coletiva, conforme apontamos na metodologia. As narrativas individuais comporão uma malha de temas, acontecimentos e trajetórias que são representativas das vidas destas mulheres, e que costumam ocorrer com frequência em suas vidas.

Todos os acontecimentos são relatos reais colhidos durante as entrevistas e representam um todo consolidado dos resultados da pesquisa de uma forma narrativa para, em seguida, serem discutidos.

Os subtítulos (“feia, burra, gorda”, “infância bagaceira”), na forma de expressões colhidas das falas das mulheres, pretende indicar o tipo de violência e mesmo a forma como elas aparecem.

Ao final da biografia coletiva, construímos, como um resultado das entrevistas, uma Tabela, com um esforço de sistematização dos 5 tipos de violência contra a mulher, conforme a Lei Maria da Penha (2006), que serão as seções de discussão sobre o que cada tipo significa.

CAPÍTULO II

BIOGRAFIA COLETIVA DAS MULHERES

Feia, burra e gorda

Ao longo das entrevistas foi possível detectar diferentes tipos de práticas de violência; eram mulheres diferentes, cada uma sofrendo à sua, ou às suas formas. Os

cabelos ora eram compridos ora curtos, lisos ou cacheados, grisalhas às vezes; as cores das peles entregavam um retrato bem brasileiro e diverso. No entanto, independente da particularidade de cada uma, do brilho ou da sombra de cada olhar, todas, absolutamente todas, sob o olhar de seus abusadores, eram feias, burras e gordas. Mulheres fadadas a carregar as cruzeiras que a elas pertenciam, só lhes restava a resiliência de quem deve prover, acima de tudo, a manutenção de suas famílias construídas com seus maridos que elas tanto, tanto, amavam.

Infância bagaceira

Já dormiu muito com a mãe e os irmãos no meio do mato. O pai bebia demais e batia na mãe, a ameaçava com arma e faca, fazia parte do cotidiano. Se ele saía para beber, a solução era ir dormir do lado de fora, escondido, ou na casa de alguém para não ser acordada pelo pai com um puxão de cabelo que a derrubava da parte de cima do beliche que dividia com uma das irmãs.

Tinha uma madrasta muito ruim, fazia o pai bater nela. Nunca entendeu o motivo já que desde os 8 anos de idade, quando sua mãe morreu, era ela quem cuidava dos irmãos mais novos, cozinhando, lavando, alimentando.

Aos 11 anos de idade veio a primeira tentativa de suicídio, não aguentava mais apanhar como apanhava do irmão. Uma vez ele tentou matá-la, apontou uma arma para a cabeça dela, disparou, a arma falhou e levou uma coronhada que lhe abriu a cabeça. Continuou apanhando muito, o outro irmão se juntou aos atos violentos. Não aguentou, queria muito morrer, não aguentava mais apanhar todos os dias, pegou uma bicicleta e foi em disparada pela estrada de terra para chegar no asfalto e se jogar embaixo de alguma carreta. A madrinha a viu passando e estranhou pois, ela não era dada a serelepicos de uma criança radical e pediu ao seu filho que fosse atrás dela, de cavalo. Estava salva, desta vez. Mas outra tentativa de acabar de vez com seu sofrimento não demorou a acontecer, pegou uma arma debaixo do colchão do primo, dessa vez ia dar tudo certo. Só que o primo a estranhou entrando no quarto dele. Foi atrás e quando viu aquela garotinha magrinha apontando a arma para o próprio ouvido, deu um tapa em seu braço, a arma disparou para cima. Ela conseguiu viver, de qualquer forma.

Apanhava muito da mãe, porque o pai a protegia, era normal a mãe sentir ciúmes e descontar nela. Era para o bem dela. Mas quando teve um padrasto que começou a se lambuzar no seu corpo quase todas as noites, foi ficando tudo muito insuportável. Já tinha 15 anos de idade, era notada por rapazes mais maduros, com mais idade, ela era vista, enfim, com amor. E casou-se para ser livre e amada.

Um rato feio

Na primeira noite com o marido, pediu um pouco de tempo, nunca tinha visto um homem nu. Ele nunca foi uma pessoa muito paciente, tinha até um jeito explosivo com amigos e parentes, pavio curto; mas naquela noite, foi calmo e a respeitou. Mas não demorou muito, e teve de se acostumar, afinal, era uma mulher casada agora, com obrigações maritais inevitáveis.

Ele sempre bebeu, era estúpido e a humilhava. Tinha muito ciúme, até quando ela ia tomar banho em casa ele ia junto para garantir que não teria nenhum macho no chuveiro com ela. Tentou avançar um pouco mais nos estudos, talvez completar o ensino fundamental, mas para quê? Para arrumar macho na rua? Teve dificuldades para trabalhar. Uma vez tentou lavar roupa para a vizinhança, mas ele chegava bêbado e pisava nas roupas já limpas. Teve perseguição em todos os outros trabalhos que fez fora de casa também, tudo para garantir que não estava atrás de macho na rua. Chegou a ser demitida algumas vezes, tudo por conta do marido.

A verdade é que tudo ficou ruim mesmo quando engravidou do primeiro filho. Ele continuava ciumento, mas chegava o final de semana, sumia e a largava sozinha em casa. Os maus-tratos já eram parte da rotina. Mas ela amava demais aquele homem, como amava! Ia ter um filho com ele, era o homem de sua vida! E estava chegando o dia do nascimento, as coisas iam melhorar.

“Ele me jogou no hospital, eu comecei a sentir dor na terça, fui ganhar na quinta, eu passei esses três dias de fome. Eu sentia dores insuportáveis dentro de um banheiro, eu não tinha uma maca pra deitar, eu vivia na praça do hospital. Um dia eu tava com tanta fome, mas com tanta fome que chegou uma pessoa, eu não conseguia ver o rosto da pessoa, num dei conta de levantar pra ver; essa pessoa tinha ferida enorme, horrorosa

na perna. Na época eu lembro que a passagem era R\$ 1,25, de ônibus, essa pessoa chegou e falou assim: 'mãe, cê ainda tá aqui?'. Isso era quinta, mais ou menos meio-dia, eu tive minha filha em mais menos cinco horas. Essa pessoa falou assim: 'você tá com muita fome, num tá?'. Eu tinha trabalhado, eu tinha pegado meu salário mínimo, colocado na carteira que tinha levado pro hospital, ele levou o dinheiro e passou a noite inteira lá dançando e bebendo cachaça, ele num deixou um real comigo pra nada. Eu não tinha um documento pra mostrar que era eu. Então, essa pessoa falou assim 'você tá com muita fome, num tá?'; eu disse 'tô com muita fome, eu num tenho o que comer, num tenho como comprar uma vitamina' - que eles mandaram eu comprar. Ela falou assim: 'olha só, a passagem é R\$ 1,25 – o picolé naquela época era 25 centavos – vou te dar esse picolé, pode ter certeza que esse picolé vai te alimentar até você ter sua filha'. E eu falei assim: 'mas como? Eu quero é feijão!'. Ela falou assim 'pois com esse picolé tenha fé que você vai ficar forte. Eu só tenho esse dinheiro, compra esse picolé pra você'. Eu comprei esse picolé e juro, parecia que eu tinha comido um prato de comida. (...) Quando eu cheguei dentro da sala, tinha um senhorzinho morrendo, eu precisava deitar, eu num tinha uma calcinha pra vestir que ele levou tudo, parece que era pra deixar eu mendiga mesmo, eu ia no banheiro e fazia força mas ela voltava, num conseguia parir. Num tinha maca, num tinha nada na época, eu falei assim, 'olha só, se aquele velho morrer eu vou pegar aquela cama, que eu tô doida pra deitar'. Esse homem começou a bater as botas lá, e eu ajudei a tirar esse homem de lá e me deitei e só falei, eu vou morrer, mas pede pra salvar a minha filha, por favor. Eu só queria deitar pra acabar de morrer. Eu num queria mais essa vida."

Oito dias depois, sem roupa para a filha recém-nascida, se recuperando da cesárea, sem calcinha e segurando um absorvente entre as pernas apertando as coxas, ela precisava sair do hospital, ligava pro marido e nada. Até que consegui falar com um compadre que o mandou buscá-la; ele ia enfim conhecer a filha. "Ele olhou pra minha cara e disse 'num acredito que você teve foi um rato feio desse. Tu teve uma barriga daquele tamanho pra ter um filho só e ainda mais uma mulher, ainda mais um rato feio desse'".

Queimando memórias

Já estava no quarto filho, aquele “*viadinho*” que com certeza não poderia ser filho dele. Nessa altura da vida, ela já tinha sido enforcada contra a parede e levado muita porrada na cara. Era difícil ter ajuda dos vizinhos, ainda que muitos soubessem o que acontecia. Morar na roça trazia dificuldades para um arranjo de amizades. Quando tinha – e conseguia – trabalhar, as patroas ajudavam dando roupas, brinquedos e comida para ela e para as crianças. A dificuldade material era muito grande. A casa era de madeirite em algumas partes, às vezes faltava telha por conta do vento que desfalcava o telhado.

Uma vez o filho ganhou um radinho de pilha da patroa da mãe. O pai não gostou muito, o quebrou no mesmo dia que tinha ganhado o presente. Era muito difícil para ela o ver tratando os filhos – e a ela própria – dessa forma. Mas o que ela poderia fazer com aquele tanto de filho pequeno para criar? Ia separar os filhos do pai? Não queria carregar a culpa de destruir uma família.

Certa vez, em um ato de coragem, decidiu se separar e subiu uma parede de madeirite no meio da casa. Ela ficaria de um lado e ele do outro e, assim, os filhos continuariam perto do pai. Ela estava dando duro e trabalhando muito, a patroa deu a ela o primeiro fogão a gás e um botijão. Arroz e feijão ela sempre ganhava também. Foi quando a sabotagem começou. Ele tinha ficado do lado da casa onde ficava o fogão a lenha e sempre entrava no lado da casa dela para deixar lembranças nos alimentos que eram preparados no fogão: cortava o próprio cabelo e misturava no arroz pronto, colocava terra no feijão; isso quando não tentava roubar o botijão.

Mas o pior ainda estava por vir, começou a colocar fogo em pertences dela e dos filhos. Uma vez tentou botar fogo no lado da casa dela, mas foi a casa dele que pegou fogo. Ele pediu perdão. Era muito difícil ficar longe dele. Ele tinha conseguido um trabalho novo, estava pronto para ser um novo homem. E ela o amava tanto, tanto.

Ele prometeu não beber, parou de quebrar as coisas da casa e ela teve algumas semanas de paz e esperança de que ele ia mudar dessa vez. Mas, os ciúmes continuavam, teve um dia em que ele acabou discutindo com ela no meio da rua, na frente de todos. Se sentiu envergonhada, exposta. Quando chegou em casa, ele tinha revirado todas as coisas dela e, em um ataque de fúria “*ele me fez queimar todo meu histórico de agenda, diário,*

disse que eu tinha que me livrar dessas merdas, porque contava as minhas histórias. Eu tinha agenda desde meus 12 anos de idade, eu acho. Ele leu algumas coisas e achou um absurdo. E eu falava de tudo da minha vida, eu devia ter umas dez agendas, e ele me fez queimar tudo. Não sobrou nada, queimei tudo.”

Como dito antes, ela estava dando duro no trabalho. Tinha conseguido até comprar um carro velhinho para facilitar sua locomoção até os locais onde fazia diárias. Só que, um dia, ele pegou esse carro, estava bêbado e drogado com um amigo, capotou algumas vezes, deu perda total no carro, mas ele saiu do acidente com vida, apenas com ferimentos leves, “*graças a deus!*”. Agora ela era uma mulher sem passado, sem carro e grávida, novamente.

A agonia no fusca

Ter acompanhamento médico para pensar em prevenção de gravidez nunca foi algo simples. Nem sempre existiu um posto de saúde na região onde morou. Lembrar das pílulas diárias de anticoncepcional em meio a tantos afazeres, assim como comprá-las em dia para não perder o uso correto, não era uma tarefa simples. Tampouco, tinha o ciclo menstrual regular para que pudesse estabelecer métodos, mesmo que menos eficazes, como a tabelinha, por exemplo. Coito interrompido nem chegava a ser uma opção, afinal, não estava a cargo dela qualquer solicitação, permissão, ou mesmo, prazer, na hora do sexo. Perdeu as contas de quantas vezes se deitou e cedeu às investidas do marido para que ele “*parasse de encher o saco, parasse de me bater*”, já sentiu muita ânsia e vontade de vomitar enquanto ele se esfregava nela, que chorava, enquanto ele “*tava lá, achando bom*”.

Antes dessa nova gravidez ou entre as gestações dos filhos menores, teve alguns abortos. Também, chegou a perder um bebê logo após o parto que teve em casa, “*ele nasceu na gemedeira porque a parteira tava tomada; e daí cortou o umbigo, sangrando direto, e ele gemendo, gemendo, gemendo até a hora que morreu*”. Não houve iniciativa nem por parte do pai, nem por parte da parteira, de levar o bebê ao hospital para alguma tentativa de salvar sua vida.

“Por causa das duas crianças minhas, mais velhas, que foi atrás dele, que foi cuidar de uns cavalos, e os meninos teimou e ele mandando eles voltarem e eles num voltavam. E quando ele chegou, eu num sabia, eu tava em pé, eu e uma cunhada minha conversando, ele chegou e deu uma pesada bem na minha barriga, que fez um buraco na cabeça de cada uma delas, que eram gêmeas. E eu num sabia, num tinha dinheiro pra ultrassom, quase num tinha dinheiro nem pra comer. Ele falou que era eu que tava mandando os meninos irem atrás dele. Quando ele me deu a pesada que comecei a dor, minha cunhada me levou pra cisterna, me sentou numa pedra e me deu um banho do pé a cabeça pra ver se passava a dor e a dor só ia aumentando e aumentando. Aí ela chamou o patrão dela e ele me levou. Era tempo de hospital em greve e no HRAN que me aceitou. Eu gritando dentro do fusca e na estrada eu perdi uma. Daí tava escuro dentro do carro e ninguém acreditava e eu continuei gritando, ‘gente, eu já ganhei, eu já ganhei’. Ninguém acreditava, ‘já não, já não’. E eu falei ‘já sim, escapuliu o menino aqui.’ E quando eles olham, tava cheio de sangue dentro do fusca. ‘Não, bora correr, isso é hemorragia.’ E eu falei ‘não, tá aqui, tá na minha perna, dentro da minha calça aqui’. A calça segurava e era só uma sangueira. Quando me receberam no HRAN eles cortaram a calça e tiraram, quando eles me deitaram na maca, eu ganhei a outra. E eu gritei ‘gente, eu ganhei uma e a outra é do mesmo jeito’. E eu gritando e gritando e gritando. A dor do aborto é pior do que a dor de ganhar um menino mesmo, dos nove meses. Eu tava de seis meses, elas nasceram vivas, foram pra incubadora, o médico disse que se fosse sete, talvez tinham escapado.”

E, assim, não estava mais grávida. Voltou para casa, para seu marido e seus filhos.

O melhor remédio

Ela sentia muita, muita tristeza. Seus filhos cresciam em um ambiente de instabilidade. De um lado, um pai emocionalmente desequilibrado, ora na dele - quando havia uma certa paz -, ora bebendo e sendo pavio curto. Do outro lado, a mãe triste e sendo constantemente humilhada com palavras ou fisicamente. Ela até tinha alguns momentos de harmonia com o marido, principalmente quando ele conseguia um trabalho ou serviço que tinha um período maior de duração do que algumas diárias. Nessas horas, ela até acreditava que o que estava acontecendo era uma crise normal de casamento, que

todos passam. E ela amava esse homem, era o pai dos seus filhos, o homem de sua vida. Uma hora, ele ia mudar.

O fato é que ela não era mais a mesma pessoa. Trabalhava muito para tentar dar uma vida melhor aos filhos. A escola era o alívio e garantia de menos uma refeição para assumir, financeiramente, dentro de casa. Ter dinheiro era fundamental para quem sabe, se preparar para um dia sair dessa relação quando os filhos estivessem maiores, e para repor objetos, eletrodomésticos, roupas e brinquedos destruídos pelo marido em momentos de fúria.

Os filhos cresciam e já começavam a reagir e terem sentimentos ruins contra o próprio pai. “*Judia da mãe não, pai!*”, e se amontoavam sobre ela para protegê-la de algum golpe físico. Mas o pior mesmo era a humilhação, os xingamentos, ele se fazer de bonzinho e boa praça para os amigos e dentro de casa só palavras que machucavam.

Um dia tomou coragem e disse a ele que ia embora. “*Não vai embora não, senão eu mato você.*” Começou uma discussão feia e a filha viu tudo. “*Eu tive uma crise de ansiedade tão grande, que eu desmaiei. Minha filha fugiu de casa e meu cunhado, irmão dele, achou ela no meio da rua. Eu juntei um monte de comprimido e comecei a tomar, me tranquei no quarto, minha filha não estava. E meu cunhado arrombou a porta e eu já tava meio desacordada na cama. Pra mim, era melhor acabar com tudo do que viver aquela vida, mas eu não conseguia sair de casa.*”

Ela ficou bem, precisava de alguns dias para se recuperar. “*Não casei pra ficar cuidando de gente doente.*” Foi o que ouviu do marido quando chegou em casa. Só que ela não havia ficado doente, foi uma tentativa de suicídio que, como as outras em sua infância, deu errado. Ela continuava viva, de toda forma.

Dois destinos

Chegamos ao ponto em que é necessário encerrar esta história. Duas possibilidades de desfechos se apresentaram, dentre todos os que ouvi nas entrevistas, seria um desperdício perder uma delas.

Enfatizamos que, como declarado antes do início desta história, todos os acontecimentos são reais, assim como são os dois destinos traçados pelas entrevistadas.

Então, apresento, a partir desse momento, dois diferentes desenredos que levarão os títulos “Carta ao meu tio” e “A morte lhe cai bem” para, enfim, encerrarmos esta jornada.

Carta ao meu tio

Depois deste último acontecimento e, visto que precisou passar por médicos no hospital que a salvou, iniciou um acompanhamento para tratar depressão no posto de saúde de sua região. A medicação a ajudava ter forças para continuar trabalhando. Acreditava que trabalhar e tentar ser o mais independente possível, ainda mais agora que os filhos já estavam mais crescidinhos e os mais velhos podiam cuidar dos mais novos, seria uma forma de conseguir sair dessa relação.

O trabalho a fazia se sentir parte do mundo, era um ponto importante para sua autoestima tão minada. Ao mesmo tempo, nunca teve seu trabalho e esforço reconhecido pelo marido. Pelo contrário, ele pegava parte do seu salário para gastar com bebida e amantes e mal colaborava com as compras de casa. Nunca comprava o que ela e os filhos gostavam de comer quando dava o dinheiro para ele realizar esta função doméstica. E, várias vezes, reclamava e a ameaçava quando chegava em casa e a comida não estava pronta. Eram ameaças de facão e tapas deferidos porque a comida não estava pronta.

Ela se sentia muito deprimida, a tristeza era companhia constante. Pensava muito sobre como ela tinha chegado a esse ponto. Se via na mesma vida que a mãe tinha vivido. Relembrando seu passado, da infância e até sua adolescência, a força com que a mãe batia nela e nos irmãos era a mesma com a qual o pai batia na mãe dela. Mas o pai era visto como herói, inclusive por ela, afinal, ele levava o sustento para casa, nunca batia nos filhos. O pai dela era visto como herói, também, pelos tios, irmãos dele, e pelo avô. Ele era um “*piranheiro*” bem-sucedido, orgulho dos homens da família. Dizem até que ele teve uma filha fora do casamento.

Essas análises sobre sua vida a ajudavam, de certa forma, a entender parte do porquê de ela estar vivendo como vive. Só que eram pensamentos meio confusos, pois era um misto de sentimentos sobre como isso é fatalidade da vida de toda mulher com um sentimento de impotência diante dos fatos; além da compaixão com a mãe, que agora já estava morta. Então, como sair dessa relação? Ainda tinha um amor por aquele marido,

tinha fé em alguma mudança. Nem todos os dias eram ruins e, ainda que a maioria fosse, era o pai dos filhos dela, o homem da vida dela.

Uma vez recebeu um convite de um tio, irmão de seu pai, para uma festa familiar na cidade dele. Só que esse convite veio em um desses momentos depressivos em que ela dava para pensar na própria vida. Respondeu a mensagem recusando o convite e agradecendo. *“Tio, gratidão, gratidão por tudo. Gratidão pelas nossas depressão, pelos nossos sofrimentos do passado. Gratidão por ter financiado isso para o meu pai que quando ele saía de casa pra trair a minha mãe e voltava e espancava ela que, por sua vez, espancava em nós. Então, resta aqui, por você, a minha gratidão, o meu muito obrigado pelas nossas depressão, pelos nossos antidepressivos que nós precisamos tomar hoje pra viver. Então fica aí o meu muito obrigado”*. Por sua vez, o tio responde à mensagem dizendo *“me perdoe, eu não sabia”*. Nem ela, nem uma irmã foram na casa participar dessa festa. Não tinham mais consideração com os homens da família, era difícil se verem abraçando o tio.

Já, dentro da própria casa, o marido começou a dar longos sumiços e quando voltava ameaçava sua vida. Isso se tornou algo muito frequente. Foi ameaçada com arma, faca, facão, já teve de correr dele para o meio do mato muitas vezes. Guarda em seu celular todas as ameaças de morte que ele manda por escrito ou por mensagem de voz. Já conseguiu gravar vídeos de brigas, também. Assim, se algo acontecer a ela, as pessoas podem saber quem a matou.

Ela não se sente segura, não consegue confiar em ninguém, nem na polícia, nem em medida protetiva. *“A polícia demora em média pra chegar onde eu moro, uma hora e meia, o mais rápido, uma hora. Chegando lá ele já me matou, me cozinhou, me comeu, já tá na sobremesa. E aí, vai adiantar o que uma medida protetiva? Num vai adiantar. Porque eles te dão a medida protetiva, você vai pra sua casa, o cara continua solto, aí quando você chega em casa, o cara já tá lá antes de você chegar. Aí você liga, ele já fugiu, e quando a polícia chega eles reclamam, ‘ah, mas você tem que chamar quando ele tá aqui’ e ainda te paga sapo. Foi o que aconteceu comigo quando chamei a polícia”*.

Era um beco sem saída. Nunca tinha pensado em denunciar, mas quando chamou a polícia levou bronca. Era muito ineficiente. Apenas um batalhão para toda uma região rural enorme e ela morava no assentamento, bem longe do posto policial. Continuava em

sua rotina de trabalho, tomando seus remédios, cuidando dos filhos, alguns já adolescentes. Às vezes o marido aparecia como se nada tivesse acontecido, passava dias na casa agindo com uma normalidade assustadora. Depois sumia de novo, aparecia com novas ameaças. *“Coisa que eu não tenho hoje é paz e liberdade. Eu não tenho sossego, eu não tenho tranquilidade, enfim, eu num tenho nada. Nada, nada, nada. Hoje parece que eu não vivo, eu vegeto”*.

A morte lhe cai bem

Depois da última tentativa de autoextermínio, voltou para casa e seu cotidiano. Se sentia triste, mas tinha muita coisa para fazer, muito filho para criar, sem tempo de ir buscar ajuda médica, afinal, existe remédio para tristeza?

O tempo foi passando e os filhos estudaram, dois deles até terminaram o ensino médio. A humilhação continuava dentro de casa. E bebida, muita bebida, parecia que esse homem nunca pararia de beber e dava trabalho. *“A mãe não é escrava da senhora não!”*, gritava o filho para o pai. Muitas vezes ele o segurou para que não batesse na mãe e dizia para ela bater nele, que ele mesmo só não batia porque era o pai dele e ele tinha de respeitar, mas ela podia bater. E ela batia nele até cansar. E o pai acabava indo pro bar novamente e chegava *“morto”* em casa. Mas o filho já era adulto, tinha sua própria família e não conseguia estar na casa da mãe sempre, para ajudá-la.

Na rua, ele tinha até apelido carinhoso, o nome de um cantor muito talentoso e famoso por ser rebelde e polêmico. Era conhecido e querido por muitos, especialmente pelos amigos de bar. Muita gente não sabia o que acontecia entre quatro paredes, quando este sujeito chegava em casa. Mas os filhos e as irmãs dela sabiam. Quando os filhos ainda eram adolescentes, as irmãs falavam para ela separar, mas ela ia fazer o que? E nunca se separou. Nem todos os dias eram ruins e ele era o pai dos filhos dela, *“o cruzeiro que eu tinha que carregar”*. E, no final das contas, os filhos estavam crescendo e *“dando certo”*, trabalhando; as filhas logo se casaram e tinham seus próprios maridos e casas para cuidarem. Agora, ela ajudava a cuidar dos netos e do marido, que até derrame por conta de bebida já tinha tido. Vivia doente e demandava atenção.

Nunca teve muito tempo para pensar na vida e no que a levou até ali. Talvez ela continuasse viva até hoje por conta da família. Acha que faltou vivência e instrução já que se casou tão cedo. Mas ela estava no agora, vivida demais, cuidando de todos à sua volta, aguentar as agressões do marido era só mais uma parte de seu dia a dia, por mais que doesse e a entristecesse, era uma escolha dela, ela quem escolheu essa vida.

Mas o que ela não fez por si mesma, pôde fazer pela filha. *“Aconteceu um negócio com minha filha que foi Deus que botou a mão na frente e o tiro não foi em mim. Eu atravessei na frente que o marido da minha filha ia matar ela. E soube que ele ia matar ela, botou ela pelada no meio da rua, com o revólver no ouvido dela, prendeu os dois filhos dela dentro do quarto. O povo tudo vendo ela pelada na rua. E ela toda quebrada e judiada. Eu disse eu vou morrer, mas ela não vai. Eu separei ela dele, minha caçula. Eu pedi que nunca mais, se isso for pecado que Deus me perdoe, nunca mais eu vi a cara dele e nunca mais quero ver”*.

Ajudar a filha a sair dessa situação era algo do qual se orgulhava. Aliás, se orgulhava muito de ver que os filhos estavam conseguindo ter uma vida melhor que a dela. Talvez, tudo que tinha passado tivesse valido a pena: os filhos estavam bem e eram amorosos com ela e a família continuava unida, nunca separou os filhos do pai, essa culpa ela jamais levaria.

O marido, mesmo debilitado com as doenças provocadas pela bebida, continuava mulherengo e indo ao bar. Muito magrinha, não tinha tanta força para levantá-lo e dar banho e cuidar; fazia o possível no esforço que seu físico de idosa permitia e, ainda assim, levava mordidas deste homem por não cuidar dele direito. Uma vez, começou a adoecer *“entre as pernas”*, sentindo muita dor e caminhava com dificuldades. Um dos filhos, quando foi visitá-la, percebeu e com todo cuidado perguntou a ela o que acontecia. Envergonhada, contou que tinha algumas semanas que o marido chegou da rua e a forçou a fazer sexo, e desde então ela estava ruim, e ele também. Ele tinha levado uma doença para ela das mulheres que ele encontrava na rua. Nunca soube o nome da doença que ela ficou tratando por meses, não quis que o filho contasse, não quis saber.

“Ele fedia em vida”. Às vezes precisavam sair ela e os filhos para catar ele caído bêbado no meio da estrada. Nessa altura da vida eles já moravam numa região onde tinha alguns comércios bem simples da zona rural onde viviam, uma rua mais pobre, onde

viviam a família de muitos caseiros, diaristas e roceiros que prestavam serviços para as grandes fazendas. O que foi bom para ela, que conseguiu fazer uma rede maior de amizades, coisa difícil quando era jovem e morava mais isolada e longe.

Morreu no sol quente do dia 5 de agosto. *“Foi pra um barzinho comprar uma pitchulinha dessas de cachaça, pra ganhar outra o pessoal fez um trato com ele de que se ele bebesse aquela todinha, ele ganhava outra. Foi e virou na boca todinha e diz estourou o ‘pâncre’, deu hemorragia no ‘pâncre’.* Ele morreu no meio estrada, no meio da rua, andando pra casa. *Foi há uns três metros do bar onde ele bebeu, o pessoal diz que ele gemeu muito, mas ele bebia muito e o pessoal achava que ele tava era bêbado. Tava era morrendo, um sol quente. Quando ele tava morto o pessoal foi me avisar que ele tava ali na beira da estrada. Quando chegou o povo, do IML, acho, pra pegar o corpo, que tirou a roupa dele, tava tudo cozido. A calça dele, que ele tava com uma calça de lycra, e tava tudo cozido, tirou os couro dele, que tava soltando que quando cortou a calça tava na carne vivinha”.*

A vida melhorou muito depois que ele morreu. Começou a dormir sossegada, pois não tinha ninguém para aborrecê-la, as coisas melhoraram e conseguiu correr atrás da aposentadoria, que demorou a sair. E conseguiu tirar os atrasados da aposentadoria. *“Tirei 70 mil dos atrasados. Eu não sabia nem o que eu fazia, de feliz que eu ficava de tanto que eu já sofri, né? Os meninos perguntaram o que queria fazer com esse dinheiro. Eu falei bota no banco, que eu abro uma conta. E eu quero um aniversário, pra vocês fazerem um aniversário pra mim do jeito que eu quiser. Eles perguntaram como eu queria e eu falei que nesse dia eu quero ser uma rainha, eu quero estar no meio desse salão com o maior prazer da minha vida, porque eu num tive. Eu peguei uns 7 mil reais do banco e tó, eu quero meus coisa do jeito que eu quero. 72 anos. Aí juntou as filhas tudo, juntou a família minha, alugou uma chácara e fez essa maravilha pra mim. Veio meus irmãos tudo, eu tava feliz, meus filhos, meus netos. Eu não queria presente, eu não queria nada, eu só queria ver, que o meu sonho era fazer meu aniversário. Eu subi na mesa e falei tudo que tinha vontade de falar. Eu levei uns três dias depois do aniversário meu que eu só chorava de alegria. Agora todo ano eles fazem aniversário pra mim. Ele nunca fez isso pra mim, nunca me deu um beijo no dia do meu aniversário, ele nunca me deu um*

beijo de Dia das Mães, ele nunca me deu nada, ele nunca me falou uma palavra bonita, um eu te amo.”

Hoje ela se sente livre e feliz. Se enfeita, tem vestidos, lava a roupa e cozinha na hora que bem entender. *“Hoje eu tenho vida.”*

CAPÍTULO III

COMPREENDENDO A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA

Todas as entrevistas com os 5 profissionais de saúde aconteceram na UBS. Com os profissionais de saúde, a marcação foi mais fácil, ainda que mais espaçada durante o período do trabalho de campo, pois é apenas uma Equipe de Saúde da Família na UBS logo, é muito trabalho para poucas janelas de tempo disponível. Todas elas aconteceram ainda em 2022, em um cenário mais asséptico e pragmático, com ruídos de gente, portas e, com certo esforço, alguns passarinhos ao fundo.

Foram coletadas 5 entrevistas com os profissionais de saúde da UBS que atende o território onde a pesquisa foi realizada. Trata-se de uma Equipe de Saúde da Família e, em princípio, esperava-se entrevistar o médico, a enfermeira, os dois ACS, o profissional de educação física residente e a psicóloga voluntária. Da expectativa, apenas a ACS, mulher, não quis conceder a entrevista. No entanto, ela colaborou bastante nas indicações das usuárias vítimas de violência, sugeriu nomes, entrou em contato, dava retorno sobre as recusas ou interessadas. Quando a pesquisadora a chamava para marcar a entrevista ela sempre dava um horário, mas desmarcava no dia anterior ou mesmo no dia, com a pesquisadora já presente na UBS. Depois de algumas tentativas ficou compreendido que ela, na verdade, não estava muito interessada nesta parte do trabalho, aparentava estar ressabiada; o que a pesquisadora acolheu e agradeceu, de todo modo, todas as colaborações que ela já tinha dado, que foram de grande valia.

Abaixo, serão destacados os pontos importantes dos resultados dessas entrevistas que permitirão entender o funcionamento da UBS, a relação de trabalho que os

profissionais mantêm com o território e usuários e seus entendimentos e procedimentos ambulatoriais quando o assunto é violência contra mulheres.

Dos profissionais de saúde que trabalham nessa UBS rural, somente os dois ACS e a psicóloga são moradores locais. A ACS que não deu entrevista, mas em conversas informais durante o trabalho de campo, informou que mora na região há quase 20 anos; e o que concedeu a entrevista é morador da região desde os seus 4 anos, ele tinha na época da entrevista, 40 anos de idade. A psicóloga mora há menos de cinco anos. O médico é morador de uma RA que fica a um pouco mais de 40 quilômetros de distância da UBS; a enfermeira mora numa RA que fica muito próxima ao Plano Piloto (região central de Brasília) com uma distância aproximada de 35 quilômetros; já o profissional de educação física residente mora numa RA com quase 50 quilômetros de distância e era o único que não tinha condução própria, usava carona e transporte coletivo para, em suas próprias palavras, “*cruzar todo o DF para trabalhar*”. É importante lembrar que a UBS está localizada numa região mais “central” do território e, em proporção de extensão, mais próximo ao Plano Piloto.

Os resultados das entrevistas serão descritos, abaixo, com os relatos divididos por profissional de saúde seguindo o critério por ordem de envolvimento com território, tempo de experiência profissional e tempo de atuação nessa UBS. Os dados que constam nos relatos, foram dados pelos próprios entrevistados, não cabendo nenhum tipo de correção ou nota da pesquisadora. O intuito é sermos fidedignos ao que foi dito pelo participante, segundo sua experiência de vida, percepção individual e entendimento de sua realidade atuante no território e no trabalho.

O advogado do usuário

O ACS entrevistado atua nesta profissão há 16 anos, sempre na UBS deste território. É uma pessoa que performa calma, atenção, gentileza e, até mesmo, uma certa doçura. É extremamente envolvido com a comunidade, tem 40 anos e vive na região desde seus 4. Tem profundo conhecimento do território em termos geográficos e de sua população, já que morou em diferentes lugares dessa região ao longo desses anos. Teve toda sua vida escolar lá, assim como sua vida social. Tem muitos familiares que moram na região. É filho de migrantes nordestinos, seus pais foram os primeiros da família a

virem para este território sendo seguidos, anos depois, por outros parentes – que continuam vindo.

Nos seus 16 anos de sua atuação viu passar 7 médicos, 4 enfermeiras e 2 dentistas nesta UBS. A estrutura física continua a mesma, com algumas melhorias especialmente na parte de informatização. Ao longo desse tempo, sempre foi apenas uma equipe de saúde da família para dar conta da população o que, segundo ele, não é suficiente, precisaria de pelo menos mais uma para suprir a demanda, sendo cada equipe composta por 5 ACS. Hoje, são 2, mas já chegou a ter 4 em outros tempos.

O trabalho no dia a dia inclui fazer cadastro da população, mapear a situação de saúde, fazer o planejamento e ações de promoção e prevenção, lançar exames no sistema e outras tarefas que não são da atribuição dele, como motorista, por exemplo. Segundo ele, se ele não fizesse esse serviço voluntário, não chegaria medicação no posto, a logística estaria comprometida, inclusive as visitas domiciliares que faz com o médico e a enfermeira, dirigindo uma kombi. Em sua rotina está também, as aulas de *Tai Chi Chuan* que ministra duas vezes na semana pela manhã que, de vez em quando, alterna com danças circulares.

No período da entrevista, estava participando de um curso técnico de capacitação para agentes comunitários de saúde oferecido pela Universidade do Rio Grande do Sul em parceria com o Ministério de Saúde. Segundo ele, o objetivo do curso era trazer novos conhecimentos e novas atribuições ao ACS como, por exemplo, aferir pressão e medir glicemia capilar. Com esses conhecimentos, ele acredita que a visita domiciliar ficará mais qualificada nos casos de pacientes com problema de pressão e diabetes, otimizando o trabalho de toda a equipe da UBS. O curso não era obrigatório, assim como diversos cursos que já participou durante sua jornada profissional. Ele gosta de aprender e acredita que todo conhecimento que possa contribuir na sua atuação profissional em prol da melhoria da qualidade de vida de sua comunidade é bem-vindo. Perguntado se o tema violência seria abordado neste curso, não soube responder.

Destaca os aprendizados das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Sempre que há demanda ele aplica *reiki* nos usuários, ensina automassagem e demais técnicas que, acredita, podem melhorar a situação de algum usuário em situação difícil de saúde. Seu interesse nas PICS o levou a buscar uma graduação, a de Educação

Física, que concluiu recentemente, de forma *online*. Considera que o ACS deve agir como advogado do usuário, buscando trabalhar pela melhoria da experiência do usuário na UBS e, também, lutando para que eles tenham qualidade de vida – fator que segundo ele, colaborou na escolha desse curso de graduação.

Apesar das inúmeras capacitações e cursos que já fez, nenhuma delas teve como tema principal a violência, violência doméstica ou violência contra a mulher. No máximo, conversas com psicólogas, palestras, reuniões com médicos e um matriciamento recente, que tinha acontecido há um mês antes da entrevista, com uma psicóloga do Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV). Esse matriciamento durou cerca de duas horas e teve como ponto principal o reforço da informação sobre o procedimento de notificação policial em até 24h para mulheres vítimas de violência prevista pela Lei n.º 13.931 (BRASIL, 2019), que ainda é recente. Segundo ele, esta orientação pegou toda a equipe do posto de saúde de surpresa, despertando receios de segurança pessoal e individual dos profissionais que lá atuam.

Perguntado sobre como é observada a violência em sua rotina de trabalho, citou situações desde crianças que apanham muito tanto do pai quanto da mãe; mulheres que escondem que o marido é agressivo; idosos mantidos dentro da família em situações indignadas de cuidado e higiene; mulheres que apanham de filhos; abuso de álcool; uma situação que uma vez teve de fugir, durante uma visita domiciliar, de uma usuária que era agressiva com o marido e tentou bater nele – que fugiu de bicicleta, que era o transporte usado pelos ACS - até uma situação em que uma criança de 11, com deficiência mental, engravidou do avô de criação.

Especificamente sobre a violência contra as mulheres ele diz que, a relação que vai se solidificando para além do profissional, ajuda muito no entendimento do que acontece dentro das casas. Ele é morador local, então conhece pessoas ligadas a várias usuárias que já chegaram até ele dizendo que “fulana” está estranha, que situações aconteceram na vida dela. Enfim, como ele mesmo disse, “*a fofoca rola solta*”. Além disso, como ACS ele conhece as casas que frequenta e, com o tempo, os sinais aparecem seja na casa que antes era mais arrumada e agora não é mais, o sorriso de antes não é o mesmo, roupas que foram ficando mais compridas e as mangas longas ou mesmo as

mulheres recusando em receber a visita dele. Disse que esses sinais não explícitos ele leva para a reunião de equipe onde se discute o comportamento da usuária e se isto pode trazer, ou não, alguma contribuição no que foi notado dentro do atendimento com o médico.

A atitude de perguntar explicitamente, com palavras, se a usuária está sofrendo violência, se o marido bateu ou a humilhou é bem mais difícil para ele. Ele só toma essa atitude se, em algum momento, a mulher já tocou no assunto ou, em raríssimas vezes, quando alguma delas choravam em alguma visita quando ele perguntava como estava a relação com o marido e filhos.

Já, dentro do posto de saúde, disse que quando se trata de violência de estupro, violência física extrema ou mesmo perseguição (certa vez uma usuária correu do marido até lá pedindo ajuda, tendo que fechar a UBS e chamar a polícia), ou nos raros casos que a enfermeira ou médico conseguem detectar e dialogar com essa mulher que o adoecimento dela é advindo de algum tipo de violência psicológica, o procedimento para além do atendimento ambulatorial é tentar encaminhar para algum psicólogo dentro do sistema, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), orientam a procurar a polícia e estar mais presente na UBS para acompanhamento regular de possíveis medicações que venham a ser prescritas.

No entanto, percebe que isso não é suficiente, o CAPS mais próximo é longe e essa mulher raramente vai atrás dessa ajuda; a UBS não tem psicólogos em seu quadro de funcionários; existe dificuldade de tempo e locomoção para a participação nas atividades de *Tai Chi Chuan*, ginástica e roda de mulheres, que são oferecidas de forma semanal. Para o ACS as mulheres acabam por se sentirem desestimuladas com a sensação de que o posto é apenas um local para renovação de receitas de seus medicamentos – quando ainda voltam para isso.

Apesar de ter muito orgulho de sua profissão, de advogar em prol do usuário, lutando pelo direito desse cidadão, usando de recursos pessoais para ajudá-lo como, por exemplo, pegar a própria moto para marcar e levar para procedimentos em hospitais do centro de Brasília, sente uma lacuna em sua formação para lidar com as questões de violência. O conhecimento do território e relações de afeto não resolvem a falta de preparo e conhecimento dos procedimentos que ele pode acionar. Admite falha na Secretaria Distrital de Saúde e na Segurança Pública. Acredita que só a UBS atuando junto a essa

mulher não resolve esse problema, até porque eles estão despreparados e têm outras demandas com que lidar. Por fim, acredita que, com capacitação eficiente, o ACS teria um papel fundamental na prevenção da violência contra a mulher e no amparo a essas vítimas, uma vez que esse é o profissional que está na casa do usuário, que conhece sua rotina e dinâmica familiar e social.

Pé no chão

A enfermeira é formada há 19 anos, trabalha com atenção primária à saúde há 8, tem experiência em UBS na área urbana e está na UBS do território pesquisado há 4 anos. Tem especialização em auditoria e em saúde da família. Além do trabalho na assistência direta aos pacientes, atua na parte administrativa e na organização de fluxos de atendimento. Cita que a equipe de saúde da família da UBS está sobrecarregada, que precisaria de outra para dar conta da demanda – que não para de crescer.

Quando perguntada sobre qual o entendimento que tem da violência no campo da saúde, imediatamente fez comparativos entre usuários de uma UBS urbana e uma rural, segundo sua experiência. Considera que na zona rural há mais casos de violência contra crianças e mulheres e justifica o feito pela ausência de opções de lazer que, no caso da zona rural se resumiria a ir ao bar da rua beber e voltar para casa, que é quando aconteceria a maioria dos episódios de violência.

Ela é a profissional responsável por fazer a coleta de preventivo ginecológico. Questionada se aborda o tema de violência com a paciente, respondeu que não diretamente. Aproveita os atendimentos voltados à saúde da mulher, para perguntar sobre como está a relação com parceiro e se tem alguma queixa sobre relações sexuais, aborda prevenção à gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Muitas têm vergonha de responder sobre sua saúde sexual, se sentem dor, se tem uma vida sexual ativa enquanto outras se atinham a responder somente as questões do pré-natal. Nessas abordagens, notou que mulheres mais velhas acabam por relatar situações mais antigas, o que elas costumam chamar de trauma.

Ainda que, para ela, exista uma resistência das usuárias em falar mais abertamente sobre suas vidas conjugais e sexuais para um atendimento mais amplo e completo, em

comparação com as usuárias da UBS urbana, as moradoras da zona rural desse território falam mais, mesmo que os episódios de violência tenham acontecido no passado. A enfermeira credita isso ao fato de que muitas dessas mulheres serem de família formadas por caseiros, que nem sempre tem parentes ou rede de amigos e apoio próximos, pelo fato de morarem em chácaras que são longes uma das outras. Logo, enxergam nos profissionais de saúde um lugar de escuta.

Na sua rotina de atendimento, percebe mais violências físicas e psicológicas, as sexuais, de forma geral, ficam implícitas como estupro marital, que muitas vezes essas mulheres não consideram como agressão.

Como está há 4 anos nesta UBS, passou pelo período da pandemia, onde muitas atividades ficaram paradas. Citou o evento do “outubro rosa”, que aconteceria em algumas semanas após a entrevista, como a principal atividade voltada para as mulheres da comunidade, com a participação de profissionais de saúde falando sobre prevenção do câncer de mama, um profissional que falaria sobre direitos da trabalhadora rural e, em algum momento o tema da violência seria abordado. O carro chefe da divulgação, no entanto era um “aulão” de zumba, que seria ministrado pelo profissional de educação física residente.

Não citou mais nenhuma ação voltada à comunidade que abordasse o tema sobre prevenção e combate à violência contra a mulher. Contudo, deu bastante destaque à ação que realizaram na escola, que fica ao lado, por ocasião do “setembro amarelo”. Segundo a enfermeira, há um agravamento no estado de saúde mental de crianças e adolescentes no território, especialmente após a pandemia. Esta agenda, de prevenção ao suicídio e valorização da vida é muito cobrada pela diretoria da escola e que a UBS atende com muita atenção. Ela ressalta, de todo modo, que a abordagem do assunto não é diretamente a auto violência ou suicídio, falam sobre *bullying*, relacionamento familiar, violência doméstica e demais assuntos que possam servir de gatilho.

A enfermeira considera que hoje em dia há mais acesso às informações sobre violência doméstica e que muitas adolescentes acessam várias informações através da internet. Ela mesma tem esse acesso, mas disse que na sua formação formal estudantil, nem na faculdade, nem nas especializações o tema de violência foi abordado de forma

abrangente, ficando restrito somente às identificações para fins de tratamento ambulatorial e encaminhamento para psicólogo e assistente social.

Em termos de capacitação profissional, não se recorda de ter sido oferecido e nem de ter participado de nenhuma atividade antes do matriciamento realizado pelo CEPAV. Sobre essa ação, disse que a equipe demonstrou angústias e anseios devido aos novos protocolos de denúncia. Ela considera que o vínculo do usuário de uma zona rural com a equipe de sua UBS é muito mais próximo e forte do que na zona urbana, e que esses protocolos trazem insegurança para os profissionais; afinal, todos sabem onde fica o posto de saúde, sabem quem é a enfermeira, o médico e os ACS. Partir da equipe realizar essa denúncia junto a autoridades policiais os colocam numa situação delicada pois, se aquela vítima de violência esteve somente no posto, não fica difícil para o agressor supor quem pode ter feito a denúncia, deixando a equipe receosa, com medo de retaliação e possível vingança.

Sobre estratégias para prevenção da violência contra mulher, ela é taxativa em dizer que hoje eles não conseguem realizar ações efetivas por falta de recursos humanos e carga de trabalho excessiva, que dificulta acompanhar a demanda. Os profissionais estão sobrecarregados e quando há alguma capacitação, como o matriciamento recente da CEPAV é insuficiente pois teve duração de uma hora e focou basicamente no procedimento que só serviu para levar mais insegurança à equipe do que ajuda efetiva para a rotina de trabalho junto às usuárias. Há solicitação de uma segunda equipe para o território e há reconhecimento pela gerência sobre essa urgência, no entanto, não há nenhuma sinalização de quando isso irá acontecer.

Uma visão crítica

Desde novembro de 2018 a UBS do território tem um médico jovem atendendo seus pacientes. Formando no final do ano de 2013, ele tem especialização em Saúde da Família e Comunidade e, antes de estar nesse posto de saúde, atuou em uma UBS urbana localizada em uma área de muita vulnerabilidade socioeconômica de uma RA do Distrito Federal.

Para ele violência doméstica é assunto de grande tabu pois “*os pacientes não gostam de falar e, conseqüentemente, a gente não gosta de perguntar*”. Durante sua

graduação, disse ter tido contato com o assunto em algumas disciplinas e credita a isso pela metodologia “*holística*” da universidade em que estudou. Contudo, achava superficial por focar mais nos procedimentos de atendimento focado nas prevenções de doenças e encaminhamentos em caso de violência física e sexual. Somente no internato, quando de fato os estudantes atuam dentro de hospitais e lidam diretamente com pacientes, que ele foi tendo um contato mais próximo da realidade. Sobre violência psicológica, ele acredita que as informações que hoje existem mais difundidas nas mídias e redes sociais o ajudou a se atentar a essa questão dentro do consultório. Acredita que o trabalho de divulgação realizado pelo movimento feminista na internet é muito importante para compreensão do assunto.

Sobre o atendimento ambulatorial, disse que a criação de laços entre médico e paciente ajuda muito na qualidade e no entendimento dos arranjos familiares que fazem acender alertas sobre possíveis casos de violência doméstica contra mulheres. Cita que a população do território é composta por muitos migrantes nordestinos, que possuem uma “*dureza*” maior nos relacionamentos. Conversando com as usuárias, a partir do momento em que elas começam a se sentir mais à vontade, foi descobrindo que muitas delas foram proibidas de estudar e de trabalhar fora sendo relegadas ao trabalho de criação de filhos e cuidado da casa, “*então você vai percebendo essas violências veladas que a usuária sofreu a vida toda*”.

Nos últimos quatro anos não houve nenhum tipo de treinamento que abordasse violência oferecido pela Secretaria de Saúde, exceto o matriciamento com duração de duas horas realizado pelo CEPAV. A título de exemplo, durante a entrevista ele buscou os últimos documentos e notas técnicas que recebeu sobre procedimentos para violência doméstica, a data era de 2018. Este documento era instrutivo de fluxo como, por exemplo, informando sobre em quantas horas deve-se dar a notificação em alguns casos específicos de violência física e sexual, citava os tipos de violências, mas não havia nada sobre preparar o servidor para estes tipos de atendimento. Sobre capacitação do servidor, somente o matriciamento recente. Critica esse procedimento de nota técnica, acha insuficiente pois quem acaba tendo acesso a esse documento “*que é pobre, pois fala somente sobre fluxo, é médico mal, enfermeiros e o gerente mesmo que vê*”. Ele disse que

sempre que chega uma nota técnica, independente do assunto, ele leva para a reunião de equipe para que todos tomem conhecimento, mas que isso não resolve e nem os prepara.

Comparando sua atuação anterior na UBS urbana de área vulnerável com a UBS do território rural em que está hoje, ele cita que a proximidade com a paciente é muito maior neste último, o que permite perceber mais as violências que elas sofrem sem nem mesmo saber que estão sofrendo. Ele considera que as populações dessas duas UBS são vulneráveis, a urbana por estar em uma região muito empobrecida e a rural exatamente por ser área rural onde a comunidade é carente de recursos de infraestrutura e, também, empobrecida. Como na UBS urbana o fluxo era muito maior, os atendimentos acabavam sendo mais diretos com menos intimidade com o paciente, o que é diferente no caso dessa UBS rural.

Dentro do consultório ao perceber violências implícitas o médico disse que *“não há uma receita de bolo de como atender essa mulher”*, que tudo depende do fluxo da conversa. Quando é uma paciente mais nova na UBS, ele *“deixa passar”*, mesmo sabendo que depois terá que fazer uma busca ativa dessa usuária, para que ela não se sinta invadida e conseqüentemente insegura ou receosa em voltar ao posto. Com as pacientes mais antigas, o médico tenta aprofundar o assunto para que a paciente fale mais. Segundo ele, muitas delas acabam por procurar o posto e não a Polícia Militar, que fica ao lado, sendo caminho para entrar na UBS.

Antes da pandemia, o médico disse que houve uma ação específica para um grupo somente de mulheres, nomeado *“Pergunte ao Doutor”*. O objetivo era abrir uma conversa em que elas pudessem perguntar questões específicas de mulheres como pré-natal, uso de métodos contraceptivos e violência doméstica. Ele disse que nesse encontro saiu muitos assuntos de violência que aconteceram no passado, por membros de família, além de outros abusos em casa como o álcool. Em 2022, também aconteceu uma atividade de grupo de mulheres. Essas atividades, assim como a atividade que iria acontecer do *“outubro rosa”* no mês seguinte à entrevista, nunca tinham como mote a violência, sendo sempre uma divulgação voltada à saúde da mulher e a violência era abordada como um dos temas dentro dessas discussões. Como público, a presença de mulheres mais velhas era sempre muito maior.

O médico cita a violência patrimonial que suas pacientes sofrem, como a falta de dinheiro para pegar um ônibus para ir ao posto que o marido não dá; ou mulheres que ajudam diretamente os maridos, plantando e colhendo e nunca têm uma parte do dinheiro repassado para elas. Critica fortemente o poder financeiro do homem rural sobre as mulheres de sua família, que acha que o fato dele prover a casa, dando teto e comida é o suficiente e usa isso como controle sobre sua esposa e/ou filha, que devem ser gratas. Além disso, a falta de informação, segundo ele, faz com que muitas pacientes que trabalharam a vida toda não tenham aposentadoria, desconhecem seus direitos.

Ele diz que muitas usuárias estão em sofrimento mental profundo e que o trabalho dos ACS é crucial para esse entendimento pois, quando elas não falam nada para ele durante o atendimento, o ACS dá as informações que obtém por viver na comunidade ou que percebeu durante uma visita domiciliar, o que segundo o médico dá mais sentido para compreensão desta mulher que apresenta queixas e percebe assim, que pode ser decorrência desses atos de violência. Novamente cita que as pacientes mais novas são as mais caladas e as mais velhas falam muito mais, *“talvez porque já estão cansadas de não serem ouvidas”*.

Durante este tempo que vem atuando neste território, o médico disse os casos de violência sexual e física, especialmente os que não ocorrem dentro de casa, as vítimas procuram o posto e eles conseguem dar encaminhamento com a polícia. Já as violências física e sexual que acontecem dentro de casa, são mais difíceis de serem relatadas por elas dentro do consultório. A violências morais e psicológicas segundo o médico, elas nem percebem, muitas se diziam cansadas dos xingamentos, mas que pelo menos nunca apanhavam; então, não percebiam que estavam sofrendo violência. *“Ele nunca me bateu é um clássico, porque não deixa marca, e daí essas mulheres chegam com sintomas de ansiedade, depressão crônica, gastrite e outros problemas somáticos, muitas passam a fazer uso abusivo de álcool, mas elas não sabem que precisam buscar ajuda, não percebe que aquilo passou do limite, só porque não está apanhando, não deixa marca”*.

Perguntado sobre o que poderia ser feito para melhorar o atendimento dessa mulher vítima de violência, o médico diz que falta uma capacitação real, não somente informativos e notas técnicas que têm sua importância, mas por si só não resolve, diz que tem que ter um envolvimento intersetorial, envolvendo a gestão, o ministério público, a

delegacia da mulher. Destaca a importância de ter materiais mais ilustrativos para as mulheres, com atividades que as envolvam de forma presencial, já que muitas são analfabetas. Critica a falta de ônibus da região para que essas mulheres estejam mais presentes nas atividades coletivas oferecidas pelo posto, então deveria ter uma forma dessa informação ir mais ativamente para a casa dessas mulheres, mas daí os profissionais precisariam de uma capacitação. Outra crítica que ele tece, e que diz respeito ao transporte coletivo precário, é o fato deles terem dificuldade de ter agendamento de consulta, *“todo mundo chega às 7h porque é o horário que passa o ônibus e depois vai demorar muito, os pacientes enxergam estar no posto como um dia perdido de trabalho, uma diária a menos”*. A kombi que faz as visitas domiciliares é precária, sem equipamentos de segurança para os servidores. A queixa já foi registrada, mas até agora nenhuma providência tinha sido tomada quanto a isso. Finaliza dizendo que a UBS tem três grupos no *WhatsApp* para divulgar os eventos que são oferecidos, informativos de vacinação e outras ações do posto.

O aprendiz da atenção primária

O residente da UBS é um rapaz homossexual¹⁴, muito comunicativo e profissional de educação física. Iniciou o trabalho de campo da Residência em Saúde da Família com ênfase em Saúde da Família do Campo, neste posto de saúde, em fevereiro de 2022.

Antes dessa residência, nunca tinha trabalhado na área da saúde, disse que o profissional de educação física ainda é algo muito recente neste setor. Nos primeiros meses da residência sua atividade era entender o fluxo da UBS, dispensava medicação, organizava filas do acolhimento e participava das consultas com a enfermeira e o médico. Percebendo que o número de hipertensos atendidos no posto era alto, ele começou a

¹⁴ A informação de que ele é homossexual não vem da entrevista. Não há perguntas sobre orientação sexual. Essa informação foi colhida durante o processo de trabalho de campo da pesquisadora, participando das aulas de zumba, convivendo na UBS e participando dos eventos. Ele é homossexual assumido. Esta informação somente foi colocada no texto pois, a pesquisadora, durante o período de trabalho de campo, percebeu, e por isso acredita, que o fato dele ser homossexual tenha facilitado algumas atividades de “empoderamento” dessas mulheres, como os desfiles que ele propunha ao grupo no intuito de exaltar a beleza das alunas e estimular o amor-próprio. Eram momentos de muita descontração e essas mulheres conseguiam se desinibir bastante - o que dificilmente aconteceria se fosse uma atividade proposta por um homem heterossexual, onde muitas delas poderiam se sentir constrangidas de estarem desfilando para um outro homem que os seus maridos. Destaca-se que esta é uma percepção da pesquisadora, observando e entendendo a população de mulheres que a UBS atende.

formular propostas de formação de atividades grupais, como grupo de crianças onde ele trabalhava psicomotricidade e um grupo de ginástica e zumba. Na época do trabalho de campo, o grupo com as crianças não existia mais.

Quando perguntando sobre qual é o entendimento de violência contra mulheres dentro da área de saúde, disse que a primeira coisa que vem à cabeça dele é a violência sexual. Mas com a vivência na UBS começou a perceber que a violência psicológica é muito maior, o que observou bastante durante o tempo em que ficou no acolhimento. Começou a perceber que aquela dor de cabeça de uma semana de uma paciente acontecia associada a uma briga com o marido, por exemplo.

Logo em seguida a esta resposta, ele fez questão de citar as ações na escola e opina que a perspectiva de futuro para os alunos ali é muito baixa. Em uma atividade em que ele perguntava o que os jovens estudantes esperavam do futuro, teve respostas do tipo *“minha mãe fala que eu não vou ter muita coisa, que vou terminar os estudos e precisar arrumar um marido”*, ao que o residente considerou de uma violência gravíssima, ainda que dito com muita normalidade. Ainda sobre crianças emenda contando um caso em que ele acompanhou no qual um menino foi tomar vacina e o pai falava e repetia que ele não podia chorar, que menino não chora. O residente disse que se intrometeu dizendo a ele que poderia chorar sim, *“imagina essa criança crescendo achando que não pode chorar porque é homem, é de uma violência gravíssima”*.

Nos estudos formais, somente na residência a violência foi um tema abordado. Era abordada dentro de disciplinas de saúde de cada população como saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança, saúde da população negra e saúde de pessoas LGBT, sendo direcionada de acordo com cada especificidade dessa população.

No acolhimento foi percebendo que a violência é algo que foi sendo passado por gerações, o avô que batia na filha que hoje é mãe e bate na sua filha. Violências físicas que eram provocados com objetos usados para bater e muitos xingamentos. Indigna-se com o fato de não haver um centro de apoio à mulher vítima de violência na região, somente o posto de saúde. Corroborava com o que o médico disse sobre a dependência financeira que as mulheres têm de seus maridos, aguentando humilhações e porque não apanham fisicamente, não se veem como vítimas. Disse que às vezes é muito difícil acompanhar todas essas histórias, pois a escuta não é suficiente e quando tenta dar

encaminhamento enfrenta dificuldades e entraves, o que gera muita frustração para ele. Contudo, considera que o acolhimento realizado dentro da UBS, como porta de entrada, é muito bem realizado.

Citou um exemplo que o marcou bastante durante seu trabalho na UBS como residente no acolhimento. Um rapaz, usuário do posto, começou a ir lá apenas para conversar com ele, até que um dia contou que a mãe queria que ele namorasse uma menina a força porque a rua estava comentando que ele era homossexual, já chegou a apanhar da mãe por causa disso. Ele teve de sair do território, se mudou para uma RA bem distante de lá e da família. O residente considerou que o fato desse rapaz ser mais sensível – ele não era homossexual – e fugir do padrão de masculinidade que se esperava dele, era algo muito violento. *“Ele não queria namorar por namorar, estava só esperando a garota certa, que ele gostasse”*. Com esse exemplo ele concluiu que as pessoas só vão buscar ajuda ali no posto quando o caso está muito mais grave, *“batendo na portinha da depressão”*.

Sobre a dificuldade de encaminhamento dessas mulheres vítimas de violência ele credita ao fato de não haver nenhuma instituição ali, na zona rural. A farmácia é recente no posto então, antes disso, o usuário tinha que ir buscar medicação gratuita na cidade, que é longe. Junto a isso vem a dificuldade financeira de pagar o ônibus, é uma população pobre. Ele defende as “instituições”, diz que funcionam, só que a demanda é alta, não conseguem disponibilizar o serviço para todos.

Ressalta que o acolhimento é o lugar onde ele aprendeu a ter um olhar mais apurado para observar possíveis violências implícitas e como trabalhar, a partir disso, com essas usuárias. Seja puxando uma conversa para que ela se abra ou colocando esta questão nas reuniões semanais de equipe.

O grupo de ginástica da UBS, onde ele dá aulas, também, de zumba, é, em princípio para todos, no entanto, é frequentando somente por mulheres. Nesse grupo ele faz questão de trabalhar o empoderamento feminino, propondo brincadeiras de desfile, ou atividades em que coloca as mulheres para fazerem poses para foto, reforça com as alunas que elas não precisam de um homem para dizer o quanto elas são bonitas porque elas podem se sentir, e são, bonitas. Ele considera isso uma forma de contribuir na prevenção da violência, trabalhando a autoestima dessas mulheres. Disse que essas

atividades reforçaram muito o laço entre elas, formam amigadas e se sentem à vontade para conversar sobre diferentes assuntos. Segundo o residente, muitas histórias de violência são reveladas ali. O grupo da ginástica é um dos grupos de *WhatsApp* da UBS, onde o residente estimula a troca de músicas, sugere que as alunas troquem livros entre si. *“Parece bobagem, mas o que percebo é que muitas vezes tudo que uma daquelas mulheres precisa é receber uma música bonita naquele dia”*. Nesse grupo é, também, onde as fotos e vídeos das atividades das aulas são compartilhados.

Com essa experiência dentro da UBS, o residente percebeu a importância do profissional de educação física na atenção primária à saúde, desde o acolhimento até o cuidado de saúde mental que ele proporciona nas atividades que oferece e que percebe a diferença que fez com esse grupo de mulheres, especialmente no quesito socialização.

A residência desse profissional de educação física acabou em fevereiro de 2023. Na época do trabalho de campo e realização das entrevistas, o fato de que uma hora ele iria embora era um motivo de muita lamentação das mulheres que frequentavam o posto. Nos eventos promovidos pela UBS em que a pesquisadora participou, o residente demonstrava um imenso protagonismo na organização e comando das atividades e era muito querido pelas mulheres que ele tratava com muito carinho, humor e brincadeiras.

Cobrindo buraco

A psicóloga responsável pelo grupo "De Mulher para Mulher" é psicoterapeuta e sexóloga. Aposentada, sua atuação na UBS é voluntária. Ela é moradora do território e usuária. O convite para comandar esse grupo de saúde mental para mulheres partiu de uma provocação feita pelo residente do posto que, em conversa com o médico, oficializaram o convite para as usuárias no intuito de formar o grupo. No início, ela também oferecia, gratuitamente, alguns atendimentos para os pacientes, plano que durou pouco tempo já que a psicóloga, apesar de aposentada, tinha muitos deveres de cuidado em casa com a mãe idosa. Na época da entrevista, o grupo tinha 6 meses de formação.

Graduou-se em 1982 e fez muitas especializações e cursos profissionalizantes na área. Na sua trajetória profissional, trabalhou em postos de saúde com o tema de planejamento familiar, trabalhou em departamentos de HIV/AIDS e, principalmente, atuou em consultório particular. Apesar de ser sexóloga e ter passado por

departamentos nos quais o assunto “sexo” é recorrente, a violência contra a mulher nunca foi um assunto debatido com atenção em seus cursos. No próprio trabalho, o exercício de sua função era pontual, sobre prevenção de gravidez ou acompanhamento de saúde mental para pessoas vivendo com HIV. Quando o assunto era tocado nesses cursos de formação formal focava-se mais na violência sexual, parafilias e prostituição, mas considera que foi de forma totalmente ineficiente e acha que isso se deve, também, pelo período em que estudou, durante os anos 1980. Tem mais familiaridade com o assunto hoje, devido a maior informação disseminada na internet e, também, por causa da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), que tipificou os diferentes tipos de violência contra a mulher.

Em entrevista, confessou que está passando por violência patrimonial e, conseqüentemente, psicológica. Está em um processo de separação litigioso em que está sendo duramente atacada pelo ex-marido com quem foi casada por mais de 35 anos.

Em sua longa trajetória profissional, atendeu pouquíssimos casos de mulheres que sofreram violência doméstica, sendo uma das poucas exceções o caso relatado por uma paciente, do grupo de mulheres da UBS, que relatou que a cirurgia que ela tinha feito no coração foi fruto de um infarto que teve durante uma briga em que apanhou do marido, há alguns anos. Considera que é um assunto delicado e difícil de tratar.

Durante a entrevista falou do tempo que demora para se criar uma conexão confiável entre paciente e psicóloga. Citou o grupo como um exemplo, pois percebe que depois desses meses as mulheres têm uma conexão maior e mais confiança para colocar em roda seus problemas e, acredita que, se for o caso, todas estariam preparadas para acolher uma mulher que precisasse se abrir sobre alguma violência que estivesse sofrendo.

Confessa ter desconhecimento sobre os encaminhamentos que deve dar a uma vítima de violência. Como não é servidora, mas voluntária, não está muito familiarizada com os procedimentos de trabalho da UBS. As mulheres que hoje estão no grupo são advindas de convites feitos pelos grupos do *WhatsApp* do posto e, algumas, vão indicadas pelo médico ou ACS. E essa é a função dela dentro da UBS: ajudar mulheres através da uma terapia comunitária a terem mais qualidade de vida. Missão que, segundo ela, tem sido bem executada, com o grupo crescendo a cada dia e as conexões de amizade se fortalecendo entre elas.

Rotina Instável

As entrevistas com os profissionais de saúde apresentaram uma rotina burocrática pautada por adversidades e lacunas da gestão pública. Papéis importantes são executados por voluntários, como o da psicóloga; e, no entanto, nada garante que o trabalho dela continue sendo realizado. Ainda durante o trabalho de campo da pesquisadora, que frequentava semanalmente a roda das mulheres, ela vinha relatando muitos problemas de ordem médica da mãe idosa, tendo, inclusive, desmarcado alguns dos encontros ao longo desse tempo para cuidar dela. O voluntariado é gesto altruísta que não deve ser cobrado. E a pessoa que voluntaria pode ter seus limites, independente da natureza que seja, e encerrar sua contribuição.

O profissional de educação física que, para além de suas contribuições nas aulas de ginástica e zumba, contribuía na organização e atuação no acolhimento, é um residente que, após finalizado o período e bolsa de estudos, finaliza, também, seu trabalho no local. Ou seja, tais atividades deixarão de existir. Outros residentes podem vir a atuar na UBS mas, novamente, sem cumprir a função de um profissional concursado e destinado a cuidar de sua área em específico. Entre um residente e outro sempre haverá um lapso de tempo em que tal atividade deixa de ser desenvolvida e os grupos dessas atividades complementares acabam sendo esvaziadas, tendo de ser recomeçados do zero.

A despeito da transitoriedade e instabilidade de profissionais residentes e voluntários, é importante dizer, também, que é comum existir mudanças dentro da equipe que fazem parte do quadro de funcionários públicos, como o médico e a enfermeira. No entanto, é mais garantida a substituição desses profissionais, especialmente em uma UBS, como esta da pesquisa, onde há somente uma equipe de saúde da família.

É claro que essas substituições de profissionais afetam a experiência do usuário da UBS, são novos vínculos a serem criados entre paciente e médico e enfermeira. Por isso, a importância de a unidade de saúde ter sempre uma equipe completa, pois sempre teria um profissional já com vínculo criado com a comunidade, auxiliando nestes processos eventuais de transição de pessoas dentro da equipe.

Nas entrevistas foi perguntado às mulheres como eram suas relações com a UBS de seu território, se buscaram ajuda em algum momento de violência, como era e se existia

essa rotina/vivência. Em algumas partes dessas respostas, ainda que não fosse o foco, algumas delas teceram elogios. Algumas elogiaram o médico atual, dizendo que ele era muito atencioso, ao contrário do médico anterior que elas consideravam “grosseiro”. Os ACS, tanto o entrevistado como aquele que não quis conceder entrevista também foram elogiados não só em suas atuações profissionais, mas também, num sentido mais carinhoso, ele como o bom menino que foi criado, uma espécie de “orgulho da mãe”, e ela como uma boa vizinha e amiga. O residente de educação física era visto como um menino alegre e muito querido e lamentavam muito sua saída próxima da UBS.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão está dividida em cinco seções a partir dos cinco tipos de violência tipificados a partir da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Trechos das entrevistas ou das histórias vividas por elas serão citados para uma melhor compreensão dos fatos. Conteúdos retirados das entrevistas com os profissionais de saúde estarão presentes na discussão, de forma a costurar e/ou confrontar os discursos contidos nos resultados coletados através do trabalho de campo e entrevistas realizadas pela pesquisadora.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Os resultados das entrevistas com as mulheres demonstram uma trajetória de vida comum vivida por elas: 90% das mulheres sofreram violência física, 100% violência psicológica, 50% violência sexual, 70% violência patrimonial e 70% sofreram violência moral.

Ao final desta biografia coletiva, construímos, como um resultado das entrevistas, a Tabela 1, com um esforço de sistematização dos 5 tipos de violência contra a mulher, conforme a Lei Maria Da Penha, que serão as seções de discussão sobre o que cada tipo significa.

Na primeira coluna estão as subdivisões que exemplificam a forma como a violência foi sofrida e, na segunda, o número de mulheres, das 10 entrevistadas, que sofreram tais características específicas.

Tabela 1: Tipos de violência específicas sofridas pelas entrevistadas, elaborada com base na Lei Maria da Penha.

Violência física		
<i>Características específicas</i>	<i>n.º</i>	<i>de</i>
	<i>mulheres</i>	
Espancamento	5	
Puxão de cabelo	5	
Ferimentos com arma branca	2	
Queimadura com cigarro	2	
Tortura	3	
Ferimentos com arma de fogo	1	
Sacudida ou braços apertados	9	
Objetos arremessados	8	
Mordidas	1	
Violência psicológica		
<i>Características específicas</i>	<i>n.º</i>	<i>de</i>
	<i>mulheres</i>	
Ameaças	10	
Humilhação	10	
Constrangimento público	7	
Isolamento	4	
Perseguição e vigilância	7	
Ser chamada especificamente de burra	10	
Gaslighting	5	
Violência sexual		
<i>Características específicas</i>	<i>n.º</i>	<i>de</i>
	<i>mulheres</i>	
Estupro conjugal	5	
Estupro por pai/padrasto	1	
Estupro por terceiros	1	
Violência patrimonial		
<i>Características específicas</i>	<i>n.º</i>	<i>de</i>
	<i>mulheres</i>	
Controlar dinheiro e/ou patrimônio material	4	
Pendências com pensão alimentícia	2	

Destruição de objetos de valor emocional	2
Destruição de objetos pessoais e/ou de trabalho	6
Destruição de objetos da casa	6
Privação de alimentos/fome	4
Processos judiciais como forma de exploração financeira	2

Violência moral

<i>Características específicas</i>	<i>n.º de mulheres</i>
Acusadas de traição	6
Ameaça e/ou exposição de vida íntima	2
Acusadas injustamente de realizar alienação parental	1
Culpabilização por ciúme doentio	7
Acusação mentirosa de má conduta perante a comunidade	3

Fonte: elaboração da autora

Violência física

A narrativa da violência vivida pela mulher não tem momento para começar. Como analisado nos relatos, os atentados à integridade e saúde física podem vir como reflexos dos próprios atentados à mãe, a ferocidade dos irmãos e companheiros de lar, até chegar ao casamento, onde os casos são ainda mais contundentes. 90% das entrevistadas passaram por alguma forma de violência física dentro do matrimônio.

A violência contra a mulher é uma questão de gênero e denota a subalternização do feminino, alimentando a noção de que são corpos sujeitos a variadas formas de abuso, constantemente. Abusos estes que podem caminhar, muitas vezes, para a morte. “*De um empurrão pra um caixão, é meio passo*” (Jeane). Seja pelas mãos do agressor, ou da própria vítima, que atenta contra a sua própria vida a fim de encerrar seu sofrimento; “*Pra mim, era melhor acabar com tudo do que viver aquela vida*” (Jeane).

Há, ainda, a multiplicação destes atos de agressão física, atingindo os filhos que saem em defesa das mães. “*Ele tentou me enforcar uma vez, minhas filhas que me defenderam*” (Claudia).

Embora esta pesquisa se esforce em separar por tipologia de violência os relatos, fica evidente que, muitas vezes, uma forma de abuso evolui para outra. Como no caso das mulheres sendo espancadas até que se entregassem para o abuso sexual, cedendo para que

ele “*parasse de me bater*” (Cláudia), mantendo o corpo ferido inerte enquanto era estuprada. As violências físicas não acontecem de forma isolada, todas elas acabam gerando um profundo sofrimento emocional e psíquico.

Vale ressaltar que as mulheres em situação de violência física, ainda que performem atitudes benevolentes com seus agressores, os perdendo, dando sempre uma nova chance e os aceitando em casa, parecendo sempre agir guiadas pela emoção elas não são destituídas de racionalidade, elas sabem o que acontece, o que precisam e desejam encerrar a vivência da violência. Porém, muitas delas precisam levar em conta os fatores econômicos e de sustento da casa e dos filhos (LEITE *et al*, 2021; BUENO & LOPES, 2018), “*Ir embora pra onde? Cheia de filho!*” (Letícia), além de sofrerem a influência de tentarem amenizar essas situações em nome da manutenção da família unida (GOMES *et al*, 2022).

As entrevistadas, em sua maioria, narraram tentativas de sair da situação, mas a retaliação era deveras convincente: “*Não vai embora não, senão eu mato você*” (Jeane). Ações como pedir ajuda dos vizinhos, da UBS, da própria polícia ou mesmo estando sob medida protetiva garantida no art.18 da Lei Maria da Penha (2006) - como relatado – embora possam ajudar a manter o agressor quieto por um tempo, não tem uma ação efetiva garantida, “*Porque eles te dão a medida protetiva, você vai pra sua casa, o cara continua solto, aí quando você chega em casa, o cara já tá lá antes de você chegar. Aí você liga, ele já fugiu, e quando a polícia chega eles reclamam (...) Foi o que aconteceu comigo quando chamei a polícia*” (Adrielly).

Entre os tipos de medidas protetivas a serem expedidas no que concerne às obrigações do agressor, segundo art. 22 da Lei Maria da Penha (2006), estão a suspensão da posse ou restrição do porte de armas; afastamento de convivência com a ofendida; proibição de aproximação da vítima e dos seus, com fixação de limite mínimo de distância entre estes e o ofensor e proibição de contato por qualquer meio de comunicação com a ofendida, seus familiares e testemunhas.

Embora a Lei Maria da Penha (2006) infra que ao descumprimento da medida protetiva, a polícia e o poder jurídico devam tomar providências para o perfeito cumprimento da mesma, uma vez que a autoridade policial tem atribuições de serviços dentro Rede de atendimento a pessoas em situação de violência (BARBOSA &

FOSCARINI, 2011), a distância dessas mulheres rurais ao atendimento especializado do DEAM e até mesmo o tempo de chegada de uma viatura à sua residência pode ser o intervalo preciso para a que sua vida seja ceifada ou afetada de maneira irreversível.

Também faz parte da Rede de enfrentamento à violência contra à mulher, o serviço de responsabilização e educação do agressor, vinculado diretamente ao sistema de justiça e que, segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), tem entre suas atribuições a promoção de atividades educativas a partir de uma perspectiva de gênero feminista e de uma abordagem responsabilizante.

Na entrevista com a psicóloga, ela cita o caso relatado por uma paciente que infartou depois que apanhou do marido. Ou seja, a violência causou, para além de feridas ou hematomas típicos desses atos, um agravo que quase a levou à morte, um infarto. Importante destacar que essa paciente, já era diabética na ocasião dessa agressão. Duas das entrevistadas relataram ganhar mais de 50 quilos de peso corporal durante seus casamentos após o início das agressões. *“Eu desmaiava direto, teve um dia que eu tava tão louca que eu caí na parada, onde eu tava eu caía de tanta dor de cabeça. Eu caía dura parada, parálitica”* (Cláudia).

No que diz respeito ao atendimento na atenção primária, de acordo com a literatura revisada nesta pesquisa e com as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da UBS 6 do Lago Oeste, a violência física parece ser o tipo de violência mais fácil de lidar, por ser visível, fácil de detectar e, com isso, ouvir e/ou fazer a abordagem com a paciente, ainda que o tratamento ambulatorial fique restrito, muitas vezes, aos cuidados paliativos e curativos de feridas, dar instruções para a usuária buscar uma delegacia e se encaminhar a algum centro de assistência psicossocial - mesmo que o acompanhamento desse percurso da usuária seja falho. A violência física e sexual parece constituir atos que são tidos como violência “de verdade” dentro do senso comum. Talvez, por isso, as falas com atmosfera mais seguras e “resolutivas” dos profissionais de saúde entrevistados acontecem quando se trata dessas duas tipologias de violência, afinal, elas estampam o corpo. De novo, como apontado nas entrevistas, os profissionais teceram muitas queixas sobre falta de informação sobre o assunto “violência” durante sua educação formal que, especialmente na medicina e enfermagem, é pautada no tecnicismo, na medicalização e na redução do sofrimento somente à patologia, sendo um grande obstáculo para o cuidado

integral de pessoas em situação de violência dentro do setor saúde (MENDONÇA *et al*, 2020).

A violência é culturalmente produzida e repetida, afirmando o elemento estrutural da prática, sendo reproduzido, também e, infelizmente, nos ambientes de auxílio à mulher em situação de violência. Sabendo-se que a solução estaria na responsabilidade da sociedade como um todo através da (re)educação pelos estudos de gênero aplicados a ambas as partes, ainda permanece sem resposta o questionamento sobre como assegurar a integridade física da mulher no presente, quando a sua própria criação foi, diversas vezes, pautada na violência de gênero (VENTURA *et al*, 2023).

Violência psicológica

100% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido atitudes que se configuram como violência psicológica, em algum momento de suas vidas. Usualmente, esta é a primeira forma de agressão, sendo, também, de maior prevalência, junto à física, acarretando sérios danos à saúde mental e psicológica da mulher. Por ser silenciosa, deixa marcas profundas e perdura por todo o ciclo de violência somando-se a outras manifestações agressivas (FONSECA *et al*, 2012).

Como um dos primeiros indicativos, o estado de alerta - aqui compreendido como a perda do direito ao descanso, a necessidade de se esconder e de estar sempre preparada para o perigo iminente - foi relatado por entrevistadas; algumas como algo iniciado ainda na infância. *“O pai saiu pra beber, então a gente saía de casa, a gente ia dormir no mato pra quando ele chegar em casa não fazer alguma coisa com a gente”* (Adrielly). *“Eu tinha 11 anos na época que começou tudo. Meu irmão bebia demais e me batia basicamente quase todo dia. Quando eu ouvia a voz dele eu corria pra debaixo da cama com medo dele me matar porque ele andava com uma arma”* (Cláudia).

As agressões psicológicas seguem por toda a vida adulta e conjugal dessas mulheres. O sentimento de humilhação foi algo relatado por todas as entrevistadas. O sentimento de desânimo e de descrença as faziam renunciar muitas coisas que, antes, as faziam felizes. *“Humilhação, muita humilhação. Eu deixei de cantar, eu deixei de dançar porque ele não gosta de música”* (Fernanda).

A biografia das mulheres aponta no nome de seu primeiro ato os termos “feia, burra e gorda”. Reforço aqui, todas as entrevistadas foram nomeadas, em algum momento, por essas três qualificações na intenção de serem humilhadas pelos seus agressores. *“Ele falava que eu era burra por ser nordestina”* (Miriam). *“Ele dizia que eu era muito feia, que eu era horrorosa, que eu tinha a bunda maior do mundo, que eu era gorda. E eu absorvia isso”* (Fernanda).

Com a constância do abuso psicológico, dos xingamentos, o fenômeno é interiorizado como realidade, minando a autoestima da mulher e naturalizando situações de submissão e, conseqüentemente, de dependência. O silenciamento ante tais agressões se dá até pela dificuldade em reconhecer tais ações enquanto agressões (SIGNORELLI *et al*, 2013; OLIVEIRA & FERIGATO, 2019; SILVA & RIBEIRO, 2020). Tudo isso gera, como consequência direta, trauma, desamor e insensibilidade à mulher abusada, que passa a acreditar que essas vivências são *“o cruzeiro que eu tinha que carregar”* (Itana).

Com a progressão da vivência neste tipo de ambiente, a mulher passa a assumir culpa inclusive por questões fora de seu controle. A crença na culpa por qualquer problema no núcleo familiar acarreta sofrimento nas várias esferas de seu convívio social, trabalho, saúde psicológica, social e psíquica; o que torna a violência de homens contra as mulheres um fenômeno de caráter crônico e estabilizado, sendo empreendido sobre a mesma vítima e constantemente ritualizado (FONSECA *et al*, 2012).

“Eu tive crise de pânico, tive depressão, crise de ansiedade” (Fernanda). *“Comecei a ter picos de pressão alta, to tomando remédio de depressão, mas acho que é luto por toda situação que passei, sabe?”* (Emily). *“De vez em quando eu corro lá no doutor e digo que to surtando, pra ele me dar um remédio”* (Maria Ivonilde). *“Muitas vezes com crise de pânico, mesmo com medo de sair de casa, eu falava assim eu vou sair pra ver se eu vou morrer na rua”* (Miriam).

O tratamento para o adoecimento mental e psicológico dessas mulheres em situação de violência, dentro da UBS, muitas vezes, acaba por ficar focado na prescrição farmacológica. Só que a violência doméstica é muito mais complexa, necessitando de uma abordagem mais holística e multiprofissional sobre esse fenômeno (AMARIJO *et al*, 2018). É necessário acompanhamento psicológico. Apesar de haver encaminhamento do médico para atendimento psicológico dentro das unidades especializadas como no Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS) ou no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a frequência de mulheres rurais neste atendimento é limitada, seja pela distância ou por não possuírem a confiança e cultura necessárias para buscar o auxílio de psicólogos (GEHLEN & CHERFEM, 2021).

Como relatado nas entrevistas com os funcionários da UBS, há ainda a sensação de impotência e despreparo para o acolhimento nas situações de violência contra a mulher. O educador físico reforça a questão da distância entre o Lago Oeste e CAPS e CREAS mais próximo, sendo o encaminhamento algo protocolar, mas não efetivado. *“Aqui acontece casos terríveis de violência contra a mulher e a gente num tem um centro de apoio; aqui o centro de apoio é a UBS (...) nas reuniões de equipe, o médico fala de alguns casos que a mulher vem com uma dor pra esconder que só quer conversar, pra tentar expor alguma coisa”* (Aprendiz da atenção primária).

Nas entrevistas, as mulheres corroboram com esse fato de a distância ser um dificultador na busca por um profissional da psicologia, além da dificuldade de tempo e que uma saída rápida para ir ao grupo de mulheres, que é oferecida pela psicóloga voluntária na UBS, significa perder uma manhã de trabalho. Neste grupo participam 3 das mulheres entrevistadas nesta pesquisa. Elas chegaram a compartilhar sobre as violências que sofreram, mas disseram à pesquisadora que não se atinham a detalhes por ser uma terapia coletiva, mas, que se fossem consultas individuais, se abririam mais e acham que seria mais efetivo para a cura de suas feridas. Outras entrevistadas se atêm a pegar a medicação e não compartilhar nenhuma situação que as levassem ali, a tratar aquilo que elas chamavam de tristeza e de autodiagnóstico de depressão. Duas das entrevistadas nunca nem cogitaram falar de suas emoções com o médico ou enfermeira do posto.

É importante destacar que segundo o parágrafo 4º do art. 9º da Lei Maria da Penha (2006) a pessoa que comete uma violência, não só a psicológica, mas de qualquer tipologia, é obrigado a ressarcir todos os danos causados, inclusive ao SUS de acordo com a tabela de valoração dos serviços prestados no atendimento às mulheres e pessoas em situação de violência.

Violência sexual

Metade das mulheres entrevistadas sofreram violência sexual por estupro, sendo importante enfatizar que os atos de estupro sofridos envolviam atos sexuais com penetração. Uma das mulheres relatou ter sofrido estupro por parte do chefe do trabalho. *“As três noites da viagem de trabalho ele foi lá no quarto e me estuprou”* (Adrielly). Outra diz que sofreu alguns episódios de *“abuso aqui - apontando para o meio das pernas - doía muito”* (Maria Ivonilde) no início da adolescência, por parte do padrasto.

Estas duas mulheres mais outras três relataram ter tido relações sexuais, com seus parceiros íntimos, sem vontade, às vezes chorando, com vontade vomitar ou *“fechando os olhos para acabar logo”* (Cláudia). Nessas ocasiões em que citaram essas situações, durante a entrevista, a atmosfera narrativa era de quem estivesse relatando mais um ato em que o marido estava fazendo mais uma coisa corriqueira do qual ela não gostava, mas que fazia parte do matrimônio, uma função do casamento.

A palavra “estupro” apareceu somente na fala de Adrielly, que sofreu agressão de um terceiro, do chefe do trabalho. Corajosamente, ela denunciou esse agressor para sua coordenadora direta, que conseguiu um arranjo para que esse chefe, que era superior a todos do departamento, fosse afastado para outra unidade. Procurou a UBS 6 Lago Oeste, de seu território, onde disse ter sido muito bem acolhida, atendida e orientada com os procedimentos de contracepção e profilaxia pós-exposição, atitude condizente ao previsto no parágrafo 3º do art. 9º da Lei Maria da Penha (2006). Também foi orientada pelo médico e enfermeira a procurar a psicóloga residente que tinha acabado de chegar na unidade. Por conta do trabalho, não conseguiu manter uma boa frequência nas visitas à psicóloga, mas disse que gostava muito e que ela ajudou bastante; e lamentou que ela tenha passado somente três meses na unidade de saúde.

Adrielly também fez queixa na Delegacia da Mulher da Asa Sul, ou seja, teve de se deslocar mais de 20km de sua residência para realizar denúncia em uma delegacia especializada. Nunca obteve retorno. Quando contou ao marido o que havia acontecido, ele disse que ela era a culpada da história, ela era a *“safada”*.

Não nominar o abuso sexual por parceiro íntimo como violência, é uma estrutura cultural que reforça o a hegemonia do homem sobre a mulher, que retira a liberdade de

escolha dela e coloca o sexo como uma obrigação conjugal. Coloca a mulher como uma propriedade a ser explorada pelo marido, numa prática misógina de objetificação. Nisso, muitas mulheres não se enxergam como vítimas de uma violência, mas como cumpridoras de um papel matrimonial (BORGES & SANTANA, 2022; ROSOSTOLATO, 2017; KRONBAUER & MENEGHEL, 2005). Alguns estudos apontam o desemprego e trabalho informal como fatores que influenciam atos de violência sexual (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; LEITE *et al*, 2021) possivelmente como um fator de poder sobre essa mulher, visto sua situação de impotência perante o que é esperado de um homem, na vida pública, como o provedor da família, tal qual o patriarcado insinua.

Itana, que sofreu violência sexual, citou, durante a entrevista, que pegou “alguma doença do marido” após uma de suas traições. As infecções sexualmente transmissíveis são uma realidade na vida das mulheres vítimas de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo (SCHRAIBER *et al*, 2002). Neste caso, Itana obteve ajuda de seu filho, que notou que ela estava com um andar diferente. Questionada se estava bem, ela conseguiu ser honesta sobre o que estava acontecendo; contou que o marido, após semanas de “*farra*”, fez sexo com ela; e que, semanas depois, estava mal. Nesta situação, ela disse que o marido também ficou doente “*disso*”. Para seu tratamento, ela recebeu visita domiciliar do médico da UBS e, depois de alguns meses, ficou curada.

Nas entrevistas com os profissionais da UBS, a enfermeira, que é a responsável pela coleta do preventivo, já havia dito que muitas usuárias têm vergonha de responder às perguntas sobre suas vidas sexuais. Já o médico disse que os casos de violência sexual e física, que acontecem dentro de casa, são mais difíceis de serem relatadas por elas dentro do consultório. Logo, a paciente não fala e os profissionais de saúde, quando percebem atos de violência, se sentem despreparados, como relatado nas entrevistas, a conduzirem a assistência dessa paciente. Sentem falta de informações e capacitação por parte da gestão.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011) prevê, no que tange à assistência, formação continuada de agentes públicos e comunitários envolvidos nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência. No entanto, no que concerne ao serviço de atenção primária do Distrito Federal, especificamente à UBS 6 do Lago Oeste, isto parece não ser uma realidade.

Violência patrimonial

Danificar objetos pessoais como roupas, celulares, carro ou itens da casa como eletrodomésticos, brinquedos das crianças ou mesmo o próprio imóvel como destruição de paredes, jardim, telhados; controlar o dinheiro de salário da mulher ou o dinheiro que a ela é destinado para compras domésticas, impedi-la de trabalhar ou sabotar trabalho constituem violência do tipo patrimonial. Todos esses exemplos foram relatados por 70% das mulheres entrevistadas e estão abarcadas dentro do inciso IV do art. 7º da Lei Maria da Penha (2006). “*Ele vendia os materiais dos meninos tudo pra beber, ficava faltando gás, comida, verdura.*” (Leticia).

Estes exemplos de violências perpetradas contra as entrevistadas, assim como o incômodo de companheiros com uma possível independência financeira de sua parceira ou apreensão de seus bens como dinheiro e documentos, ou alegação por parte desses agressores de que detêm o poder da casa sobre si por serem os “provedores” é algo recorrente quando o assunto é violência patrimonial. É comum que muitas mulheres permaneçam na casa, junto a seus agressores, por medo de ficarem desabrigadas, demonstrando profunda dificuldade em sair da situação de violência em que vivem. Ou seja, a retenção, subtração ou destruição de bens e o impedimento da utilização de ferramentas de melhoria de vida, colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade, atingindo sua segurança e dignidade, alimentando, ainda, outras formas de dependência que não só financeira, mas, também, a psicológica (LUDERMIR & SOUZA, 2021; PEREIRA *et al*, 2013; FEIX, 2011).

O entendimento de que tais atos de destruição configuram um tipo específico de violência, a patrimonial, não é algo tão claro na cabeça de muitas das entrevistadas. Por exemplo, Simone, que foi obrigada a queimar seus diários que tinha desde sua adolescência, relatou este acontecimento como uma situação de extremo sofrimento emocional; o que é, uma vez que nenhum tipo de violência acontece de forma isolada (PEREIRA *et al*, 2013; FEIX, 2011).

Letícia, além de ter tido a casa em que vivia com os filhos destruída inúmeras vezes, também teve prejuízos quando tentou trabalhar lavando roupa para fora, quando seu parceiro simplesmente pisoteava todas as roupas que ela lavava dos vizinhos, que pararam de contratar esse serviço dela, impedindo-a de ter uma fonte de recurso

financeiro próprio, “*daí os menino passavam fome e eu também passava*”. Cláudia, queria muito concluir seus estudos, mas foi impedida de estudar pelo seu marido. Itana morrerá analfabeta, nem o pai nem o marido nunca a deixaram estudar e, hoje, idosa, já não tem energia para tal. Adrielly teve seu carro, que facilitava seu deslocamento aos serviços que prestava, destruído pelo marido alcoolizado. Estes são alguns dos exemplos que demonstram atitudes que violam a construção e/ou crescimento de uma vida profissional, afetando drasticamente a renda e independência financeira das mulheres entrevistadas.

Assim como Simone, Letícia, Cláudia, Itana e Adrielly também não demonstraram entender tais atitudes como uma violência do tipo patrimonial; mas como mais uma violência comum do cotidiano que já sofriam, seja porque o lugar da mulher é dentro de casa e não estudando e trabalhando fora, seja por entenderem essas atitudes com mais uma situação de humilhação.

Quando foi abandonada na praça do hospital para dar à luz à sua filha, sem seus documentos e sem o salário que tinha acabado de receber, que estavam em sua bolsa em porte do marido, Cláudia contou esta história como uma atitude de muita humilhação, e fome. Jeane por outro lado, relatou seu caso com tom de voz que demonstrava muita raiva, pois, por conta do marido já perdeu alguns empregos e serviços “*Eu ia pedir dinheiro pra ele e ele ‘pra que que você quer? Você num tem tudo? Você num tem comida, num tem casa?’ foi aí que pensei vou trabalhar. Eu ia trabalhar e quando voltava ele tava furioso. Já perdi emprego por conta de ciúme dele, de escândalo.*”

É necessário destacar a importância em nominar esse tipo de violência e observar a ignorância das mulheres quanto a isso, pois são fatores que fazem com que elas desconheçam procedimentos legais cabíveis para essas alegações. No art. 24 da Lei Maria da Penha (2006) há medidas para proteção patrimonial dos bens do casal ou de propriedade particular da mulher violada que prevê restituições de bens à pessoa violada além de punições para o agressor como proibição temporária para compra, venda ou locação de bens comuns e suspensão de procriação concedida pela vítima, quando o caso.

O empoderamento econômico das mulheres é um fenômeno recente, a retirada dos obstáculos legais, burocráticos e culturais ainda está sendo conquistada. Na sociedade patriarcal em que vivemos, ainda são muitas as situações em que os homens permanecem

na condição de chefia da família, administrando os bens e monopolizando o poder econômico da família, independente da mulher, ou mesmo dos filhos, trabalharem ou não. Tudo isso garante aos homens, particularmente nas relações conjugais, um sistema de dominação e exploração das mulheres, garantindo a ele uma espécie de “moeda de troca” ou vantagem na imposição de sua vontade e manutenção de relação desigual. Essas práticas sociais são internalizadas como normais e perpetuadas pela família através da educação dos filhos (COLLING, 2020; FEIX, 2011).

O único profissional de saúde que citou abertamente o termo “violência patrimonial” foi o médico da UBS, quando criticou o poder financeiro do homem rural sobre as mulheres das famílias das usuárias. É importante recordar aqui que ele cita a falta de dinheiro das mulheres para pegar ônibus para ir ao posto devido ao controle financeiro estabelecido por seus maridos. Nenhuma das mulheres entrevistadas pontuaram esta questão específica, no entanto, o relato do médico demonstra que o cenário de violência no Lago Oeste é muito pior e maior do que aponta a amostra desta pesquisa. Se as mulheres são privadas de cuidar de sua saúde elas são, também, privadas de cuidar da saúde de seus filhos e dos idosos da família, uma vez que a elas é delegado o papel de cuidado no núcleo familiar.

Ou seja, a violência patrimonial priva as mulheres de estudarem, de buscar uma posição melhor em seus trabalhos – quando são “permitidas” a trabalhar -, de terem uma fonte própria de recurso financeiro e, como consequência, além do sofrimento psicológico, que também é tipificada como violência, acabam por ter sua saúde física posta em vulnerabilidade. Já é sabido que a violência psicológica é fator estressor para diferentes queixas físicas que são somatizadas no corpo devido ao adoecimento mental dessas mulheres (CARNEIRO *et al*, 2022). Só que a violência patrimonial por meio da privação e controle de recursos para obtenção de itens mínimos de subsistência, como para o deslocamento à UBS, também são agravantes à saúde de mulheres vítimas de violência.

Violência moral

Assim como a violência psicológica, a violência moral leva à distorção da autopercepção da mulher, dessa vez se engendrando até a percepção de outros sobre ela.

A injúria e a calúnia sobre a vítima a faz sentir-se sem valor e desprezada, sendo uma série de enlaces psíquicos (FONSECA *et al*, 2012) que naturalizam o androcentrismo, reforçando a marginalização subordinada e isolamento moral.

70% das mulheres entrevistadas sofreram violência moral. Nas narrativas que reforçam o estereótipo de “*safada*”, as entrevistadas relatam ter apanhado, por ciúmes de histórias inventadas tanto dos companheiros “*Eu deixava o celular em casa pra deixar ela na escola e o trajeto era de mato, era perigoso, algumas crianças já foram assaltadas (...) eu chegava e tinha um monte de ligação ‘você não atendeu porque tava com outro’ (...) eu tive três celulares quebrados*” (Jeane) e até da própria mãe “*(...) era normal a mãe sentir ciúmes e descontar nela*” (Claudia). Vale lembrar que Adrielly, na ocasião em que foi estuprada pelo seu chefe, ao contar para o marido, apanhou novamente pois, para ele, ela tinha sofrido isso por dar abertura, por ser a “*safada*” da história.

Existe, no agressor, a idealização de posse sobre o corpo e vida da vítima, “*(...) botou ela pelada no meio da rua, com o revólver no ouvido dela, prendeu os dois filhos dela dentro do quarto. O povo tudo vendo ela pelada na rua. E ela toda quebrada e judiada*” (Itana, falando sobre a filha), a submetendo à difamação e exposição pública.

Discussões em ambientes públicos, ciúmes de ligações telefônicas - que no final das contas era para o próprio pai da mulher ofendida, fazer a vizinhança duvidar da integridade dela, fazê-la acreditar que é burra e que está ficando louca foram algumas das formas de violência moral praticadas contra essas mulheres. Até de alienação parental, Simone foi acusada de ter cometido quando decidiu se separar e foi apontada pelo ex-marido agressor como ladra e destruidora de família, dizendo que estava separando os filhos do convívio dele – o que não era verdade, já que eles moravam na mesma rua e ele não fazia questão nenhuma de visitá-los. Ou seja, ela conseguiu a duras penas se separar de seu agressor, mas continua sofrendo violência.

A desvalorização do esforço, comportamento e conduta da vítima fazem com que, inclusive as tentativas de melhorar a situação da família a fim de mitigar as ações de violência, sejam rechaçadas pelo companheiro. Foram diversos relatos que traziam a desconsideração dos companheiros sobre o trabalho da vítima, suas tentativas de tirar a oportunidade da esposa e até dele se apossar do salário dela e “*gastar com bebida e amantes*” (Claudia).

O ciúme doentio é compreendido como uma das explicações mais comuns pelas atitudes do agressor, sendo reflexo direto da dominação-exploração patriarcal praticada através do controle sobre a vítima, passando por todos os âmbitos sociais de sua vida, afetando a valoração da mulher através de sua idoneidade moral-sexual, o que interfere na sua leitura pública e credibilidade social (MARDEGAN, 2023).

Apesar da violência moral estar fortemente associada à violência psicológica, ela tem efeitos mais amplos, pois sua configuração impõe, nos casos de calúnia e difamação, ofensas à imagem e reputação da mulher em seu meio social e no ambiente público, sendo uma afronta à sua autoestima e ao seu reconhecimento social (FEIX, 2011).

Por isso, para além do que ocorre no ambiente doméstico, existe a descrença de muitas mulheres na ação da justiça para uma ação efetiva que as auxilie na saída desses relacionamentos violentos, ainda que a Lei Maria da Penha (2006), através do art. 28, garanta à mulher vítima de violência, acesso à Defensoria Pública ou Assistência Judiciária gratuita.

Mesmo que as relações desiguais entre homens e mulheres não apareçam de forma explícita nas leis e no sistema judiciário, as relações de poder na sociedade são pautadas pelo patriarcado, reafirmando o poder dos homens sobre mulheres. Essa injusta desigualdade acaba afetando o sistema de justiça, no caso de julgamento de crimes contra mulheres, com graves distorções que contribuem para a impunidade do agressor e a culpabilização da vítima, tudo sob a aparente neutralidade do direito (MARDEGAN, 2023).

Jornada ainda angustiante

Embora a finalização da biografia coletiva tenha mostrado, em termos, possibilidades de esperança, vale ressaltar que duas das entrevistadas seguem ameaçadas de vida pelos seus perpetradores. Além disso, mesmo as que conseguiram sair dos relacionamentos e não têm mais contato com seus ex-companheiros, foram ameaçadas durante seus ciclos, em algum momento. Ser ameaçada com facão e arma de fogo comprovam essas tentativas de homicídio. Em rodas de conversa com mulheres, ao se ouvir narrativas de violência, ao invés de espanto, normalmente temos como resposta outras tantas narrativas à altura ou piores.

A Lei nº 13.104 (BRASIL, 2015), conhecida como Lei do Feminicídio, que torna o feminicídio um homicídio qualificado e o coloca na lista de crimes hediondos, com penas de 12 a 30 anos, traz a promessa de tirar de circulação os assassinos, mas não salva a vítima. Até o presente momento a taxa de feminicídio do DF aumentou em 250%¹⁵ em relação aos outros anos e não há desaceleração nos registros de casos.

A falta de crença nas medidas protetivas e na Lei Maria da Penha

Durante as entrevistas, poucas mulheres falaram da Lei Maria da Penha. Quando citaram, falaram como algo que, hoje em dia, deve ajudar bastante. Quando o assunto era medida protetiva, especificamente, as poucas que citaram não relataram não ter tido uma experiência positiva. *“E aí, vai adiantar o que uma medida protetiva? Num vai adiantar. Porque eles te dão a medida protetiva, você vai pra sua casa, o cara continua solto, aí quando você chega em casa, o cara já tá lá antes de você chegar. Aí você liga, ele já fugiu, e quando a polícia chega eles reclamam, ‘ah, mas você tem que chamar quando ele tá aqui’ e ainda te paga sapo. Foi o que aconteceu comigo quando chamei a polícia”* (Adrielly).

A estrutura patriarcal corrobora para o receio constante de dupla vitimização das mulheres, devido à prática de julgamento moral sobre seus corpos, muitas vezes praticada pelos profissionais que as deveriam proteger. A sensação de desamparo das vítimas propicia uma baixa no número de registros de denúncia e consequente impunidade dos agressores, reforçando a posição subjugada da mulher e intensificação da violência legitimada por essa ideologia patriarcal (MARDEGAN, 2023).

Oferecer amparo à vítima sem focar no extermínio da cultura agressora, é continuar em tratamentos paliativos sobre a questão. A importância da desnaturalização de certas crenças culturais e comportamentos é chave para a mitigação do ciclo de silenciamento e subjugação das mulheres (MARDEGAN, 2023; SCOTT & OLIVEIRA, 2021). Para tanto, se faz necessário o trabalho de preparação adequada dos profissionais que lidam diretamente com os casos, desde estudos com práticas de gênero ao

¹⁵Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/11/18/df-registra-aumento-de-250percent-nos-casos-de-feminicidio-indice-e-o-maior-entre-todas-unidades-da-federacao.ghtml>. Acessado em 18 de novembro de 2023.

desenvolvimento de práxis a partir de referencial teórico e treinamento empírico para a abordagem (PORTO *et al*, 2014).

Somente um trabalho com foco em ambos os gêneros, que destrinche as questões da violência doméstica, pode surtir efeitos satisfatórios no enfrentamento do fenômeno (SAFFIOTI, 2004). O trabalho deve integrar políticas públicas, de saúde e de assistência social, bem como a participação de coletivos feministas e movimentos sociais para a criação de um roteiro de atuação focado na violência contra a mulher, com ações conjuntas voltadas à desconstrução da masculinidade violenta e da dominação expressa pelo patriarcado (SCOTT & OLIVEIRA, 2021).

Em 2020, foi sancionada a Lei nº13.984, que estabelece a frequência de Homens Autores de Violência (HAV) em centros de reabilitação e acompanhamento psicossocial por meio de atendimento individual e/ou em grupo de apoio como medida protetiva (BRASIL, 2020). Com abordagem reflexivo-responsabilizante, as atividades deveriam ser realizadas com a presença de facilitadores que abram espaço para o diálogo e do compartilhamento de vivências e experiências entre HAV a fim de ampliar as discussões em torno da igualdade de gênero e de suas ações, trazendo possibilidades de reabilitação social, sem substituir as sanções penais às quais devem ser submetidos (SCOTT & OLIVEIRA, 2021).

Embora as atividades com HAV sejam estratégias importantes no enfrentamento à violência de gênero, a reação dos participantes com as discussões acerca das relações de gênero é de estranhamento e, em muitos casos, de recusa a trabalhar as temáticas elencadas e conseqüente desistência. O esforço para mudança de paradigma e reconstrução social expõe as deficiências estruturais no que tange desde a preparação dos profissionais do aparelho jurídico, até os facilitadores e participantes da reabilitação de HAV (BEIRAS, *et al*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas entrevistas realizadas com as mulheres, constatou-se uma imensa falta de conhecimento acerca da potencialidade da UBS como um espaço propício para cuidado e recuperação em situações de violência doméstica. A presença de um sentimento de vergonha por parte das mulheres emerge como um obstáculo que as distancia da compreensão de seus sofrimentos mentais e psíquicos, percebendo tais questões como passíveis de tratamento exclusivamente medicamentoso, com pouca viabilidade pragmática para intervenções psicológicas, quando encaminhadas para tal. Embora relatem experiências positivas em suas interações na UBS, expressando elogios aos ACS e ao médico atual, algumas mulheres não abordam episódios de violência que vivenciaram com esses profissionais.

Paradoxalmente, aquelas que participam de atividades específicas, como a roda de mulheres "De mulher para mulher", aulas de ginástica e *Tai Chi Chuan*, desenvolveram um vínculo mais afetivo com a UBS. Emily e Fernanda consideraram essas atividades cruciais para a construção de sua sociabilidade, estabelecendo amizades significativas. Miriam, ao aderir a tais aulas, relatou uma notável melhoria em sua "alegria", corroborada pelo ajuste de sua medicação pelo médico.

Por outro lado, os profissionais de saúde da UBS, apesar de demonstrarem ao longo do trabalho de campo uma postura acolhedora, interesse em aprender e sinceridade ao reconhecer a ausência de ferramentas de capacitação para abordar a violência contra a mulher, não apresentaram propostas ou iniciativas direcionadas às usuárias e aos usuários nesse contexto.

A violência contra a mulher é um fenômeno multidimensional, que envolve diferentes esferas do Poder Público, como pautado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a Rede de Enfrentamento. A amostra desta pesquisa confronta as diferentes iniciativas públicas de proteção e prevenção. A lista de leis, portarias e políticas parecem muito distantes da realidade apresentada na biografia de vida das participantes entrevistadas e, também, do cotidiano dos profissionais de saúde da UBS. Obviamente, uma questão não anula a outra, mas cabe questionar a viabilidade e execução de todos estes planos criados para que esse fenômeno deixe de ser um fator tão assustador nas vidas das meninas e mulheres. O diálogo entre os setores envolvidos

na Rede parece ser uma lacuna difícil de ser resolvida, assim como a capacitação, não só dos profissionais de saúde, mas de todos os profissionais envolvidos.

É repetitivo dizer que há de haver uma mudança estrutural e educacional contra o modelo patriarcal estabelecido. Mas trata-se uma verdade - clichê - muito difícil de ser superada; envolve mudanças reais de ordem ideológica que, parece, ser inegociável para o mundo que se apresenta no presente. Ainda que todas as ferramentas existentes, hoje, não sejam eficientes, ou não conhecidas pela população e, até, pelos profissionais envolvidos na Rede, elas são realidade e devem ser acompanhadas através da participação popular e controle social. E isso é algo que a educação popular em saúde pode estimular dentro da atenção primária à saúde, afinal, violência é questão de saúde pública.

Por fim, a história das mulheres do Lago Oeste não se difere da história de milhares de mulheres por todo o Brasil. Muda-se o cenário, as cores, as intensidades, mas toda mulher violentada está à mercê de julgamentos sociais e jurídicos. É urgente que os profissionais de saúde da atenção primária sejam capacitados não só para o atendimento dessas mulheres, mas também, na abordagem para prevenção e cuidado constante, antes mesmo que a violência ocorra. Vivemos em uma sociedade em que “a palavra do médico” é muito aceita, é pouco contestável. Logo, o setor saúde é, por cultura, um local estratégico para criar mecanismos de prevenção à violência e acompanhamento da mulher nessa situação.

REFERÊNCIAS

AMARIJO, Cristiane Lopes; BARLEM, Edison L. Devos; ACOSTA, Daniele Ferreira; MARQUES, Sérgio Correa. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Rev. Enferm. UERJ**, 26:e33874, 2018.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria de Godoy Serpa. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p.591-595, 2008.

ARBOIT, Jaqueline; COSTA, Marta Cocco; SILVA, Ethel Bastos; COLOMÉ, Isabel C. dos Santos; PRESTES, Monique. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc.**, v.27, n.2, p.506-517, 2018.

BARBOSA, Adilson José Paulo; FOSCARINI, Léia Tatiana. Do atendimento da autoridade policial – artigos 10 a 12. In: CAMPOS, Carmen Hein de. **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, p.247–264, 2011.

BATISTA, Karina Barros Calife; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. **Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres**: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n.8, e00140017, 2018.

BEIRAS, Adriano; NASCIMENTO, Marcos; INCROCCI, Caio. Programas de atenção a homens autores de violência contra as mulheres: um panorama das intervenções no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.1, p.262-274, 2019.

BORGES, Rosa Maria Zaia; SANTANA, Jackeline Caixeta. Imposição Colonial e Estupro Conjugal: uma leitura da dinâmica do poder no contexto familiar. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, Vol. 13, N. 1, p. 93-117, 2022.

BORSOI, Tatiana Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de L. Tavares. Ações para o enfrentamento contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface**, v.13, n.28, p.16-74, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do Mundo**. São Paulo: Vozes, p. 700, 2003.

BRANDÃO, Elaine Reis. Renunciantes de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(2):207-231, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 10.778** que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, de 24 de novembro de 2003. Casa Civil. Brasília, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha)**, de 7 de agosto de 2006. Secretaria geral. Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.104 (Lei do Feminicídio)** que altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº

8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos, de 9 de março de 2015. Secretaria geral. Brasília, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.931** que altera a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher, de 10 de dezembro de 2019. Secretaria geral. Brasília, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.984**, de 3 de abril de 2020 que altera o art. 22 da Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para estabelecer como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial. Brasil, de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.550**, de 19 de abril de 2023 que altera a Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre as medidas protetivas de urgência e estabelecer que a causa ou a motivação dos atos de violência e a condição do ofensor ou da ofendida não excluem a aplicação da Lei. Casa Civil, Brasília, 2023.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BUENO, André Luis Machado; LOPES, Marta Julia Marques. Mulheres rurais e violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo. Vol. 21, 2018.

CARNEIRO, Cristianne Teixeira; BEZERRA, Maria Augusta Rocha; ROCHA, Ruth Cardoso, et al. Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v.8, n.3, e26089, 2022.

COLLING, Ana Maria. Violência contra as mulheres: herança cruel do patriarcado. **Revista Diversidade e Educação**, v. 8, n. Especial, p. 171-194, 2020.

COSTA Marta Cocco, SILVA Ethel Bastos da Silva, ARBOIT Jaqueline, et al. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. Fortaleza: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2019.

DISTRITO FEDERAL, Brasil. Decreto n.º 34.922, de 04 de dezembro de 2013, que institui o **Fórum Distrital Permanente das Mulheres do Campo e do Cerrado**, no âmbito da Secretaria de Estado da Mulher, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal. 04 de dezembro de 2013.

DISTRITO FEDERAL, Brasil. Portaria n.º 108, de 20 de março de 2023, que institui a **Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal**, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, 2023.

DISTRITO FEDERAL, Brasil. **Lei n.º 7.314**, de 1º de setembro de 2023, que estabelece medidas de assistência financeira, em caráter temporário, aos órfãos de feminicídio no Distrito Federal. Brasília, 2023.

DISTRITO FEDERAL, Brasil. **Lei n.º 7.266**, de 23 de maio de 2023, que cria o comitê de proteção à mulher e dá outras providências. Brasília, 2023.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas; PEREIRA, Stephanie; SCHRAIBER, Lilia Blima; GRAGLIA, Cecília G. Vieira; AGUIAR, Janaína Marques. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface**, v.24: e190164, 2020.

FEIX, Virginia. Das formas de violência contra a mulher – artigo 7º. In: CAMPOS, Carmen Hein de. **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, p.201–214, 2011.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**; 24 (2), 307-314, 2012.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEHLEN, Maria Eloá; CHERFEM, Carolina Orquia. Violência doméstica no campo: inexistente ou invisível? **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 18, p. 01-21, jan./dez. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas S/A 4ª ed., 2002.

GOMES, Nadirlene Pereira; CARNEIRO, Jordana Brock; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de; COSTA, Dália Sousa Gonçalves da; et al. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enferm.**, v27:e78904, 2022.

KRONBAUER, José F. Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**; 39(5):695-701, 2005.

LAZZARI, Kellen Cristina Varisco; ARAÚJO, Margarete Panerai. O ciclo da violência e a memória de dor das mulheres usuárias do CRM/Canoas-RS. **Bagoas** n. 19, p. 208-239, 2018.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa; VENTURIN, Bruna; AMORIM, Maria Helena Costa; BUBACH, Susana; GIGANTE, Denise Petrucci, *et al.* Associação entre a violência e as características socioeconômicas e reprodutivas da mulher. **Cad. Saúde Colet.**; 29(2), 2021.

LUDERMIR, Raquel; SOUZA, Flávio de. Moradia, patrimônio e sobrevivência: dilemas explícitos e silenciados em contextos de violência doméstica contra a mulher. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 23, e202126, 2021

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA; Margareth Aparecida Santini de. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 3):5003-5012, 2021.

MARDEGAN, Alexssandra Muniz. Injustiça epistêmica: a prova testemunhal e o preconceito identitário no julgamento de crimes contra a mulher. **Rev. Bras. de Direito Processual Penal**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 65-100, jan.-abr. 2023.

MARTINS, Ana Paula Antunes; CERQUEIRA, Daniel; MATOS, Mariana Vieira Martins. IPEA. Nota técnica. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil**. Brasília, março, 2015.

MENDONÇA, Carolina Siqueira; MACHADO, Dinair Ferreira; ALMEIDA, Margareth A. Santini; CASTANHEIRA, Elen R. Lodeiro. Violência na Atenção Primária a Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p. 2247-227, 2020.

MERTON, Robert. K.; FISKE, Marjorie; KENDALL, Patricia L. **The Focused Interview**. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1956.

MICELI, Sérgio. **Intelectuais à brasileira**. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. V. 10, suppl 1, p. 07-18,1994.

MINAYO, Maria Cecília de S. e SOUZA, Edinilsa R. Violência para todos. **Cad. Saúde Públ.**, v.1, p.65-78, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Temas em Saúde Collection. 132 p., 2006.

MINAYO, Maria Cecilia. SOUZA, Edinilsa Ramos. SILVA, Marta Maria Alves da. ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, p. 2007-2016, 2018.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Biografia coletiva, engajamento e memória: A miséria do mundo, pp. 259-282. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 21, n. 2, 2009.

MOREIRA, Tatiana N. Fraga; MARTINS, Cleide Lavieri; FEURWERKER, Laura C. Macruz; SCHRAIBER, Lilia Blima. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.814-827, 2014.

MOTA, Juliana Arrais; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Revista Nursing**, v. 23, n.262, 3648:3651, 2020.

MOURÃO, Mônica; BANDEIRA, Olívia; MENDES, Gyssele. Direito à comunicação, direitos sexuais e reprodutivos: O caso do vazamento de dados da criança do Espírito Santo. **Revista Eco-Pós**, 26(01), 297–323, 2023.

OLIVEIRA, Maribia Taliane; FERIGATO, Sabrina Helena. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v.27, n.3, p.508-521, 2019.

PEREIRA, Rita de Cássia Bhering Ramos; LORETO, Maria das Dores Saraiva de; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano; SOUSA, Junia Marise Matos de Sousa. O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 24, n.1, p.207-236, 2013.

PORTO, Roberta T. Souza; JÚNIOR, José P. Bispo, LIMA, Elvira Caires. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n.3, pp.787-807, 2014.

ROSOSTOLATO, Breno. Reflexões acadêmicas sobre o estupro marital através da historicidade da violência sexual e de gênero. **RBSH**, 28(1); 69 – 76, 2017.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia PL; JUNIOR, Ivan França; PINHO, Adriana A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, 36(4):470-7, 2002.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Porto Alegre: **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SCOTT, Juliano Beck; OLIVEIRA, Isabel F. Grupos reflexivos para homens autores de violência doméstica: Estudo comparativo a partir de três programas brasileiros. **Psicologia: Teoria e Prática**, 23(1), 1–26, 2021.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro P. Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1230-1240, 2013.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):249-258, 2015.

SILVA, Laíza Nília da; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos. **Políticas públicas de saúde para a mulher no Brasil:** uma análise das conquistas. IN: VII Encontro Brasileiro de Administração Pública. Anais ISSN: 2594-5688. Brasília, 2020.

SILVA, Viviane Graciele da; RIBEIRO, Patricia Mônica. Violência contra mulheres na prática de enfermeira de atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**; v.24, n.4, 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Ministério da Saúde: UNESCO; 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, RJ, 2002.

VEIGA, José Eli. A relação urbano/rural no desenvolvimento regional. Brasília: **Cadernos do CEAM** Vol. V, nº 17, p. 9-22, 2005.

VENTURA, Yohana Wihby; MENDONÇA, Patrícia Maria Emerenciano de; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado. Frames de uma violência: uma leitura sobre as pressões para a inclusão da pauta da violência contra as mulheres nas políticas públicas brasileiras. **Cad. EBAPE.BR**, v. 21, nº 2, Rio de Janeiro, e2022-0127, 2023.

WHO. World Health Organization. Global consultation on violence and health. **Violence: a public health priority**. Geneva. (WHO/EHA/ SPI.POA.2). WHO; 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 TCLE Mulheres Vítimas de Violência

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mulheres

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa ***“Violência doméstica e atenção básica à saúde: experiência das mulheres do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal”***, sob a responsabilidade da pesquisadora ***Aline Oliveira Cardoso, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília***. A pesquisa pretende alcançar resultados que permitam traçar um panorama de como essas mulheres vivenciaram as experiências de violências, se conseguiram sair desses ciclos, se conseguiram atendimento adequado no posto de saúde e descrever como os profissionais da UBS procedem com esse tipo de atendimento e se o fazem dentro dos protocolos e, ainda, se recebem a formação específica para isso.

O objetivo desta pesquisa é compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal, e suas experiências no atendimento na unidade básica de saúde local, tendo em vista que esse fenômeno é recorrente na Região Administrativa do qual faz parte e que a UBS é um local estratégico de apoio e atendimento ambulatorial para essas vítimas.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada a acontecer na UBS 6 do Lago Oeste (ou em local a ser designado pela participante) com um tempo estimado de 1 hora para sua realização.

Os riscos da pesquisa estão relacionados com o tempo que a Senhora dispensará com a participação nas entrevistas semiestruturadas e com possível incômodo perante alguma questão, podendo contar com o suporte da equipe de pesquisa e da UBS, caso seja necessário algum auxílio médico ou psicológico. Se a senhora aceitar participar, contribuirá com informações de interesse coletivo, pois os resultados contribuirão para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado.

A Senhora pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

A Senhora pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

Todas as despesas que a senhora tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aline Oliveira Cardoso, na Universidade de Brasília, no telefone 61 9 8603-4433, disponível inclusive para ligação a cobrar, em qualquer horário ou pelo email cardosoali@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável, Aline Oliveira Cardoso, e a outra com a Senhora.

, participante de Pesquisa

Aline Oliveira Cardoso, pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2 – TCLE Profissionais da UBS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais UBS

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *“Violência doméstica e atenção básica à saúde: experiência das mulheres do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal”*, sob a responsabilidade da pesquisadora *Aline Oliveira Cardoso, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília*. A pesquisa pretende alcançar resultados que permitam traçar um panorama de como essas mulheres vivenciaram as experiências de violências, se conseguiram sair desses ciclos, se conseguiram atendimento adequado no posto de saúde e descrever como os profissionais da UBS procedem com esse tipo de atendimento e se o fazem dentro dos protocolos e, ainda, se recebem a formação específica para isso.

O objetivo desta pesquisa é compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal, e suas experiências no atendimento na unidade básica de saúde local, tendo em vista que esse fenômeno é recorrente na Região Administrativa do qual faz parte e que a UBS é um local estratégico de apoio e atendimento ambulatorial para essas vítimas.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada a acontecer na UBS 6 do Lago Oeste (ou em local a ser designado pelo participante) com um tempo estimado de 1 hora para sua realização.

Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ser o tempo dispensado para a entrevista ou algum constrangimento perante alguma pergunta que possa levar a uma resposta que cite o nome de algum usuário. Para isso, a pesquisadora manterá a postura de realizar uma entrevista sem julgamentos e garantindo sigilo sobre qualquer nome citado. Se o (a) senhor (a) aceitar participar, contribuirá com informações de interesse coletivo, pois os resultados contribuirão para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

O (a) Senhor (a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

Todas as despesas que o (a) senhor (a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor (a) deverá buscar ser indenizado(a), obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aline Oliveira Cardoso, na Universidade de Brasília, no telefone 61 9 8603-4433, disponível inclusive para ligação a cobrar, em qualquer horário ou pelo email cardosoali@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável, Aline Oliveira Cardoso, e a outra com a Senhora.

, participante da Pesquisa

Aline Oliveira Cardoso, pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 3 – Roteiro de Entrevista com as Mulheres

Roteiro de entrevista com as mulheres

- 1) Na sua relação com seu companheiro(a), você já sofreu algum tipo de constrangimento, mal-estar ou algo deste tipo?
- 2) Quando a senhora percebeu que estava em uma situação de violência doméstica?
- 3) Em que situação esses episódios aconteceram? Consegue se recordar como e quando começaram?
- 4) Por quem foi praticado os episódios de violência? Foi apenas por uma pessoa? Como é/era sua relação com ela? Vocês ainda mantêm algum tipo de vínculo?
- 5) De que forma eram praticados os atos de violência? Havia agressão física, xingamentos? Essa pessoa te privava, de alguma forma, de ter acesso a comida, dinheiro para comprar itens pessoais ou outros produtos imprescindíveis para sua sobrevivência? Havia controle sobre o seu dinheiro, como trabalhadora (se for o caso)? Manipulações e chantagens envolvendo seus filhos, parentes ou amigos eram feitos?
- 6) A senhora contou para alguém a situação? Contou com a ajuda e apoio de alguém? Conseguiu denunciar? Onde denunciou?
- 7) Em algum momento, a senhora buscou ajuda na Unidade Básica de Saúde? Se sim, como se deu esse atendimento? Acredita que tem sido positivo na sua recuperação? Se não, nunca pensou em conversar com a enfermeira, o agente comunitário de saúde ou outra pessoa da equipe?
- 8) Conseguiu sair desse ciclo de violência ou pretende sair no futuro? Como se deu esse processo?
- 9) Já teve conhecimento de alguma campanha sobre violência doméstica, ou violência contra mulher acontecendo na sua comunidade? Acha que o posto de saúde tem papel importante a desempenhar nisso?
- 10) Chegou a presenciar situações de violência com outras pessoas? Conseguiu ajudar?

11) Na sua opinião, o que poderia ter sido feito para que a senhora nunca tivesse passado por uma situação como essa? Que tipo de apoio a senhora precisou e não teve? O que acha que deve ser feito, no futuro, para que isso não aconteça com outras pessoas?

APÊNDICE 4 – Roteiro de Entrevista com os profissionais da UBS

Roteiro de entrevista com os profissionais da UBS

- 1) Há quanto tempo terminou sua graduação? Tem alguma especialização, fez alguma residência, mestrado ou doutorado? (se for o caso)
- 2) Qual é o seu entendimento da violência doméstica dentro do campo da saúde?
- 3) Durante seu período na educação formal, como esse tema era abordado?
- 4) Já participou de algum curso, capacitação ou outro processo educativo sobre violência doméstica? Qual instituição ofereceu este curso?
- 5) Há usuárias relatando casos de violência doméstica nesta unidade?
- 6) Em sua rotina de trabalho, é possível perceber casos de violência não relatada? Nestas situações, como é feita a abordagem da paciente e quais os procedimentos que são seguidos a partir daí?
- 7) Como agente comunitário de saúde é possível perceber situações de violência de forma evidente, ou implícita, durante as visitas? Como você procede diante destes fatos?
- 8) Já foi desenvolvida alguma atividade ou ação que abordasse o tema de violência doméstica na UBS? Como foi o envolvimento da comunidade? Quais os resultados dessas ações?
- 9) Como profissional de saúde, sente falta de alguma formação ou fomento que pudesse auxiliar neste trabalho junto à comunidade?

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNB



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência doméstica e a atenção básica à saúde: experiência das mulheres do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal

Pesquisador: ALINE OLIVEIRA CARDOSO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55965522.9.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.418.067

Apresentação do Projeto:

Conforme documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881051.pdf' postado em 02/05/2022:

"Desenho:

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com observação participante e realização de entrevistas semi-estruturadas. Busca-se compreender e analisar como as mulheres moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste/DF vivem as experiências de violências domésticas sofridas e se e como conseguiram ajuda e atendimento na Unidade Básica de Saúde local. Serão entrevistadas mulheres vítimas de violência que sejam usuárias da UBS dessa região, assim como os profissionais de saúde atuantes dessa unidade."

"Resumo:

A violência doméstica é um fenômeno atravessado por diferentes marcadores sociais sendo uma realidade presente no Distrito Federal, afetando a vida de milhares de mulheres. Ao mesmo tempo, como questão de saúde pública, os profissionais da atenção básica devem desempenhar um importante papel no apoio a essas mulheres através de seus atendimentos ambulatoriais. Esta pesquisa tem por objetivo compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal, e suas experiências no atendimento na

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.418.067

unidade básica de saúde local. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória com observação participante e realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres vítimas de violência e os profissionais de saúde da UBS onde elas são usuárias. Ao final da pesquisa espera-se ter um panorama de como essas mulheres vivenciaram as experiências de violências, se conseguiram sair desses ciclos, se conseguiram atendimento adequado no posto de saúde e descrever como os profissionais da UBS procedem com esse tipo de atendimento e se o fazem dentro dos protocolos e, ainda, se recebem a formação específica para isso.”

“Hipótese:

O projeto de pesquisa parte da hipótese que a violência doméstica vivenciada por mulheres rurais são mais agravadas devido à diferentes fatores como: grande distância entre as residências, o que faz com que os atos sejam mais facilmente silenciados e invisibilizados; dificuldade de acesso à equipamentos públicos de transpõe e comunicação, visto que sinais de operadoras telefônicas e de internet são ainda insuficientes; além de comportamentos enraizados em machismo e no patriarcado. Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde ainda é um local estratégico de denúncia e ajuda que essas mulheres ainda podem ter. Por isso, o estudo foca nessa população.”

“Metodologia Proposta:

O método escolhido é o de pesquisa qualitativa, por considerar os fenômenos sociais como processos complexos, em constante transformação e articulados a diversos significados e sentidos, possibilitando o recorte do projeto sem perder de vista sua contextualização (VASCONCELOS, 2002). É uma pesquisa exploratória, pois tem o intuito de trazer mais familiaridade ao fenômeno e ao modo como ele ocorre em uma população de um território específico através da observação e realização de entrevistas; e é descritiva já que será feita uma descrição de como se dá o fenômeno e suas características de acordo com o contexto em que está inserido (GIL, 2002). A coleta dos dados acontecerá dentro da Unidade Básica de Saúde 6 do Lago Oeste por meio da observação e participação da pesquisadora em rodas de conversa sobre saúde da mulher – atividade proposta e conduzida pelos residentes da UBS. Esta atividade de campo tem caráter etnográfico (GEERTZ, 1989) no qual a pesquisadora poderá compreender a dinâmica de vida que essas mulheres estabelecem com o cuidado de saúde com elas próprias, com os seus e com a UBS. O mesmo será feito em relação aos profissionais de saúde para um entendimento de como eles manejam esse atendimento. Estas informações e vivência ajudarão no estreitamento de confiança para que as entrevistas semiestruturadas com as pessoas violentadas ocorram de forma

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Página 02 de 09



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.418.067

em que elas se sintam confortáveis, dentro do possível, para resgatar e relatar duras memórias. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde da UBS.”

“Critérios de inclusão:

- Mulheres maiores de 18 anos vítimas de violência, usuárias da UBS 6 do Lago Oeste.
- Profissionais trabalhadores da UBS 6 do Lago Oeste.

Critérios de exclusão:

- Desistência total ou parcial do participante ou não assinatura de TCLE.
- Homens vítimas de violência doméstica.”

“Metodologia de Análise de Dados:

Para a análise dos resultados será utilizada a análise de conteúdo, com transcrição de todo o material e uso do software Iramuteq, que é gratuito, para organização das informações. O uso da análise de conteúdo se fundamenta na necessidade de identificar os dados, frequência de uso de termos e expressões para identificar o contexto que permite apreender os significados dos discursos dos participantes (BARDIN, 1979) para que os resultados estejam categorizados de forma clara a responder os objetivos desta pesquisa.”

“Desfecho Primário:

Traçar como essas mulheres, vítimas de violência, compreendem e vivem os fenômenos de violências vividas, se conseguiram sair de tal situação, como se deu esse processo e como foram atendidas na Unidade Básica de Saúde local. Os resultados gerados a partir desta pesquisa serão organizados de forma didática e com textos de comunicação fluída. Serão apresentados na UBS, onde ocorreu a pesquisa, com data préestabelecida para que todos os participantes envolvidos possam estar presentes. Uma discussão em formato de roda de conversa será proposta para que seja fomentada uma reflexão participativa sobre o material. Além disso, um documento será elaborado para entrega nas secretarias distritais de Saúde e da Mulher. Academicamente, será elaborado um artigo científico para submissão em revistas de Saúde Coletiva.

Tamanho da Amostra no Brasil: 10”

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.418.067

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881051.pdf' postado em 02/05/2022:

"Objetivo Primário:

• Compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal e suas experiências no atendimento na unidade básica de saúde local."

"Objetivo Secundário:

• Classificar e tipificar as formas de violências vivenciadas; • Compreender os motivos e explicações expressados pela vítima com base nos relatos sobre a relação entre vítima e agressor e as circunstâncias das agressões. • Relatar as experiências das vítimas de violência no atendimento realizado na unidade básica de saúde. • Entender como se dá a conduta dos profissionais de saúde da UBS em relação aos casos de violência doméstica."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881051.pdf' postado em 02/05/2022:

"Riscos:

Os desconfortos da pesquisa estão relacionados com o tempo que a participante da pesquisa dispensará para com a participação nas entrevistas semiestruturadas e com possível incômodo perante alguma questão, podendo contar com o suporte da equipe de pesquisa e da UBS, caso seja necessário.

Benefícios:

Os benefícios decorrentes desta pesquisa são de forma coletiva, ao grupo pesquisado, pois os resultados contribuirão para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado Violência doméstica e a atenção básica à saúde:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.418.067

experiência das mulheres do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal, submetido como requisito para o mestrado pela mestranda Aline Oliveira Cardoso, sob a orientação do professor Dr. Miguel Ângelo Montagner, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A pesquisa é de abordagem qualitativa e de caráter exploratório a partir de observação de participantes e realização de entrevistas semiestruturadas, com objetivo de compreender como as mulheres participantes moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste-DF "vivem as experiências de violências domésticas sofridas e se e como conseguiram ajuda e atendimento na Unidade Básica de Saúde local.

A Pesquisadora entrevistará seis (6) mulheres vítimas de violência doméstica no contexto residencial acima especificado e entrevistará quatro (04) profissionais de saúde atuantes na UBS 6 do Núcleo Rural Lago Oeste-DF. A coleta de dados será realizada na Unidade Básica de Saúde 6 do Núcleo Rural Lago OesteDF, com observações a partir de Rodas de Conversa. "Para a análise dos resultados será utilizada a análise de conteúdo, com transcrição de todo o material e uso do software Iramuteq, que é gratuito, para organização das informações. O uso da análise de conteúdo se fundamenta na necessidade de identificar os dados, frequência de uso de termos e expressões para identificar o contexto que permite apreender os significados dos discursos dos participantes (BARDIN, 1979) para que os resultados estejam categorizados de forma clara a responder os objetivos desta pesquisa."

Conforme o Cronograma, as Rodas de Conversa estão planejadas para junho e julho de 2022; aplicação de entrevistas piloto estão planejadas para o mês de julho de 2022; a avaliação das entrevistas e as adaptações estão planejadas para agosto de 2022 e o trabalho de campo e entrevista estão previstos para os meses de agosto a outubro, conforme "Cronograma_01.xlsx", postado em 01/05/2022. Toda a documentação apresentada pela pesquisadora foi devidamente assinada e com a logo da instituição responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881051.pdf",

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.418.067

postado em 02/05/2022.

2 – CARTA DE RESPOSTAS AS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP – Versão editável "CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP_1maio.doc", postado em 01/05/2022.

3 – PROJETO DETALHADO – Versão editável "PROJETO_COMPLETO.docx", postado em 01/05/2022.

4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Documento em versão editável "TCLE.doc", postado em 01/05/2022.

5 – CRONOGRAMA – Documento em versão editável "Cronograma_01.xlsx", postado em 01/05/2022.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 5.308.627 e 5.379.015:

1. Quanto ao TCLE:

Solicita-se rever a redação no que se refere ao tratamento dado à participante da pesquisa; ao invés de Senhor (a), use Senhora, pois mulheres participarão do estudo. No serviço de Atenção Básica à Saúde em questão, servidoras atenderão às mulheres que procurarem pelo serviço.

RESPOSTA: "Arquivo nomeado "TCLE" corrigido para 'senhora' em todos os parágrafos."

ANÁLISE: As alterações foram realizadas no documento "TCLE" postado em 05/04/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto aos riscos:

Nas Informações Básicas do Projeto, na Plataforma Brasil, bem como no TCLE, solicita-se rever a redação de riscos que é descrita com gradação de riscos mínimos: "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos", bem como no Projeto detalhado. O item V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS constante na Resolução 466/2012 diz "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.418.067

decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico." Solicita-se remover a expressão "mínimos". Tais alterações devem constar no Projeto Básico da Plataforma Brasil, TCLE e projeto detalhado.

RESPOSTA: "Alteração feita no texto sobre os 'riscos' na página 1, parágrafo 4 do arquivo nomeado "TCLE". A mesma alteração foi realizada na página 5, parágrafo 4 do arquivo nomeado "Projeto Completo". Esta alteração também foi feita dentro da Plataforma Brasil, no campo específico para isso."

ANÁLISE: A expressão "mínimos" foi removida, porém foi acrescentado que "Não há risco decorrentes de sua participação na pesquisa". Solicita-se remover esta frase, uma vez que toda pesquisa envolve algum tipo de risco, conforme Resolução 466/2012. Tal modificação deve constar no Projeto Básico da Plataforma Brasil, TCLE e projeto detalhado.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: "Alteração feita no texto sobre os 'riscos' na página 1, parágrafo 5 do arquivo nomeado "TCLE". A mesma alteração foi realizada na página 5, parágrafo 3 do arquivo nomeado "Projeto Completo". Esta alteração também foi feita dentro da Plataforma Brasil, no campo específico para isso."

ANÁLISE: Os riscos foram alterados nos documentos "TCLE.doc" e "PROJETO_COMPLETO.docx", postados em 01/05/2022, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Caso o projeto retorne após 15/04/2022, solicita-se que o cronograma seja ajustado indicando que a pesquisa irá iniciar apenas no mês seguinte. RESPOSTA: "Não é o caso já que a resposta está sendo enviada no dia 4 de abril de 2022."

ANÁLISE: Como não haverá tempo hábil para aprovação do projeto antes de iniciar a pesquisa, solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a).

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: "Arquivo ajustado para início das atividades em junho."

ANÁLISE: As alterações foram realizadas no documento anexado "Cronograma_01.xlsx", postado em 01/05/2022, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil e a pesquisa iniciará em junho/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.418.067

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1881051.pdf	02/05/2022 16:25:29		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELo_CEP_1maio.doc	01/05/2022 19:42:13	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	01/05/2022 19:41:42	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Cronograma	Cronograma_01.xlsx	01/05/2022 19:41:12	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/05/2022 19:40:55	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_word.doc	16/02/2022 13:38:41	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Declaracao_proponente.docx	08/02/2022 19:12:48	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_imagem_voz.pdf	08/02/2022 19:09:25	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_pesquisadora.pdf	08/02/2022 19:07:54	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_orientador.pdf	08/02/2022 19:07:32	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_coparticipante.pdf	08/02/2022 19:06:30	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabilidade_pesquisadora.pdf	08/02/2022 19:05:16	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.418.067

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/01/2022 14:13:38	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamento.pdf	19/01/2022 12:56:00	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Apendices_projetoroteiro_de_entrevistas.pdf	19/01/2022 12:54:25	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartaencaminhprojeto.pdf	19/01/2022 12:52:51	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_proponente.pdf	19/01/2022 12:49:37	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 19 de Maio de 2022

Assinado por:
Cristiane Tomaz Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FEPECS



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência doméstica e a atenção básica à saúde: experiência das mulheres do Núcleo Rural Lago Oeste, no Distrito Federal

Pesquisador: ALINE OLIVEIRA CARDOSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55965522.9.3001.5553

Instituição Proponente: Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região Norte

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.593.010

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação do mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

1. Tipo de Projeto: Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com observação participante e realização de entrevistas semi-estruturadas. Busca-se compreender e analisar como as mulheres moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste/DF vivem as experiências de violências domésticas sofridas e se e como conseguiram ajuda e atendimento na Unidade Básica de Saúde local. Serão entrevistadas mulheres vítimas de violência que sejam usuárias da

UBS dessa região, assim como os profissionais de saúde atuantes dessa unidade.

2. Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (DSC/UnB) com anuência da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região Norte

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (x) Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.593.010

4. Se Multicêntrico, qual a origem? Não se Aplica

Nacional Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? Não se Aplica

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

Patrocinada Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): Não se Aplica

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF? 10 participantes (06 usuárias do serviço e 04 profissionais)

Aqui citar o tamanho da amostra local, ou seja, mesmo que se trate de estudo multicêntrico, informar o nº de participantes que serão selecionados nas instituições da SES-DF

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada: Unidade Básica de Saúde 6 do Lago Oeste

10. Qual a População que será estudada:

RNs

Lactentes

Crianças

Adolescentes

Adultos

Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? Sim. Entrevista com vítimas de Violência doméstica

12. Hipótese(s): O projeto de pesquisa parte da hipótese que a violência doméstica vivenciada por mulheres rurais são mais agravadas devido à diferentes fatores como: grande distância entre as residências, o que faz com que os atos sejam mais facilmente silenciados e invisibilizados; dificuldade de acesso à equipamentos públicos de transporte e comunicação, visto que sinais de operadoras telefônicas e de internet são ainda insuficientes; além de comportamentos enraizados em machismo e no patriarcado. Dessa

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.593.010

forma, a Unidade Básica de Saúde ainda é um local estratégico de denúncia e ajuda que essas mulheres ainda podem ter. Por isso, o estudo foca nessa população.

13. Critério de Inclusão:

- Mulheres maiores de 18 anos vítimas de violência, usuárias da UBS 6 do Lago Oeste.
- Profissionais trabalhadores da UBS 6 do Lago Oeste.

14. Critério de Exclusão:

- Desistência total ou parcial do participante ou não assinatura de TCLE.
- Homens vítimas de violência doméstica.

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

O método escolhido é o de pesquisa qualitativa. É uma pesquisa exploratória, pois tem o intuito de trazer mais familiaridade ao fenômeno e ao modo como ele ocorre em uma população de um território específico através da observação e realização de entrevistas; e é descritiva já que será feita uma descrição de como se dá o fenômeno e suas características de acordo com o contexto em que está inserido (GIL, 2002).

A coleta dos dados acontecerá dentro da Unidade Básica de Saúde 6 do Lago Oeste por meio da observação e participação da pesquisadora em rodas de conversa sobre saúde da mulher – atividade proposta e conduzida pelos residentes da UBS. Esta atividade de campo tem caráter etnográfico (GEERTZ, 1989) no qual a pesquisadora poderá compreender a dinâmica de vida que essas mulheres estabelecem com o cuidado de saúde com elas próprias, com os seus e com a UBS. O mesmo será feito em relação aos profissionais de saúde para um entendimento de como eles manejam esse atendimento.

Estas informações e vivência ajudarão no estreitamento de confiança para que as entrevistas semiestruturadas com as pessoas violentadas ocorram de forma em que elas se sintam confortáveis, dentro do possível, para resgatar e relatar duras memórias. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde da UBS.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.593.010

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Compreender e analisar as manifestações de violência contra mulheres, moradoras do Núcleo Rural Lago Oeste no Distrito Federal e suas experiências no atendimento na unidade básica de saúde local.

Objetivos específicos:

- Classificar e tipificar as formas de violências vivenciadas;
- Compreender os motivos e explicações expressados pela vítima com base nos relatos sobre a relação entre vítima e agressor e as circunstâncias das agressões.
- Relatar as experiências das vítimas de violência no atendimento realizado na unidade básica de saúde.
- Entender como se dá a conduta dos profissionais de saúde da UBS em relação aos casos de violência doméstica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto "a garantia da confidencialidade e sigilo, o acesso aos dados confidenciais será permitido somente à pesquisadora e orientador da pós-graduação, e o material ficará sob guarda do pesquisador principal por cinco anos, após isso, será destruído.

Os riscos da pesquisa estão relacionados com o tempo que a participante, vítima de violência, dispensará para com a participação nas entrevistas semiestruturadas e com possível incômodo perante alguma questão, podendo contar com o suporte da equipe de pesquisa e da UBS, caso seja necessário algum auxílio médico ou psicológico. Para dirimir desconfortos, a pesquisadora se compromete a manter uma postura acolhedora e sem julgamentos prévios, além de garantir o sigilo de qualquer nome ou menção de terceiros.

Para os profissionais de saúde da UBS, os riscos são mínimos, podendo ser o tempo dispensado para a entrevista ou algum constrangimento perante alguma pergunta que possa levar a uma resposta que cite o nome de algum usuário. Para isso, a pesquisadora manterá a postura de realizar uma entrevista sem julgamentos e garantindo sigilo sobre qualquer nome citado. Todas as entrevistas serão realizadas de forma individual e privada.

Os benefícios decorrentes desta pesquisa são de forma coletiva, ao grupo pesquisado, pois os resultados contribuirão para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.593.010

Esse projeto seguirá as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que prevê sigilo, autonomia, beneficência, justiça, equidade, dentre outros. Este projeto será submetido ao sistema CONEP via Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde. Antes das entrevistas, todos os participantes serão convidados a assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes serão esclarecidos sobre a pesquisa da qual se propõem participar e os aspectos éticos ligados a ela."

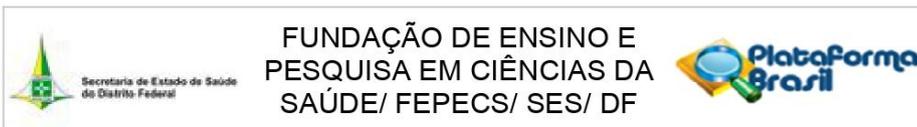
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1.Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: realizado os ajustes solicitados no parecer anterior
- 2.Relevância social: "os resultados contribuirão para melhorar o entendimento sobre o tema em questão e o aprimoramento das políticas públicas específicas para o grupo pesquisado"
- 3.Processo de recrutamento: A pesquisa acontecerá dentro da Unidade Básica de Saúde 6 do Lago Oeste, que possui uma equipe de Saúde da Família onde ações educativas estão sendo desenvolvidas para as usuárias e usuários. Foi solicitado que o processo de recrutamento fosse melhor explicitado e a pesquisadora respondeu a contento.
- 4..Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: apresentados e esclarecidos, conforme solicitado.
- 5.Processo de obtenção do TCLE: também foi feito e esclarecido
- 6.Justificativa de Dispensa do TCLE: Não se aplica
- 7.Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: "o acesso aos dados confidenciais será permitido somente à pesquisadora e orientador da pós-graduação, e o material ficará sob guarda do pesquisador principal por cinco anos, após isso, será destruído." Também foi apresentada a garantia de sigilo e confidencialidade na hora da realização da entrevista.
- 8.Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: apresentado conforme a minimização dos riscos
- 9.Orçamento para realização da pesquisa: apresentado
- 10.Cronograma de Execução da pesquisa: apresentado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Carta de encaminhamento do Projeto: apresentada
- 2.Declaração de Compromisso do Pesquisador responsável: apresentado
- 3.Folha de Rosto: apresentada, assinada pela diretora do DSC/UnB

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

Continuação do Parecer: 5.593.010

4. Termo de Anuência ou Coparticipação: apresentado, assinado pela Direção Regional de Atenção Primária à Saúde de Sobradinho e pela gerencia da UBS nº6 do Lago Oeste.

5. Projeto Brochura: apresentado

6. Curriculum Lattes de todos os envolvidos na pesquisa: apresentado

7. TCLE (ou Termo de Assentimento) ou Dispensa dos mesmos: apresentado TCLE ajustado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 5.593.010

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1951576.pdf	22/07/2022 18:36:52		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.doc	22/07/2022 18:35:40	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	PROJETO_JULHO.docx	22/07/2022 18:35:03	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	TCLE_PROFSA_UBS_JULHO.doc	22/07/2022 18:34:07	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	TCLE_Mulheres_JULHO.doc	22/07/2022 18:33:28	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Cronograma	Cronograma_JULHO.xlsx	22/07/2022 18:32:49	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_JULHO.doc	22/07/2022 18:32:33	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	TermoCompromissoPesquisadora.pdf	17/06/2022 16:18:27	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoProjetoPesquisa.pdf	31/05/2022 13:18:25	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoProjetoPesquisa.doc	30/05/2022 12:09:28	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP_1maio.doc	01/05/2022 19:42:13	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	01/05/2022 19:41:42	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/05/2022 19:40:55	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_word.doc	16/02/2022 13:38:41	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Declaracao_proponente.docx	08/02/2022 19:12:48	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_imagem_voz.pdf	08/02/2022 19:09:25	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_pesquisadora.pdf	08/02/2022 19:07:54	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_orientador.pdf	08/02/2022 19:07:32	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Termo_coparticipante.pdf	08/02/2022 19:06:30	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito
Outros	Apendices_projeto_roteiro_de_entrevistas.pdf	19/01/2022 12:54:25	ALINE OLIVEIRA CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.593.010

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 20 de Agosto de 2022

Assinado por:

**Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))**

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br