Clara de Jesus Marques Andrade

As Equipes de Saúde da Família e a Violência Doméstica Contra a Mulher: um olhar de gênero

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Orientadora:
Profª Drª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

São Paulo
2009

Dedico este trabalho às mulheres que, apesar da vergonha, do medo e da dor,
contaram-me as histórias de violência que marcaram suas vidas.
A elas, minha gratidão.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, que me proporcionou os recursos para a capacitação profissional e realização desta pesquisa.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, especialmente ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem, pela acolhida e pela oportunidade capacitação profissional.

À Universidade Federal de Minas Gerais, por me proporcionar experiências na docência, extensão e pesquisa e por minha vida profissional.

Ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem, pela minha liberação para cursar o Doutorado.

À Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte por autorizar a realização desta pesquisa em uma de suas unidades.

À Coordenadoria Municipal dos Direitos da Mulher do município de Belo Horizonte, pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, por sua orientação segura, precisa e respeitosa, e por acreditar na minha capacidade, ao me propor empreitadas desafiadoras.

À Profª. Drª. Marta Amaral, pelo carinho e pela valiosa colaboração em vários momentos deste trabalho, especialmente na realização das Oficinas.

À Profª. Torcata Amorim, companheira de longas viagens, por sua disponibilidade para me ouvir nos meus momentos de angústia e incerteza.

À Profª. Drª. Celina Camilo de Oliveira, pelo exemplo e pela solidariedade sempre.

Às colegas do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública, em especial as professoras Adélia Maria Silva, Clarice Marcolino, Elizabeth Perez Galastro, Lenice de Castro Mendes Villela e Suelene Coelho pelo incentivo e apoio.

Às enfermeiras Gisele Nacur Vianna e Lenise Westin Maciel Dornas, pessoas especiais, por serem corajosas companheiras de luta em momentos decisivos.

À Equipe do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo, pela convivência e apoio, em especial a enfermeira Margarida Regina dos Santos, exemplo de competência e dedicação profissional.

Aos participantes da Oficina, profissionais do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo, por sua valiosa contribuição para a realização desta pesquisa.

Ao enfermeiro José Antonio Calixto, por abrir as portas do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo para minha atuação como docente e, posteriormente, para a realização desta pesquisa.

Ao amor da minha vida, Wagner, por ser meu companheiro de estrada e também pela ajuda nas questões técnicas de assessoria gráfica, revisão bibliográfica e outras mais.

Às minhas filhas Ana, Carolina e Beatriz, pela ajuda na realização deste trabalho, pelas dores e alegrias que me proporcionam e, sobretudo por se tornarem mulheres que constroem os seus próprios caminhos.

À Cicida, Genoveva e Inêz, pelo exemplo de força e superação ao romper relações violentas e reconstruir a própria vida.

À minha mãe, minhas irmãs, meus irmãos, sobrinhos e sobrinhas, enfim à Família Marques, pela torcida e, sobretudo, por serem a minha referência, o meu porto seguro.

À Ágda, Cici e Nelita pela ajuda diária que permitiu a minha dedicação a este trabalho.

Às crianças Isadora, Matheus, Júlia, Lívia e Elisa, por trazerem alegria e leveza à minha vida.

Enfim, sou grata à Vida pelas bênçãos recebidas.

RESUMO

Este é um estudo quanti-qualitativo que teve como objeto os limites e as possibilidades de atuação dos integrantes das equipes de saúde da família na violência doméstica vivenciada pelas mulheres no sentido de dar visibilidade a este problema no âmbito dos serviços de saúde. Seus objetivos específicos foram: identificar as concepções de violência de mulheres que vivenciaram situações violentas no espaço doméstico, apreender qual a expectativa das mulheres ao buscarem o serviço de saúde quando vivenciam situações de violência doméstica, identificar os limites de atuação dos profissionais de saúde frente à violência doméstica vivenciada pelas mulheres e analisar à luz de gênero o posicionamento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a mulher. Neste estudo utilizaram-se como referencial teórico-metodológico as categorias gênero e violência de gênero enquanto constructos sociais. Para o tratamento dos dados foi utilizada a metodologia da análise de conteúdo proposta por Bardin e Minayo e as recomendações de Bourdieu para a construção das histórias das mulheres. Foi desenvolvido em duas etapas. A primeira teve como sujeitos de pesquisa as gestantes atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no município de Belo Horizonte, realizada através da observação participante, da aplicação de 64 questionários fechados e 12 entrevistas semi-estruturadas. As informações obtidas subsidiaram o desenvolvimento da segunda etapa da pesquisa. A segunda etapa foi desenvolvida através de uma Oficina de trabalho realizada com quinze profissionais das equipes de saúde da família do referido centro de saúde tendo como tema o posicionamento dos profissionais das equipes de saúde em situações de violência doméstica contra as mulheres. Nesta oficina foram coletadas informações sobre os limites e possibilidades de abordagem da violência doméstica nos serviços de saúde. Os resultados mostram que mulheres e profissionais de saúde ao não reconhecerem a violência doméstica contribuem para que se mantenha como um problema presente e recorrente, porém, não abordado nos serviços de saúde. Mostram ainda a potencialidade das Oficinas na coleta de dados de pesquisa articulada à reflexão crítica e na abordagem da violência doméstica nos serviços de saúde.

Palavras chave: violência doméstica, violência de gênero, saúde da mulher, equipe de saúde da família, oficinas de trabalho.

ABSTRACT

This is a quanti-qualitative study that had as purpose to understand the limits and the possibilities of action by integrants of family health teams on domestic violence against women in search of appropriate ways to give visibility to this problem in the scope of the health services. Its specific objectives were: to identify the conceptions of violence by women who had lived in violent situations in the domestic space, to apprehend which could be the expectation of the women when searching the health service after suffering domestic violence, identify the limits of action of the health professionals dealing with women under domestic violence, and to analyze the gender´s view and the perception of the family health team in relation to the domestic violence against the woman. In this study the categories gender and type of violence were used as theoretical and methodological referential for the social constructs. For the data analysis it was used the methodology proposed by Bardin and Minayo and the recommendations of Bourdieu for the construction of the histories of the women. The research was developed in two stages. The first one had as subjects pregnant women attended in the Centro de Saúde Padre Fernando de Melo in the city of Belo Horizonte, evaluated through the observation, the application of a closed questionnaire with 64 questions and 12 half-structuralized interviews. The information obtained subsidized the development of the second stage of the research. The second stage was developed through a workshop with fifteen professionals of the family health team above mentioned having as the purpose the perception and positioning of the professionals dealing with situations of domestic violence against the women. In this workshop information on the limits and possibilities of approaching the domestic violence in the health services were collected. The results show that women and health professionals when do not recognize the domestic violence do not contribute to prevent it, what then becomes a present and recurrent problem in the health services. The results also show the potentiality of the workshops in the collection of data for research, articulated to the critical analysis and approach of the domestic violence in health services facilities and programs.

Key words: domestic violence, gender´s violence, women's health, family health team

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Diagrama da Oficina o olhar dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher – Primeiro dia 44

Diagrama da Oficina o olhar dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher – Segundo dia 47

Tabela 1 49

Tabela 2 50

Tabela 3 50

Tabela 4 51

Tabela 5 51

Tabela 6 52

Rosa Godoy 30/3/09 12:48
Comment: Col,oque os tituklos das tabelas

RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa de Saúde da Família

CSPFM – Centro de Saúde Padre Fernando de Melo

DISANE – Distrito Sanitário Nordeste

AAS - *Abuse Assessment Screen*

SMS-PBH – Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 11
1 INTRODUÇÃO. 12
1.1 Problema de estudo: Violência doméstica contra as mulheres 12
1.2 Políticas públicas de enfrentamento da violência de gênero..... 18
1.3 O objeto de estudo..... 21
2 OBJETIVOS 23
2.1 Objetivo Geral..... 23
2.2 Objetivos Específicos..... 23
3 METODOLOGIA 24
3.1 Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico..... 24
3.2 Gênero como categoria analítica..... 27
3.3 Violência de gênero 33
3.4 Pressupostos..... 37
3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 38
3.5.1 Cenário de estudo..... 38
3.5.2 Fonte de dados e sujeitos da pesquisa..... 38
3.5.3 Aspectos éticos..... 39
3.5.4 Coleta e organização dos dados 40
4 RESULTADOS..... 49
4.1 Rastreando a violência doméstica 49
4.2 As histórias de violência no cotidiano das mulheres 52
4.2.1 Abuso sexual na infância 53
4.2.2 As agressões naturalizadas no cotidiano..... 57
4.2.3 O que as mulheres falam dos seus companheiros e agressores..... 62
4.2.4 As mulheres e a violência consentida e calada 66
4.2.5 A busca por ajuda..... 79
4.2.6 A procura pelo serviço de saúde 81
4.3 O olhar dos profissionais das equipes de saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres..... 83
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO..... 91
5.1 Mulheres e homens: vivenciando os dois pólos da violência doméstica ... 91
5.2 Mulheres: rompendo o silêncio e as amarras da violência doméstica 103
5.3 Profissionais de saúde: reconhecendo os limites e criando possibilidades na abordagem da violência doméstica 112
5.4 A Oficina de trabalho como técnica para coleta de dados e estratégia de reflexão sobre a prática assistencial 117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 120
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 123
ANEXOS 130

APRESENTAÇÃO

O trabalho que apresento aqui, além de ser resultado de um processo de leituras, coleta de informações, reflexão crítica e esforço de sistematização, é também fruto da minha vivência, do meu cotidiano, como mulher, enfermeira, docente e caminhante.

Em minha infância numa fazenda, no interior de Minas Gerais, já percebia que homens e mulheres viviam em mundos diferentes. Os homens atuando e fazendo coisas espetaculares "no mundo lá fora" e as mulheres enredadas nos infindáveis afazeres cotidianos e, quando possível, admirando, da janela, os homens e suas realizações. Era tudo muito natural, um mundo perfeito...

Como estudante de enfermagem, enfermeira e, posteriormente, como docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na área de Saúde Coletiva, fui confrontada com o poder dos estereótipos de gênero que mediam as relações entre os profissionais de saúde. Ao acompanhar os alunos em estágios na área de saúde coletiva e assistência à mulher, vivencio situações que me fazem refletir sobre as relações sociais de gênero entre os profissionais de saúde e destes com as pessoas que buscam o serviço de saúde.

Como caminhante da Estrada Real, saindo de Diamantina para chegar a Paraty, tenho oportunidade de encontrar, observar e conversar com homens e mulheres pelo caminho. Trilhar a Estrada Real, passo a passo, me faz conhecer histórias de submissão, dominação e exploração de homens e mulheres. São histórias de resistência e superação.

As flores do caminho também prendem minha atenção e me fazem pensar nas mulheres entrevistadas nesta pesquisa. É fascinante ver como estas flores brotam em locais inóspitos, áridos ao primeiro olhar. Porém, ao olhar mais atentamente, percebo que estes mesmos lugares revelam as infinitas possibilidades de desdobramento do Real. Inimagináveis... mas, possíveis!

Estas vivências, em territórios tão diferentes, guardam muitas semelhanças entre si e com o tema da pesquisa, contribuindo assim para as minhas reflexões.

1 INTRODUÇÃO.

1.1 PROBLEMA DE ESTUDO: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES

A violência é um dos fenômenos que nos últimos anos aflorou no cotidiano e no imaginário mundial como um dos maiores, mais complexos e graves problemas sociais contemporâneos, sobretudo nos centros urbanos. Apesar disto, ainda carece de estudos, pesquisas e definições políticas para ser enfrentada em toda a sua magnitude e complexidade. Considerada pelos estudiosos como um fenômeno complexo e de difícil conceituação, a violência pode ser entendida como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a outrem. Suas raízes se encontram nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais [(1)].

A violência é um fenômeno de grande complexidade e múltiplo, de modo que encerrá-la numa definição, única e fixa, é simplificá-la "correndo o risco de compreender mal a sua especificidade histórica". Os estudos científicos ainda não chegaram a um consenso sobre suas causas, nem a filosofia popular e nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o seu significado. Por se tratar de um "fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia" apresenta dificuldades para sua conceituação [(2)].

Sabe-se que a violência se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais, presentes nas relações micro e macrossociais, o que significa que só pode ser estudada dentro da própria sociedade ou relação na qual é gerada. Quando se analisam os eventos violentos, evidencia-se que "eles se referem a conflitos de autoridade, a aniquilamento do outro e que as suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo as normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados", o que permite que seja tolerada ou condenada de acordo com a época, o local e as circunstâncias [(2)].

Não se trata de fenômeno recente e exclusivo do mundo contemporâneo. A história mostra exemplos de violência cometida contra os *diferentes,* como as

minorias de poder, negros, mulheres, crianças, idosos etc. Essa diferença, ao ser traduzida em *desigualdade*, tem propiciado e justificado situações de violência que são perpetradas pelo ser humano. O que é recente é o interesse neste fenômeno como área de pesquisas sociais.

Fatores de ordem estrutural, cultural, institucional e subjetivos interferem na produção de informações sobre o fenômeno, gerando distorções e imprecisões. É recente, no Brasil, o uso de sistemas de informações epidemiológicas sobre violência em ambulatórios, prontos socorros e rede básica de saúde. A Portaria Ministerial 142/1997 definiu a obrigatoriedade do registro do tipo de causa externa que ocasionou a lesão, em caso de violência. Até 1997, o registro dos casos de violência nos serviços de saúde apresentava apenas a "natureza da lesão", nada esclarecendo quanto ao agente causador [(1)].

O aprimoramento do sistema de informação em violência possibilitará a realização de estudos mais próximos da real situação e a obtenção de conhecimento no sentido de gerar estratégias eficazes de intervenção.

Há aproximadamente três décadas, a violência passou a ser considerada questão de justiça e direitos humanos, sendo denunciada e investigada como resultado de políticas públicas e do trabalho de organizações não governamentais e também de grupos de mulheres que, além de denunciar, procuram intervir principalmente no que tange à violência contra as mulheres [(1)].

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e, sendo um fenômeno relacionado às concepções de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social, na maioria das vezes é praticada por parceiro íntimo. Apesar de sua ocorrência em escala planetária, tem sido subestimada devido à precariedade do sistema de informações, do silenciamento e da sua invisibilidade em todos os cenários onde transitam as mulheres [(3)].

O entendimento da violência contra a mulher como violência de gênero e violação dos direitos humanos é consenso internacional consignado na Declaração e no Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena no ano de 1993. Este entendimento foi ratificado e ampliado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, Convenção de Belém do Pará, que foi adotada em 1994 pela Organização dos

Estados Americanos e, em 1995, passou a integrar o Programa de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim. Em 1995 o governo brasileiro ratificou a Conferência de Belém do Pará e assumiu oficialmente a elaboração de políticas públicas no combate à violência de gênero [(4)].

Como um desdobramento das proposições de várias conferências internacionais, que recomendam o enfrentamento da violência de gênero, vem sendo realizada, há 16 anos, a Campanha Internacional de Ativismo, que propõe o fim da violência contra as mulheres. É promovida e articulada por entidades feministas, associações de mulheres e de direitos humanos, órgãos governamentais, empresas públicas e privadas. Enfocando a responsabilidade da sociedade e não só das mulheres, a campanha representa um avanço no sentido de criar políticas públicas que tenham como alvo a redução da violência doméstica [(5)].

No Brasil, em 7 de agosto de 2006, foi aprovada a Lei Maria da Penha, que altera o Código Penal Brasileiro e prevê pena para os agressores responsáveis pela violência doméstica. Representa um passo significativo para assegurar à mulher o direito à sua integridade física, psíquica, sexual e moral considerado um avanço importante no enfrentamento do problema, mas, ao se restringir apenas à penalização dos culpados, abrange só uma parte da questão. O risco é que pode levar a um desestímulo à reflexão e à busca de alternativas de transformação das situações de violência vivenciada pelas mulheres. Iniciativas como esta, ainda que fundamentais, devem ser articuladas a outras que garantam a informação e a reflexão sobre a violência doméstica nos vários espaços onde transitam as mulheres. Isso porque este fenômeno continua invisível para grande parte da sociedade, apesar do espaço que tem ocupado, inclusive na mídia [(6)].

Quando praticada na esfera pública, a violência apresenta certa visibilidade, sendo alvo de políticas e estratégias de intervenção por parte dos poderes instituídos. Apesar disto, estas estratégias podem ser consideradas incipientes e sem resultados expressivos, conforme pode ser observado nas notícias divulgadas diariamente pelos meios de comunicação. O certo é que ainda há um longo caminho a percorrer no enfrentamento da violência [(3- 4- 6)].

Por outro lado, quando é praticada no âmbito doméstico, a situação é ainda mais complexa e de difícil abordagem que no espaço público. A violência doméstica

é o abuso físico, sexual e/ou emocional de um indivíduo dentro da família [7-8]. Nela estão presentes lesões corporais graves, causadas por socos, tapas, chutes, amarramentos e espancamentos, queimaduras de genitália e mamas, estrangulamento e ferimentos com armas brancas, sendo os golpes direcionados para o rosto, braços e pernas das vítimas [7-9].

A violência doméstica caracteriza-se por agressividade e coação, que correspondem a ataques físicos, sexuais e psicológicos, bem como a coação econômica que adultos ou adolescentes usam contra seus companheiros íntimos, praticados, sobretudo por maridos, companheiros, pais e padrastos, sendo considerada até poucos anos atrás um tabu. Não se falava nada a respeito e, sobretudo, nada se fazia para impedi-la [8].

Há três décadas, a violência doméstica vem sendo considerada problema social, com grandes implicações no campo da saúde coletiva, pois envolve homens e mulheres em diferentes fases da vida. Na maioria das vezes, a mulher é vítima desta violência e o agressor, seu companheiro íntimo. Conforme dados do IBGE, do final da década de 80 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres [10]. A violência física na vida adulta atinge 20 a 50% das mulheres, apresentando um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor, em aproximadamente 77,6% dos casos registrados [11].

A violência sexual também é considerada violência doméstica se perpetrada por parceiro íntimo. A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos a define como uma ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com o uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal [10].

Estudos revelam que a violência sexual é comum, porém ressaltam que há uma relativa invisibilidade nas denúncias apresentadas nas delegacias especializadas. Uma possível explicação para esta situação pode ser as barreiras sócio-culturais presentes na vida das mulheres que dificultam a elaboração e o compartilhamento das suas vivências. Aliada a estas barreiras, a atuação dos serviços de saúde ainda é limitada nos casos de violência doméstica [11-12].

A violência doméstica repercute na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida e está associada à depressão, ao suicídio, ao abuso de drogas e álcool, a queixas vagas como cefaléia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral. Nestes casos, as mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde, mas, paradoxalmente, a violência não é contabilizada nos diagnósticos realizados [8-13-14].

Os estudos internacionais apontam altas prevalências da violência doméstica nos serviços de saúde, uma vez que os episódios são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves, entretanto, apesar desta situação, nem sempre é reconhecida pelos serviços de saúde. Tem sido observado que os profissionais não identificam as mulheres em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas são características do fenômeno [15].

Considerando a saúde reprodutiva, a violência doméstica contra as mulheres pode estar associada às dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doença inflamatória pélvica e gravidez indesejada[11-14].

A violência doméstica contra as mulheres ocorre também com frequência durante a gravidez. A literatura mostra que de 4 a 25% das gestantes sofreram algum tipo de agressão. Este percentual varia conforme a população estudada, as definições de violência e os métodos utilizados para identificá-la [7-11-15-16-17]. Neste caso, a violência física se caracteriza por golpes, chutes e pontapés dirigidos, principalmente, contra o abdômen da mulher [17].

A gravidez pode funcionar como fator agravante ou como fator de proteção contra a violência doméstica. Estes estudos apontam ainda que a violência doméstica na gestação tem forte associação com a violência na infância e em gestações anteriores. Estes dados demonstram a complexidade e a circularidade da violência doméstica na vida das mulheres [16].

Estudos realizados no México [16-17-18], no Brasil [19] e no Chile [20] são concordantes em apontar a gravidade e a magnitude da violência doméstica na gestação e suas conseqüências para a mulher, o feto e o recém-nascido. Confirmam-na como um possível fator psicossocial relacionado à síndrome hipertensiva da gravidez, descolamento prematuro de placenta, depressão, tentativa de suicídio, baixa auto-estima da mulher e, em relação ao recém-nascido, é relacionada à prematuridade e ao baixo peso ao nascer.

Além de contribuir para uma morbidade alta, a violência doméstica é um componente não reconhecido da mortalidade materna, portanto, é necessária a ampliação do conceito de mortalidade materna incorporando a violência doméstica como um de seus determinantes. A inclusão da violência doméstica nos indicadores de morbidade e mortalidade materna, além de contribuir para dar visibilidade ao fenômeno no campo da saúde, possibilitará uma intervenção mais eficaz para a redução de índices inaceitáveis[21].

Pesquisas realizadas no Brasil na década de 90 registram o fato da violência contra a mulher ora não ter visibilidade nos serviços de saúde, ora ser abordada inadequadamente. Estes estudos apontam a importância do setor saúde intervir preventivamente na questão da violência articulado com outros setores da sociedade [22-23].

Os serviços básicos de saúde são importantes para detecção da violência devido à sua proximidade e ampla cobertura. Considera-se também a assistência pré-natal como um espaço importante para sua identificação. Como *porta de entrada* para se abordar a violência possibilita o estabelecimento de vínculos com as mulheres, encorajando a notificação [11-14].

Porém, para que tenha visibilidade na rede básica de saúde, são necessárias mudanças organizativas no serviço e nas abordagens realizadas pelos profissionais, no sentido de não priorizarem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas. Isto significa que devem ser estabelecidos diálogo e relações mais simétricas entre os profissionais e as usuárias. Tais relações mais simétricas no interior dos serviços de saúde possibilitam o acolhimento das mulheres e a tentativa de resolução das situações de violência. Para isto é necessário re-trabalhar os programas assistenciais, explorar distintas concepções de feminino, diferentes saberes e diversas estratégias de luta e acomodação, buscando alternativas mais eficazes para o trabalho. Assim, somente uma postura profissional que não seja apenas tecnicamente correta, mas que procure também ser baseada no diálogo e no reconhecimento do outro como sujeito, poderá criar este tipo de relação nos serviços de saúde [13].

Relato de experiência de parteiras na identificação de mulheres maltratadas na gravidez afirma que a escuta atenta, o acolhimento e o estabelecimento de

relações de confiança com as mulheres possibilitam que elas falem sobre sua situação e procurem ajuda [17].

Em situações de trabalhos de grupo, num momento em que se sentiram acolhidas, as mulheres falaram espontaneamente sobre a violência. A fala de uma delas propiciou a emergência de outros relatos, funcionando como uma "bola de neve". As mulheres se dispõem a falar sobre sua situação, desde que percebam a possibilidade de uma escuta atenta e o acolhimento de seus problemas, mesmo sem a garantia de resolução deles [13].

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.

Desde 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem fortalecendo a integração da perspectiva de direitos humanos às suas propostas de ação e políticas, considerando a saúde como uma prerrogativa básica do ser humano. Em 1996, na Quadragésima Nona Assembléia Mundial de Saúde, através da Resolução WHA 49.25, a OMS estabeleceu como prioridade da saúde pública a prevenção da violência. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde apresenta uma análise da violência como um processo social, no qual o setor saúde tem o papel fundamental de construir estratégias de prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis e comportamentos de proteção contra a violência. Recomenda ações intersetoriais objetivando a criação, a implementação e o monitoramento de um plano nacional para prevenção da violência e a integração da prevenção da violência às políticas sociais e educacionais, promovendo a igualdade de gênero [24].

No Brasil, desde a década de 90, foram iniciadas parcerias entre universidades, institutos de pesquisa e serviços que desenham estratégias específicas para a prevenção e assistência de casos de violência, criando os primeiros e incipientes programas de atenção. No final de 1990 foram criados os Comitês Técnicos Científicos pelo Ministério de Saúde do Brasil, através da Secretaria de Políticas de Saúde, para tratar de uma política nacional para Acidentes e Violências, incluindo aí uma câmara específica para trabalhar com a violência contra a mulher [25].

É importante destacar a contribuição do movimento feminista para a introdução desse tema na agenda da área da saúde. Utilizando estratégias para criar a consciência de gênero nas diversas instituições, o movimento feminista pressionou o setor saúde para a busca de soluções e respostas concretas, para o tratamento das lesões e traumas além da prevenção das causas da violência com uma pauta positiva de ações. Para a área da saúde foram remetidos os mais diferentes problemas que afetam as mulheres e estão relacionados com as questões de gênero e violência. Documentos como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde, realizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 1994, mostram o papel do movimento feminista na inclusão política de combate à violência de gênero nas ações do setor saúde [(26)].

No Brasil, o movimento de mulheres contribuiu ativamente para a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983. Este programa incorpora os direitos sexuais e reprodutivos, destacando a reflexão sobre a violência de gênero e tornando oficial a atuação do setor saúde no enfrentamento do problema [(26)].

Um aspecto importante a ser considerado é que remeter a questão da violência para o campo de saúde encerra vantagens e riscos. As vantagens dizem respeito às habilidades contidas na área de saúde pública, que tradicionalmente trabalha com a prevenção, detecção precoce e mudança de comportamentos. Entre as desvantagens estão o risco de medicalização da violência, a banalização e a não conexão com outros suportes sociais, dificultando a criação das redes sociais e assistenciais necessárias [(27)].

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem entre seus objetivos específicos a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, recomendando a organização de redes integradas de atenção às mulheres e sua articulação com ações de prevenção de DST/AIDS [(28)].

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, proposto pelo governo federal, prevê um conjunto de ações a serem executadas nas áreas de educação, trabalho, saúde, segurança pública, assistência social, dentre outras, no período de 2008-2011, consolidando uma política intersetorial de enfrentamento da

violência. Um dos pontos de destaque deste pacto é a implementação da Lei Maria da Penha. Prevê ainda estruturação e ampliação da rede de serviços especializados como delegacias da mulher, casas-abrigo, centros de referencia, serviços de apoio jurídico, defensorias públicas, serviços de saúde para atendimento integral às mulheres em situação de violência e a capacitação dos agentes públicos para o atendimento [29].

Inicialmente, o Pacto será implementado apenas em oito Estados, o que mostra a real situação de enfrentamento da violência de gênero no país e explicita o quanto ainda precisa ser realizado para que as políticas públicas específicas se traduzam na diminuição dos índices de violência e empoderamento das mulheres [29].

A Lei 11340 - Lei Maria da Penha, em vigor desde 2006, é um dos destaques do Pacto Nacional. Vem sendo usada com sucesso na defesa das mulheres em situação de violência, porém ainda é desconhecida nos serviços de saúde [29-30].

Atualmente, na área da segurança pública, os serviços destinados à intervenção na violência de gênero estão estruturados em três eixos, a saber: delegacias especializadas no atendimento à mulher, centros e núcleos de atendimento à mulher e casas abrigo. De valor inegável, estas iniciativas, entretanto, ainda não integram uma política pública, mas constituem um campo fragmentado com ações, equipes e financiamentos descontínuos, não atuando integradas com os outros setores. Aliado a isto, existe carência de dados oficiais sobre a violência de gênero dificultando a formulação de políticas públicas [4-6].

É consenso entre as instituições, os formuladores de políticas e as organizações não governamentais a necessidade da constituição das redes para a implementação de uma política pública para o enfrentamento com vistas a prevenir a violência de gênero. No caso do setor saúde, o desafio que se coloca é a incorporação da violência de gênero no cotidiano das práticas assistenciais. Isto significa a realização de mudanças na organização dos serviços de saúde, que priorizem não apenas metas dos programas assistenciais, mas que promovam relações mais simétricas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários do serviço [24, 27].

No Brasil, as recomendações da OMS têm sido adotadas em parte, porém, o que se observa é uma enorme distância entre as proposições e a implementação de uma política de enfrentamento de violência de gênero no âmbito do setor saúde.

1.3 O OBJETO DE ESTUDO

A literatura consultada apresenta a violência doméstica contra as mulheres como um problema complexo e invisível, de difícil abordagem, no entanto, presente e recorrente nos serviços de saúde. De um lado, estão os serviços que não apresentam condições técnicas e organizativas de atender esta demanda específica e os próprios profissionais de saúde se sentem impotentes para lidar com um problema tão complexo e, de outro, a dificuldade das mulheres em falar sobre sua vivência de violência.

Pesquisa sobre as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual aponta a necessidade de se "discutir a questão da violência doméstica na cotidianidade dos serviços de saúde", capacitando os profissionais e estabelecendo parcerias com outros serviços. Isto porque a violência doméstica, dada a sua complexidade e contradições, pressupõe uma abordagem e intervenções interdisciplinares e intersetoriais. Discutindo as dificuldades expostas, essa pesquisa aponta também a necessidade de se reorganizar as práticas assistenciais, considerando que a violência doméstica deve ser abordada de forma interinstitucional em suas dimensões estrutural, singular e particular [31].

O Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no Brasil, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que se responsabilizam pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, residentes em uma área geográfica delimitada. Estas equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Caracterizam-se, entre outros aspectos, por estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade com a população e por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde das famílias [32].

A promoção da saúde, entendida como um dos eixos norteadores da atenção básica, demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades

locais, indústria e mídia, "que têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade" [33].

Nesta perspectiva, na medida em que se caracteriza como um espaço de promoção da saúde, o PSF tem sob sua responsabilidade questões como violência doméstica contra as mulheres, devendo funcionar como instância de reflexão e articulação de estratégias para seu enfrentamento.

Os profissionais de saúde, ao conhecerem a situação de vida das mulheres em situação de violência, podem iniciar ações de promoção de saúde. Para tanto, é necessário um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade, uma vez que a solução não pode ser buscada somente na família ou nas equipes de saúde. O enfrentamento da violência doméstica contra a mulher exige, além da definição de políticas públicas por parte do Estado, ação articulada e parcerias entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais como escolas, igrejas, polícia, delegacias especializadas, associações de bairro, grupos de mulheres [31].

Para que ocorra a discussão e a reflexão sobre a violência doméstica contra as mulheres no cotidiano dos serviços de saúde, é necessário romper o silêncio das mulheres e o sentimento de impotência dos profissionais de saúde. Ambos têm o medo como elemento paralisante. Este medo tem uma fonte comum na relação de "poder dos homens sobre as mulheres e nas demais relações de poder que se estabelecem nas instituições: família, igreja, partidos políticos e outras", conferindo subalternidade à condição feminina [31].

O medo das mulheres, associado ao sentimento de impotência dos profissionais de saúde, contribui para a invisibilidade da violência doméstica contra as mulheres no âmbito dos serviços de saúde.

No sentido de dar visibilidade à violência doméstica no âmbito dos serviços de saúde desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objeto de estudo os limites e as possibilidades de atuação dos integrantes das equipes de saúde da família na violência doméstica vivenciada pelas mulheres, a partir da identificação e do conhecimento das concepções de violência e de violência doméstica das mulheres atendidas por estas equipes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os limites e as possibilidades de atuação dos integrantes das equipes de saúde da família na violência doméstica vivenciada pelas mulheres, a partir da identificação e do conhecimento das concepções de violência doméstica das mulheres atendidas por estas equipes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Identificar as concepções de violência de mulheres que vivenciaram situações violentas no espaço doméstico.

b. Apreender qual a expectativa das mulheres ao buscarem o serviço de saúde quando vivenciam situações de violência doméstica.

c. Identificar os limites de atuação dos profissionais de saúde frente à violência doméstica vivenciada pelas mulheres.

d. Analisar à luz de gênero o posicionamento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a mulher

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esta pesquisa se insere no campo da saúde coletiva numa interface com as ciências sociais, requerendo para sua execução, uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa

> se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo estudado [34].

A pesquisa qualitativa permite maior fidedignidade de seus constructos, uma vez que tem como premissa epistêmica que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre sujeito e objeto do conhecimento, havendo entre o mundo objetivo e inter(subjetivo) um vínculo indissociável [35].

Ao optar pela pesquisa qualitativa, o pesquisador deve se dedicar à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no contexto em que vivem e à compreensão dos atos e das decisões dos sujeitos sociais. Deve também considerar o fundamento de que há uma interdependência entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Desta forma, para se construir o conhecimento é fundamental manter o compromisso do diálogo entre os sujeitos [36-37].

As técnicas a serem utilizadas na pesquisa qualitativa devem permitir a proximidade com os interlocutores, o que, longe de ser um aspecto negativo, constitui a possibilidade primeira de compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas. A observação do campo, as entrevistas estruturadas e os questionários são as técnicas mais utilizadas nestes casos [34].

A observação no campo, denominada observação participante, é considerada uma parte essencial do trabalho investigativo no campo. Alguns estudiosos a consideram como “um método em si mesmo”, e não apenas uma estratégia de pesquisa. Método utilizado inicialmente por antropólogos no estudo de outras

culturas, hoje é amplamente reconhecido nas Ciências Sociais. As controvérsias que existem no uso deste método se referem à prática da observação, ou seja, "o que"e "como"observar [34].

As entrevistas podem ser abertas ou fechadas seguindo um roteiro prévio. As entrevistas fechadas, ou questionários, devem seguir um roteiro elaborado com o cuidado e o rigor científico para que tenham validade como instrumento de captação de dados. Nas pesquisas qualitativas, os questionários são considerados técnicas complementares que possibilitam o aprofundamento qualitativo [34].

A entrevista é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, com o objetivo de obter informações sobre um objeto de pesquisa, permitindo ao entrevistador a abordagem de temas pertinentes ao objeto. Pode ser aberta, sem um roteiro prévio ou semiestruturada com um roteiro previamente elaborado, onde os tópicos a serem abordados funcionam como lembretes, guias para a continuidade da entrevista. Este roteiro deve ter a flexibilidade necessária para absorver os novos temas e questões trazidas pelo interlocutor [34].

O entrevistador, além de perguntar e observar, participa ativamente no sentido de perceber a subjetividade e a emoção, também consideradas "dados" ou informações. Esta interação do entrevistador "busca atingir e reconstruir a arqueologia do fenômeno" [34].

Outra opção que vem se mostrando fecunda na pesquisa qualitativa são as oficinas de trabalho, que permitem coletar informações e ao mesmo tempo apreender o objeto de estudo em suas contradições e possibilidades transformadoras.

As Oficinas de Trabalho são definidas como

> um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir [38].

Assim, a oficina usa "informação e reflexão", trabalhando com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido podendo ser caracterizada como uma prática de intervenção psicossocial.

A concepção pedagógica na qual se baseia o trabalho das Oficinas apresenta semelhanças e convergências com a concepção de aprendizagem transformadora defendida por Paulo Freire [39]. As propostas de aprendizagem assumidas nestes casos baseiam-se na experiência vivenciada, no desenvolvimento da consciência crítica dos participantes e no processo de busca de autonomia e libertação dos sujeitos.

Neste sentido, ao resgatarem a visão feminista de processos baseados na vertente da educação emancipatória, as Oficinas de Trabalho constituem uma opção metodológica para a investigação e pressupõem que a transformação pode se dar concomitante a esta etapa, consolidando assim a concepção de pesquisa como instrumento de intervenção na realidade objetiva [40].

Como espaço para reflexão, a oficina de trabalho permite uma melhor compreensão do problema em pauta e constitui um meio para transformar a qualidade do atendimento em saúde coletiva [41].

Devido à sua complexidade, a violência doméstica contra a mulher não se torna visível nem é considerada no cotidiano dos serviços de saúde. Entretanto, se forem levados em conta os princípios da promoção da saúde, deve ser reconhecida como uma demanda do serviço e provocar uma reflexão com vistas a seu enfrentamento. As Oficinas de Trabalho, com seu potencial emancipatório e transformador, constituem estratégias adequadas para a reflexão sobre a violência doméstica.

A Oficina de trabalho possui um cunho político, estimula a construção conjunta de conhecimentos e envolve uma ação transformadora sobre a realidade, tendo em vista modificá-la positivamente. Neste sentido, é que se propõe a realização de Oficinas de trabalho, considerando sua potencialidade para a construção de uma prática de saúde voltada para o enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres [42].

Pesquisas realizadas no grupo de "Gênero, saúde e enfermagem", do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que adotaram as Oficinas como estratégias para coleta de dados, revelam as possibilidades de se fazer a investigação concomitante à reflexão, fortalecimento e transformação dos participantes das oficinas [31, 43, 44, 45, 46].

A análise das informações obtidas através da observação participante, das entrevistas e da Oficina foi realizada tendo como referencial as categorias analíticas Gênero e Violência de gênero.

3.2 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Para entender como a categoria analítica gênero foi incorporada aos estudos das relações sociais entre homens e mulheres é importante resgatar a historicidade do uso deste conceito. Gênero pode ser considerado constituinte do movimento feminista contemporâneo, estando intrinsecamente associado às suas lutas. O uso do termo como categoria analítica foi proposto na década de 70 por historiadoras ligadas ao movimento feminista [47, 48].

Durante os séculos XIX e XX, o movimento feminista evidenciou a condição da mulher, enfatizando as desigualdades historicamente construídas e questionando a dominação masculina naturalizada nos diversos espaços sociais. As estudiosas do feminismo mostram que esse movimento não é único, porém múltiplo e multifacetado, um processo que não ocorreu de forma linear e sim apresentou momentos de grande efervescência que caracterizava as lutas feministas configurando momentos distintos dentro de um mesmo movimento. [47, 48, 49]. Para os historiadores "o feminismo age em movimentos súbitos, em ondas. É intermitente, sincopado, mas ressurgente porque não se baseia em organizações sociais estáveis capazes de capitalizá-lo" [47].

No final do século XIX, o movimento do sufragismo, também chamado primeira onda do feminismo, ao buscar estender o direito do voto às mulheres, procurava mostrar a discriminação feminina. Além desses objetivos imediatos, este movimento possuía também reivindicações ligadas à organização da família, às oportunidades de estudo e acesso a determinadas profissões, refletindo os interesses das mulheres ocidentais, brancas, de classe média. A despeito dessa especificidade, este movimento ampliou-se e alastrou-se por vários países do Ocidente [48].

No Brasil, o movimento das mulheres pelo direito de votar começou com a Proclamação da República, em 1890, e só acabou em 1934, quando este direito foi estendido às mulheres brasileiras, na Constituição [49].

A segunda onda do feminismo ocorreu no final da década de 60 nos países ocidentais, com intensos debates, questionamentos e contestações. Na França, culminou com as manifestações de maio de 1968 e, no Brasil, está associado ao movimento de oposição à ditadura militar. Posteriormente, nos anos 80, associou-se ao movimento de redemocratização da sociedade brasileira [48, 49].

A segunda onda do feminismo foi caracterizada pelas preocupações sociais e políticas, pela conquista de direitos civis e políticos, pela busca de construções teóricas e produção de conhecimento, através de estudos e pesquisas. Estes, além de denunciar a condição desigual das mulheres procuravam compreender e explicar a "subordinação social e a invisibilidade política a que as mulheres tinham sido historicamente submetidas". É neste contexto que foi proposto o uso do conceito de gênero como categoria de análise da condição de discriminação e subordinação da mulher e do projeto de dominação masculina [47, 48, 49].

Assim, na década de 70, o termo gênero passou a ser usado pelas feministas para teorizar a questão da diferença sexual, "sendo usado mais seriamente, no sentido mais literal, como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos". Nesta concepção, gênero enfatiza o aspecto relacional entre as mulheres e os homens definidos em "termos recíprocos onde a compreensão de qualquer um não pode ocorrer através de estudo inteiramente separado" [50].

As historiadoras acreditavam que ao utilizarem a categoria gênero na pesquisa sobre mulheres poderiam transformar os paradigmas das diversas disciplinas acrescentando novos temas que possibilitassem escrever uma nova história e impondo uma reavaliação crítica da própria ciência [50].

As pesquisadoras de estudos sobre a mulher buscavam analogias com as categorias classe e raça para escrever uma nova história, assinalando o seu compromisso com uma história que incluísse a fala dos oprimidos, analisando o sentido e a natureza da sua opressão. É dessa perspectiva que se pode dizer que as feministas buscavam escrever uma nova história. Isto, porém, dependia de como a categoria gênero fosse desenvolvida como uma categoria analítica e da sua articulação com outras categorias como classe, raça/etnia [50- 51].

Os estudos feministas mostraram que as concepções dominantes nas diferentes ciências sustentavam dualismos sexistas como, entre outros,

cultura/natureza, espírito/corpo, sujeito/objeto, nos quais o primeiro pólo é considerado o "dominante" sendo ao mesmo tempo associado ao masculino. Esta associação é muito antiga, tendo sua versão mais sofisticada na filosofia aristotélica, que tem como um dos pressupostos a inferioridade da mulher. Os estudos feministas, ao evidenciarem e fazerem a crítica à estas concepções de ciência e natureza como "um mundo de homens, organizado segundo princípios socialmente construídos, ocidentais, masculinos," evidenciam também a incapacidade e resistência destas concepções em admitir o conteúdo explicativo de concepções alternativas [51, 52].

O termo gênero foi utilizado pelas historiadoras de duas formas distintas, uma essencialmente descritiva e outra, de ordem causal, já procurando elaborar "teorias sobre a natureza dos fenômenos e das realidades, buscando como e porque assumem a forma que têm". As abordagens de gênero utilizadas pelas historiadoras podem ser resumidas em três posições teóricas, sendo a primeira um esforço feminista na tentativa de explicar as origens do patriarcado, a segunda, apoiada na tradição marxista e a terceira, situada entre o pós-estruturalismo francês e as teorias das relações do objeto [49, 50, 53].

A utilização da categoria gênero deve ir para além do seu uso descritivo, uma vez que o conceito de gênero, associado ao estudo das coisas relativas às mulheres, não possui força de análise suficiente para mudar os paradigmas históricos [50].

Ao adotar o uso do conceito de gênero e explicitar a condição da mulher, o movimento feminista desenvolveu a crítica social, questionando o projeto filosófico dominante e construindo alternativas explicativas. Apesar disso, as propostas teóricas feministas mostraram um padrão recorrente e "tendiam a refletir o ponto de vista das mulheres brancas, de classe média, dos EUA e da Europa Ocidental", mantendo assim falsas tendências universalizantes, que constituiam algo que as feministas se opunham desde o início. Ao entender gênero como tendo um caráter "fundamentalmente social" não se pretende negar a biologia, uma vez que gênero se constrói sobre corpos sexuados, porém, a ênfase é na construção social e histórica produzida sobre as características biológicas [49-50-51].

Inicialmente associado ao estudo de mulheres, o uso da categoria passou a ser problematizado e ampliado devendo ser "redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a

classe e a raça". É dessa perspectiva que se pode afirmar que não existem as categorias universais de homem e mulher e sim categorias fragmentadas por classe, raça etnia e sexualidade [50, 51, 54].

Assim, ao associar a categoria gênero às categorias classe social, raça/etnia foi possível problematizar também as categorias homem e mulher, até então vistas como universais. Esta associação evidencia o caráter social do masculino e do feminino, afasta as proposições essencialistas sobre o gênero e explicita que nada é dado *a priori*, mas que as categorias sociais estão sempre em processo de construção [49, 51].

Gênero é uma categoria analítica que, à luz das relações de poder, explica as diferenças biológicas e socialmente construídas entre mulheres e homens. A análise destas relações mostra que o exercício do poder se dá de forma desigual entre os sexos, sendo que historicamente, as mulheres ocupam posições subalternas e secundárias [53-54].

Pode ser entendido também como um meio de compreender as relações complexas entre as diversas formas de interação humana. Isto significa que as categorias homem e mulher podem ser vistas para além do essencialismo configurado numa matriz heterossexual, ou seja, o gênero pode ser totalmente fragmentado, dividido, evidenciando que cada um dos pólos homem e mulher não é único, que em cada um deles existem várias possibilidades de mulheres e homens assumirem a sua sexualidade [55, 56, 57].

O aspecto relacional de gênero é diferente de papéis, uma vez que os papéis seriam "basicamente, padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para os seus membros e que definem seus comportamentos, suas roupas, seus modos de se relacionar e de se portar". No aprendizado dos papéis, cada um apreende o que é considerado adequado ou não para homens e mulheres numa determinada sociedade, devendo responder a essas expectativas. Se considerado apenas em termos dos papéis sociais apreendidos, não seriam examinadas as múltiplas formas de assumir a masculinidade e a feminilidade e também as complexas redes de poder que constituem as hierarquias de gênero através das instituições, dos discursos, das práticas e dos símbolos [48].

Gênero é constituinte da identidade do sujeito que pode ser compreendido "como tendo identidades plurais, múltiplas identidades que se transformam, que não são fixas, permanentes, que podem até mesmo ser contraditórias" e o sujeito se constitui pertencendo a diferentes grupos étnicos, sexuais, de classe, de gênero [49].

As identidades são construídas continuamente pelos sujeitos sociais, não sendo, portanto, dadas ou acabadas num determinado momento histórico. Isto significa que são instáveis e, por isso mesmo, passíveis de transformação. A identidade de gênero e a identidade sexual devem ser entendidas como categorias distintas, a despeito da dificuldade de se pensá-las separadamente. A identidade sexual se constitui através das formas como as pessoas vivem a sexualidade "com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos, ou sem parceiros/as" e a identidade de gênero se constrói social e historicamente com os sujeitos se identificando como masculinos ou femininos, não reduzindo masculinidade ou feminilidade apenas à sexualidade [49, 54].

As instituições e práticas sociais são constituídas e constituintes dos gêneros e *fabricam* os sujeitos no seu processo histórico. A justiça, a igreja, as práticas educativas ou de governo, a política são *generificados,* o que significa dizer que "produzem-se ou engendram-se a partir das relações de gênero" e também das relações de classe, étnicas, de raça e outras [49].

Numa aproximação com os conceitos do pós-estruturalismo e com as idéias de Foucault, defende-se a necessidade de desconstruir o caráter da oposição binária masculino e feminino, rompendo o pensamento dicotômico e polarizado sobre os gêneros que concebe homem e mulher como pólos opostos que se relacionam numa lógica de dominação-submissão. A tarefa não é simples, uma vez que aprendemos a pensar e a nos pensar dentro dessa lógica [49, 50, 58].

A desconstrução disto significa "problematizar tanto a oposição entre os pólos, quanto a unidade interna de cada um deles". Significa que cada pólo é internamente fragmentado e contém o outro, ainda que de "modo desviado, postergado e reprimido". E ainda, implodir a lógica que mantém cada gênero num "lugar natural e fixo", através de pares de opostos como produção-reprodução, público-privado, razão-sentimento. Estes pares correspondem ao masculino e

feminino, onde a prioridade é sempre do primeiro elemento, "do qual o outro deriva, conforme supõe o pensamento dicotômico"[49 50].

Os estudos feministas, desde o início privilegiaram as relações de poder, denunciando "as formas de silenciamento, submetimento e opressão das mulheres", o que pode ser considerado indispensável para expor a situação "daquelas que historicamente haviam sido negadas ou secundarizadas". A denúncia, por um lado imprescindível, contribuiu também para que se "cristalizasse uma vitimização feminina ou que em outros momentos se culpasse a mulher por sua condição social hierarquicamente subordinada"[49].

Esta concepção, presente em grande parte dos estudos feministas como uma fórmula única, fixa e permanente, já vem sendo problematizada por estudiosas que vêm explicitando temas como "as formas locais de resistência feminina, as perdas e os custos dos homens no exercício da superioridade, o movimento gay e o movimento das mulheres lésbicas"[49, 57].

Este processo decorrente da evolução do próprio feminismo e de sua aproximação com Foucault questiona a polarização e a linearidade da concepção homem dominante versus mulher dominada, introduzindo novos debates e contribuições para a compreensão das relações de poder entre os sujeitos sociais [57].

Na perspectiva foucaultiana, o poder pode ser exercido em várias direções, consistindo uma rede de estratégias e não "algo" que é possuído ou "do qual alguém se apropria". Portanto, nesta concepção, o poder não se localiza num dos pólos da relação, em detrimento do outro. Ao contrário, o poder se manifesta "capilarmente" porque existem "possibilidades de resistência e contra-ataque" dos envolvidos na relação. A questão do poder, uma das discussões centrais do campo dos estudos de gênero, vem sendo redefinida na perspectiva de implodir as concepções do poder como dominação e como propriedade de alguns, exercido numa direção única [49, 57, 58].

Ao ser incorporado na discussão da violência contra a mulher, essa concepção de gênero possibilita uma compreensão aprofundada do fenômeno, uma vez que implica considerar que as relações entre homens e mulheres não são apenas baseadas na biologia, sendo os gêneros masculino e feminino construídos socialmente e variando conforme a cultura na qual estão inseridos [7-49-56].

Esta pesquisa, tendo como referencial analítico a categoria gênero, permitiu uma aproximação com o tema da violência doméstica contra as mulheres levando a uma reflexão crítica, com vistas a transformar a prática assistencial hoje realizada pelas equipes de saúde da família.

3.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Para ser compreendida em toda sua complexidade, a violência contra as mulheres deve ser entendida como violência de gênero e sua análise deve ser feita não apenas em termos de atos individuais, porque ela é antes de tudo "reflexo de uma desigualdade social, econômica e política que é perpetuada pelos aparatos sociais que reforçam ideologias sexistas, racistas e classistas" [7].

Dito de outra forma, a violência de gênero designa a violência ocorrida em um contexto de desigualdades de gênero, sustentada numa matriz hegemônica de gênero, onde as concepções dominantes de feminilidade e masculinidade se configuram a partir de disputas simbólicas e materiais processadas nos diversos espaços sociais como a família, a escola, a igreja, os meios de comunicação e outros [4, 59].

A desigualdade de gênero se reproduz e se naturaliza a partir da violência simbólica, que:

> se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar a relação com ele, mais que instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes [...] resultam de incorporação de classificações assim naturalizadas, de que seu ser social é produto[60].

A dominação simbólica funciona quando os dominados incorporam as estruturas segundo as quais os dominantes os percebem e também quando a submissão não é um ato consciente, que pode ser compreendido dentro de uma lógica das limitações ou dentro da lógica do consentimento [61].

E é precisamente a violência simbólica que, ao naturalizar diversas desigualdades entre homens e mulheres, possibilita, entre outras violências, a de

gênero. Esta constitui uma "estratégia hegemônica no reposicionamento de seres humanos aos lugares socialmente instituídos" Só se torna possível a partir da naturalização de desigualdades e de densas relações de poder. Este processo é facilitado "pela dinâmica de se apreenderem/compreenderem/reproduzirem" interações entre seres sociais que reatualizam desigualdades de classe, gênero e étnico-raciais" [62].

A dimensão simbólica fornece a base legitimadora para as ações e relações de força presentes na violência física, psicológica, sexual. Nas relações íntimas, a dimensão simbólica da violência de gênero é "potenciada, por ser o problema circunscrito a um espaço fechado, ambíguo e fortemente estruturado no campo axiológico e moral, no qual as categorias de conhecimento e reconhecimento do mundo contêm maior peso emocional que cognitivo", onde a razão se mescla com sentimentos de medo, dor, culpa vergonha, raiva, indignação e afeto, dificultando a análise do problema e a busca de possíveis saídas [4].

A violência de gênero quase sempre é referida nas pesquisas acadêmicas, nas formulações de políticas e práticas sociais como violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar, demonstrando que existem sobreposições e especificidades entre estas categorias que devem ser esclarecidas para que se possa abordar o problema em toda a sua complexidade [4-59-62].

A violência doméstica é realizada no espaço privado, do lar, e independente do sujeito, do objeto ou do vetor da ação. Pode ser facilmente confundida com o disciplinamento, especialmente quando cometida contra crianças. Uma de suas características é ser um fenômeno de longa duração que ocorre rotineiramente, atingindo a autoestima das suas vítimas, na maioria das vezes, mulheres, crianças e idosos [4, 59, 63].

A violência intrafamiliar envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando em conta a consanguinidade e a afinidade. Pode ocorrer no domicílio ou fora dele. Semelhante à violência doméstica, o sujeito e o objeto da ação não são determinados na estrutura de poder familiar e o vetor da ação é diluído [62-63].

As categorias violência doméstica e violência intrafamiliar, ainda que apenas descritivas, possibilitam a "desmistificação do caráter sacrossanto da família e da

intocabilidade do espaço privado", mostrando que, mesmo que exista o afeto, a família pode ser uma instituição violenta [4, 59, 63].

A categoria violência contra a mulher enfatiza a quem a violência é dirigida, sugerindo que a violência só tem um alvo. Por um lado, tem vantagem de explicitar a situação de violência a qual as mulheres são submetidas, mas, por outro, mantém a mulher na condição de vítima, o que dificulta a apreensão do seu posicionamento como sujeito [4, 59, 63].

A categoria violência de gênero é mais geral e possibilita situar o vetor da ação em qualquer um dos pólos, ou seja, a violência de gênero pode ser praticada por homens ou mulheres em suas relações. É grande o debate sobre as possibilidades analíticas da categoria violência de gênero que, se por um lado deixa em aberto a possibilidade do vetor dominação-exploração, por outro, pode conter certa neutralidade, deixando "intocados os fundamentos da dominação patriarcal, contribuindo para o desaparecimento da análise das relações de poder entre os sexos" [4, 63, 64].

É consenso entre as estudiosas que a categoria violência de gênero permite entendê-la no quadro das desigualdades de gênero que integram o conjunto das desigualdades sociais estruturais. Estas se "expressam no processo de produção e reprodução das relações de classe, étnico raciais, geracionais e de gênero". Neste sentido, possui maiores possibilidades analíticas do que as categorias violência contra a mulher e violência doméstica, devido à sua dupla dimensão categorial, analítica e histórica [4].

A violência de gênero é um conceito amplo que abrange vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos e como categoria analítica ultrapassa o caráter apenas descritivo das categorias violência doméstica e violência contra a mulher. Pode-se afirmar que, sendo uma categoria mais geral, a violência de gênero se sobrepõe a estas duas categorias possibilitando a análise de ambas.

Em suas modalidades familiar e doméstica, a violência de gênero não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino, permitindo com que os homens exerçam poder, quase sempre de forma violenta, contra suas mulheres e crianças. Isto significa que:

> no exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhe apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa por parte das vítimas potenciais de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este necessidade de fazer uso da violência [63] .

As mulheres também podem cometer a violência de gênero contra homens, contra outras mulheres e crianças sendo, porém, mais raro que isto ocorra. Isto porque como categoria social, as mulheres não possuem um projeto de dominação-exploração dos homens, entretanto, não há impedimento para que elas exerçam a violência ao desempenhar, por delegação, a função patriarcal contra crianças e adolescentes [63].

Algumas teóricas do movimento feminista consideram tabu a violência das mulheres, tendo dificuldades para admiti-la. Quase sempre é mencionada como uma "contraviolência", de pequeno significado estatístico, ocorrendo apenas em casos raros, como uma atitude de defesa da mulher. É possível que esta dificuldade para admitir a violência praticada pelas mulheres não se deva apenas a razões militantes – "a violência talvez não tenha sexo" - mas ocorra também porque põe em perigo a "visão angelical das mulheres que serve também de justificativa para a demonização dos homens" [63, 65].

O fenômeno da violência feminina deve ser contextualizado, sendo imprescindível reconhecer que as omissões e o silêncio sobre esta violência dificultam o seu entendimento. Entretanto, reconhecer a violência feminina não significa negar ou deixar de valorizar a violência masculina contra as mulheres e a necessidade urgente de contê-la [65].

As raízes da violência nas relações de gênero se situam nas próprias relações entre homens e mulheres, sendo a violência um aspecto perverso destas relações, na medida em que anula a relação entre *dois sujeitos* e reduz um dos pólos da relação à condição de *objeto*. Assim, muitas vezes, as questões de gênero e violência são convergentes, sendo tratadas como uma mesma definição conceitual [13].

A violência de gênero objetiva-se nas relações entre sujeitos que se inserem desigualmente na estrutura familiar e societal. A despeito de poder ser exercida por homens e mulheres, estudos mostram que a violência de gênero produz exponencialmente vítimas mulheres e crianças [13, 63, 65].

A família e o espaço doméstico, onde a ordem simbólica favorece o exercício da dominação-exploração, são espaços propícios para a reprodução da violência de gênero. Esta, ao se instalar no seio das relações familiares, "tende a se reproduzir de forma ampliada sob o olhar complacente da sociedade, do poder público e dos técnicos envolvidos, prescindindo de justificativas para seu exercício cotidiano contra as vítimas preferenciais". É neste contexto que situações de abuso sexual de crianças, privações, humilhações, ameaças, agressões verbais, psicológicas, físicas, homicídios e outras formas de abuso de poder e violência se perpetuam nas relações sociais [4, 63, 64].

A violência doméstica não é incompatível com o desejo de manutenção da família o que, de certa forma, contribui para manter intocada a sua imagem como um lugar seguro. Vários estudos sobre violência, em especial aqueles que tratam da violência doméstica e intrafamiliar mostram a família como o local de agressões graves que são mantidas sob forte sigilo, preservando assim uma imagem idealizada [66, 67, 68].

3.4 PRESSUPOSTOS

Ouvir as mulheres que vivenciam a violência é imprescindível para apreender o fenômeno em sua complexidade e, a partir disso, traçar estratégias para sua visibilização e enfrentamento nos diversos espaços sociais.

No caso específico do serviço de saúde, a atitude de ouvir as mulheres é o pressuposto básico que sustentou o desenvolvimento desta pesquisa. Entende-se que as concepções de violência partilhadas pelas mulheres e as suas estratégias de enfrentamento, desenvolvidas cotidianamente, devem ser levadas em consideração quando se pretende dar visibilidade ao fenômeno no âmbito do serviço de saúde, discutindo as possibilidades de sua abordagem.

3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.5.1 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo (CSPFM), localizado no Distrito Sanitário Nordeste (DISANE), no Município de Belo Horizonte. Esta unidade básica de saúde conta com quatro Equipes do Programa de Saúde da Família atendendo uma população de aproximadamente 15.000 pessoas, de acordo com o censo do IBGE/2000 [(69)].

A distribuição da população por sexo apresenta 52,2% de mulheres e 47,8% de homens, sendo em sua maioria uma população jovem, com concentração nas faixas etárias até os 44 anos. A renda familiar é de três a cinco salários mínimos, entretanto, cerca de um terço das famílias vive com até dois salários mínimos ou não possui renda. A maioria das famílias possui acesso à rede de esgoto (89%), água tratada (99,6%) e coleta de lixo (93%).

A distribuição das famílias entre as equipes de PSF do CSPFM se dá atendendo o critério de risco em saúde, na classificação das micro-regiões. As equipes que cobrem áreas de risco elevado e muito elevado têm menor número de famílias do que as equipes que cobrem áreas de baixo e médio risco.

As equipes de saúde da família do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo não desenvolvem nenhuma atividade relacionada à atenção em casos de violência doméstica contra as mulheres, até porque este problema transcende o setor saúde. Quando interrogados sobre a violência doméstica contra as mulheres, consideram que é um problema grave, no entanto afirmam desconhecer a sua existência em sua área de atuação.

3.5.2 Fonte de dados e sujeitos da pesquisa

Etapas do estudo

Primeira etapa - Detecção do problema junto às mulheres

- Questionários: aplicados a gestantes atendidas pelas equipes de saúde da família, no CSPFM, nos meses julho, agosto, setembro e outubro de 2007. Neste período, foram atendidas 82 gestantes que constituíram a população

alvo. Entretanto, apenas 64 gestantes foram efetivamente os sujeitos desta pesquisa. Dezoito gestantes não participaram do processo pelos seguintes motivos: cinco não compareceram à consulta, três não quiseram participar e dez gestantes adolescentes foram excluídas da pesquisa por recomendação do Comitê de Ética da SMS-PBH.

- Entrevistas semi-estruturadas: nesta etapa participaram doze gestantes que vivenciaram violência doméstica (detectadas pela aplicação do questionário).

Segunda etapa - Captação da percepção do problema pelos profissionais de saúde

- Oficina de trabalho realizada com os quinze integrantes das três equipes de saúde da família que atuam no CSPFM. Para definir quais seriam os participantes desta etapa, solicitou-se às equipes de saúde da família que indicassem três ou quatro pessoas por equipe que representassem as diversas categorias profissionais que as compõem. Foi solicitada também a participação da assistente social e dos profissionais da odontologia que trabalham integrados com as equipes. Nesta etapa participaram 15 profissionais.

3.5.3 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 196, de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde,[70] o projeto foi encaminhado para o Conselho de Ética da Universidade de São Paulo e para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, tendo sido aprovado nas duas instâncias, respectivamente, em 22 de maio de 2007 e 16 de julho de 2007. (Anexos 1 e 2)

Todas gestantes foram informadas sobre os procedimentos éticos e legais sobre os objetivos da pesquisa. No momento da aplicação dos questionários e realização das entrevistas assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 3 e 4).

Os integrantes das equipes de saúde da família, convidados a participar da oficina para coleta de dados, também foram previamente informados dos objetivos da pesquisa e da oficina bem como dos procedimentos éticos e legais conforme as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. No primeiro

encontro da Oficina, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5).

3.5.4 Coleta e organização dos dados

3.5.4.1 Observação no campo

A inserção da pesquisadora no campo como docente e enfermeira assistencial há vários anos permitiu que fosse realizada a observação das condutas dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica (incluindo aí também a própria pesquisadora).

Ao aprofundar o diálogo com os profissionais de saúde acerca do tema, constatou-se que de uma maneira geral eles não a consideravam uma questão do serviço de saúde e ainda reafirmavam a não existência de casos em sua área de atuação.

De outro lado, contrariando esta visão, ao observar as gestantes e se dispor a ouvi-las com atenção, durante a assistência pré-natal, a pesquisadora, em certas situações, suspeitava que elas estivessem vivenciando relações desrespeitosas, de abandono ou até mesmo violentas.

A partir dessas observações foi desenhado o projeto de pesquisa, considerando que as informações das próprias mulheres eram fundamentais para a discussão do tema com os profissionais de saúde.

3.5.4.2 Questionários

Os questionários foram elaborados a partir da adaptação do Instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS)[71] usado no rastreamento de violência doméstica contra a mulher na gestação (Anexo 6). Nos meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2007, foram aplicados a 64 gestantes, no momento em que aguardavam a consulta de pré-natal. Para garantir a privacidade e a confidencialidade das informantes, os questionários foram aplicados pela pesquisadora, numa sala previamente reservada no CSPFM.

3.5.4.3 Entrevistas

Para a realização das entrevistas semi-estruturadas, foi elaborado um roteiro que possibilitou a coleta de informações sobre a violência vivenciada pelas gestantes em algum momento de suas vidas. Com algumas questões norteadoras, o roteiro permitia que as mulheres falassem livremente sobre o tema. (Anexo 7)

As gestantes que relataram violência doméstica foram convidadas a continuar na pesquisa respondendo às entrevistas. Quando a gestante aceitava participar, agendava-se um horário, de forma a coincidir com o dia da consulta de pré-natal, evitando assim que ela tivesse que retornar ao CSPFM apenas para a realização da entrevista. Antes das entrevistas, as gestantes assinavam um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente a esta etapa da pesquisa.

O critério utilizado para definir o número de entrevistas foi o da saturação das respostas. Assim quando as respostas passaram a ficar muito repetitivas, considerou-se que o número de entrevistas estava adequado. Foram realizadas doze entrevistas com gestantes que, ao responderem o questionário, relataram violência doméstica.

As entrevistas, com duração média de quarenta minutos, foram gravadas com o consentimento das gestantes e posteriormente transcritas na íntegra. No sentido de preservar o sigilo e a confidencialidade das informações, os nomes das gestantes foram substituídos por nomes de flores. Foi assim que as entrevistas dadas por Açucena, Camélia, Violeta, Madressilva e tantas outras, contando as suas histórias, ricas de detalhes, se transformaram em casos que subsidiaram a discussão do tema da violência doméstica na Oficina realizada posteriormente com os integrantes das equipes de saúde da família. (Anexos 8, 9, 10, 11)

Durante a transcrição das entrevistas e, após, ao realizar a leitura flutuante das mesmas, foram apreendidas as categorias empíricas que serão analisadas neste trabalho.

As entrevistas mostraram três situações distintas: a primeira em que as mulheres permaneciam na relação de violência e não mencionavam a possibilidade de mudança; outra, na qual as mulheres apesar de permanecerem na relação, informavam que procuravam “dialogar” com o companheiro e uma terceira situação na qual as mulheres haviam rompido a relação violenta e faziam uma avaliação do

processo. Entretanto, em alguns casos, mesmo aquelas que "romperam" a situação de violência doméstica se sentiam ainda ameaçadas pelo ex-companheiro ou até mesmo vivenciavam violência em outras relações.

3.5.4.4 Oficina: o olhar dos profissionais das equipes de saúde família sobre a violência doméstica contra as mulheres

A Oficina foi realizada em dois encontros com duração aproximada de quatro horas cada, com um intervalo de duas semanas. Sua finalidade foi coletar informações sobre o posicionamento dos profissionais das equipes de saúde em casos de violência doméstica contra as mulheres atendidas por eles e também promover a reflexão sobre o tema. O grupo participante foi composto por assistente social, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, dentista, enfermeiras, médicas, técnica de serviço odontológico e estudante de enfermagem, num total de quinze pessoas.

Utilizou-se como estratégia uma dinâmica que foi nomeada de "Uma viagem de trem pelo território da violência doméstica contra a mulher". Para isso foram percorridas oito estações, sendo quatro em cada dia. As estações correspondiam às etapas da Oficina [40] conforme descrição a seguir:

Primeiro encontro

No momento inicial de introdução à Oficina, considerado a Plataforma de Embarque, foi feita a apresentação da proposta, dos objetivos, da programação e da coordenação. Neste momento, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os objetivos desse encontro foram: discutir situações relatadas pelas mulheres que vivenciaram violência doméstica e refletir sobre a postura profissional diante dos casos apresentados.

Na primeira estação, etapa do aquecimento, os participantes escolhiam uma maleta de viagem dentre as que estavam expostas na plataforma de embarque e, em seguida, se apresentavam para o grupo respondendo as seguintes questões: nome, função, setor de trabalho, expectativa em relação à oficina e o porquê da escolha de uma determinada maleta (as maletas eram todas do mesmo tamanho, porém suas cores e seus desenhos variavam, possibilitando as escolhas).

Já neste momento começaram a aparecer dificuldade, medo e resistência para realizar a reflexão sobre a violência doméstica. Alguns participantes falaram da sua dificuldade, como profissionais de saúde, em lidar com o tema da violência contra as mulheres. Uma das participantes falou da resistência em participar da Oficina, porque a violência doméstica acontecia em suas relações familiares, evidenciando assim como a questão é difícil de ser abordada.

A etapa de desenvolvimento da Oficina correspondeu às Segunda e Terceira estações percorridas pelo trem.

Na Segunda Estação o grupo se dividiu em quatro subgrupos para a leitura e discussão dos casos. Esta divisão foi realizada anteriormente pelas coordenadoras, garantindo, em cada subgrupo, a representação das várias categorias profissionais e das três equipes de saúde da família. Para isso, cada participante recebeu uma cartela com o seu nome e número do subgrupo. Em seguida, cada um recebeu uma cópia de um relato de violência, com as seguintes questões para reflexão: O que sinto em relação a isso? Como profissional de saúde, o que faço em relação a isso?

Durante quinze minutos fizeram uma reflexão individual sobre as questões e em seguida, passavam a discuti-las no subgrupo, escolhendo um relator e fazendo uma síntese a ser apresentada no momento da Plenária.

Na Terceira Estação foi realizada a Plenária, com a apresentação e discussão dos quatro casos pelos subgrupos. O relator de cada grupo lia o caso discutido, apresentava a síntese e os outros participantes também participavam da discussão.

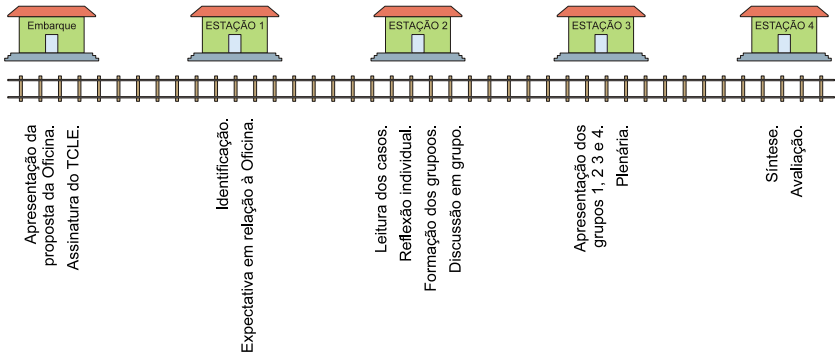
Durante esta etapa foi programado um intervalo, o café com prosa, no qual as pessoas continuaram discutindo o tema por iniciativa própria.

A Quarta Estação foi o momento da Síntese final, quando foi apresentado, pela coordenação, um aporte teórico sobre violência doméstica e violência de gênero. Cada participante recebeu uma cartilha: Direitos sim, Violência não[72]. Ao final, foi lida uma mensagem. (Anexo 12). No encerramento foi feita uma avaliação parcial, por todos os participantes. As maletas foram recolhidas e os participantes foram convidados a participar do próximo encontro, na semana seguinte, continuando a viagem e percorrendo mais quatro estações.

Oficina:

O olhar dos profissionais das equipes da saúde da família sobre a violência doméstica contra a mulher

1º dia: 28/3/2008 - de 13h30 às 16h30



Segundo encontro

Neste encontro as estações percorridas também corresponderam às etapas da Oficina [40].

Os objetivos foram: refletir sobre o trabalho de equipe na atenção às mulheres em situações de violência doméstica; discutir os Protocolos da SMS/PBH[73] e os quatro Princípios da Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher[28] relacionados ao enfrentamento da violência doméstica e refletir sobre os limites e as possibilidades de atuação dos serviços de atenção básica de saúde.

A Quinta Estação, correspondente à etapa de Aquecimento, foi o momento da Reorganização da Bagagem. Foi realizada uma reflexão sobre a importância do trabalho em equipe no enfrentamento da violência doméstica. As maletas foram colocadas em uma mesa para que cada participante pegasse a sua (que havia sido escolhida no encontro anterior). Em outra mesa, foram colocadas cartelinhas de papel nas quais estavam escritas palavras que representavam o trabalho de equipe e o trabalho em rede, importantes para o enfrentamento da violência. A cada participante foi solicitado que pegasse a sua maleta e duas cartelinhas com uma palavra que lhe parecesse mais significativa para abordar a violência doméstica.

Esta etapa já havia sido programada antes do primeiro encontro, porém os temas propostos foram ampliados, porque nesse, em vários momentos, o grupo responsabilizava mais as assistentes sociais e psicólogas para acolherem a mulher em situação de violência, ou seja, quando a situação ficava crítica "encaminhavam para o serviço social", desresponsabilizando os demais profissionais. Por este motivo, esta etapa foi ampliada e na reorganização da bagagem realizou-se uma reflexão sobre a importância do trabalho em equipe e das redes de apoio à mulher em situação de violência.

Neste momento, cada participante pegou a sua maleta e duas cartelinhas que deveriam ser amarradas na maleta e apresentou para o grupo o tema escolhido e a sua opinião sobre a sua importância no trabalho de atenção às mulheres que vivenciam violência. Este momento foi muito significativo porque os participantes, que anteriormente diziam que não sabiam como enfrentar a violência doméstica, apresentaram suas reflexões sobre as várias possibilidades de abordagem da violência doméstica pelos profissionais de saúde.

Na Sexta Estação foi realizada uma reflexão individual e uma reflexão grupal sobre os protocolos de assistência à mulher vítima de violência. O grupo foi dividido em dois subgrupos para fazer a discussão, garantindo também a representação das equipes e dos profissionais em cada um deles.

Para a reflexão individual, antes da leitura dos documentos, foi apresentada a seguinte questão: Protocolos de atenção à mulher em casos de violência: o que sei sobre isso?

Após a reflexão individual, cada participante respondia a questão no subgrupo e um relator fazia a síntese. Em seguida, os participantes discutiram trechos dos documentos Protocolo da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, no que se referem à abordagem e enfrentamento de violência contra a mulher. Os dois grupos fizeram reflexão e discussão sobre os mesmos documentos.

Após a reflexão individual, os participantes apresentavam, no subgrupo, aquilo que sabiam sobre os protocolos. Em seguida, fizeram a leitura dos trechos dos protocolos e a discussão sobre os limites e possibilidades de atuação dos profissionais de saúde na atenção à mulher vítima de violência doméstica.

Entre a Sexta e a Sétima Estação foi feito um intervalo, o café com prosa, e novamente os participantes continuaram a discussão do tema.

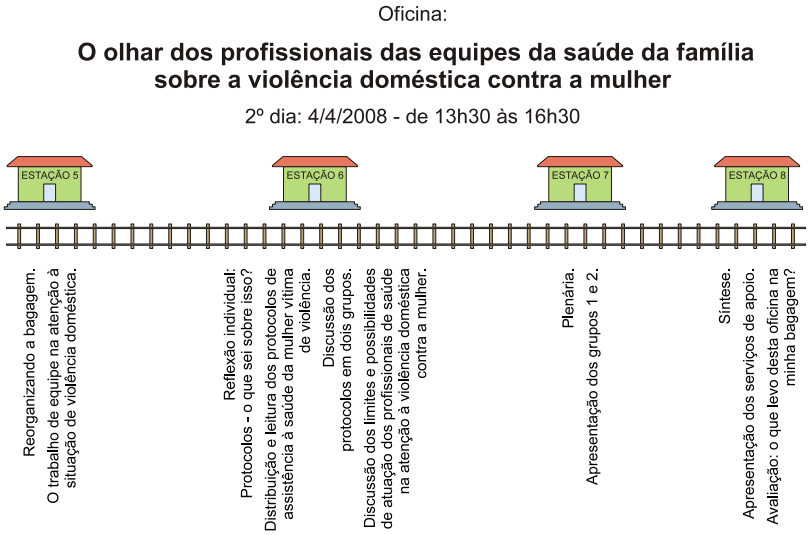
Na Sétima Estação foi realizada a Plenária com a apresentação das discussões dos dois grupos.

Na Oitava Estação foi feita uma síntese das discussões e a apresentação dos serviços de apoio do Município de Belo Horizonte para mulheres em situação de violência. Ao final foi feita a avaliação, utilizando a técnica de confecção de uma flor de papel de seda.

Esta dinâmica foi desenvolvida da seguinte maneira: foi oferecido aos participantes papeis de seda de diferentes cores, recortados em formato de quadrado. Solicitou-se a eles que escolhessem uma cor e após isso amassassem este papel o máximo possível. Em seguida, solicitou-se que eles desamassassem o papel, procurando fazer com que ele voltasse ao estado original, ou seja, totalmente liso. Após várias tentativas aos participantes foram orientados a moldar uma flor com o

papel desamassado, porém, com as marcas que não puderam ser retiradas. Após isso, solicitou-se a cada participante que colocasse a sua flor numa mesa no centro da sala, que representava um jardim. Ao colocar a flor na mesa cada participante justificou sua escolha da cor e fez sua avaliação da Oficina. Em seguida, o coordenador reforçou as possibilidades de transformação do papel amassado para confecção de uma flor correlacionando com as situações de violência vivenciada pelas mulheres e as possibilidades de superação.

Ao avaliar a Oficina cada participante respondia a questão: O que levo desta Oficina na minha bagagem?



3.5.4.5 Tratamento dos dados

Os questionários foram utilizados nesta pesquisa para identificar os casos de violência doméstica contra as gestantes atendidas pelas equipes de saúde da família. Não foram utilizados com o objetivo de quantificar ou tratar estatisticamente essa ocorrência. Possibilitaram o rastreamento da violência entre as gestantes e a sondagem de quais responderiam às entrevistas.

As entrevistas e os dados da oficina foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo [34, 74] que consiste num:

> conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção(variáveis inferidas) destas mensagens[74].

Para a análise, foram percorridas as etapas:

1. Gravação das entrevistas.

2. Transcrição, na íntegra, das entrevistas.

3. Leitura flutuante do material transcrito a qual foi intercalada com a escuta do material gravado. Assim foi possível "afinar a escuta", possibilitando aflorar os temas. Neste momento foi importante prestar atenção às características do discurso que forneciam pistas valiosas.

4. Retorno aos objetivos da pesquisa, definindo com clareza o objeto da representação.

Da leitura exaustiva e escuta do material foram extraídas três categorias empíricas que foram analisadas à luz das categorias analíticas Gênero e Violência de Gênero.

4 RESULTADOS

4.1 RASTREANDO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os 64 questionários foram utilizados como objetivo de identificar os casos de violência contra as mulheres para subsidiar a segunda etapa da pesquisa. Para isso, foram tabulados utilizando o programa Excel, versão 2003.

A tabela 1, relativa à profissão das gestantes entrevistadas, mostra que as ocupações das mulheres na maioria dos casos constituíam uma extensão do trabalho doméstico. 40,6% das entrevistadas eram donas de casa, não exercendo nenhuma atividade remunerada fora do lar, 17,2% trabalhavam como domésticas.

Tabela 1
Ocupação das gestantes atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Ocupação	N	%
Dona de casa	26	40,6%
Doméstica	11	17,2%
Auxiliar administrativo	5	7,8%
Cozinheira	5	7,8%
Autônoma	3	4,7%
Costureira	3	4,7%
Auxiliar de serviços gerais	2	3,1%
Babá	2	3,1%
Cabeleireira	2	3,1%
Estudante	1	1,6%
Garçonete	1	1,6%
Modelo	1	1,6%
Professora	1	1,6%
Vendedora	1	1,6%
Total geral	64	100%

Em relação à faixa etária observou-se que 46,9% das gestantes tinham menos de 25 anos, evidenciando que em alguns casos ocorre precocemente, uma vez que a maior parte das mulheres nesta faixa etária já possuía 2 ou 3 filhos.

Tabela 2
Faixa etária das gestantes atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Faixa etária	N	%
19 ⊢— 26	30	46,9%
26 ⊢— 31	17	26,6%
31 ⊢— 36	11	17,2%
36 +	6	9,4%
Total geral	64	100%

A escolaridade das gestantes é representada na tabela 3 e mostra que 32,8% das entrevistadas possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e 20,3% o ensino fundamental completo, o que significa que 53% das gestantes possuíam baixa escolaridade.

Tabela 3
Escolaridade das gestantes atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Escolaridade	N	%
Ensino fundamental completo	13	20,3%
Ensino fundamental incompleto	21	32,8%
Ensino médio completo	23	35,9%
Ensino médio incompleto	7	10,9%
Total geral	64	100%

Das 64 gestantes que responderam o questionário, 41 gestantes relataram violência doméstica em algum momento de suas vidas e 23 informaram não ter sofrido violência em suas relações intimas.

A tabela 4 mostra que a ocorrência de casos de violência doméstica neste grupo foi maior entre as donas de casa e que não exerciam nenhuma atividade remunerada fora do lar. Estes dados são semelhantes aos de outras pesquisas que mostram a dependência econômica como um dos elementos potencializadores da violência doméstica.

Tabela 4
Ocupação das gestantes que vivenciaram violência doméstica atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Ocupação	N	%
Dona de casa	16	39,0%
Doméstica	6	14,6%
Cozinheira	4	9,8%
Auxiliar administrativo	3	7,3%
Autônoma	2	4,9%
Auxiliar de serviços gerais	2	4,9%
Cabeleireira	2	4,9%
Costureira	2	4,9%
Babá	1	2,4%
Garçonete	1	2,4%
Modelo	1	2,4%
Vendedora	1	2,4%
Total geral	41	100%

A tabela 5 mostra que 43,9% dos casos de violência doméstica ocorreram entre as gestantes com menos de 25 anos de idade. Este dado cruzado com o período em que ocorreu a violência mostra que foi frequente na infância e na adolescência dessas mulheres.

Tabela 5
Faixa etária das gestantes que vivenciaram violência doméstica atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Faixa etária	N	%
19 ⊢ 26	18	43,9%
26 ⊢ 31	11	26,8%
31 ⊢ 36	9	22,0%
36 +	3	7,3%
Total geral	41	100%

A tabela 6 mostra que 41,5 % das gestantes pesquisadas, que sofreram violência doméstica, possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e 17,1% o ensino fundamental completo, evidenciando que a relação entre baixa escolaridade e violência doméstica.

Tabela 6
Escolaridade das gestantes que vivenciaram violência doméstica atendidas no Centro de Saúde Padre Fernando de Melo no período de julho a outubro de 2007

Escolaridade	N	%
Ensino fundamental completo	7	17,1%
Ensino fundamental incompleto	17	41,5%
Ensino médio completo	13	31,7%
Ensino médio incompleto	4	9,8%
Total geral	41	100%

A violência doméstica identificada pelos questionários foi caracterizada por agressões físicas, verbais, ameaças e indicada pelas mulheres que foram praticadas por namorados, maridos, padrastos, irmãos, mães e tias. Foram também detectados quatro casos de abuso sexual na infância e adolescência praticado por pai, padrasto e tios.

4.2 AS HISTÓRIAS DE VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DAS MULHERES

Foram entrevistadas 12 gestantes daquelas 41 que relataram violência doméstica. As gestantes foram convidadas a participar das entrevistas quando retornaram ao Centro de Saúde para atendimento pré-natal. Quando concordaram em participar, as entrevistas foram realizadas no mesmo dia da consulta evitando assim o seu retorno no centro de saúde apenas para ser entrevistada. Nesta etapa da pesquisa, nenhuma das gestantes se recusou a participar, todas se mostraram interessadas em colaborar, talvez pelo fato de já terem respondido aos questionários na primeira etapa.

Durante a realização, a transcrição e a leitura exaustiva das entrevistas, a pesquisadora procurou instaurar uma relação de escuta ativa e metódica das falas das mulheres, associada à observação e ao registro dos silêncios, das pausas, dos suspiros, do riso nervoso, do choro contido, enfim da linguagem não verbal que também trouxeram informações valiosas sobre a situação vivenciada.

Após a transcrição literal, as entrevistas foram reescritas possibilitando a análise. Para a realização desta fase procurou-se seguir procedimentos metodológicos que possibilitassem abrir várias gavetas, contemplando a diversidade dos temas [(34)] e, num segundo momento, reescrever o discurso, aliviando o texto das informações

repetitivas, dos tiques de linguagem e relatando indiretamente declarações apenas informativas [75]. Procurou-se manter a ordem do discurso, as palavras e o desenrolar da entrevista ao reescrever o texto das entrevistas, retratando as histórias de violência doméstica relatada pelas gestantes, segundo as recomendações de Bourdieu [75].

4.2.1 Abuso sexual na infância

O abuso sexual na infância e na adolescência pode ser entendido como uma violência de gênero. É um problema mundial ocorrendo em todas as classes sociais, porém, como é clandestino e na maioria das vezes ocorre no ambiente doméstico, se torna invisível e de difícil quantificação. Dados divulgados pela OMS em 2002 no *Informe mundial sobre la salud y la violencia* e em 2005, no Estudo multipaís sobre a violência doméstica contra as mulheres apresentam a magnitude e complexidade do problema [24, 76, 77].

A violência sexual manifesta-se como uma relação de poder do adulto sobre a criança ou adolescente, que não é considerado sujeito, mas objeto de dominação dos adultos, "num processo de apropriação e dominação" exercido pela força [78].

Historicamente, a sociedade brasileira apresenta uma estrutura perversa de desigualdades de classe, gênero, raça/etnia, sendo marcada também pela relação de autoritarismo entre adultos e crianças, reflexo de uma compreensão autoritária do pátrio poder [77].

Nesta pesquisa, durante a aplicação do questionário, o abuso sexual na infância foi informado por quatro mulheres. Todas elas demonstravam grande dificuldade e constrangimento ao falar sobre o abuso sofrido na infância, numa demonstração clara de que as marcas são profundas e ainda representam uma ferida na sua alma.

Das 4 gestantes que relataram sofrer abuso sexual na infância, apenas uma se dispôs a participar da segunda etapa da pesquisa, participando da entrevista. Porém, antes disso disse que queria conversar com o marido e que só participaria se ele concordasse. Após a concordância do esposo, Begônia relata o abuso sexual praticado contra ela por seu próprio pai, durante sua infância e adolescência.

Inicialmente falou de sua dificuldade até para "*pensar neste assunto*", mas considera que sua participação é importante porque talvez possa ajudar outras pessoas. Nos primeiros momentos demonstrava dificuldade para encontrar as palavras, falava baixo e sem olhar para a entrevistadora. Após alguns instantes ficou à vontade relatando em detalhes o abuso sofrido.

Conta que não se lembra com clareza de alguns detalhes pelo fato de ter apenas cinco ou seis anos de idade na primeira vez que foi abusada pelo pai e também pelo fato de "*achar absurda a história porque ele era seu pai"*. Ela relatou que sempre que ele chegava a casa, ela procurava ficar longe dele porque tinha medo, mas mesmo assim o pai a perseguia:

> *... vinha atrás de mim, me abraçava e começava a fazer carícias num lugar que não podia e eu sempre me recordava que eu chorava muito, eu chorava muito e eu sempre corria dele, só que ele sempre me pegava e começava a fazer carícias de uma certa forma que não era adequado para um pai.*

Begônia relatou que foi abusada pelo pai dos seis aos nove anos, mas, que não tinha coragem de contar para ninguém porque ele era considerado pela família e vizinhos um ótimo marido e excelente pai. Nesta época pensava que se contasse a violência as pessoas não acreditariam nela. Aos nove anos já entendia o que estava acontecendo e tinha medo de dormir porque sempre acordava à noite com o pai nu e excitado deitado sobre ela. Tentava reagir, procurava a mãe, mas ela não estava presente. Foi nessa época que começou a desconfiar que sua mãe sabia dos abusos cometidos por seu pai.

> *... e eu acordei deitada de costas pra ele, e ele mexendo ni mim, e eu acordei sentindo muita dor, muita dor,[...]* [Fala muito baixo, constrangida] *Era dor, dor de ...como se tivesse alguma coisa rasgando, como se alguma coisa tivesse me rasgando. [...] ... aí eu comecei a chorar, procurei a minha mãe e ela não tava, arredei pro canto, passei a noite inteira num buraquinho, escondida, com medo* [Silêncio]

Sempre teve muito medo do pai e se sentia paralisada quando ele abusava dela, não conseguindo reagir quando ele a violentava. Somente na adolescência foi que começou a se defender das suas investidas. Defendia-se da maneira que

conseguia e para isso não ficava sozinha com ele, à noite fugia para dormir na casa de uma amiga. Mesmo assim seu pai ainda a perseguiu e em algumas situações conseguia dominá-la e abusar dela:

> *Se eu passava assim e tinha gente por perto, ele me puxava, me fazia sentar à força no colo dele, mesmo eu moça já. Porque tinha alguém e eu não ia poder resistir... [...] Aí ele me puxava e me fazia, forçadamente, a sentar no colo dele e ficava me alisando, ele agia comigo como se eu fosse a esposa dele.*

Contraditoriamente, durante muito tempo se sentiu culpada pelos abusos sofridos, o que a levou a tentar suicídio aos quinze anos de idade. Falou do medo e do desamparo que sentiu quando teve certeza de que sua mãe sempre soube dos abusos cometidos por seu pai. Esperava que a mãe a defendesse, porém isso nunca ocorreu. Frente à dupla violência, o abuso perpetrado pelo pai e a conivência da mãe com a situação, sentia medo e revolta. Sua fala deixa transparecer também uma outra violência, representada pelo silenciamento da mãe em relação ao abuso sofrido pela filha:

> *... eu comecei a perceber que ela sabia, ela sempre soube... parece que ele conseguia manipular a mente dela, ao ponto de que tudo que ele falava era lei, ao ponto de que ela chegou perto de mim uma vez e ela jogou na minha cara falando que meu pai não voltava pra casa, que ele tinha saído de casa por minha causa, porque eu não conversava mais com ele, porque eu não queria dur... aí ela usou literalmente o termo, que eu tinha que dormir com ele pra ele ficar em casa, então aí eu comecei... a minha situação com ela começou a ficar pior que já era, porque já era desde a infância, só que ficou pior porque eu percebi que ela sabia de tudo e mais do que isso, ela ajudava ele...*

Somente conseguiu falar sobre o abuso sofrido na infância e adolescência quando adulta. Contou para uma amiga as perseguições do pai, porém, não teve coragem de contar tudo que havia sofrido, era muito constrangedor. Contou apenas que seu pai a perseguia o que motivou a sua saída de casa para morar com a amiga.

> *Quando eu cheguei a contar pra ela já tava com vinte anos, quando cheguei a contar pela primeira vez pra alguém. [...]*

> *Tinha uma amiga minha que eu contava, assim eu nunca cheguei a contar o que ele tinha feito, mas como tava eh ...a perseguição tava demais aí eu procurei uma amiga minha e contei pra ela essas perseguições... [...] eu acordava com ele forçando a porta e aí sempre que dava uma brecha eu abria a porta e corria e ia dormir na casa dessa amiga minha, isso foi anos e anos acordando de madrugada e indo pra casa dela dormir, na casa dela porque eu tinha medo dele.* (Begônia)

Atualmente não consegue se relacionar com o pai, não aceita ser tocada por ele porque tem "uma sensação estranha... um sentimento de nojo". Relatou também que os abusos vivenciados na infância e na adolescência refletem em sua vida adulta, principalmente no seu relacionamento sexual com o esposo:

> *... olhava pro sexo como se fosse algo destrutivo, porque eu não conseguia de forma nenhuma imaginar tendo um contato físico com homem. [...] Então assim, durante muito tempo a gente namorou, o primeiro beijo que a gente deu a gente já tinha quatro meses de namoro, então assim foi com muita paciência, muita calma. A primeira vez foi muito horrível porque.... na hora infelizmente eu me lembrei do detalhe, então ao invés de ser algo que fosse bom, eu vomitei muito. [...] .... porque eu sofri muito. Toda vez que ele me tocava eu tinha...mesmo sabendo que ele me amava... mas é porque eu me recordava da situação, então assim.... eu não conseguia controlar o meu vômito.... toda vez que.... durante uns três meses toda vez que....eu tinha .... eu tinha ânsia de vômito... tinha ânsia não, eu vomitava mesmo, ao ponto de ter que parar tudo pra mim correr pro banheiro pra vomitar*

Somente agora, depois de muitos anos de casada, é que está conseguindo superar a situação e ter um relacionamento sexual com seu esposo. Considera que o esposo está contribuindo muito para essa superação porque ele tem sido compreensivo e paciente com ela.

Em seu depoimento Begônia falou da dor, do ódio e da revolta que sente em relação ao pai e à mãe. Seu depoimento é marcado por uma fala entrecortada, longas pausas, silêncios e em alguns momentos dificuldade para encontrar as palavras deixando transparecer o quanto o abuso sofrido deixou marcas profundas em sua vida e suas relações. Sua história, como as de tantas outras meninas, não figura nas estatísticas oficiais, nem sequer chega ao conhecimento público o que mantém o

silêncio e a invisibilidade sobre os abusos sexuais e a violência contra as crianças e adolescentes perpetuados em relações perversas.

4.2.2 As agressões naturalizadas no cotidiano

Agressões físicas, verbais, emocionais, ameaças, privações e abuso sexual na infância aparecem nesta pesquisa configurando um quadro de violência doméstica. Este, apesar de manter a mulher numa situação de desigualdade e submissão, nem sempre é reconhecido como violência pelas próprias mulheres. Ao se tornarem rotineiras, as agressões se mesclam ao cotidiano como se fossem naturais. Pelos seus depoimentos, as mulheres demonstram que somente as agressões físicas são reconhecidas como violência.

As agressões verbais, os xingamentos, as calúnias e as ameaças são relatadas pelas mulheres como *fatos comuns, rotineiros,* aos quais elas acabam se acostumando e não os reconhecem como violência. Tendem a se tornar mais intensas com o tempo, mas permanecem invisíveis agravando o quadro de violência no qual toda a família está envolvida. Em seus depoimentos transparece a aceitação das agressões, tanto as que recebem como aquelas que praticam, configurando o quanto a violência se torna naturalizada e incorporada ao cotidiano.

Em seu discurso, algumas entrevistadas não nomeavam as agressões verbais como violência indicando que reconheciam como tal, apenas a violência física.

> *Violência assim, num teve, batê, esses trem num teve não. Só briga mesmo... [...] Tem vez que ele já parece que num raciocina não, já chega xingando, tem vez que ele ta nervoso.* [Tosse] *... num ligo não.[....] Acusa, que eu tô saindo pra ficar com outro, caçá home, é assim essas coisas assim. [...] Esse negócio de ciúme deve ser uma doença da cabeça das pessoas. Que na mesma hora que ele vem e xinga ele já te pede desculpas, já sabe aquilo é errado. E a outra não, a outra é espancar mesmo, batê, eu num sei, porque às vezes deu motivo, né.* (Violeta)

> *.... nessa fase dele bebê, dele sê agressivo em relação a palavra, que eu tudo que ele falava eu aceitava, ele quebrava coisa, ficava nervoso, quebrava as coisas, aí eu tinha medo ... porque eu tinha medo dele, né, dele, né, passá do limite, né, se exceder e sei lá, agredi, sei lá, agredi e sinceridade eu*

> *tinha medo nessa fase aí, porque eu ficava com medo, sei lá, eu tinha medo .... porque sei lá ele poderia ficar fora de si e me agredir realmente, nunca aconteceu.* (Orquídea)

Os discursos de Violeta e Orquídea mostram que ora elas reconhecem, como violência, as agressões verbais, mas, em outras situações essas mesmas agressões são relevadas, aceitas como normais e somente a violência física é reconhecida. Em seus depoimentos, as mulheres apresentam várias situações de agressões verbais e violência emocional como cenas corriqueiras, presentes no seu cotidiano, às quais já se acostumaram.

A violência física relatada e reconhecida pelas mulheres é representada por tapas no rosto, cabeçadas, socos, chutes, tentativas de sufocamento e afogamento, arremessos contra a parede, golpes nos braços, no corpo, puxões de cabelo, empurrões, socos, cuspir na cara, atirar pela escada, rasgar a roupa. Seus depoimentos:

> *Agredia fisicamente.* (Silêncio) [Segura o choro] *[...] Ih, ele já me deu uma cabeçada, já me deu um soco no olho, já enforcô...* (Silêncio) (Açucena)

> *Chegou, ele me pegou pelo pescoço e me jogou assim na parede do quarto, bati a cabeça lá. Aí minha irmã foi e falou "ele ta ficando doido", e ele falando "ah, eu vou te matar, se eu encontrar ocê com outro eu te mato".* (Petúnia)

> *Porém eu acho que saí mais lesada da situação, porque começou a ter agressão verbal, agressão fisicamente, onde me socava, me jogava na cama, chegou a me dar uns tapas, né. E mais verbal mesmo, agressão verbal. Onde houve perseguição, me seguia do trabalho até a minha casa.* (Zínia)

As duas mulheres que relataram agressão física durante a gravidez informam que os golpes, murros, pontapés e chutes, eram dirigidos principalmente para o abdome.

> *Oh, ele me bateu quando eu tava grávida, depois...[...] Quando eu namorava com ele, ele era um cara possessivo, sabe, muito ciumento. Aí quando eu tava grávida de três pra quatro meses, é de três pra quatro meses, eu saí com umas amigas, ele me pegou, me deu até um murro na barriga,*

> *sabe, aí com o tempo eu perdi o neném. Só que eu fui no hospital e eles me falaram que era útero infantil.* (Alamanda)

Pelos relatos das mulheres é possível perceber que os episódios se agravam com o passar do tempo, ficando mais freqüentes e mais intensos.

> *Aí teve uma vez que eu cheguei em casa, ele tava me esperando, tava nervoso, enfiou minha cabeça dentro do tanque d'água, querendo me matar, minha mãe ficou doida.* (Alamanda)

Em quase todas as situações relatadas é difícil identificar os limites entre a violência verbal, psicológica, física e as ameaças porque numa mesma fala as agressões relatadas se mesclam continuamente. Os relatos das mulheres mostram que a violência verbal está associada a calúnias, ameaças e insinuações sobre a conduta moral da mulher. Estão presentes, neste caso, os xingamentos, palavrões, as referências à mulher como "*piranha", "safada", "vagabunda", "puta", "mulher à toa"*, acusações de traição e adultério.

A violência verbal, nem sempre é reconhecida, mas, paradoxalmente, causa "ferimentos profundos na alma" [(63)], sendo difícil perdoar e esquecer, conforme mostram os depoimentos.

> *Pois é, na época que ele bebia ele falava comigo que eu ia pra rua, que eu andava na rua, andava olhano pra homem, sabe, falava comigo que eu tava igual vagabunda na rua, sabe. Porque se eu sentava no portão ele falava que era coisa de vagabunda, mulher a toa, coisas que ... e assim eu num dava motivo pra ele falar nada disso, nunca dei motivo pra ele falá, entendeu.* (Orquídea)

> *Falava "sua vagabunda" que eu vou te matar, nó falava cada coisa que... acho que agressão não dói tanto igual a palavra.* (Alamanda)

> *Quem agride verbalmente acho que machuca muito e isso é uma coisa assim que eu acho que não tem como desculpar. A gente nunca esquece.* (Zínia)

Outras situações relatadas pelas mulheres mostram privações, onde elas são impedidas pelos seus companheiros de telefonar ou visitar parentes, amigos, de ir à

igreja, sendo constantemente acusadas de *estar procurando homem,* situação à qual as mulheres se submetem, justificando que preferem aceitar e se calar evitando assim novas brigas. Em alguns casos quando *desobedeciam* à ordem do companheiro, foram ameaçadas de serem expulsas da casa. Porém, permaneceram evidenciando sua dependência do companheiro, não apenas financeira, mas também emocional e afetiva.

> *Não saía, num podia ir no portão, tinha que, no portão... pra mim ir no portão tinha que fala com ele pra mim ir.* (Orquídea)

A violência doméstica contra a mulher afeta a todos os membros da família, uma vez que, além das agressões à mulher, são dirigidas também a outras pessoas, principalmente os filhos. Em outras situações, os agressores quebram móveis, pratos, eletrodomésticos e os brinquedos das crianças. Pode-se afirmar que a violência doméstica contra as mulheres afeta toda a estrutura familiar, deixando marcas profundas em quem a pratica e em quem a recebe, principalmente as crianças. Algumas das entrevistadas nesta pesquisa relatam situações de violência vivenciada na infância, configurando um ciclo de violência familiar, onde as crianças são extremamente afetadas.

> *Ele quebrou tudo, ele quebrou tudo, sabe. Onde eu fui até na casa dele, ele me chamou lá, pra gente conversar e tal. Onde ele morava...morava com a tia dele. Quebrou tudo no quarto, quebrou o vaso de flor, quebrou....aí esse dia ele chegou a me socar, sabe, me... querer me bater mesmo, agarrar meu pescoço.* (Zínia)

> *Aí ele já começou a jogar ... a bater ... que ele tem mania de bater as portas quando ele fica desse jeito..[...]. Aí ele batendo as portas, aí depois começou a quebrar os brinquedos dos meninos lá, com a televisão, aí na hora que ele ia jogar a televisão dos meninos no chão, aí eu segurei a porta... [...] Aí ele foi e começou a bater os trem, já começou a pegar os pratos e jogar na janela, quebrando os trem tudo, aí que ele saiu.* (Petúnia)

> *... teve um dia que a polícia chegou lá em casa eu tava toda cuspida, até o cuspe do meu rosto tava...tava úmido, tava molhado que ele tinha cuspido no meu rosto.* [Pausa]

> [Suspiro] *[...] De pegá o telefone, as meninas brincando assim ó, no meio da casa, ele pegá o telefone, ele conversando com alguém, falando horrores de mim no telefone, eu fui lá e desliguei, o telefone era meu, eu que pagava, tava em meu nome, aí eu desliguei, bati a mão e desliguei. Minhas filhas pequenas no meio da casa ali, ele tirava o telefone da tomada, jogava no meio da casa, quebrava o telefone.* (Madressilva)

Algumas das mulheres entrevistadas nesta pesquisa admitem que também podem ser violentas com seus companheiros, confirmando vários estudos já publicados[63, 65]. Porém, todas elas relatam que se tornam violentas como uma forma reagir às agressões vivenciadas. De uma maneira planejada e bem calculada reagem às agressões físicas e verbais, reafirmando que é a sua única forma de defesa.

> *Ah, eu esquentei uma água ferveno lá e joguei na mão dele. Mas num acertô não, que ele acordô assim na hora. Eu queria matá ele mesmo, eu ia matá ele se eu num tivesse falado com minhas irmãs, se minhas irmãs num tivesse me tirado de cabeça [...] Eu ia matá ele mesmo. [...].* (Riso nervoso) (Açucena)

> *"... aí eu já tava cansada de ficar brigando com ele, de pelejar com ele e ele só querendo agredir, agredir, peguei o canivete e meti nele, eu queria rasgar ele, aí acertou um braço.[....] Aí eu falei assim "ele num fez porque ele num achou motivo, porque assim ele já tinha me batido, por isso que ele num fez, e se bater de novo eu rasgo ele de novo"* (Riso) (Alamanda)

Reativa ou não, a violência feminina também ocorre no cotidiano das mulheres entrevistadas, porém é mais difícil de ser apreendida porque nem todas as mulheres admitem que praticam atos violentos, sejam eles físico, psicológicos ou verbais. Admitir a violência pode significar a negação de uma imagem idealizada de mulher ou do feminino.

Em suas agressões verbais as mulheres são ferinas, mostrando que sabem como e onde atingir o companheiro, em geral na sua imagem de masculinidade. É o caso de Madressilva que agredida verbalmente e desrespeitada publicamente pelo ex-marido, reagiu agredindo verbalmente:

> *Ele falou assim "A primeira* [filha] *é muito bonita porque é a minha cara, a menor é estragadinha porque parece com a mãe". Alto. No ônibus... Rindo. E aí eu falei assim "Não bobo, eh... ser feio não é defeito, de repente ela pode ser feia assim porque ela num deve ser sua filha". Foi a única forma que eu achei de... Entendeu... de afrontar, de me defender. Eu falei "Ser feio num é defeito, mas de repente ser corno é, de repente ela não é sua filha". Aí ele ficou todo sem jeito, saiu e ficou lá pra fora.* (Madressilva)

Algumas mulheres admitem que a relação violenta seja sustentada pelos dois. Porém, é preciso coragem e senso crítico para uma mulher admitir sua violência, como o faz Zínia:

> *Começou com agressão verbal, um querendo agredir mais o outro, que... que a gente num fica calada, a gente fala também. Então os dois saem machucados ali, o que eu falava ...ele..era verdade, doía muito as vezes, então ele não aceitava. O negócio começou assim, um querendo vingar do outro, jogar a culpa no outro. E quando vê a mulher sai mais prejudicada porque o homem tem mais força, é onde ele agride, ele pode num sei... uma situação que eu vivi ali que ele podia ter feito coisas comigo ali que eu num ia conseguir falá um A,... Que a força do homem é muito diferente, né. Então tem situações que é complicado.* (Zínia)

Mesmo admitindo que também tenha tido participação ativa na violência cotidiana Zínia reforçou a concepção, largamente difundida pelo senso comum e comprovada no cotidiano das mulheres, que os homens são mais fortes e mais violentos. Esta concepção é sustentada pelas estatísticas de agressões e homicídios praticados contra as mulheres. Por outro lado, esta concepção que alimenta a visão polarizada onde os homens figuram sempre como agressores e as mulheres como vítimas indefesas, deve ser questionada no sentido de construir estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência de gênero.

4.2.3 O que as mulheres falam dos seus companheiros e agressores

Quando perguntadas sobre a violência doméstica vivenciada, as mulheres logo no início, falavam dos seus companheiros ou ex-companheiros agressores, evidenciando que qualquer análise ou proposta de intervenção no fenômeno não pode se dirigir apenas a elas.

As mulheres apresentaram os homens que as agrediam como homens *tranqüilos, ótimos pais, um anjinho, uma benção* que só ficavam agressivos em algumas situações. Em alguns depoimentos as mulheres demonstram não associar o comportamento de seus agressores com um padrão masculino de comportamento, no qual a agressividade se transforma em agressão, associando sempre o comportamento agressivo a circunstâncias externas. Em seus relatos, falaram de várias situações em que seus companheiros passaram a reagir agressivamente quando não tinham o controle da situação ou não foram atendidos em suas em suas exigências.

> *Era tudo tranqüilo, ele é ótima pessoa, não tenho nada a reclamar dele não, mas em certo ponto aí ele começou a destrambelhar.* (Petúnia)

As mulheres também apresentam seus companheiros como *ciumentos, possessivos, nervosos, descontrolados, loucos,* características que de alguma forma justificavam as agressões cometidas por eles, porque também levava a perda do controle da situação. Ao aceitarem tais elementos como justificativas, as mulheres não reconhecem o padrão masculino de reações violentas o que, de certa forma, retira ou diminui a responsabilidade do homem pelos atos cometidos. É como se ele não estivesse no seu juízo perfeito e não pudesse ser responsabilizado por seus atos.

> *Ele é meio assim... assim estúpido, até hoje ele... a primeira coisa que ele faz pra resolver a situação assim é...sentar, virar a mão. E num tem diálogo. Chama as meninas de qualquer coisa, de qualquer... até hoje é assim.* (Madressilva)

> *Ele é muito ignorante, pras pessoas, acha que tudo é ele que sabe, ele é muito ignorante mesmo. Então...* [Silêncio] (Violeta)

> *Ele falava que eu era safada, que mulher que namora não pode ficar saindo com as amigas. Ele achava que ele era meu dono... [...] ele era possessivo e ele achava que eu tinha de viver só pra ele. E eu num era casada, eu só namorava com ele.* (Alamanda)

Em alguns casos, as mulheres associaram as agressões ao uso de álcool e drogas e ao desemprego. Petúnia, Açucena e Orquídea relatam que os episódios violentos ocorriam mais durante os finais de semana, quando os companheiros

estavam em casa e invariavelmente haviam consumido álcool ou drogas. Pelos relatos fica claro como as mulheres se sentiam quando se aproximava o final de semana.

> *...mas a gente via que ele tava estranho, que é por isso que eu falo que, às vezes, eu acho que é a droga mesmo que tava levando ele a isso.* (Petúnia)

> *Só quando tava bêbado. Quando tava sem bebida ele era ... era uma benção.[...] Normal, aí era só chegá bêbado aí começava a falar aqueles palavrão, se eu saía pra trabaiá que eu tava transando com outra pessoa, ih, nossa...[...] Só quando ele bebia. Só mais no final de semana. [...] Mais era à noite, né, bêbado, aí chegava do serviço, aí se eu ... tudo era motivo, se tivesse faltando um sabonete no banheiro, era motivo dele falá, fazê aquela falazada, chutar os trem, começá a quebrar, tudo era motivo. Se tivesse faltando um sabonete no banheiro era motivo dele começá aquela falazada.* (Açucena)

> *A minha vida era chegá ... era ficá em casa, ele bebe no fim de semana, que ele trabalha, é muito trabalhador, sempre foi, mas chegava fim de semana eu tinha medo, da sexta-feira, eu detestava a sexta-feira, ele já chegava com uma garrafa de pinga na mão, bebia, bebeno, bebia sexta e sábado; domingo ele não bebe, segunda ele tem que trabalhar.* (Orquídea)

O ciúme foi o motivo mais citado para as agressões verbais, ameaças e calúnias. Trata-se de uma forma de manter o poder sobre a mulher, que aceita a situação como natural, até com certo orgulho porque se sente desejada. As mulheres consideraram o ciúme o grande responsável pelas ameaças feitas a elas pelos companheiros.

> *Ciúme , esses negócio assim.* [Tosse] *[...] Desde quando a gente se casou, num melhora mas acho que é da idade, ele é muito mais velho que eu, tem quarenta e sete anos e eu tenho trinta e dois. Acho que é isso...[...] porque se ficá importano muito cê acaba endoidando também. É ciúme...* (Violeta)

> *Ah, assim igual eu tô te falando, ele é ciumento, ele é ciumento, já deu pra ... pra notar, é um pouco impaciente*

> *também, intolerante, sabe, tem um gênero meio difícil.* (Verbena)

Outras situações que feriram a imagem de masculinidade dos homens foram apontadas como causas das agressões provocadas pelo companheiro:

> *Nossas...* (hesitante) *...relações eram muito poucas, era pouquíssimo. Primeiro ele... ele tinha ejaculação precoce e não assumia. Então acho que o transtorno dele, a tristeza dele era essa. E por mais que o cara sabe que tem que procurar um tratamento e tal, ele falava que eu era fria, aí a culpa era toda minha. [...] Então nós transávamos assim, uma vez de vez em quando. [...] Aí depois era péssimo. Ele cuspia na minha cara, eu que num prestava. É a forma dele fugi...* (Madressilva)

O fato do homem ter vivenciado a violência na infância também foi apresentado como uma explicação para o comportamento violento na idade adulta.

> *... porque meu pai toda vida foi assim, violento, batia, a minha mãe apanhava direto perto da gente. Então ele presenciou muito isso, ele também já bateu muito no meu pai. Então ele é uma pessoa assim. Acho que foi falta de carinho que fez isso. [...] Então acho que veio de... de... disso, ele viu muito pai batê na minha mãe.* (Malva)

As mulheres também relacionaram o fato do homem não ser servido como ele esperava como responsável por desencadear as agressões, evidenciando que eles esperam que as mulheres estejam disponíveis para servi-los e providenciar o que eles desejam.

> *Mais era à noite, bêbado, aí chegava do serviço, aí se eu.... tudo era motivo, se tivesse faltando um sabonete no banheiro, era motivo dele falá , fazê aquela falazada, chutar os trem, começá a quebrar, tudo era motivo.* (Açucena)

A iniciativa de romper a relação violenta só deixava o agressor mais irritado evidenciando as amarras da violência doméstica, onde a mulher se vê aprisionada numa relação violenta que pode significar risco à sua integridade física e emocional. Porém, romper esta situação pode significar um risco muito maior para as mulheres, que permanecem junto do agressor por medo de represálias mais violentas do que

aquelas já conhecidas. Alamanda e Zínia relataram as agressões e perseguições que sofreram porque decidiram romper com os companheiros agressores.

> *Aí, depois eu não voltei, não quis saber dele mais, eu tava com uma prima minha perto do Primeiro de Maio, ele chegou e me deixou pelada na rua. [...] ele chegou e rasgou a minha roupa todinha, todinha [...] e me deu uns bicudo lá...* (Alamanda)

> *Ele me ameaçava muito mesmo, tinha dia que eu chegava em casa e ele tava na porta do prédio onde eu morava. [...] Verbalmente, que ia me matar se eu não voltasse com ele, que... ou então ele ia suicidar, [...] Só que teve um dia que ele esperou alguém entrar no prédio pra entrar juntamente com a pessoa, subiu até meu apartamento [...] Ele entrou dentro da minha casa, quando eu tava no quarto, tranqüila, ele já foi chegando. Aí... e onde foi um terror ali porque ele falou que ia suicidar se eu não voltasse com ele. Que ia me matá e matava ele junto*. (Zínia)

4.2.4 As mulheres e a violência consentida e calada

Uma fala comum em todas as entrevistas é a da vivência das agressões por longos períodos, tornando-a rotineira e de certa forma tolerada pelas mulheres. Em todas as situações, as entrevistadas afirmaram que havia expectativa de que o agressor *mudasse* ou *melhorasse.* Em alguns casos se colocaram como responsáveis por promover a mudança no comportamento do companheiro sendo que para isso toleravam as agressões cotidianas e refaziam continuamente suas estratégias.

Orquídea, que não separou do seu marido, falou da sua percepção sobre a mudança:

> *Melhorô bastante [...]... graças a Deus agora a situação tá bem melhor, que a gente senta, conversa, quando ele vê que eu tô chateada com algum motivo, igual em relação à bebida, quando ele vê, ele percebe que eu num tô gostando, que ele ta passando do limite da bebida, ele já sente e fala "não vou beber mais, parei agora, vou dormir."*

Nas situações em que as mulheres optaram por não romper o relacionamento e continuam vivendo com os agressores, persistia a idéia de que o companheiro iria

melhorar. As mulheres nutriam a esperança de que a situação pudesse mudar e dessa forma, continuaram com o companheiro na expectativa de reverter a situação.

Porém, demonstraram que a situação foi vivenciada com ambiguidade porque, ao mesmo tempo em que esperavam uma mudança do companheiro falaram da vontade de sair do relacionamento.

> *Ah, eu penso em separá dele, se ele num melhorá, sumi. Mas num sei, parece que vai indo ocê acustuma, cê já num liga mais.[...] Ah, bom eu já num ligo mais sabe, já num importo mais não, acustumei já, sabe, tanto tempo que a gente acustuma, já foi custume. [...] Vamo ver o que a gente faz se num melhorá, mas já melhorô bastante, em relação há dez anos melhorô bastante, há uns dez anos...* (Silêncio) (Violeta)

> *Respondo direitinho, com toda paciência. Respondo tudo direitinho. E fico tentando não deixar ele mais nervoso, vou levando, conversando com ele, vou questionando com ele tudo direitinho pra ele num ficá nervoso, aí vai indo eu consigo. [...] Ah, eu espero que melhore, eu espero que melhore, que ele tenha mais segurança comigo e melhore o gênero dele porque, eu gosto muito dele mas tem vez que eu fico pensando assim "num vai dar certo" porque eu sou de um jeito, ele é de outro. Eu gosto dele.* (Verbena)

O conceito de violência como ruptura de integridade impossibilita uma classificação clara dos atos violentos, porque o que uma mulher considera violência pode não ser considerado por outra. O *continumm* de violência é amplo [63, 79] permitindo situações distintas variadas, em que a violência, apesar de presente, não é reconhecida pela mulher.

> *Às vezes quando tá perto dos outros ele começa a engrossá, aí eu saio de perto, fico mais afastada pra num dá vexame. [...] isso é ruim, é humilhante demais pra gente, marca a gente, é vergonhoso, eu tenho vergonha dos outros.* [Pausa] *Porque quem num tá passando num acredita. [...] Não, não imagino não, num imagino passá o resto da minha vida assim não.* [Riso] *Sei lá, chega o tempo dá um basta. Não!* (Violeta)

Este relato é de Violeta, a mesma mulher que afirmou que nunca teve violência na relação com o marido. Neste depoimento deixou claro o

constrangimento, a vergonha e a privação a que se vê submetida, mas, em momento algum da entrevista, Violeta se referiu a isto como uma violência contra ela.

Situação semelhante foi relatada por Orquídea. Ela considerava que a relação com o marido havia melhorado, que não existia violência. Quanto ao período em que convive com ele, ela considerava que já havia conseguido alguns avanços, como trabalhar fora de casa, dialogar com o companheiro sobre a bebida, visitar a família e receber as amigas em sua casa. Porém, ainda não tomava algumas decisões sem consultar o marido, determinadas atividades só fazia "*se o marido deixar"* e em outras situações é o seu marido que tomava as decisões. Por exemplo, em relação às consultas médicas, ele não permitia que ela se consultasse com profissional do sexo masculino. Orquídea chegou ao serviço de saúde para fazer o pré-natal dizendo que só faria a consulta se fosse atendida por uma mulher porque o seu companheiro não permitia que ela se consultasse com homem. Pelo seu depoimento, deixava claro que queria o atendimento, não se importando com o sexo do profissional que a atenderia, mas se seu marido soubesse, criaria confusão. Outra proibição imposta pelo marido e acatada por Orquídea, era em relação ao lazer. Ele não permitia que ela saísse para passeios ou festas, se ele não estivesse junto.

Tratam-se de duas situações distintas onde o conceito de violência como ruptura de integridade parecia ser insuficiente para entender ou trabalhar a situação, porque não havia o reconhecimento da violência vivenciada. Quando estas duas mulheres foram perguntadas se consideravam o que estavam vivenciando uma forma violência, responderam que não, apesar de afirmarem que se sentiam muito mal com a situação. Consideravam que isso ocorria porque os companheiros eram muito *ciumentos* e por isso queriam controlar a sua vida, não permitindo que elas saíssem sozinhas para visitar a família ou amigas e considerando que elas não podiam tomar decisões sobre suas próprias vidas.

> *Controla. Mas eu saio a hora que eu dô vontade, se eu tô em casa e falá que vô na cidade eu vô, num ligo não. Eu nunca deixei ele assim me manipulá nada, ele me xinga, num gosta, eu faço, o que eu tenho de fazer eu faço, se tiver que sair eu saio, se tiver que resolver alguma coisa minha (??????) eu nem importo, saio sim, num ligo não. [...] Às vezes eu fico nervosa e xingo também mas tem hora que eu deixo pra*

> *lá.[...] Ele vai falando, vai falando, vai falando. Tem hora que eu respondo tem hora que eu deixo.* (Violeta)

Mesmo considerando que não era manipulada pelo marido, Violeta afirmava que se privava de coisas que sentia necessidade de fazer para evitar confusão maior.

> *... eu nem tenho amigo, nem mulher nem homem, que eu tenho ... amizade assim eu num... num tenho nenhuma. Sou mais fechada, nem com vizinho eu num tenho muito* [Barulho] *Afastei muito das pessoas, [...], mas é mais por causa do medo, pra evitar.*
>
> *Eu queria assim, poder viajar pra casa da minha mãe, sozinha, essas coisas ele num aceita, tem num... num aceita se eu fizer, ele vai chegar e vai brigar.. [...] Pra evitar um ... mais conflito. Sempre fiz, ele num aceita, sempre fiz, deixei... Num posso ligar pra minha casa, ligar pra lugar nenhum. Ciúme assim, sabe.* (Violeta)

As mulheres se submetiam às exigências, proibições e ordens do companheiro justificando que "*querem evitar confusão*", que "*está no relacionamento, então devem tolerar"*, como se esse fosse o seu destino. Em seus depoimentos demonstravam a dificuldade de se posicionarem na relação, vivenciando direitos básicos, como decisões sobre o seu cotidiano ou até mesmo fazer escolhas em assuntos que lhe diziam respeito.

> *Eu saio. Logicamente que eu num vô num lugar que ele vai falar que num é pra mim ir...[...] Por exemplo, festa, eu num vô, mesmo porque eu num... num... num é minha praia. Num sô, nunca fui de saí, mas assim, por exemplo, as meninas chega lá em casa e me chama pra festa, eu falo que num vô não que o J. não vai deixar eu ir, aí ele já ele fala "pra festa cê nem vai mesmo não", que ele não vai, ele não sai pra lugar nenhum, ele é caseiro.* (Orquídea)

Os depoimentos de Violeta e Orquídea mostraram tolerância em relação às situações impostas pelos companheiros.

As mulheres relataram que seus companheiros não confiavam nelas e sempre as acusavam de traição e por este motivo queriam mantê-las sob controle. Se, por um lado, os homens têm a permissão da sociedade para exercer o abuso de poder e a

violência contra as mulheres e os demais membros da família, por outro lado, são estas mesmas pessoas que ao cederem à violência contribuem para que seja perpetuada. Porém, ao vivenciarem situações violentas em suas relações intimas, as mulheres ficam vulneráveis e dificilmente encontram saídas.

Em seus depoimentos, mostraram que, ao vivenciarem a violência cotidiana, rotineira durante longos períodos, ficavam confusas, deprimidas, ansiosas e por fim acabavam acreditando no que ouviam dos seus agressores. Relataram que se sentiam duplamente culpadas por provocarem a violência e também por não conseguirem romper a situação, sair do relacionamento.

> *... só que a pessoa mesma que ta vivendo ela fica muito confusa, ela fica muito confusa eh... medo de se arrepender, de acontecer uma coisa pior e ela se arrepender, fica muito confusa ali e leva ela a fugi do que ela... fugi de uma situação, cê num admite que tá vivendo realmente aquilo.* (Zínia)

> *Pois é, a violência psicológica eu acho complicado porque tem palavras que é pior do que ganhá um tapa na cara. Então foi meu caso, eu fiquei muito, a gente fica muito triste, às vezes a gente acredita nas coisas que ele fala da gente. Acho que confunde um pouco a cabeça da gente. [...] porque o que ele falava comigo eu concordava, então depois que passou assim um certo tempo, isso foi... eu fui deixando ele acostuma com isso, e eu não conseguia dar mais minha palavra no que pensava, que eu pensava diferente, mas que eu num conseguia falar isso pra ele, então deixava ele falá, falá e num fala ... num agia, num fazia nada pra mudar isso.* (Orquídea)

A violência cotidiana e o abuso sexual são vivenciados em silêncio e solitariamente por longos períodos porque enquanto estão vivenciando as agressões as mulheres não contam para ninguém o que está ocorrendo. Escondem o fato da família, dos vizinhos e dos amigos. Falam das agressões somente depois que já romperam relação ou quando um conhecido ou familiar aborda o assunto. Mesmo nestes casos as mulheres ainda expõem toda a situação vivenciada. Porém, os depoimentos mostram que em muitos casos a família, vizinhos ou amigos sabiam o que estava ocorrendo, mas não interferiam porque ainda tinham a concepção que “em

briga de marido e mulher ninguém mete a colher". Esta postura reforça a vivência solitária da violência e a tolerância para com as agressões praticadas pelo homem.

> *Minhas irmãs me ligava e eu num falava nada. Às vezes eu pegava o telefone pra ligar pra minha mãe, num saía voz, só chorava. Eu num ia falá com ela. Eu acho assim que se tiver uma ajuda de conversa, se tiver alguém pra conversar eu acho, vai ser bom. Eu num tinha isso [...]. Eu escutava de mim mesma o que eu queria que alguém falasse pra mim. E eu num tive isso porque eu num tinha coragem de procurá alguém pra conversar. Então assim naquela época, naquela fase eu guardava tudo pra mim. Pra mim... a minha ajuda era o espelho do banheiro porque lá eu chegava, eu chorava, desabafava, tinha assim meus cinco minutos de choro, mesmo porque nem isso eu podia ter, eu chorava, o menino batia na porta "ô mãe, abre pra mim" e pronto, aí eu abria e tinha que engulir o choro e dormir calada.* (Orquídea)

> *Até então eu nunca falei com ninguém, eu tô falando com você agora.[...] ... mas é tipo assim certas coisas que cê fica assim pra você, porque tipo assim, eu num posso ficar falando essas coisas com minha mãe, que eu sei que a minha mãe fica chateada.[...] Entendeu, minha mãe fica chateada, fica preocupada. Com minha irmã eu não vou comentar, porque minha irmã também sabe o jeito dele, minha irmã fala que ele é ignorante, esses negócios todo, então agora eu tô falando com você porque com o pessoal da minha casa também eu num quero falar.* (Verbena)

Sentimentos de medo, desespero, desesperança, revolta, raiva, vergonha e culpa, relatados por todas as mulheres, evidenciam a ambiguidade com a qual vivenciavam a relação violenta.

> *Nossa, eu pensava em ir embora, então eu mesma tentar o suicídio, sumir daquele, pensava tudo de ruim, pensava em ir embora, qualquer coisa que eu ficasse livre daquele homem logo. [...] Sofrimento mais nada, muito sofrimento* [Segura o choro] [Pausa] (Silêncio). *... num tinha prazer de dar um sorriso, de sair, de me arrumar, num tinha prazer de nada. O prazer que eu tinha era só ir trabalhar e voltar, num tinha prazer de nada, de nada, de nada mesmo, de arrumá uma casa, de nada. Do lado dele não, tinha nojo dele. Ainda bem que durou pouco, durou nove meses só.* (Açucena)

> *Eu era tão traumatizada, mas tão traumatizada, eu num vestia uma alcinha. Eu me sentia a pior, a pior mulher do mundo. As pessoas, às vezes, fala pra mim "Nossa cê tem um corpo bonito e tal, nem parece que tem duas filhas". Eu vivia no camuflado, vivia num casulo, sem sorrir pra ninguém, sem sabe, sem usar uma alcinha, sem nada, eu me sentia assim.* (Madressilva)

> *.... porque é muito ruim passar por essa situação assim. [...] Nó, eu sentia que eu não era ninguém, que eu... eu vegetava ali, tinha dia que eu ficava era dias e dias sem comer achando que eu ia morrer, olha a cabeça como que tava. [...] Porque eu tinha vontade de morrer porque a minha vida tava ruim.* (Alamanda)

A vergonha, o medo de se expor, a preocupação com o que a família, os vizinhos e os amigos iriam pensar foram algumas justificativas dadas pelas mulheres para o fato de manter em segredo a situação vivenciada. Outra justificativa apresentada foi a necessidade de preservar a imagem do companheiro porque, de alguma forma, ainda que se submetendo à violência, queriam continuar na relação. As mulheres incorporavam uma visão negativa de si mesmas, ficando confusas e fazendo pequenos ajustes para manter em segredo as agressões sofridas.

> *.... eu fiquei com várias marcas, principalmente no braço, assim.[...] Braço e antebraço, eu num deixava ver, até mesmo pra num causar problema.[...] Só que aí eu ficava com muita vergonha, num falava disso com as pessoas. As pessoas às vezes até usa um bordão, um ditado popular que "quem gosta de apanhar é mulher de malandro", só que num é isso não, tem muita coisa envolvida nisso. Eu tinha uma filha também e eu num queria que ela percebesse essas coisas. [...] mas tem tanta coisa realmente envolvida que não dá, é família, é pensando no que sua família venha sofrer também, é pensar no outro já que mesmo não pensando em você, então é isso.* (Sálvia)

> *Nada, num procurei nada, fiquei na minha quietinha dentro de casa, só escutano, pensando no que os vizinhos falariam, pensando que eu ia saí na rua e os outros falá comigo. [...] Então na hora que ele brigava, gritava, falando alto eu ficava com medo do que os outros poderiam, o que os outros poderiam escutar; então eu num pensava tanto ni mim, no meu... no meu psicológico, eu pensava mais no que os outros ia pensar e a cara de sair na rua, os outros escutava ele*

> *falando as coisas e tal. E depois eu lá... continuava com ele, mesmo depois do que ele fez. E ele lá e eu continuava com ele, porque eu num chutei o balde, num saí de casa, num fui embora, aí eu me sentia fraca nesse ponto.* (Orquídea)

A necessidade de preservar o companheiro mostra como a mulher cedia às suas ameaças e se coloca como desigual e desprovida de direitos na relação. Este depoimento mostra como a desigualdade de gênero e de classe vivenciada na relação afetiva, amedrontava e paralisava Sálvia que desistiu do processo para não prejudicar o companheiro agressor. Assim, Sálvia não se posicionava como um ser de direitos, confirmando a sua condição desigual.

> *É falava coisas tais como... a posição dele como pessoa, financeiramente também, que é duas ... três vezes melhor do que a minha, lógico. Ele é uma pessoa concursada, já exercia a profissão e assim "ta, ninguém vai te dá o que eu te dô," aí já não era mais na honra, já era mais comercial. [...]. Entrei até com uma ação de processo por agressão, aí eu resolvi e desisti porque ele é formado em Letras, pra num atrapalhá, a área dele lá também.* (Sálvia)

Em seu depoimento Orquídea também mostrou como a desigualdade de gênero é paralisante e amedrontadora, minando a autoestima e a confiança da mulher.

> *Falava comigo que se eu saísse "ponho suas coisa na rua..." que ele jogava fora, como se eu fosse um cachorro, como se tivesse me pegado no lixo "se ocê teimar comigo e sair, quando ocê voltar suas coisas num tá mais aqui". Me ameaçava, que se eu saísse quando eu voltasse minhas coisas num ia tá lá mais. Aí com medo d`eu voltá e as coisas num tá lá eu num ia.[...] Então eu preferia ficar ali dentro, naquele ambiente, mas eu tinha um teto pra dormir, do que saí e enfrentá e enfrentá ele.* (Orquídea)

A desigualdade de direitos entre homens e mulheres apareceu em todas as entrevistas: no abuso sexual sofrido por Begônia, nas ameaças, proibições, privações e agressões físicas e verbais impostas a Zínia, Alamanda e Açucena, no medo de Petúnia de relacionar-se com outro homem após a separação e nas ameaças dos ex-companheiros em outras situações relatadas. As mulheres demonstraram que cediam à violência dos seus companheiros para *evitar uma confusão maior.* Entretanto seus

companheiros, agressores, gozavam de amplos direitos de fazerem "*o que bem entendem*". Isto significa que, ao contrário das mulheres, saiam de casa e voltavam quando queriam, encontravam com os amigos no futebol ou no bar, tinham relacionamento intimo com outras mulheres e não precisavam explicar, ou mesmo justificar nada para suas companheiras.

Violeta falou que "*acha até bom*" porque não sentia ciúmes e quando o marido ficava fora de casa era mais tranqüilo para ela, porque assim ela ficava "*livre dos seus xingamentos e suas acusações"*. As mulheres permanecem nos relacionamentos, porém demonstram que se sentem desiguais e desvalorizadas pelos companheiros. Ao se acomodarem na situação ou até mesmo não se posicionarem exigindo serem respeitadas em seus direitos, as mulheres confirmam sua condição desigual no relacionamento.

> *Ah, eu acho porque ele fica me privando de muita coisa, coisas que eu gosto de fazer, eu deixei de fazer muitas coisas por causa dele. Eu acho que é um tipo de violência sim porque assim igual eu falei, até, eu num proíbo ele de nada, ele não abre mão das coisas dele, das coisas que ele gosta de fazer. [...]. Prefiro num falá não porque eh .... uma vez a gente conversou e ele pegou e falou comigo que era o jeito dele, que ele é desse jeito mesmo e falou "se ocê quiser assim se ocê num quisé o problema é seu" mais ou menos assim que ele fala. Ele fala que é o jeito dele, que ele é assim mesmo, que ele é ciumento, esses negócios todos que ele fala.* (Verbena)

As tentativas de romper o relacionamento com o agressor em geral são vivenciadas com conflito e ambiguidade, ocorrendo quando a mulher sente que chegou a uma situação limite. Durante estas várias tentativas de rompimento, são comuns idas e vindas, nas quais a mulher sempre dá uma nova chance ao companheiro, na expectativa que o relacionamento melhore. Ao romper com o agressor, e, sobretudo neste momento, a mulher fica mais exposta à agressão. Os relatos apresentaram situações de perseguição, de agressões em público e ameaças de morte por parte dos ex-companheiros. O rompimento com o agressor acarreta uma situação de mais vulnerabilidade e medo porque, na maioria dos casos, o agressor não aceita o rompimento, passando a perseguir a mulher, ameaçá-la na tentativa de reatar o relacionamento.

> *Ele me ameaçava muito mesmo, tinha dia que eu chegava em casa e ele tava na porta do prédio onde eu morava. [...] Verbalmente, que ia me matar se eu não voltasse com ele, que ... ou então ele ia suicidar, né. Muita pressão psicológica. Então eu comecei a entrar em depressão, comecei a não dormir mais [...] Ele entrou dentro da minha casa, quando eu tava no quarto, tranqüila, ele já foi chegando. Aí ... [...] e onde foi um terror ali porque ele falou que ia suicidar se eu não voltasse com ele. Que ia me matá e matava ele junto.* (Zínia)

As mulheres, independente de terem rompido ou não com os agressores, relataram os ajustes que faziam na tentativa de salvar o relacionamento. Em seus depoimentos, mostraram que valorizavam o casamento e a família, de modo que muitas vezes cediam à violência do companheiro para preservar ou concretizar o casamento, conforme os depoimentos de Madressilva e Maranta.

> *Casados, no civil e no religioso. [...] Eh... fiquei quatro anos e meio com ele.[...] Bem, no meu caso eu queria ter uma família, eu queria ter um marido, eu queria... eu não casei pra separar, eu casei pra viver, pra ser uma família, eu queria que almoçasse, ou se não almoçasse, jantasse pai, mãe e filhos, todos os dias. E assim a gente fica... pensa que a pessoa vai... vai melhorar...* [Silêncio]. (Madressilva)

> *Ah, sei lá, por ter pena dele, foi por pena dele, mas eu fui uma boba, podia ter terminado antes, podia nem ter começado. Fui deixando até chegar cinco anos [...] Cinco anos. Depois de três anos que ele começou ficar assim, ciumento demais. Aí eu fui empurrando, empurrando até chegar cinco anos e depois dessa briga acabou. [...] A gente pensava em casar, ter filhos, mas depois eu vi que se eu fizesse isso ia ser besteira, arruinava a minha vida, aí eu deixei pra lá.* (Maranta)

O papel de mãe também é muito valorizado socialmente, conferindo à mulher certa segurança e respeito, mas ao mesmo tempo exigindo dela maior responsabilidade na tomada de decisões. Porém, nem o desempenho deste papel deixa a mulher livre da violência doméstica e, em algumas circunstâncias, pode até mesmo agravá-la, porque os filhos também ficam expostos à violência. Em algumas situações os filhos são utilizados para pressionar ou ameaçar a mulher, como aparece neste relato de Orquídea:

> *Aí, depois de um tempo, eu comecei a procurar, depois de um tempo eu fui no... depois de um tempo eu fui no... Conselho Tutelar, porque muitas vezes, nas brigas eu arrumava minhas coisas pra ir embora e tal e ele falava comigo assim que eu num podia sair com meu menino porque eu num trabalhava, eu num tinha condições de cuidar dele, aí eu ficava com medo. Ele falava "se ocê saí agora, ocê acha que vai poder levar o J.? Cê vai ter que ficar. O J. daqui não sai". Aquilo era meu ponto fraco. Se o J. não fosse comigo, eu num ia. Aí eu desfazia as malas tudo de novo e ficava lá. Aí ele dormia e no outro dia era como se nada tivesse acontecido.* (Orquídea)

O momento em que a mulher decide romper a relação violenta é único, ocorrendo quase sempre depois de um período de conflitos e medo. Nesta pesquisa, as mulheres relataram que suas decisões foram tomadas quando se convenceram que já não podiam mais suportar a situação vivenciada, que já haviam chegado ao seu limite. Duas situações ficam evidenciadas em seus depoimentos: o limite do que suporta é muito diferente para cada mulher e que somente quando a mulher "fala para si mesma" é que se convence que pode ser de outro jeito.

> *Eu ficava calada, ficava calada, num respondia pra evitar confusão com ele, ficava calada. Aí quando foi um dia eu explodi, falei "não, cansei, cansei de ficá calada, agora vou, vou reagir também, vamos ver o que vai dar".* (Açucena)

> *... mas depois cê vê que ele acostumou a querer ficar te batendo, ocê pega e fala assim, não isso não é normal, isso aí ele ta achando que porque eu sou mulher dele ele pode ficar me batendo. Aí eu larguei ele.* (Alamanda)

> *.... eh... falta de amadurecimento, pode melhorar daqui um tempo, aí num sei o que, e tem aquelas coisas que os outros vira e fala "ah, casamento até sete anos é assim mesmo, entra em crise, depois passa." [...] e depois eu falei assim "não gente, acho que as coisas não são bem assim porque...ele já casou comigo negra. Ele tem que me aceitar da forma que eu sou. E...aí fiquei, esperei, engravidei de novo, segunda filha, engravidei...aí foi horrível, eu chorei a gravidez toda,... polícia na minha porta...* (Madressilva)

A decisão de não mais aceitar as agressões ou romper o relacionamento apareceram ancoradas em situações que significaram o empoderamento das mulheres, como o trabalho fora de casa:

> *Com certeza, porque mudou muito depois que eu comecei a trabalhar, tudo mudou. [...] Então eu fui vendo que num era bem assim do jeito que ele pensava, que eu num valia pra nada, que se ele me largasse eu ia pra debaixo da ponte, num era bem daquele jeito que ele achava que era ...e isso eu aceitava. Não. Eu trabalho agora, eu tenho onde tirá dinheiro, eu posso fazer o que eu quiser com meu dinheiro, que eu trabalho. Comecei a comprar as minhas coisas, tipo geladeira, era uma coisa que eu num tinha, essas coisas básicas que a gente quer, eu consegui conquistá as minhas coisas, então eu fui vendo que era aquilo ali.* (Orquídea)

> *Que aí eu caí na real... eu num vô morrer por causa de ninguém não, não. [...] Falei assim, não, eu vou viver a minha vida ué, eu num vou morrer por causa de ninguém, não. [...] É, coloquei o meu neném na escolinha, primeiro eu fui trabalhar no Correio, aí depois eu fui pra C&A, aí depois eu fui pra esse serviço que eu tô até hoje. E fui viver a minha vida [...] Ele hoje chega e fala que eu tô rica, só que ele não vê o que eu passei pra ter chegado até aqui.* (Alamanda)

Quando as mulheres têm filhos, podem tomar a decisão de romper o relacionamento violento ancoradas na maternidade o que é um passo significativo. No entanto, nesse caso a mulher ainda não se vê como sujeito de direitos porque está defendendo a segurança de seus filhos e não a si mesma. Os depoimentos de Madressilva e Orquídea mostram como a preocupação com os filhos influenciou as suas decisões:

> *Desde que eu tomei a iniciativa de sair de casa e morar sozinha, eu já... eu já .... porque eu num aceitava essa situação. Eu... eu vi minha mãe passar pela mesma situação então eu não queria ficar do mesmo jeito. [...] Era muito violento com a minha mãe. E assim eu cresci presenciando isso tudo, então era assim uma coisa que eu não queria, porque quando meu pai chegava em casa todo mundo procurava esconder em algum lugar. [...] Então comecei a pensar nas minhas filhas, eu não queria essa mesma situação pra elas. E minha mãe ficou livre depois de um bom tempo, que já tinha criado os filhos. [...] Mas aí eu não queria essa situação pras minhas filhas de jeito nenhum, foi quando eu tomei a iniciativa de sair de casa.* (Madressilva)

> *Ah, eu ficava sozinha assim, ficava o dia inteiro pensando, tomando coragem pra na hora que acontecesse de novo, eu tê coragem, pra chegá pra ele e falá o que eu tava pensando, eu*

> *nunca tive coragem de falá pra ele, ele brigava, ele gritava, ele falava ... Aí eu ficava pensando no outro dia "quando chegá amanhã vai ter briga de novo, vou falar isso, vou falar aquilo", mas na hora eu não conseguia. Parecia que deu uma coisa que me tampava a garganta, que não saía nada, aquilo ah ... ele falano ... e as lágrimas pingando, pingando e pronto, aí ele ia pra cama ou caía lá e dormia, eu ia pro banheiro e chorava, chorava. Meu menino via eu chorano, que era aquilo que me deixava pior do que eu tava, era ele me vê chorando e pensá assim "poxa, a minha mãe num faz nada pra melhorar isso". Então assim, foi muito difícil pra mim porque eu tive que agüentar sozinha porque morá .... morava só eu, ele e meu filho.* (Orquídea)

As entrevistadas que romperam a relação com os companheiros agressores falaram das dificuldades e reconheceram ser necessário muita determinação e coragem para sair da situação de violência. Alamanda considerava que foi precisamente o agravamento da situação que contribuiu para que ela tivesse força par romper a relação violenta.

> *De mim mesmo, eu busquei de mim mesmo. Ele me fez muito mal, me fez muito mal. E pra mim ter chegado nisso, foi preciso d'eu ter apanhado, dele ter me agredido, d'eu ter passado vergonha e d'eu ter colocado na cabeça assim, oh... chorei dia e noite por causa dele, mesmo ele me batendo, mas cheguei colocar na cabeça assim "oh eu larguei aí e vou conseguir", porque eu acho que se fosse assim sem força de vontade, eu tava até hoje apanhando, brigando e arrumando filho.* (Alamanda)

Em seus depoimentos as mulheres deixaram transparecer que nem sempre desejavam romper a relação com o agressor. Algumas relataram a sua permanência no relacionamento procurando resignificá-lo, mudar alguma coisa ou até mesmo se adaptar. Estes são os ajustes feitos, as estratégias que as mulheres adotam ainda que se mantenham numa posição de subalternidade. Para as entrevistadas essa foi a solução encontrada, a solução considerada possível.

> *.... às vezes, eu falo se eu parasse pra pensá e pensá nas coisas eu entro em depressão porque é muita coisa, noh... só Deus é que sabe o que que eu passei. Então, assim agora graças a Deus tá mais tranqüilo [...]. Então assim, agora ele me pergunta as coisas, ele é carinhoso comigo, é só mesmo a*

> *relação que eu te falei, não consigo ter relação com ele assim, do jeito que era antes não tem mais, não sei se é por causa da gravidez, pode ser. [...] Num sei, ele tá mais carinhoso, num sei se é por causa da gravidez ou o que que é, mas ele tá melhor, tá ... ele tá noventa por cento. Os dez por cento é só bebida, que ele tem que parar de beber. Se Deus quiser eu vou conseguir tirar ele da bebida.* (Orquídea)

Apesar da vulnerabilidade a que se viram expostas, quando romperam com os agressores, as mulheres se sentiram mais fortes para tomar suas decisões, inclusive em outras relações amorosas.

> *Noh, tenho medo demais dele. [...] Dele me matá, pegá meu filho.* (Silêncio) [Pausa] *A gente fica com medo, com medo, mas quando você vai lá e conversa com as pessoas você vê que num é aquilo que você acha "ah, se eu fizer isso fulano vai me matar", num é nada disso. Se todas fizer igual eu fiz, vamo acabá com essa violência contra as mulheres* (Açucena)

> *Só assim, se alguém tiver na situação que eu vivi, se tiver a mesma coragem do que eu, não aceitar de jeito nenhum, porque se eu tivesse... se eu não tivesse coragem acho que eu tava... eu estaria hoje, infeliz, mal casada, com um monte de filhos atrás e isso acaba complicando a situação, você vai vivendo aquele mundo assim que... e não acaba. Agora se tiver coragem de correr e abraçar o mundão, qualquer coisa que te dê liberdade, que cê sinta em paz consigo mesma, acho que é o melhor remédio. Foi o que eu fiz e foi ótimo. [...] Eu... eu fui me descobrir sexualmente agora, com esse meu companheiro. [...] Aí depois que esse meu marido me fez descobrir.* (Madressilva)

4.2.5 A busca por ajuda

As mulheres entrevistadas buscaram ajuda primeiramente na família, e em todos os casos foram ajudadas por outras mulheres. A rede social, representada pela família, vizinhos e amigos é a primeira referencia para a mulher buscar ajuda em casos de violência doméstica. Somente depois de "*ter a coragem*" de contar para a família ou amigos, é que a mulher vai buscar uma ajuda institucional. Os depoimentos mostram que a família, os vizinhos e amigos sabiam das agressões e da violência, porém só interferiram quando a ajuda foi solicitada. Isto mostra que ainda permanece forte a concepção de que "em briga de marido e mulher, não se mete a

colher". As entrevistadas ao procuraram ajuda na rede social, evidenciaram o papel desempenhado por outras mulheres. Em todos os casos, foram outras mulheres que representaram a primeira ajuda buscada.

> *Percebia, mas ninguém também comentava nada comigo. Depois que eu tive coragem de falar com minhas irmãs o que eu sofrendo lá dentro. Elas foi falou "não, vai lá na Delegacia de Mulher, depois cê entra com o pedido de separação". Aí foi rapidinho.[...] Eu pensei muito, pensei muito. Aí perguntei minha irmã, minha irmã mais velha "não cê vai, vai sim, vai sim que nós tamos todos a seu favor". Aí eu fui e resolvi graças a Deus. [...] Aí eu chamei a polícia, nesse dia, aí eles falou pra mim procurar a Delegacia do bairro, mas como era domingo e tava fechado aí na segunda eu fui.* (Açucena)

Quando a ajuda desta rede social se mostrou insuficiente para resolver a situação de violência, a polícia foi a primeira instituição procurada, no caso desta pesquisa. Os depoimentos mostram que a polícia foi chamada para resolver as brigas, os conflitos em situações extremas de violência física. A despeito disso, as entrevistadas que procuraram a polícia reclamaram da demora no atendimento e da violência da própria polícia.

> *Aí eu chamei a polícia, nesse dia, aí eles falou pra mim procurar a Delegacia do bairro, mas como era domingo e tava fechado aí na segunda eu fui. [...] Demorô chegá né, se tivesse de me matar tinha me matado. [...] Telefonei, eles vieram depois de umas quatro horas.[...] Aí eu expliquei pra polícia tudo direitinho, aí fez o BO e na segunda-feira eu fui na Delegacia de Mulheres.* (Silêncio) (Açucena)

> *Ih, já chamei a polícia, a polícia falou assim que... quando eu liguei a polícia falou assim "oh, que que ocê é dele", aí eu falei "eu sou namorada", eles pegou e falou assim "então cê vai embora pra sua casa e pede sua mãe uma ajuda, por causa que nós tamo atendendo aqui é só acidente grave, isso aí ocê mesmo pode resolver". Então na polícia a gente não tem ajuda, eles só aparece quando o namorado mata a namorada ou a namorada mata o namorado ou o genro mata a mãe [...]... ou então quando eles falava assim então aguarda aí que daqui a pouco a gente tá chegando...* (Riso) *e nunca que chegava.* (Alamanda)

> *... ele já apanhou perto de mim, do policial... eles bate muito. Se tivesse uma câmara prá filmá escondido. Um tapão no peito dele assim. A primeira vez que eu chamei a polícia pra ele foi quando ele machucou meu pai.* (Malva)

Após procurar a polícia, somente duas das entrevistadas deram seqüência ao processo, tendo sido encaminhadas para a Delegacia de Mulheres e providenciado a separação. Açucena e Sálvia procuraram a Delegacia de Mulheres e apresentaram a queixa. Açucena foi até o final com a denúncia, compareceu a todas as audiências, entrou com o pedido de divórcio e quando entrevistada, aguardava a decisão judicial. Sálvia apresentou denúncia contra o ex-companheiro somente porque os vizinhos chamaram a polícia, após várias brigas no apartamento do casal. Ela registrou a ocorrência contra o companheiro, formalizou a denúncia, mas não deu continuidade ao processo, deixando de comparecer às audiências. Sua justificativa foi que não queria prejudicar o ex-companheiro.

4.2.6 A procura pelo serviço de saúde

Os serviços de saúde são extremamente procurados pelas mulheres em situação de violência, de acordo com pesquisas realizadas [13, 27, 66, 102], porém, o real motivo da procura não é revelado aos profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, as entrevistadas falaram desta questão e das suas dificuldades em levar o assunto ao serviço de saúde. A depressão, a angústia e o nervosismo eram os motivos apresentados por elas quando procuravam o serviço, não relatando a situação e o contexto de violência que vivenciavam. Aquelas que procuraram o serviço de saúde foram medicadas para os sintomas relatados sem expor a situação e buscando apaziguar seus sintomas com os ansiolíticos.

> *Olha, na verdade, eu não contei a verdade pro médico [...] Foi uma época que eu trabalhei muito mesmo. [...] Eu acho que tudo ajudava, só que tinha hora que eu num atentava que eu tava vivendo aquilo, com...com ...com ele. Aquela pressão. Às vezes eu jogava um pouco de culpa no trabalho, às vezes em mim mesma, que eu num tinha tempo pra mim, então eu não cheguei a contá, talvez até, num sei, num contei.* [Silêncio] *... então não contei exatamente pro médico, que era isso, só que eu chorava muito, eu já cheguei lá no consultório dele chorando. Aí ele achou que era um possível*

> *stress, eu falei com ele que não tava conseguindo dormir e tudo, aí onde ele me passou um remédio pra eu dormir a noite. [...] muitas vezes chegava na minha cabeça desisti de tudo, aquela situação de depressão mesmo, de querer morrer mesmo, de querer morrer mesmo.* (Zínia)

> *Oh, eu já procurei o serviço de saúde sim porque... porque eu ficava fazendo tratamento com neurologista direto. [...] Na época... na época eu tava tão transtornada com a situação que eu tinha que fazer tratamento. Eu tinha que tomar eh... remédios.* [Pausa] *De tarja preta. [...] Só me dava remédio.* (Madressilva)

Ao serem perguntadas por que não revelaram a situação violência para os profissionais de saúde, as mulheres demonstraram não ter conhecimento da abordagem da violência nestes serviços. Os depoimentos de Açucena, Alamanda e Begônia evidenciam uma concepção que mantém a invisibilidade e o silêncio sobre a violência doméstica e os abusos sexuais no serviço de saúde.

> *.... na época eu nem sabia que o Centro de Saúde ajudava não, senão toda hora eu tava aqui nesse centro de saúde, que é próximo da minha casa porque a polícia não ajudava, então alguém tinha que me ajudar, mas eu não sabia dessa informação, que o centro de saúde ajuda as mulheres, em situação de violência, eu não sabia.* (Alamanda)

> *Não, eu nem pensava que tinha isso aqui.[...] Pra fazer esse tipo de conversa, desse tipo assim [...] Não, porque nunca ninguém me perguntou nada.* (Açucena)

> *.... quando eu tinha sete anos, que ela me levou, sete não, treze, que ela me levou no médico, ela mesma me levou e quando a gente chegou lá eh... o médico de criança, o pediatra aí ele pediu pra mim tirar a calcinha e foi me examinar. Nisso que ele foi me examinar, ele foi e chamou mais um médico, aí.... me examinaram, me examinaram, e ela na sala comigo, aí esse médico chamou um outro médico, ficaram os três lá me olhando durante um bom período, mandou eu vesti minha roupa e chamou ela em particular e conversou com ela, só que ficou só nisso. [...] eu num sei o que esses médicos conversaram com a minha mãe, não sei porque não fizeram nada, porque se for o que eu penso, eu acho que eles deveriam, independente de qualquer situação, eles deveriam ter tomado algum tipo de atitude, em relação a ter dado uma queixa.* (Begônia)

Ao não falarem da violência vivenciada para os profissionais de saúde, as mulheres contribuem para sua invisibilidade nos serviços. Por outro lado, a lógica das práticas assistenciais e as relações assimétricas e autoritárias estabelecidas neste campo podem desestimular as mulheres a compartilhar com os profissionais suas angústias e medo.

Considerando esse desencontro entre as necessidades das mulheres e a invisibilidade da violência pelas equipes de saúde, foi realizada a Oficina, no sentido de procurar entender também o posicionamento dos profissionais de saúde, constatando-se o surgimento de outras categorias.

4.3 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES

Ao realizar a observação participante junto às mulheres usuárias do serviço de saúde e aos profissionais de saúde, a pesquisadora constatou que a violência doméstica contra as mulheres permanecia invisível ou ignorada pelos profissionais de saúde. Esta constatação serviu de parâmetro para o planejamento da Oficina. A partir dos relatos das mulheres sobre a violência, foram elaborados casos para subsidiar a discussão e a reflexão dos profissionais de saúde, no primeiro dia da Oficina.

As situações de violência vivenciadas e relatadas por Açucena, Camélia, Madressilva e Violeta foram utilizados para a discussão da violência doméstica, enfocando dois aspectos: primeiro, o que o profissional de saúde sente em relação à violência relatada e, o segundo, o que o profissional de saúde pode fazer em relação a esta violência vivenciada pelas mulheres.

Em relação ao que sentiam, os profissionais relataram medo, raiva, compaixão, revolta, dor, indignação e impotência diante da situação vivenciada pelas mulheres.

> *... indignação, raiva, impotência, essa impotência não pela falta somente de conhecimento técnico e conhecimento psicológico diante desta situação, mas também pelo suporte, algum suporte judicial, algum aparato judicial com conhecimento nessa área, eh.. Também no caso aqui uma sensação de alívio, pelo fato dela já estar resolvendo o caso, superando, tomando iniciativa, resolvendo.*

Em relação ao que podem fazer como profissionais de saúde consideraram que devem acolher a mulher, porém, ao mesmo tempo afirmam que se sentem impotentes diante da complexidade da situação.

> *....a gente chegou à conclusão que acolher, acolher no geral assim, deixá-la a vontade para que ela possa falar o que ela tá sentindo porque a gente também se sentiu muito impotente ao ler mesmo como profissional, dar informações jurídicas que a gente sabe que não pode falar com ela "você deve fazer, você vai" a gente pode esclarecer, olha tem a delegacia ou o lugar pra você procurar é esse, ou o telefone é esse.*

Os profissionais de saúde enfatizaram a importância do acolhimento da mulher que vivencia a violência doméstica, porém, demonstraram que ao acolherem a mulher se mantém como ouvintes, porque se sentem impotentes e com medo de se envolver na situação. Ao se manterem apenas como ouvintes, no entanto, não constroem estratégias adequadas para abordar a questão da violência, contribuindo para sua invisibilidade nos serviços de saúde.

O medo de se envolver com a situação foi relatado em diversas situações durante a Oficina e, de certa forma, justifica a atuação do profissional de saúde dentro da lógica biomédica, que não assegura a resolutividade no atendimento dos casos de violência doméstica. Diante da situação vivenciada por Violeta, o grupo se posicionou assim:

> *.... a gente fica com medo, de se envolver no caso, sabendo que a família é toda violenta, então com relação ao que a gente podia fazer como profissional, orientá-la quanto a prevenção de doenças, orientá-la quanto ao planejamento familiar e nesse caso também alguma coisa que ia ajudar pra melhorar a autoestima.*

Ao discutirem sobre a impotência e o medo do grupo diante da situação, reafirmavam a concepção de que os casos de violência doméstica devem ser encaminhados para *"um profissional treinado e com competência técnica, qualificado neste tipo de atendimento*", referindo-se explicitamente ao assistente social.

> *.... orientá-la a procurar a assistente social do centro de saúde para orientá-la sobre isso que ela sabe.*

Este posicionamento do grupo evidenciou uma concepção presente em todas as discussões, a de que a violência doméstica é um problema que deve ser abordado por um profissional específico e não por toda a equipe que atende a mulher. Justificando essa postura, o grupo reafirmou esta visão:

> *... a gente discutiu que a gente não tem, eu não tenho uma formação que nos habilite a fazer, a tratar isso, eu não tenho curso de psicologia para lidar com essas coisas, então vai muito da capacidade pessoal de cada um de escutar e de estar aberto para essas coisas, sem preconceito.*

Fica evidente a inexistência de uma visão da responsabilidade de toda da equipe no enfrentamento da violência contra as mulheres. Apesar disso, os profissionais reafirmaram a importância do conhecimento da rede de suporte (social e assistencial) e, ainda, dos serviços de saúde assumirem o desafio de abordar a violência doméstica. Sua postura, porém, mostrou uma preocupação maior com a própria segurança profissional que está atendendo diretamente mulher do que propriamente com a situação de violência.

> *A gente tá mandando enquanto instituição... [...] ...é colocar os canais, essa rede de suporte, num cartaz bem grande, porque eu acho que isso vai abrir o diálogo com a comunidade, eles sabem que podem procurar porque a gente tá sabendo o que que é a violência, então vai abrir o caminho pra procurar e eu acho que tira um pouco aquele negócio de esse medo que eu falei da gente se envolver. Num sou eu que tô mandando ela ir na delegacia, tá escrito aqui, tem o conselho, tem a delegacia.*

Como profissionais de saúde consideravam que deveriam ter atitudes como *acolher, escutar, estarem abertos sem preconceitos, tentar aumentar a autoestima da mulher* enfatizando, porém que as ações como "*sensibilizar essa paciente para fazer a denúncia e encaminhá-la para os órgãos de apoio e acompanhar o caso*" deveriam ser realizadas pelo assistente social.

Diante deste posicionamento, a coordenação decidiu introduzir, no início das atividades no segundo dia Oficina, a discussão sobre a importância do trabalho de

equipe e das parcerias no atendimento dos casos de violência doméstica contra as mulheres, antecedendo a discussão sobre os limites e possibilidades de atuação das equipes de saúde da família em situações de violência doméstica contra as mulheres.

A reflexão sobre o trabalho em equipe problematizou o tema da violência e a responsabilidade de cada um, especialmente dos serviços de saúde na identificação e atendimento dos casos de violência. Neste momento, os integrantes discutiram temas como diálogo, acolhimento, ética, empatia, respeito e compromisso para abordar a violência doméstica. O acolhimento foi muito problematizado com a discussão do que significa "*acolher*", no sentido de que acolher "*além de apenas escutar*", significa estabelecer um diálogo com as mulheres o que implica o "*compromisso*" com a mulher em situação de violência. O grupo, porém, enfatizou a necessidade do compromisso institucional com a abordagem da violência, no sentido de consolidar as parcerias com outras instituições e garantir a capacitação dos profissionais de saúde.

No momento seguinte, para discutir os limites e as possibilidades de enfrentamento da violência doméstica pelas equipes de saúde da família, foram utilizados como referência, dois documentos oficiais. Um dos utilizados foi a parte dos Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, referente às situações de violência, e o outro foi o Protocolo da Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Antes de ler os documentos, cada participante fez uma reflexão individual sobre o que sabia dos protocolos de atenção à mulher em situação de violência.

Com exceção do gerente do serviço, os demais informaram que desconheciam os dois documentos, evidenciando que as políticas públicas de saúde para o enfretamento da violência de gênero ainda não se materializaram no cotidiano do trabalho das equipes de saúde. Demonstraram surpresa ao saber que a abordagem da violência constituía uma das atividades propostas na atenção à saúde da mulher no protocolo da Prefeitura de Belo Horizonte.

Se os protocolos estão disponíveis para as equipes desde o ano de 2002, por que permanecem desconhecidos? Como os serviços de saúde estão incorporando a assistência à mulher vítima de violência? Estas duas questões permearam as

discussões nos subgrupos que reafirmaram a necessidade do compromisso institucional com o enfrentamento da violência doméstica.

A desinformação e a falta de capacitação dos profissionais, evidenciadas nas discussões, são elementos que mantêm a violência contra as mulheres invisível e ignorada nos serviço de saúde, constituindo limitadores da sua abordagem.

A reflexão sobre o tema nos subgrupos apontou ainda outros limites para intervir nas situações de violência doméstica contra as mulheres, alguns relativos às próprias mulheres e outros relacionados aos profissionais e serviços de saúde.

Um dos aspectos limitadores, relacionados à mulher, foi o não reconhecimento da violência pela própria envolvida. Foram relatadas situações em que, ao atenderem as mulheres, os profissionais suspeitaram que ela tinha sido agredida ou que estava vivenciando algum tipo de violência, porém, o fato não foi abordado pelo profissional porque a mulher não falou explicitamente no assunto. O respeito que o profissional de saúde deve em relação à decisão da mulher de não denunciar o agressor foi apontado como um aspecto limitador da abordagem da violência doméstica no serviço de saúde.

Este aspecto evidencia a concepção de que em *todos* os casos de violência deve ser feita a denúncia, o que gera medo e insegurança no profissional. De fato, em vários momentos da Oficina, os profissionais se posicionaram como se a solução do problema da violência fosse o encaminhamento da mulher para uma delegacia para denunciar o agressor. Esta concepção reafirma uma visão das mulheres como incapazes de decidir o que querem. Esta postura profissional foi considerada pelo grupo um aspecto limitador na abordagem da violência contra as mulheres.

Em relação aos profissionais de saúde, foram apontados como limitadores na abordagem da violência doméstica os *limites pessoais e profissionais, a falta de apoio psicológico e o preconceito*. E ainda: o *sigilo da consulta médica* impedindo os médicos de compartilharem com a equipe informações consideradas confidenciais, a *dificuldade para garantir a privacidade da mulher no serviço e na comunidade e dificuldades de circulação da informação adequada o que leva o profissional de saúde a não saber o que fazer quando se vê frente a frente com uma situação de violência.*

Outro aspecto relacionado como um limitador é "*a violência doméstica vivenciada também pelos próprios profissionais de saúde, em sua grande maioria mulheres, que silenciam sobre o problema".*

Em relação aos serviços de saúde, foram apontados como limitadores o *difícil acesso, a inexistência de uma rede assistencial de apoio* e o fato da *violência contra a mulher não ser prioridade nos serviços de saúde mental, o que dificulta o encaminhamento.*

A estratégia da Oficina possibilitou aos profissionais discutirem questões referentes ao seu próprio cotidiano e à sua própria prática, ao refletirem sobre a violência doméstica com base nas histórias de Açucena, Madressilva, Violeta e Camélia. Ao discutirem os limites presentes em seu cotidiano profissional os profissionais anteviam também possibilidades, não pensadas anteriormente. As possibilidades relatadas pelos grupos se referiam ao profissional e ao serviço de saúde.

Em relação ao profissional, citaram **"***acolhimento adequado"* numa clara referência que para acolher é preciso estar aberto ao "*diálogo no sentido mais abrangente, envolve a escuta, mas também a resposta, porque quando a gente escuta a pessoa a gente tem que dar uma resposta e o compromisso".*

Outras possibilidades relatadas pelos grupos foram "*sensibilização das equipes quanto à escuta, à postura frente ao caso, conhecer as redes de apoio"* e manter "*encontros freqüentes, discutindo temas diferentes com relação à violência contra a mulher",* além da discussão do tema em outros grupos operativos.

Em relação ao serviço, citaram como possibilidades a *capacitação das equipes para discutir o tema da violência doméstica* e *capacitação dos ACS para observar e captar os abusos familiares.* Além de capacitar os profissionais consideraram que é necessário *ampliar as informações da rede existente***,** *fazer ampla divulgação no centro de saúde, no retorno ou nas visitas domiciliares dos serviços prestados pelo nos casos de violência contra as mulheres.*

Citaram também como possibilidades a realização da semana da mulher, com divulgação do tema em cartazes, que conteriam também informações sobre a rede assistencial na qual o serviço de saúde também está inserido.

Os limites e as possibilidades apresentados pelos profissionais evidenciam o quanto a questão da violência é ignorada nos serviços de saúde, uma vez que remetem a ações e atividades iniciais para tornar a violência doméstica visível.

Um aspecto importante, comentado por um dos homens que participaram desta Oficina, foi a necessidade de se trabalhar com os homens a questão da violência contra as mulheres: Seu depoimento

> *Eu como homem gostaria que a gente pudesse levar essa questão nas unidades de saúde e trabalhar nos grupos de homem, [...] Tem duas coisas uma que é isso e a outra é como pais, como a gente está trabalhando com nossos filhos que conceitos são esses que a gente tem trabalhado com eles, da mulher, da valorização da mãe. Porque eu acho que isso não começa depois que casa, não começa com o homem maduro, eu acho que tem coisas anteriores que são criadas e são ensinadas e que isso vem à tona depois.*

Além de possibilitar a coleta de dados, esta oficina de trabalho "*ampliou o olhar*" dos profissionais das equipes de saúde da família sobre a violência contra as mulheres. Isto aparece nas discussões e na avaliação, em depoimentos como estes:

> *...então eu vô levando comigo esse olhar mais calmo, mais tranqüilo em relação a esse tema, que eu acho que gera muita ansiedade na gente... todas as vezes que eu me deparo com uma situação dessa, eu fico muito angustiada e até achando que tenho que ta levando essa pessoa até as últimas conseqüências que seria a denúncia, tirá-la da situação difícil. Então eu vejo agora mais tranqüila, que eu acho que é a pessoa que vai te dizendo qual é a hora e até onde ela dá conta de ir.*

> *... naquele primeiro momento nós ficamos querendo denunciar todo mundo, levar para os órgãos competentes, hoje eu saio daqui com uma outra visão. Acho que ????? da visão do primeiro grupo, quando ela falou que o importante é você ouvir a mulher, a agredida, ela que vai conduzir o processo e a vida é dela, eu acho que isso ficou muito claro, nessa parte que eu participei hoje, apesar de ser pequena, mas assim ficou claro pra mim que outros grupos chegaram a essa conclusão, a questão do desenrolar da situação vai depender de cada caso.*

... eu acho que é um tema que eu não tinha acordado para ele ainda, sabia que ele existia em algum lugar distante que estava muito longe da minha realidade, e eu saio daqui sabendo que esse tema ta batendo na minha porta a todo instante, e eu saio daqui feliz, [...] sabendo qual que é o meu limite e qual que é a minha possibilidade, eu espero poder levar isso para os outros colegas que não estiveram aqui.

...eu acho que quando a gente sair dessa oficina, alguma coisa vai ter mudado, não dá pra gente voltar pro Centro de Saúde com aquela mesma cabeça que a gente tava a semana passada, algumas coisas foram mudadas, mas alguma coisa volta diferente, e pensar que mesmo em situações difíceis tem um jeito da gente ta tentando trabalhar diferente.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Categorias empíricas

Os resultados das entrevistas mostram a violência doméstica contra as mulheres, realizada e ritualizada em abuso sexual, agressões físicas, verbais, emocionais, ameaças e privações, sendo tratada por homens e mulheres como situações corriqueiras ou até mesmo sendo ignorados.

A partir da imersão no texto e no discurso das mulheres, buscando o semelhante e o diferente, foi possível extrair as categorias empíricas que serão confrontadas com as categorias analíticas Gênero e Violência de Gênero definidas anteriormente, no momento da revisão de literatura.

Foram extraídas duas categorias empíricas a partir das quais se fará análise e discussão dos resultados. São elas: Mulheres e homens: vivenciando os dois pólos da violência doméstica e Mulheres: rompendo o silêncio e as amarras da violência doméstica.

Uma terceira categoria empírica foi obtida a partir da imersão no texto elaborado a partir da transcrição da Oficina. A categoria empírica Profissionais de saúde: reconhecendo os limites e criando possibilidades de abordagem da violência doméstica, também será analisada tendo como referencial as categorias analíticas Gênero e Violência de Gênero.

5.1 MULHERES E HOMENS: VIVENCIANDO OS DOIS PÓLOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A organização social tem como um dos seus fundamentos as relações sociais de gênero, que ao longo da história "vem estruturando lugares sociais sexuais, a partir de dicotomias como: público-privado, produção-reprodução, político-pessoal" naturalizando desigualdades sociais que contribuem para um cotidiano de violência de gênero, invisível e tolerada pela sociedade [(4)].

Para analisar a violência em população de baixa renda, é necessário considerar o cenário em que esta população está inserida. Cenário este que naturaliza e perpetua "violências individuais e coletivas que vão desde a privação de bens materiais, culturais e sociais até o enfrentamento e banalização de condutas

violentas". Neste cenário, homens e mulheres "vivem em estado de marginalidade social em que o desejo de respeitabilidade é constantemente contrariado e o afeto é densamente sobrecarregado de frustração" [67-78].

Nesta análise serão consideradas as desigualdades sociais vivenciadas pelos homens e mulheres, sujeitos desta pesquisa. Como a maioria da população brasileira, as mulheres entrevistadas e seus companheiros têm baixa renda e baixa escolaridade, estando, por isso mesmo, expostos a uma série de violências cotidianas, das quais a violência doméstica é mais uma faceta inaceitável.

Os homens agressores, aqui apresentados, não podem ser considerados representantes típicos do modelo hegemônico masculino, porque apesar de assumirem em vários graus os estereótipos de força e poder deste modelo "*não usufruem* de vários benefícios da supremacia masculina"[67]. Entretanto, como todos os homens são socializados para o poder, mesmo vivenciando uma série de desigualdades inaceitáveis, exercem o poder contra aqueles que lhes parecem inferiores, ou seja, suas mulheres e crianças.

Nesta pesquisa, os relatos das mulheres evidenciam que os seus companheiros reproduzem a violência vivenciada em outros espaços sociais, por exemplo, no mundo do trabalho, contra aqueles considerados mais fracos e inferiores, suas mulheres e filhos[79]. Esta conduta dos homens, em relação às mulheres e aos filhos, se apóia em paradigmas tradicionais da cultura que, mesmo anacrônicos, ainda perpetuam e legitimam a violência de gênero [67].

A violência de gênero, em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva da organização social de gênero que privilegia o masculino, ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia das relações familiares, da paternidade e do provimento material constituindo o "impensado" e o "naturalizado" dos valores tradicionais de gênero [63,-80].

O masculino é socializado e ritualizado para o poder e o feminino para a submissão a esse poder, tornando-se então *objeto* do masculino. Concorda-se com Minayo [80] que considera que a "concepção do masculino como sujeito da sexualidade e do feminino como seu objeto é um valor de longa duração na sociedade ocidental".

Ainda que tenham ocorrido várias mudanças na sociedade ocidental e o movimento feminista tenha questionado e tensionado estas concepções de masculino e feminino, elas ainda se mantêm e se legitimam "pelas próprias práticas que ela determina com a incorporação do *preconceito desfavorável* contra o feminino" [61].

Este preconceito se materializa nas representações da condição feminina como passiva, inferior, demandando *ser protegida contra os vícios do mundo e ser preservada de sua própria natureza* [81]. Essas representações do feminino, tomando como parâmetro o padrão anatômico, fisiológico e psicológico masculino, perpetuam-se nas várias sociedades, naturalizando a superioridade e o poder masculinos e a inferioridade e a submissão femininas [82, 83, 84].

Assim, as posições sociais sexuais são cultural e historicamente naturalizadas, onde a masculinidade tem uma relação direta com o exercício do domínio de outras pessoas, sendo o homem investido da posição de agente do poder e da violência e a mulher investida da posição de submissão e subalternidade [80].

Estas concepções ganham objetividade no senso comum e no *habitus* [60] que se impõe e segue sendo partilhado por homens e mulheres em diferentes contextos, naturalizando as relações hierárquicas entre os sexos. A naturalização de relações hierárquicas entre os sexos encobre as desigualdades de gênero e obscurecem a própria violência simbólica presentes nestas relações.

Sutil, mas nem por isso menos real, a violência simbólica legitima as outras violências cotidianas vivenciadas por homens e mulheres, como agressores e agredidos. Incorporados como atos corriqueiros, não são reconhecidos como violência pelas mulheres, como Violeta, uma das entrevistadas nesta pesquisa. Costureira, 32 anos de idade, casada há dez anos, relata que não sofre agressões físicas, mas que desde quando se casou é xingada diariamente pelo marido, que sempre lhe dirige calúnias e a acusa de traição. Perguntada se considera isso violência, responde que não, fazendo distinção entre o que vivencia e o que considera violência.

Em seu discurso afirma que em algumas circunstâncias a violência física se justifica "*porque às vezes deu motivo*". Está presente neste depoimento a permissão social para o homem apresentar atitudes violentas como atos corretivos para com

suas mulheres, companheiras e filhas, permissão essa compartilhada e defendida pelas mulheres.

A violência simbólica que se realiza quando os dominados assumem as concepções dominantes para se pensar e pensar o mundo [(60)] faz com que a mulher que vivencia agressões verbais cotidianamente não as reconheça como violência, apesar do sentimento de humilhação e da vergonha demonstrados. É esta violência que também possibilita que esta mesma mulher considere que existem motivos justificáveis para que o homem cometa agressão física contra as mulheres.

A violência de gênero mesclada a desigualdades e a preconceitos de raça e classe despotencializa as mulheres, que ao se representarem como "seres inferiores e desprovidas de direitos" se vêem prisioneiras de situações que minam a autoestima, o respeito próprio e a força interna para romper a situação vivenciada.

Duas mulheres, Sálvia e Madressilva, duas situações distintas, mas a vivência da impotência e da desigualdade é comum entre elas. Sálvia, agredida, machucada e encaminhada à delegacia pelos vizinhos, deu início a um processo contra o ex-companheiro, por causa das agressões sofridas. Porém, no momento da audiência, não compareceu perante o juiz. Quando perguntada por que não deu seqüência ao processo, fala que não queria prejudicar o ex-companheiro que "*era uma pessoa concursada, formado em Letras"*, [...] "*usava a posição dele, financeiramente*".

Mesmo que existissem outros elementos subjetivos que desestimularam Sálvia de prosseguir com o processo contra o ex-companheiro, não se pode desconsiderar sua fala que reflete claramente a situação de desigualdade e subalternidade vivenciada por ela, como mulher pobre, com pouca escolaridade e não se reconhecendo como ser de direitos. Há que se perguntar: será que as instituições sociais, no caso aqui, a Justiça, também não atuam numa lógica que desestimula a mulher?

Madressilva, mulher negra casada com um homem branco, relata que sempre ouvia agressões racistas do marido, "*que gostava de transar era com loira*" e que após as relações sexuais "*me chamava de negrinha e cuspia na minha cara*". Ela diz que vivenciou esta situação durante cinco anos e que permanecia na relação porque queria uma família.

Presente nos relatos de Sálvia e Madressilva, a violência simbólica, mesclada à violência de gênero e às desigualdades de raça e classe que propiciam outras formas de violência naturalizadas no cotidiano destas mulheres.

Ao falarem sobre as agressões que vivenciavam, as mulheres listavam vários motivos responsáveis por desencadear os atos violentos praticados por seus companheiros. Em alguns depoimentos, os motivos apresentados soavam como "*justificativas*" para as agressões cotidianas cometidas pelos seus companheiros, evidenciando que a permissão social para o homem agredir é tolerada pelas mulheres que encontram explicações para o que vivenciam.

O ciúme foi o motivo mais citado pelas entrevistadas para as agressões cometidas contra elas. Entendido como "o medo da perda do objeto sexual", o ciúme desencadeia as agressões. Pode-se afirmar que nas agressões por ciúme estão associadas "a mentalidade patriarcal que realiza e ritualiza o controle das mulheres e a rivalidade presumida entre os homens"[(80)].

Alamanda, Zínia e Orquídea falaram dos ciúmes de seus companheiros e das agressões e privações que lhes impuseram apenas porque supunham que elas pudessem se interessar por outros homens ou apenas porque percebiam que outros homens olhavam para elas. Nesta situação, vivenciavam o pólo da impotência, se submetendo aos caprichos e cedendo às agressões de seus companheiros. Expressam a confusão e a ambiguidade de se sentirem desejadas, mas ao mesmo tempo sendo tratadas como objetos pelos seus companheiros. Em seus depoimentos, revelaram a vivência da impotência quando afirmaram que "*ele achava que era meu dono*", "*que eu não valia nada", "como se tivesse me achado no lixo*".

Em seus relatos, mostram como os homens, por sua vez, se colocavam no pólo oposto, exercendo seu poder "natural", numa demonstração de que "as ações e atitudes das mulheres estão sempre distantes do comportamento ideal do qual se julgam guardiões", justificando assim seus atos violentos [(80)].

Assim, expressões como *vadia, vagabunda, mulher à toa, piranha, puta* que os homens usavam para se referir às suas companheiras evidenciam o preconceito desfavorável contra o feminino e a aceitação dessa condição pelas mulheres, apesar de não assumirem, nem estarem de acordo com os estereótipos aos quais seus companheiros insistiam em associá-las.

O uso de drogas e álcool foi outro motivo citado pelas mulheres como desencadeador das agressões. As mulheres relataram a mudança de comportamento dos seus companheiros quando bebiam ou usavam drogas. Afirmavam que "*quando não está bêbado é uma benção*" ou "*ele ficou meio estranho, por isso que eu acho que é a droga*". De certa forma, ao nomear um agente externo como o responsável pelas agressões, retiram dos seus companheiros a responsabilidade pelos atos cometidos.

O desemprego e o baixo desempenho sexual que afetam diretamente a virilidade e a masculinidade do homem também foram apresentados como motivos desencadeadores das agressões. Madressilva relatou que não tinha prazer nas relações sexuais e que o marido sofria de ejaculação precoce, agredindo-a após as relações sexuais, culpabilizando-a pelo seu fracasso sexual. Relatou que o marido não aceitava procurar um tratamento e que "*ele falava que eu era fria, sabe, aí a culpa era toda minha. [...] Ele cuspia na minha cara, eu que num prestava".*

Orquídea relacionava as agressões do marido ao período em que ele estava desempregado. O desemprego afeta a imagem que o homem tem de si mesmo, tirando-lhe o papel de provedor e obrigando-o a vivenciar o pólo da impotência, da desigualdade de condições de existência.

A masculinidade é sem dúvida definida pelo papel de provedor, entretanto, quando o homem perde esse status "se sente atingido em sua própria virilidade, assistindo à subversão da hierarquia doméstica" [(79)]. Estudos mostram que o homem, como provedor, lida bem com o pólo da potência e do poder, porém, quando se vê no outro pólo, o da impotência, seja como macho ou como provedor, tende a reagir agressivamente e ainda responsabiliza a mulher por suas reações [(63, 80)].

Outro motivo apresentado pelas mulheres como explicação para as agressões foi o fato de o homem ter vivenciado agressões na infância ou ter convivido com um pai que agredia as mulheres da família, mãe e filhas. Malva explicou que seu irmão era violento em conseqüência das agressões que vivenciou na infância. Relatou também que ela, sua irmã e um outro irmão também vivenciaram a mesma situação. Porém, não apresentavam este padrão violento em suas relações com companheiros e filhos. Segundo seu relato, todos os irmãos vivenciaram a violência na infância, mas apenas um deles se tornou um adulto violento. Isto evidencia que quando a criança

vivencia a violência na infância pode se tornar um adulto violento. Porém, nem sempre isto ocorre, relativizando a vivência da violência na infância como determinante para se tornar adulto violento.

O ciúme, o uso do álcool e drogas, o desemprego, o baixo desempenho sexual e a vivência de relações violentas na infância apresentadas pelas mulheres como possíveis justificativas para as agressões reafirmam a concepção dos homens investidos de poder, podendo, em situações que escapam do seu controle, transformar sua agressividade em agressão.

Na atualidade, algumas tendências explicativas referem estes motivos e justificativas citados pelas mulheres como responsáveis pela violência de gênero. Entretanto, estas explicações, motivos e justificativas são considerados mitos que devem ser questionados e revistos. Ainda que constituam explicações possíveis podem também desresponsabilizar o agressor e perpetuar a situação de violência vivenciada pelas mulheres [(4)].

Rever estes mitos traz o seguinte questionamento: Nas mesmas condições os homens agridem *qualquer um* ou *eles sabem quem agredir*? Mulheres submetidas às mesmas condições sociais tendem a agredir os seus companheiros?

Estas justificativas tendem a minimizar os efeitos da violência de gênero para enormes contingentes de mulheres e perpetuam um padrão de violência –submissão-aceitação que não se rompe porque não explicita os responsáveis [(4)]. É necessário, portanto, ir além destas explicações e entender homens e mulheres como sujeitos de suas ações, com potencial para decidir praticá-las ou não.

A idéia de que as mulheres sempre se submetem, não reagindo à violência, em parte é verdadeira, porém, não pode ser tomada como regra geral. As entrevistadas mostram que as agressões não são dirigidas a seres passivos e que a mulher agredida quase sempre reage de alguma forma, ainda que seu poder de reação "seja efêmero e suas armas sejam produtos de sua fraqueza" [(79, 85)]. Estas reações nem sempre levam à ruptura da relação e não representam a autonomia das mulheres, mas constituem as alternativas encontrada pelas mulheres para vivenciarem a situação. Isto significa que, mesmo detendo uma parcela ínfima de poder, as mulheres podem ser sujeitos das suas ações construindo no seu cotidiano diversas estratégias para enfrentar as agressões a que são expostas. Suas reações vão desde a submissão

silenciosa e desafiadora até as agressões físicas, mostrando que, embora não tenham um projeto de exploração-dominação, as mulheres também podem ser violentas.

As reações mais submissas e tímidas relatadas pelas mulheres consistiam em "*sair de perto", "deixar prá lá" "tentar conversar quando ele está mais calmo*", representando estratégias para manter o relacionamento, como relatou Orquídea, que foi agredida verbalmente durante anos e à época da entrevista considerava que "*graças a Deus agora a situação tá bem melhor, que a gente senta, conversa".* Vivenciando agressões verbais e ameaças por mais de quatro anos, convivendo com o marido bêbado e agressivo afirmava que *"no princípio*, *não conseguia dar minha palavra",* mas agora *"me sinto forte, já dou minha palavra."* Considerava que está mais forte e conseguia se posicionar, apesar de ainda se submeter às proibições impostas pelo marido.

Orquídea, exercendo o pequeno poder de que dispunha vinha se posicionando e agora considerava que a relação era bem melhor, que o marido estava mais carinhoso, escutava o que ela falava, aceitava que ela trabalhasse fora de casa e recebesse os amigos e ainda já havia conseguido que o marido diminuisse a bebida. "*Num sei, ele tá mais carinhoso, num sei se é por causa da gravidez ou o que que é, mas ele tá melhor, ta ... ele ta noventa por cento. Os dez por cento é só bebida, que ele tem que parar de bebe. Se Deus quiser eu vou conseguir tirar ele da bebida".*

A reação de Verbena também era de se submeter, aceitando os xingamentos e as desconfianças do marido porque "*gosta muito dele*" e acreditava que, com o tempo, ele iria mudar. Sua estratégia era parecida com a anterior, afastar-se quando o companheiro estava "*nervoso*", procurando-o para conversar somente quando ele se acalma.

Violeta também dizia que aceitava há tanto tempo que "*já foi custume*", já se acostumou apesar de achar que "*é humilhante demais prá gente, marca a gente, é vergonhoso".*

As estratégias e os ajustes descritos eram as reações adotadas por essas mulheres, evidenciando que mesmo tendo os seus direitos humanos violados elas cediam ao poder masculino e por isso mesmo não rompiam a relação violenta. Em suas estratégias, percebe-se que não se colocavam como seres de direitos e que, ao realizarem suas escolhas, o faziam sempre considerando o desejo ou as ordens do

companheiro. Entretanto, em seus depoimentos, deixavam transparecer a ambiguidade com que vivenciavam as relações.

As agressões verbais, as ameaças, calúnias e humilhações ainda que provoquem feridas na alma parecem ser insuficientes para provocar a ruptura da relação violenta. São toleradas pelas mulheres que, ao não nomeá-las como violência, permanecem no pólo dominado, sendo agredidas e silenciando, permanecendo invisíveis e vivenciando a violência, solitariamente, na subalternidade das relações de gênero.

As mulheres recebem tratamento de *não-sujeitos* quando permanecem em relações violentas durante anos, criando estratégias cotidianas para sobreviver à violência.

Em alguns casos, são tratadas como incapazes de tomar decisões e, em outros, como vítimas a serem salvas. Esta concepção além de aprisionar a mulher na situação de violência perpetua o medo, a impotência e o mito de que "é impossível mudar a situação vivenciada". Isto significa que, considerar que as mulheres não sejam "*sujeitos*" é aprisioná-las no pólo da impotência, no papel de vítimas passivas ou cúmplices de seus agressores, sem possibilidades de romper a relação violenta [64-86-87].

Esta pesquisa evidenciou que *as mulheres são sujeitos das suas ações* e com freqüência fazem escolhas, em algumas situações cedendo às exigências de seus agressores. Essas escolhas representam estratégias para continuar na relação. As histórias de Alamanda, Açucena, Begônia, Madressilva e outras evidenciam as escolhas das mulheres, tomando decisões sobre sua própria vida, na relação ou fora dela. O que se pergunta neste caso: serão mesmo sujeitos de sua vida? Estão no caminho de reconhecer os seus direitos humanos?

A concepção de que as mulheres são cúmplices dos seus agressores foi reafirmada em vários depoimentos. Entretanto, para serem cúmplices de seus agressores, teriam que ter o mesmo poder que eles. Isto, porém, não ocorre, uma vez que as mulheres são "detentoras de parcelas infinitamente menores de poder", de um poder desigual, o que significa que podem ceder à violência, mas não consentir em ser violentada [64]. E é a partir do exercício deste pequeno poder que as mulheres

criam suas estratégias para vivenciar a situação ou até mesmo a reagir violentamente quando agredidas.

As mulheres também podem apresentar reações violentas, verbais ou físicas às agressões dos seus companheiros. Elas sabem ser ferinas nas agressões verbais e também eficazes em suas agressões físicas contra os homens. Porém, diferente dos homens, reagem violentamente quando já não suportam a violência, quando consideram que já chegaram ao seu limite. E suas agressões são planejadas, pensadas com antecedência, calculadas, visto que sabem que não têm a mesma força, o mesmo poder e nem a mesma tolerância que os homens para cometer atos violentos.

Era o caso de Açucena, que após meses de agressão verbal, calúnias e agressões físicas falou para si mesma "*cansei, agora vou reagir, vamos ver no que vai dar*". Sua palavra, ainda que para si mesma, representava a tentativa de naquele momento exercer o seu próprio poder, ser sujeito de sua vida, mover-se no sentido ao pólo da potência. Tentou queimar o marido com água quente enquanto ele dormia, porém ele acordou e reagiu violentamente também. A arma da agressão usada por Açucena, a forma e o momento de cometê-la (enquanto o marido dormia) mostraram que ela, apesar da sua reação violenta, não tinha o mesmo poder que o homem para revidar as agressões recebidas.

Alamanda também contou que reagiu agressivamente num momento de raiva, cortando a perna do namorado com um canivete. Relatou, entretanto, que antes desse episódio, tentou salvar o relacionamento de várias formas, desde se submeter às exigências e ameaças do companheiro até a decisão de romper o relacionamento.

As mulheres que cometeram agressões físicas contra seus companheiros relataram que o fizeram, reagindo a uma situação onde eram agredidas cotidianamente e não se posicionavam, porém perceberam que "*chega o momento de dar um basta*". Este momento é único para cada mulher e mostra que o "limite do que se suporta" é impreciso e subjetivo, variando muito para cada mulher. Neste sentido, o conceito de violência como ruptura da integridade se mostra insuficiente para explicar a vivência da violência doméstica. Este momento é muito subjetivo e único para cada mulher, que colocará o limite em um "ponto distinto do *continuum* entre agressão e o direito dos homens sobre as mulheres" [63, 64].

A violência de gênero, entendida como ruptura de integridade, torna-se assim um conceito de difícil utilização, porque "são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o *destino de gênero* traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos"(64). Isto pode ser constatado nas entrevistas em que as mulheres relataram situações semelhantes de violência, porém algumas permaneceram e cederam, ao passo que outras romperam a situação.

A ruptura da relação pode ocorrer com o passar do tempo e o agravamento das agressões, porém, até que isto aconteça as mulheres permanecem numa "trajetória oscilante, com movimentos de saída da relação e retorno a ela, o que as deixa mais vulneráveis à violência dos companheiros. A ruptura nem sempre é desejada pelas mulheres, que falam do quanto fazem ajustes para "*salvar o relacionamento*" ou o casamento, que é extremamente valorizado(79).

A prática da violência doméstica, inaceitável e execrável, "não é incompatível com o desejo de união e manutenção da família", que, como primeiro núcleo de socialização, "tem responsabilidades importantes na constituição das identidades" definindo para o sujeito quem ele é (67). Partindo desse pressuposto, é que se afirma que a permanência das mulheres em relações violentas para manter a "unidade familiar" é uma das formas encontradas pelas mulheres como foi para Madressilva, que relatou ter suportado as agressões do marido durante cinco anos porque, "*no meu caso eu queria ter uma família, eu queria ter um marido, eu queria.... eu não casei pra separar, eu casei pra viver, pra ser uma família, eu queria que almoçasse, ou se não almoçasse, jantasse pai, mãe e filhos, todos os dias. E assim a gente fica.... pensa que a pessoa vai... vai melhorar"* . No seu discurso aparece a visão idealizada de família, que está muito distante da realidade vivida por ela (88).

Begônia relatou que a mãe sabia dos abusos sexuais perpetrados contra ela por seu pai, mas ao mesmo tempo se calava. Em algumas situações exigia que Begônia aceitasse "*dormir com o pai*", para que ele permanecesse junto da família. Como Begônia não aceitou, foi acusada pela mãe de ser a responsável pela destruição da família. Este é um caso extremo de violência simbólica sustentando e sendo sustentada por uma ordem patriarcal onde os abusos cometidos contra uma criança e adolescentes são relevados em nome da manutenção da unidade familiar.

Begônia rompeu com a família, quando adulta, mas relatou que a sua mãe ainda lhe culpava pelo fato do seu pai ter saído de casa.

Além de tentar manter a unidade familiar, permanecendo em relações violentas, "a mulher que vivencia a violência de seus companheiros é co-dependente da compulsão do macho e o relacionamento é fixado na medida em que se torna necessário" A co-dependência pode ser definida como uma condição emocional, psicológica e comportamental que se desenvolve como resultado da exposição prolongada dos indivíduos a regras opressivas que impedem a expressão dos sentimentos e a autonomia. Sua principal característica é a falta de identidade própria e de auto-estima [63, 89].

A rotinização da violência doméstica contribui para a co-dependência que transforma a relação violenta numa prisão, onde o homem agride e domina porque esta é uma concepção naturalizada e aceita e a mulher se submete de toda ordem porque este é o "seu destino" [63].

Entretanto, não se pode tomar este padrão como fixo, imutável porque a fala das próprias mulheres apontaram as possibilidades de transformá-lo, ainda que estivessem mais acostumadas a lidar com a face da submissão e da impotência.

Mas é precisamente na vivência da impotência que a mulher ensaia "como ser sujeito de sua própria vida". A tomada de decisão e a busca de mudança na relação só ocorrem quando a mulher reconhece a violência vivenciada, se vê como pessoa de direitos ou reconhece os riscos aos quais está exposta, ela, os filhos e outros familiares. Para isso, é fundamental que a mulher faça a crítica de sua condição. Como Alamanda, que falou que *"mas cheguei colocar na cabeça assim oh eu larguei aí vou conseguir, porque eu acho que se fosse assim sem força de vontade, eu tava até hoje apanhando, brigando e arrumando filho."*..... E Madressilva que se reconhecia inexperiente e dependente. Ou Orquídea, ao afirmar " *Então eu fui vendo que num era bem assim do jeito que ele pensava, que eu num valia pra nada, que se ele me largasse eu ia pra debaixo da ponte, num era bem daquele jeito que ele achava que era ...e isso eu aceitava. Não. Eu trabalho agora, eu tenho onde tirá dinheiro, eu posso fazer o que eu quiser com meu dinheiro, que eu trabalho*..."

Antes de se reconhecerem como mulheres que sofriam violência, "seu destino era mesmo se submeter ao companheiro", mas as mulheres mostraram que são

capazes de mudar o rumo de suas vidas. Pelos seus depoimentos, percebe-se que é uma tarefa difícil, principalmente porque a decisão, o primeiro passo foi dado solitariamente. O suporte social e institucional surge em conseqüência de uma decisão da mulher, que se coloca como sujeito de sua própria vida, em pequenos gestos e atitudes cotidianas.

Nesse processo, as mulheres relataram que é a própria situação vivenciada que propiciou a reflexão, o reconhecimento da violência e a decisão de romper o silêncio e partindo para construir outras relações possíveis. Os relatos das mulheres mostram que elas não realizaram rupturas espetaculares, mas que foram sedimentando dia a dia uma nova concepção de si mesmas e do que queriam para suas vidas. Assim como o processo de dominação é feito nas subjetividades, de uma maneira insidiosa, o caminho inverso, para a autonomia e o empoderamento é feito nos pequenos atos cotidianos.

Uma das características observadas nas mulheres entrevistadas foi a resiliência. Esta pode ser definida como a capacidade das pessoas de resistirem a situações adversas sem perderem a capacidade de se acomodarem e reequilibrarem constantemente, sendo fortalecida com o desenvolvimento do autoconceito, da autoestima e da dimensão espiritual [(91)].

As mulheres que romperam as situações de agressões cotidianas e o abuso sexual mostram como encaminharam suas vidas, tornando-se mais fortes e rompendo gradativamente a situação de violência. Quais os caminhos as mulheres percorrem para se constituírem como sujeitos? Como realizam a mudança em suas vidas?

5.2 MULHERES: ROMPENDO O SILÊNCIO E AS AMARRAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

"...Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão...

...E assim seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão"

(Chico Buarque e Ruy Guerra)

Reconhecer para si mesma que as agressões cotidianas representam violência e ferem os seus direitos humanos, constitui o primeiro *insight* para a mulher romper o

silêncio sobre a sua situação. Falar sobre situação vivenciada com familiares, vizinhos ou amigos ou até mesmo buscar ajuda profissional é o primeiro movimento das mulheres para romper a situação de violência cotidiana. Romper o silêncio, por si só, não significa a saída da relação violenta, que na maioria das vezes se torna uma prisão. As pesquisas mostram que há um ciclo nestas tentativas de rompimento, no qual várias fases se alternam [(72)].

Na primeira fase, ocorrem incidentes menores, agressões verbais, ciúmes, ameaças, destruição de objetos. Tem uma duração indefinida na qual a mulher se mostra dócil, tenta acalmar o agressor e encontra justificativas para as agressões do companheiro. Nesta pesquisa, mulheres como Violeta, Camélia, Verbena estavam vivenciando esta fase. Já outras, como Madressilva, Petúnia, Alamanda, Zínia, Maranta, Açucena relataram que foram além dela.

Numa segunda fase, ocorrem as agressões agudas, quando a tensão chega ao limite, com ataques graves. Porém, os estudos indicam que essa fase explosiva, que representa grande risco para a mulher, é a de menor duração. Logo após as explosões violentas e agressões físicas, o agressor se arrepende, demonstra remorso e medo de perder a companheira. Promete que não ocorrerá mais violência e que mudará o comportamento agressivo. A mulher acredita nas promessas de mudança e o casal vive uma lua-de-mel, que caracteriza a nova fase. Ela dura até que ocorram novos incidentes e que se inicie o novo ciclo de violência.

As fases anteriores nem sempre ocorrem como descritas, apresentando variações, porque cada caso é único e as possibilidades de reação são infinitas. Porém, apareceram claramente nas situações relatadas por Zínia e Alamanda. Zínia separava e voltava porque "*tinha muito medo... num sabia qual atitude tomar. Ficava assim sem chão mesmo".*

Alamanda sempre voltava para o companheiro *"porque ele pedia desculpas... ficava me controlando, mas eu suportava ele, nessa parte, porque ele já tava sem controle da vida dele mesmo"*. Ambas vivenciaram a violência por mais de cinco anos, reagindo e mantendo um padrão violento de relacionamento, pois, após cada episódio de violência e todas a ambiguidade vivenciada, ainda conseguiam acreditar que dali pra frente o relacionamento iria mudar.

O ciclo de violência descrito anteriormente, apesar de incompleto, apareceu na docilidade demonstrada por Violeta e Camélia, que se calavam e se submetiam para que *"o marido não fique mais nervoso*". Apareceu também no relato de Verbena e nas suas tentativas de apaziguar o "*gênero difícil do companheiro*" porque "*gosta muito dele*" e acreditava que ele podia mudar.

Vivenciando uma ou todas estas fases, as mulheres podem permanecer silenciosamente, e, de fato o fazem, na relação violenta. Mas nem tudo é o que aparenta, e as mesmas mulheres que se submetem podem estar escondendo uma raiva que, em determinadas situações-limite explodem em manifestações tão violentas quanto a de seus companheiros. É precisamente nestes momentos que as mulheres, além de reconheceram a violência vivenciada, decidem romper a relação com o agressor.

Por outro lado, é ao expressarem o desejo de romper ou mudar o relacionamento, seja em atitudes ou em palavras, que as mulheres ficam mais vulneráveis e expostas à agressão do companheiro. As mulheres entrevistadas relataram perseguições, importunações, intimidações, ameaças e tentativas de assassinato.

Zínia e Alamanda relataram que se mudaram de cidade por se sentirem ameaçadas por seus ex-companheiros que não aceitaram o rompimento. E, mesmo mudando de cidade, ainda foram ameaçadas por eles. Esta é uma situação muito freqüente quando a mulher toma a iniciativa de romper a relação. O homem, que se considera "o todo poderoso", não se conforma quando sua mulher o abandona, seja por não suportar os maus tratos, ou até mesmo para iniciar outro relacionamento. Para ele, o rompimento da relação por iniciativa da mulher fere sua imagem de macho dominador, constituindo uma afronta, não admissível, que pode levá-lo a atos extremos de crueldade [(64,-79)].

O medo e a dificuldade que sentem para romper a relação quando estão ameaçadas e o fato de cederem às pressões dos companheiros para evitar situações mais violentas que aquelas que já conhecidas, evidenciam a subalternidade e desigualdade das mulheres na relação com seus companheiros. Apesar de cederem às pressões e permanecerem nas relações violentas relatam que alimentam o desejo

mudar a situação, seja resignificando a relação, seja rompendo de vez com o companheiro violento.

A ambiguidade presente em sua fala dificulta a decisão da mulher para sair da situação. É possível afirmar que a mulher não confia em si mesma, sentindo-se como "quase-coisa" e acreditando na invulnerabilidade e no poder do seu agressor, assim como "os camponeses crêem na força e no poder do senhor" [92].

Os depoimentos de Alamanda, Orquídea e Zínia mostram que, enquanto acreditaram na superioridade dos seus companheiros e na sua fragilidade, suportaram várias agressões. Ainda não acreditavam em si mesmas, por isso cediam às imposições e agressões, porém, quando acreditaram que seriam capazes de dar outro sentido para suas vidas conseguiram romper a violência vivenciada. Seus relatos mostram que isto foi conseguido através de atitudes cotidianas, pequenos gestos que lentamente foram mudando a sua percepção, de si mesmas e da situação.

Para que as pessoas se reconstruam, devem ultrapassar "o estado de quase coisas", de objeto do desejo e satisfação das vontades do outro. Reconstruir a própria vida só é possível quando a mulher reconhece que vivencia violência e se reconhece como detentora de algum poder. Paradoxalmente, é a partir do estado de "quase coisa" que as mulheres passam a acreditar em seu poder. É no exercício diário de pequenos gestos de resistência e de afirmação que as mulheres conseguem se transformar, é na práxis cotidiana que a mulher se torna sujeito de sua própria vida. Isto significa que mesmo em situações adversas e violentas a mulher é detentora de algum poder e pode utilizá-lo para transformar sua vida.

O empoderamento pode ser entendido como um processo pelo qual as pessoas tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomando consciência de sua habilidade e competência para gerir sua vida. Possibilita mudanças nas relações de poder com a eliminação das ações de subordinação das mulheres e subversão de práticas instituídas. Porém, não ocorre através de rupturas espetaculares e, sim através do exercício diário da reflexão e da crítica da própria condição, do reconhecimento da violência, da autoconfiança e da autoestima [93, 94].

Nesta pesquisa, duas situações mostram as mulheres se investindo de algum poder e tomando decisões sobre sua própria vida ou da vida dos seus filhos. Uma

destas situações foi apresentada por Orquídea, que no início do casamento não podia sair de casa se o companheiro não estivesse junto, vivendo prisioneira. Após anos de submissão ao mando do marido, resolveu trabalhar fora de casa. Enfrentou algumas resistências do marido, como controle do horário e perguntas insistentes sobre a presença de homens no seu local de trabalho. Apesar disso, permaneceu no trabalho, considerando que conseguiu certa autonomia. Não rompeu com o seu companheiro, porém considerava que vivia uma situação diferente e que o fato de trabalhar fora de casa foi muito significativo para seu posicionamento na relação e "dar a sua palavra". Ela afirmou que se sente forte porque "...*eu trabalho agora, eu tenho onde tirá dinheiro, eu posso fazer o que eu quiser com meu dinheiro, que eu trabalho.*"

Outra situação foi apresentada por Madressilva, que se investiu de poder, no desempenho da maternidade e conseguiu romper a relação violenta de cinco anos, rompendo também a imagem idealizada de família que a manteve nesta mesma relação. Madressilva falou que tomou a decisão de se separar do seu marido porque não queria que as filhas vivenciassem a mesma violência que ela vivenciou na infância. O fato de ter presenciado o pai agredindo a mãe contribuiu para a decisão de Madressilva romper com o companheiro agressor, representando a sua libertação: *"se tiver coragem de correr e abraçar o mundão, qualquer coisa que te dê liberdade, que cê sinta em paz consigo mesma, acho que é o melhor remédio*".

Em ambos os casos, as mulheres falaram que decidiram mudar em função dos filhos. Em seus relatos não demonstraram ter feito ruptura considerando os seus direitos, não se colocaram como tendo consciência que seus direitos estavam sendo violados. Investiram-se de poder para garantir bens materiais para toda a família, no caso de Orquídea, ou proteger as filhas, no caso de Madressilva. Nestes dois casos, as atitudes assumidas por essas mulheres representam um pequeno passo no sentido de romper as amarras da violência doméstica e, também mostram que ainda há muito o que fazer para que as mulheres se percebam como ser de direitos. Será que, neste caso, pode-se considerar que está ocorrendo o empoderamento destas mulheres?

Para Orquídea, o trabalho representou empoderamento, mas não significou o mesmo para Violeta, Sálvia e outras mulheres que apesar de trabalharem, de terem sua fonte de renda, ainda permaneciam em situações violentas. Dois aspectos devem

ser considerados nestes casos: um diz respeito à natureza do trabalho das mulheres e o outro às outras formas de dependência.

O trabalho remunerado, fora do lar, realizado pelas mulheres ainda é considerado uma ajuda no orçamento familiar, não representando, em muitas situações, a sua autonomia financeira. E, mesmo nos casos em que o trabalho da mulher representa sua autonomia financeira, não resolve a questão porque "existem outras formas de dependências mais sutis e mais secretas, que talvez sejam mais difíceis de superar". Como as dependências sexual, afetiva e psicológica, que possibilitam que um domine o outro impondo suas leis e seus caprichos sem sofrer represálias por isso. É verdade que esta dependência não é uma prerrogativa apenas das mulheres, o que significa que os homens também podem se tornar dependentes [(65)].

A dependência das mulheres contribui para o seu silêncio sobre as agressões vivenciadas. A mulher se cala por vergonha, medo e para preservar o companheiro. Aceitando o seu silêncio, a família e os amigos não interferem porque ainda prevalece a ideia de que "em briga de marido e mulher não se mete a colher", perpetuando um círculo vicioso de agressões e silêncios. Este dificilmente se rompe se a mulher agredida não procurar alguma ajuda externa.

Em todas as situações relatadas fica evidente que as mulheres só romperam o silêncio sobre a violência em suas relações íntimas quando encontraram ajuda externa de parentes, amigos ou vizinhos. Exemplo disso foi o caso de Açucena, que só conseguiu falar sobre a violência após nove meses de agressões e ameaças que culminaram numa tentativa de enforcamento. Sua primeira ajuda foi buscada na rede social, representada pelas mulheres da sua família, as irmãs mais velhas. Ou ainda o caso de Begônia, que silenciou durante anos sobre os abusos sexuais cometidos por seu pai, com conhecimento e aceitação da sua mãe. Quando criança viveu o desamparo da situação, mas na adolescência conseguiu procurar ajuda. Neste caso, a ajuda foi de uma amiga. Begônia relatou que só teve coragem de revelar toda a história para a amiga somente depois de adulta. Ou ainda, Alamanda e Petúnia, que buscaram ajuda das mulheres da família, suas mães e irmãs. Solidariedade de mulheres? Solidariedade na vivência do polo da impotência?

Quando conseguem romper o silêncio, reconhecendo a violência nas suas relações intimas, as mulheres mostram que se sentem mais à vontade para compartilhar suas angústias com outras mulheres. Talvez porque, inconscientemente, já saibam que paira sobre a cabeça das mulheres a ameaça de serem agredidas, em suas relações íntimas, em algum momento de sua vida.

A história das mulheres está repleta de exemplos de solidariedades entre elas, seja no âmbito privado, onde se apóiam mutuamente para enfrentar a solidão, o confronto e a violência que marcam as relações de gênero. E também, no âmbito público, onde as mulheres travam lutas históricas e incessantes para romper as desigualdades de gênero conquistando autonomia e liberdade [(47)].

A rede social formada por familiares, vizinhos e amigos pode funcionar como o suporte necessário para as mulheres, especialmente em situações de grande vulnerabilidade. Um trabalho desenvolvido no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa enfatiza a importância desta rede na abordagem da violência doméstica contra as mulheres [(95- 96)].

Além da rede social, a ajuda profissional também é procurada, porém, quase sempre em situações extremas. As entrevistadas relataram que a primeira instituição procurada foi a polícia, mas que esta procura só ocorreu em situações de extrema gravidade, nos momentos mais agudos. As mulheres fazem a denúncia, mas raramente dão sequência aos processos por agressão.

O serviço de saúde é procurado em casos de doenças psicossomáticas como depressão, nervosismo, ansiedade, crises de falta de ar e dores em geral. Porém, ficou evidenciado, nesta pesquisa, que ao procurarem o serviço de saúde, as mulheres silenciaram sobre as agressões sofridas, relatando apenas queixas e sintomas. Em nenhum dos casos relatados as suas queixas e sintomas foram associados ao quadro de violência vivenciado por elas.

O silêncio das mulheres associado a uma lógica biomédica do serviço de saúde contribuíram para a medicalização da violência doméstica vivenciada por Alamanda, Zínia e Madressilva. Esta violência foi se tornando mais grave com o decorrer do tempo, fazendo com que estas mulheres procurassem o serviço de saúde inúmeras vezes. Porém, ao não falarem das agressões sofridas, percebiam o quanto sua saúde se agravava e a sua segurança estava em risco.

Madressilva relatou que somente após dois anos de acompanhamento com um neurologista, sendo medicada com remédio *"de tarja preta"* conseguiu contar para o médico o que vivenciava. Relatou que recebeu a seguinte orientação do médico: "*Ele me aconselhava arrumá um namorado e resolver, [...]... continuá casada ou então outras vezes chutá o balde e vai embora... [...] aí isso que eu fiz e depois que eu saí de casa eu num tomei remédio mais, remédio controlado".*

Embora esta orientação possa ser considerada inadequada, Madressilva contou que foi a partir dela que conseguiu tomar a decisão de deixar o companheiro violento. A ajuda profissional reforçou a decisão de Madressilva para sair da situação. Ela relatou que a partir disso decidiu parar com a medicação e mobilizou toda sua força para se mudar, trabalhar e criar suas filhas.

Das doze mulheres entrevistadas, somente Madressilva relatou ter falado sobre as agressões com um profissional de saúde. As mulheres mostraram desconhecimento sobre a função das unidades básicas de saúde e das equipes de saúde da família na atenção à violência doméstica e, por isso, não procuraram o serviço de saúde para tais casos ou, se procuraram, não falaram abertamente sobre as agressões.

As entrevistadas falaram também da vivência solitária da violência, do processo de reconhecimento e aceitação, da ambiguidade com que vivenciavam as "idas e vindas para romper a situação de violência" e do desconhecimento da rede institucional no atendimento às situações de violência.

Pelas falas é possível perceber que as políticas públicas de saúde e segurança, enunciadas nas instituições e nos documentos oficiais ainda não se materializaram no cotidiano das mulheres, especialmente daquelas de baixa renda e baixa escolaridade. A ausência de políticas efetivas e eficazes desencoraja as mulheres a procurarem os serviços.

Das mulheres entrevistadas, somente duas procuraram as DEAMs, sendo que somente uma deu seqüência ao processo por agressão, divorciando-se do companheiro. A violência contra a mulher é uma questão de segurança pública, porém, parece que as mulheres ainda não têm esta concepção, lidando com o problema como privado, que, na maioria das vezes, reforça a culpa da mulher. Ao

não entenderem a violência como uma questão de segurança, as mulheres não procuram as DEAMs.

Outro fato que desestimula a procura destes serviços é o atendimento prestado nestas instituições que, apesar de vários esforços, ainda não representa acolhimento e respeito às mulheres. Vários estudos mostram que estes serviços e profissionais necessitam de capacitação na abordagem das situações de violência contra a mulher [(97,-98)].

Romper as amarras da violência de gênero é uma tarefa que requer a decisão individual, mas não será efetiva se não houver um aporte social e institucional para isso. Fica claro que para romper as amarras da violência doméstica é essencial que a mulher se sinta um ser de direitos, porque a ajuda externa por si só não é suficiente para a tomada de decisão por parte da mulher. Romper as amarras da violência exige que a mulher se reconheça também como sujeito e com poder para transformar a situação vivenciada, e, além disso, que receba um suporte social e institucional em suas decisões [(99)].

Quando se fala em um "ser de direitos", há que se pensar também nos direitos sociais, aos quais a maioria da população brasileira não tem acesso. Não se pretende com isso afirmar que a garantia dos direitos sociais por si só muda o quadro de violência de gênero vivenciada pelas mulheres. Se assim fosse, a violência estaria restrita a uma parcela das mulheres que se vêem privadas destes direitos, o que não é verdadeiro. Sabe-se que a violência doméstica contra as mulheres ocorre em todas as camadas sociais, o que evidencia que apenas a garantia dos direitos sociais não explicita ou previne a violência contra as mulheres [(100)].

Porém, a garantia dos direitos sociais ou pelo menos a discussão e a busca incessante destes são imprescindíveis para a mudança das concepções vigentes e a introdução de discussões sobre os direitos humanos das mulheres. Isto equivale também à discussão das concepções de feminilidade e masculinidade presentes na sociedade, nos vários espaços sociais.

A abordagem das questões de gênero e violência contra as mulheres não pode se restringir apenas à saúde e à segurança devendo por isto mesmo fazer parte de

outras áreas como a educação, cultura, meios de comunicação, possibilitando a introdução de novas concepções baseadas no respeito às diferenças.

Na abordagem da violência contra a mulher, as políticas de segurança são fundamentais e devem ser articuladas com outras áreas do conhecimento. Entretanto, há que se ressaltar, como essa pesquisa evidencia, que os casos de violência nem sempre chegam a constituir uma questão de segurança. Porém, sempre são presentes e recorrentes no cotidiano dos serviços de saúde, ainda que, na maioria das vezes, estejam invisíveis ou sejam ignorados pelos profissionais de saúde. Esta constatação reforça a necessidade de repensar a abordagem da violência contra as mulheres no serviço de saúde [(100)].

Neste sentido é que se afirma que, para enfrentar de forma efetiva a violência de gênero, é necessário que se "operem mudanças substantivas na matriz hegemônica de gênero". Isto significa que as políticas públicas devem ter a centralidade do Estado, com a participação da sociedade civil e envolvimento das áreas de educação, trabalho, saúde, segurança, judiciário, agricultura, economia e outras. Portanto, o enfrentamento da violência de gênero só será fecundo a partir da redução de outras desigualdades sociais que atingem severamente as mulheres [(4)].

5.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RECONHECENDO OS LIMITES E CRIANDO POSSIBILIDADES NA ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O olhar dos profissionais das equipes de saúde da família sobre a violência doméstica contra as mulheres evidenciou que os limites e as possibilidades para abordar este tema na ótica do setor saúde se relacionam a dois aspectos distintos: o primeiro se refere a questões relativas às próprias mulheres e aos profissionais de saúde e o segundo à organização do serviço de saúde e suas práticas assistenciais. Estes aspectos foram apresentados pelos integrantes das equipes de saúde da família durante as discussões ocorridas na Oficina.

Questões relativas às mulheres e aos profissionais

Uma primeira questão a ser analisada é o fato de que os participantes da Oficina foram, em sua maioria, mulheres, sendo treze num total de quinze participantes. Porém, no decorrer da Oficina, dois aspectos explicitados chamaram a

atenção para a importância de considerá-los na abordagem do tema da violência nos serviços de saúde. Um deles foi o preconceito relativo à mulher que vivencia violência e o outro a possibilidade das profissionais de saúde, em sua maioria mulheres, também vivenciarem violência em suas relações íntimas.

O preconceito, como um dos elementos que limitam a abordagem da violência doméstica contra as mulheres, apareceu nas discussões dos casos nos subgrupos, de uma forma sutil, quase despercebida, em expressões carregadas de significado. Numa delas, quando um grupo discutia a história de Madressilva, que responde agressivamente ao marido, em público uma das participantes falou "*que ela se achou no direito de revidar as agressões do marido*".

Em outras situações, apareceram falas como "*a gente tem preconceito sim",* evidenciando posturas e atitudes preconceituosas presentes mesmo entre as mulheres. Os profissionais de saúde demonstraram que mantêm uma visão preconceituosa de que a mulher vivencia violência porque "*deu motivo,*" "*porque gosta",* ou porque "*a mulher não quer mudar a situação*". A afirmação de uma das participantes da Oficina foi de que "*preconceito, uma postura que muitas vezes a gente tem também, de considerar que a mulher que sofre violência doméstica é responsável por isso*".

O preconceito evidenciado entre os profissionais de saúde esteve presente também nos relatos das mulheres entrevistadas. Tanto os depoimentos das mulheres quanto o posicionamento dos profissionais deixam transparecer uma concepção de mulher como desigual, inferior, como não sujeito de sua própria vida. O preconceito, reforçado pelos estereótipos sobre as relações conjugais e os papéis de gênero, reflete a incapacidade dos profissionais de compreender o comportamento das mulheres. As mulheres não procuram ajuda porque percebem que os profissionais não conseguem entendê-las e os profissionais não conseguem apoiá-las devido ao preconceito que dificulta o entendimento do cerne da questão, mantendo assim um círculo vicioso, que perpetua a invisibilidade da violência contra a mulher [(99)].

As mulheres que vivenciam violência de gênero devem ter suas experiências e estratégias de sobrevivência validadas e, sobretudo, "serem reconhecidas como sujeitos autônomos, antes de serem vistas como "pacientes", "vítimas" ou "usuárias" do serviço de saúde. Isto implica o "reconhecimento do poder da mulher e das buscas de alternativas para o problema" [(7)].

Reconhecer e respeitar as estratégias utilizadas pelas mulheres ou até mesmo sua decisão de permanecer no relacionamento é uma das tarefas do profissional de saúde que, ao invés de "culpabilizar a mulher por permanecer em um relacionamento violento, pode explorar os fatores e a dinâmica que se opera no relacionamento que impossibilitam a mudança, ou o sentimento de impotência da mulher frente à violência" [(7)].

Mesmo em situações onde a mulher nega ou não reconhece o problema, o profissional de saúde pode fazer perguntas que possibilitem o diálogo e a abertura de um canal de ajuda. Para isso, antes de tudo, precisa romper o preconceito que sustenta a visão na qual a mulher é a única culpada e responsável pela situação. O desafio é a abertura para o diálogo e a construção de relações mais simétricas nos serviços de saúde, rompendo posturas autoritárias e prescritivas.

O outro aspecto que limita abordagem, relativo às profissionais mulheres, é o fato de elas também poderem estar vivenciando ou já terem vivenciado violência doméstica em suas relações íntimas, agindo da mesma maneira que as mulheres entrevistadas, ou seja, não reconhecendo, silenciando ou vivendo solitariamente a violência.

A estratégia da oficina permitiu que as participantes refletissem também sobre suas próprias vivências e em algumas situações apresentando para o grupo o seu próprio processo. As histórias das mulheres funcionaram como um espelho, no qual algumas participantes viram refletidas a si mesmas ou as outras mulheres de suas relações íntimas. Ao se aproximarem do fenômeno da violência doméstica a partir do discurso das mulheres, as participantes refletiram também sobre o seu cotidiano, como mulheres e como profissionais de saúde o que, de alguma forma, *ampliou o seu olhar* sobre a questão da violência de gênero. Esta estratégia pode contribuir para mudanças em sua postura na abordagem e atendimento às mulheres agredidas.

Organização do serviço de saúde e a prática assistencial

Com o movimento da Reforma Sanitária, em curso desde a década de 70, a organização dos serviços de saúde tem sido tema de intensos debates, no sentido de formular e implementar propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das

práticas de saúde, buscando a transformação do modelo de atenção à saúde. Esse debate tem propiciado a definição de propostas de mudança das práticas em áreas específicas, através da ação política de vários grupos sociais, dentre eles movimentos de mulheres [101].

Os esforços de mudança no modelo de atenção, a busca da integralidade e a ênfase no papel de agente transformador do profissional de saúde constituem os temas centrais desse debate. Procura-se com isso, estabelecer novos conceitos e relações no campo da saúde [101]. Apesar dos avanços neste sentido, os serviços de saúde permanecem como instituições sociais des*generificadas,* reproduzindo e perpetuando hierarquias de gênero, seja na relação entre as diversas categorias profissionais, seja na relação destes profissionais com os usuários dos serviços.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, implementada a partir do movimento da Reforma Sanitária, atualmente, apresenta avanços na abordagem das questões de gênero, violência e desigualdades, com propostas específicas de enfrentamento da violência contra mulheres e adolescentes. Entretanto, estas propostas ainda não se materializaram nos serviços básicos de saúde. Estes ainda não incorporaram o enfrentamento da violência de gênero nas práticas assistenciais cotidianas, que têm como característica a redução dos fenômenos aos aspectos biológicos e, no caso específico da atenção à saúde da mulher, priorizam a atenção ao ciclo reprodutivo. [102]. Esta concepção dificulta uma intervenção que aborde as questões culturais e sociais presentes na vida das mulheres que demandam os serviços.

Acostumados a exercer uma prática assistencial que procura oferecer respostas prontas e eficazes, os profissionais de saúde sentem medo e impotência diante da complexidade das situações de violência. E no afã de "*fazer alguma coisa"*, quando confrontados com os casos de violência, sugerem "*acolher e escutar a mulher"* e "*orientá-la quanto à prevenção de doenças, orientá-la quanto ao planejamento familiar e, nesse caso, também alguma coisa que ia ajudar pra melhorar a autoestima que mostrasse pra ela que ela tem controle sobre o corpo".*

Este posicionamento deixa transparecer como as condutas prescritivas e autoritárias presentes nas relações dos profissionais de saúde com as mulheres *"turvam o olhar*" desses profissionais, mantendo invisíveis as situações de violência

vividas pelas mulheres. Mesmo que a situação esteja evidente, como no relato de Camélia, o posicionamento dos profissionais reforça a prática assistencial pautada numa visão biologicista e medicalizada. Este posicionamento, respaldado apenas nos aspectos biomédicos, dá certa segurança ao profissional, além de significar que "*alguma coisa"* foi feita para atender a mulher. As orientações sugeridas podem ser muito eficazes em outras situações, em outras demandas mas, neste caso, além de não interferirem na situação vivenciada pela mulher, reforçam as concepções de gênero que reduzem a atenção à saúde da mulher apenas às questões reprodutivas .(102, 103).

Os próprios profissionais de saúde confirmam esta situação quando apontam os "*limites pessoais do próprio profissional de saúde*" para dar uma resposta adequada nestes casos e a "*dificuldade de circulação da informação adequada o que leva o profissional de saúde a não saber o que fazer quando se vê frente a frente com uma situação de violência*".

O acolhimento e a escuta foram considerados pelos profissionais como fundamentais para que se consiga fazer uma abordagem da violência vivenciada pela mulher. Entretanto, da forma como estão sendo realizados, a escuta e o acolhimento não asseguram que seja estabelecido o diálogo com a mulher. Em algumas situações ocorre apenas o encaminhamento para outros profissionais e serviços, sem a garantia de atendimento para essas mulheres.

Ao evidenciarem que devem *"acolher, ouvir e encaminhar para o assistente social ou psicólogo",* mostram a concepção de escuta e acolhimento presente em sua prática. No entanto, para ser efetivo o acolhimento, pressupõe que sejam estabelecidos vínculos e compromisso com aquele que se acolhe, pressupõe dar crédito, dar ouvidos, tomar em consideração o outro (104).

Isto significa que o profissional de saúde necessita repensar sua prática de assistência, demandando um suporte institucional que se traduza em capacitação profissional e compromisso com o desenvolvimento das políticas propostas. Para isso, é necessário quebrar os paradigmas que sustentam a prática autoritária e relações assimétricas entre os profissionais de saúde e as mulheres que buscam o serviço. Estabelecer o diálogo e relações mais simétricas com as mulheres implica o

reconhecimento da mulher como *sujeito*, o respeito às suas decisões e a abertura para a construção conjunta de alternativas possíveis.

Ao discutirem e refletirem sobre as limitações na abordagem da violência contra a mulher, os integrantes das equipes de saúde da família indicaram também múltiplas e possíveis possibilidades de ultrapassá-las. A integração das equipes e o trabalho em parceria com outras instituições, consolidando uma rede assistencial para além dos serviços de saúde, constitui a proposta inicial dos profissionais se comprometendo a criar estratégias para sua viabilização.

As possibilidades de intervenção na violência estão vinculadas à sensibilização das equipes no atendimento às mulheres, à capacitação na perspectiva das relações de gênero e garantias de que os profissionais tenham informação e conhecimento das políticas propostas e das redes de apoio. Estes são os desdobramentos da proposta inicial sugeridos mostrando que é possível estabelecer estratégias de abordagem e enfrentamento da violência no âmbito dos serviços de saúde.

Entretanto, talvez a maior possibilidade resida no reconhecimento da capacidade das mulheres como agentes de transformação da própria vida. Adotar essa perspectiva pode mudar radicalmente as relações dos profissionais de saúde com as mulheres, no momento em que demandam assistência. Neste sentido, a utilização das histórias das próprias mulheres mostrando sua capacidade de superação foi estratégica para a reflexão dos profissionais de saúde.

5.4 A OFICINA DE TRABALHO COMO TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS E ESTRATÉGIA DE REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL

As Oficinas de trabalho vem sendo utilizadas por disciplinas como a sociologia, a psicologia, a enfermagem e a educação, dentre outras, como proposta de intervenção na realidade visando a sua transformação positiva.

Baseadas numa metodologia emancipadora, as Oficinas de trabalho possuem um caráter terapêutico e pedagógico que possibilita interferir na realidade prática a partir das situações cotidianas vivenciadas pelos participantes. Ao estabeleceram uma relação horizontal, facilitam o resgate de conhecimentos e práticas além de

permitirem a manifestação de sentimentos relativos à vivência entre os participantes, possibilitando a reflexão crítica sobre os temas em questão [38, 41].

Na década de 70, o movimento feminista propôs a utilização das Oficinas de trabalho com grupos de mulheres contribuindo para a reflexão sobre a condição feminina e as relações de gênero. A reflexão crítica realizada nestes espaços contribuiu para as conquistas individuais e, sobretudo, para mudanças coletivas traduzidas em conquistas políticas do movimento de mulheres.

Nos anos 90, as docentes da Escola de Enfermagem da USP, Ana Maria Chiesa e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, passaram a utilizar as Oficinas de trabalho como uma técnica de coleta de dados em pesquisa[41, 43]. As Oficinas de trabalho, utilizadas então como espaço de reflexão, intervenção e empoderamento dos participantes, foram se constituindo em espaço privilegiado da produção de conhecimento científico.

O Grupo de pesquisa Gênero Saúde e Enfermagem tem utilizado as Oficinas na coleta dos dados de pesquisa[31, 43, 44, 46]. Em uma das pesquisas do grupo, a Oficina de trabalho foi utilizada para coleta e análise dos dados [45]. A produção científica aí realizada confirma a potencialidade das Oficinas de trabalho na construção do conhecimento científico articulado à transformação da realidade.

A utilização da Oficina de trabalho como técnica de coleta de dados durante a realização desta pesquisa permitiu reafirmar esta concepção. No decorrer da Oficina os participantes trouxeram informações sobre sua prática em relação à violência doméstica vivenciada pelas mulheres, realizando, concomitante a isso, a reflexão crítica sobre esta prática e, em alguns casos, sobre a ausência dela. A partir desta reflexão foram surgindo as propostas de construção de estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres no serviço de saúde.

A garantia da coleta dos dados nas Oficinas é possível com a colocação de vários gravadores em pontos estratégicos no local, registrando as falas das pessoas nos pequenos grupos bem como a síntese produzida pelo grupo. Este processo coletivo de produção do dado de pesquisa é muito rico porque as opiniões são discutidas, partilhadas e negociadas. Porém, encerra alguns riscos, aos quais o pesquisador deve estar atento. Se por um lado, existe a vantagem de apreender o dado produzido coletivamente, por outro é necessário permanecer atento às

divergências e diferenças que surgem e que também são informações valiosas para o pesquisador. Esses dois aspectos são essenciais e devem ser considerados na reflexão e análise dos dados.

Por fim, além de constituir um espaço privilegiado de coleta de dados de pesquisa, as Oficinas de trabalho constituem também espaços que onde a reflexão e a análise dos dados são enriquecidas com a contribuição dos participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher é um problema complexo, de difícil abordagem, cuja solução passa pela implementação de políticas públicas intersetoriais que estejam baseada na concepção dos direitos humanos das mulheres. Nos últimos anos têm sido alvo de várias propostas políticas no âmbito do judiciário, da segurança pública, da educação e da saúde, dentre outros setores.

Alguns avanços na implementação das políticas de enfrentamento das questões de violência de gênero já podem ser percebidos, como no caso da legislação em vigor, a Lei Maria da Penha. Entretanto, pode-se considerar que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as políticas públicas desenvolvidas reflitam as concepções de direitos humanos, nas quais estão pautadas, traduzindo-se em visibilização, enfrentamento e redução dos casos de violência contra as mulheres.

Esta pesquisa evidencia, além de outras, questões de segurança e saúde das mulheres que vivenciam a violência produzida na relação interpessoal. Entretanto, isto não significa que deva ser abordada como "questões da ordem do privado". O fato de ser produzida na esfera privada não minimiza as conseqüências na esfera pública. A violência doméstica contra as mulheres, assim como outras agressões interpessoais e discriminações raciais culturalmente naturalizadas são "potencializadoras da violência social difusa e ampla e se alimentam dela"[(2)]. Isto indica que a violência doméstica contra as mulheres, assim como outras praticadas nas relações interpessoais, deve ser assumida pelas diversas instituições sociais para ser enfrentada em toda a sua complexidade.

Nesse sentido, é importante a constituição de redes institucionais interdisciplinares, que se articulem com as organizações de mulheres e a rede social, num processo contínuo de busca de estratégias de enfrentamento das desigualdades e assimetrias que afetam as mulheres.

Entretanto, há que se considerar que este processo não pode ser tratado apenas como uma questão do mundo feminino. A violência de gênero deve ser vista como um problema que se articula a outras desigualdades sociais como as de classe, raça/etnia, geração, região e outras. É necessário que se amplie o olhar na abordagem

destas questões, que se busquem não apenas relações pessoais mais simétricas, mas também a cidadania no amplo sentido.

O setor saúde, como uma das instâncias da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres, tem um papel fundamental na detecção dos casos e na sua problematização com as mulheres. Este é o desafio que se coloca para os profissionais de saúde, demandando mudanças na prática cotidiana e nos paradigmas que a sustentam.

Uma das mudanças possíveis diz respeito à abertura para ouvir e respeitar as mulheres em situação de violência. Durante a realização da Oficina foi evidenciada a dificuldade de escuta e de apreensão da violência pelos profissionais de saúde. Esta dificuldade é semelhante à apresentada pelas mulheres entrevistadas, bem como por toda a sociedade, não constituindo uma exclusividade dos serviços de saúde.

Por que esta dificuldade em ver as situações de violência contra as mulheres? Os estudos indicam que talvez seja porque a violência contra as mulheres se naturaliza nas relações de gênero [63, 86]. As micro-violências cotidianas, como as descritas pelas mulheres nesta pesquisa só passam a ser identificadas quando deixam marcas visíveis. Mulheres agredidas e profissionais de saúde percebem a violência numa mesma lógica, que possibilita o silenciamento e o não enfrentamento do problema.

A construção de alternativas para a abordagem da violência doméstica deve ter como premissa a capacidade do ser humano de superar as situações adversas e reconstruir a própria vida. Neste sentido, a validação das estratégias adotadas pelas mulheres constitui condição básica para que se busque efetivamente enfrentar o problema da violência doméstica contra as mulheres.

Esta pesquisa mostrou que não existe uma regra, uma norma, para este enfrentamento e que cada mulher, individualmente e amparada em sua rede social, encontrou a estratégia própria para enfrentar a situação. Porém, validar as estratégias das mulheres não significa encerrar o enfrentamento da violência doméstica no espaço privado, do lar. Significa considerar-las como possibilidades que devem ser articuladas àquelas desenvolvidas pelos profissionais e instituições. Validar e articular as estratégias das mulheres à rede assistencial pode transformar a situação de violência que vivenciam, contribuindo para o seu empoderamento.

Outro aspecto que deve ser levado em conta na construção de alternativas para a abordagem da violência doméstica é o envolvimento dos homens nas atividades desenvolvidas nas diversas instituições com vistas a uma reflexão aprofundada sobre o tema. Esta pesquisa mostrou que a violência doméstica, como violência de gênero, é relacional e, portanto não é fecundo abordar o problema apenas em um dos pólos da relação. O envolvimento dos homens neste processo não é tarefa fácil uma vez que a concepção predominante é de que a violência de gênero é um problema de mulheres. Iniciativas como a "Campanha do Laço Branco", um movimento de homens trabalhando no enfrentamento das várias formas de violência contra as mulheres, são exemplos de que se pode trabalhar nesse sentido.

A validação das estratégias das mulheres e o envolvimento dos homens no processo de enfrentamento da violência doméstica pressupõem que sejam estabelecidas relações simétricas e dialógicas entre os sujeitos. Isto exige uma postura profissional aberta ao diálogo e à utilização de uma metodologia que possibilite uma prática emancipadora. Neste sentido, a Oficina de trabalho, ao estimular a construção conjunta de conhecimentos e uma ação transformadora sobre a realidade, constitui uma alternativa adequada no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

> *A esperança não reside, pois, num princípio geral que providencia um futuro geral. Reside antes na possibilidade de criar campos de experimentação social onde seja possível resistir localmente às evidências da inevitabilidade, promovendo com êxito, alternativas que parecem utópicas em todos os tempos e lugares excepto naqueles em que ocorrem efetivamente. É este realismo utópico que preside às iniciativas dos grupos oprimidos que, num mundo onde parece ter desaparecido a alternativa, vão construindo, um pouco por toda a parte, alternativas locais que tornam possível uma vida digna e decente.* *(Boaventura de Souza Santos)*

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no ambito da saúde pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-73.

2. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23-47.

3. Mendes CHF. Violência contra a mulher e políticas públicas no setor saúde. In: Almeida SS, organizadora. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro:UFRJ; 2007. p. 157-74.

4. Almeida SS, organizadora. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007. Essa violência mal-dita; p. 23-41.

5. Adesse L, Monteiro MFG. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes Regiões (1992-2005). Rev Saúde Sex Reprod Ipas [peródico na internet]. 2006 [citado 2009 mar. 25];26:1-2. Disponível em: http://www.ipas.org.br/revista/nov06.html#dois.

6. Dias MB. A violência doméstica na Justiça. Rev Saúde Sex Reprod Ipas [periódico na internet]. 2006 [citado 2009 mar. 25];25:1-9. Disponível em: http://www.ipas.org.br/revista/set06.html#tres.

7. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, organizadora. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-49.

8. Giordani AT. Violências contra a mulher. São Paulo: Yendis; 2006.

9. Klevens J. Violência física contra la mujer em Santa Fé de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Rev Pamam Salud Pública. 2001;9(2):78-83.

10. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Violência contra a mulher. São Paulo; 2001. p. 5.

11. Schraiber LB, D´Oliveira AFPL, França-Junior I. A violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.

12. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad Saúde Pública. 2005;21(2):417-25.

13. D`Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;1999. p. 337-55.

14. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(1):31-9.

15. Kronbauer JFD, Meneghel ST. Perfil da violência de gênero perpetrada pelo companheiro. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):695-701.

16. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):62-70.

17. Valdez-Santiago MA, Arenas-Monreal L, Hernandez-Tezoquipa I. Experiencia de lãs parteras em la identificación da mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública Mex. 2004;46(1): 56-63.

18. Paredes-Solis S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-de Jesús L, Andersson N. Violência física intrafamiliar contra la embarazada: um estúdio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud Pública Mex. 2005;47(5):335-41.

19. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet [periódico na internet]. 2003 [citado 2009 mar. 24];25(5):309-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n5/16815.pdf.

20. Arcos GE, Uarac UM, Molina VI, Repossi FA, Ulloa VM. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev Méd Chile. 2001;129(12):1413-24.

21. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due domestic violence: a unrecognized critical component of a maternal mortality. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(2):455-9.

22. Gomes R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 199-222.

23. Diniz SG. A violência contra mulheres como questão de saúde no Brasil. In: Diniz SG, Silveira LP, Mirim LA. São Paulo: Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade; 2006. p. 1-41.

24. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la salud y la violencia. Washington; 2003. (Publicacion cientifica y técnica, 588).

25. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde da mulher. Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual. Brasília, 1999. mimeo 273

26. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 out.];Supl 11:1259-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf.

27. D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

28. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.

29. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Pacto Nacional de Combate à Violência. Brasília. 2007.

30. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília, 2008 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.

31. Oliveira CC. Práticas dos profissionais de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde. Saúde da família: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

33. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-7.

34. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. aprim. São Paulo:Hucitec; 2006.

35. Deslandes SF; Assis SG. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF organizadoras Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-223.

36. Chizzotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2001.

37. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.

38. Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 9-63.

39. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 35ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

40. Fonseca RMGS. Investigando, construindo e reconstruindo a enfermagem generificada através das Oficinas de Trabalho. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: trajetória espaço-temporal da pesquisa; 2002 out 28-31; Águas de Lindóia, SP, BR [CD-ROM]. Águas de Lindóia: EEUSP; 2002.

41. Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. Saúde Debate. 1995;46:19-21.

42. Amaral MA, Fonseca RMGS. A Oficina de Trabalho como estratégia educativa com adolescentes na área de sexualidade. REME Rev Min Enferm. 2005;9(2):168-73.

43. Amaral MA. Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

44. Galastro EP. O lugar dos homens em um serviço de saúde reprodutiva: uma análise de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

45. Aranha-e-Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

46. Coelho S. As práticas de enfermagem em Saúde da Mulher, em Minas Gerais: um olhar de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

47. Perrot M. Minha história das mulheres. São Paulo: Contexto; 2007.

48. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes; 2007.

49. Louro GL, Felipe J, Goellner SV, organizadoras. Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.

50. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Trad. de Christine Rufino Dabat, Maria Betânia Ávila. 2ª ed. Recife: SOS Corpo; 1995. p. 1-11.

51. Goldani AM. Demografia e feminismos: os desafios da incorporação de uma perspectiva de gênero. In: Aguiar N, organizadora. Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record; 1997. p. 67-83.

52. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2002.

53. Fonseca, RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. PROENF – Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008, v 3, p. 9-39.

54. Butler J. Problemas de gênero; feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 7-60.

55. Soihet R. História, mulheres, gênero: contribuições para um debate. In: Aguiar N, organizadora. Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record; 1997. p. 95-114.

56. Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. IN: Galvão, L, Diaz, J.Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999. p.180-197.

57. Meyer DEE. Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais. Rev Ciênc Saúde. 1998;17(1):13-32.

58. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

59. Soares BM. Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

60. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.

61. Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJM, organizadora. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 28-40.

62. Pougy LG. Saúde e violência de gênero. In: Almeida SS, organizadora. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007. p. 71-88.

63. Safiotti HIB. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Perseu Abramo; 2004.

64. Safiotti HIB. Contribuições feministas para o estudo de gênero. Labrys [periódico na internet]. 2002 [citado 2009 mar. 25];(1-2). Disponível em: http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys1_2/heleieth1.html.

65. Badinter E. Rumo equivocado: o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

66. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; 2005.

67. Musztak M. Violência e intervenção. In: Corrêa M. Gênero e cidadania. Campinas: Pagu. Núcleo Estudos de Gênero.Unicamp; 2002. p. 47-56.

68. Morgado R. Palmada de amor... dói. In: Almeida SS, organizadora. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro:UFRJ; 2007. p. 57-70.

69. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte. Diagnóstico administrativo do Centro de Saúde Padre Fernando de Melo. Belo Horizonte; 2002.

70. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CONEP 196/96

71. Reichenheim ME, Moraes CL. Hasslemann. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assesment Screen* (AAS) para rastrear a violência contra a mulher grávida. Rev Saúde Pública. 2000;34(6):425-37.

72. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de políticas sociais. Cartilha - tecendo a vida: direitos sim, violência não. Belo Horizonte. 2007.

73. Protocolo da Atenção Básica em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, 2001.

74. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

75. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2007.

76. World Health Organization (WHO). Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneve; 2005.

77. Ozella S, organizador. Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez; 2003.

78. Faleiros ETS. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Thesaurus; 2000.

79. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo Perspect. 1999;13(4):82-91.

80. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):18-34.

81. Alves MMP. A primeira feminista das Américas: as marcas da ousadia e da repressão nas cartas de Sor Filotea de la Cruz e de Sor Juana Inês de la Cruz. In.: Ghilardi-Lucena MI, organizadora. Representações do feminino. Campinas: Átomo; 2003. p. 15-37.

82. Beauvoir S. O segundo sexo. 12ª impr. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; [19--]. V. 1-2.

83. Foucault M. História da sexualidade, 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2005.

84. Pires VL. A identidade do sujeito feminino: uma leitura das desigualdades. In.: Ghilardi-Lucena MI, organizadora. Representações do feminino. Campinas: Átomo; 2003. p. 201-13.

85. Cardoso R. [Prefácio]. In: Cardoso R, Chauí M, Paoli MC, SOS-Mulher, organizadores. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. 15-21.

86. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R, Chauí M, Paoli MC, SOS-Mulher, organizadores. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. p. 23-62.

87. Macedo MS. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: Bruschini C, Pinto CR, organizadoras. Tempos e lugares de gênero. São Paulo: FCC; 2001. p. 53-85.

88. Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

89. Giddens A. A transformação da intimidade. São Paulo: UNESP; 1992.

90. Dimen M. Poder, sexualidade e intimidade. In: Jaggar AM, Bordo SR. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Record; 1997.

91. Tavares, J. Resiliência e educação. São Paulo: Cortez; 2001. A resiliência na sociedade emergente; p. 43-76.

92. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

93. Costa AA. Gênero, poder e empoderamento das mulheres [texto didático do Programa de Pós graduação em Ciências Sociais da UFBa e Núcleo de Estudos Interdisciplinares da Mulher].

94. Matos ISM. Terceiro setor e gênero: trajetórias e perspectivas. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2005.

95. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003.

96. Assis M. Entre a invisibilidade e o silencio, a organização e o movimento: uma reflexão sobre a violência de gênero nas interfaces com questão étnico racial e classe social. In: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade; 2006.
97 Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(2):29-38.

98. Amaral CCG. Violência em delegacias da mulher no nordeste. In: Corrêa M. Gênero e cidadania. Campinas: Pagu. Núcleo Estudos de Gênero. Unicamp; 2002. p. 113-42.

99. Soares BM. A antropologia no executivo: limites e perspectivas. In: Corrêa M. Gênero e cidadania. Campinas: Pagu. Núcleo Estudos de Gênero. Unicamp; 2002. p. 30-45.

100. Diniz S. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade; 2006.
101. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 451-80.

102. Cruz MP. A saúde da mulher em situação de violência: o que pensam os gestores e gestoras municipais do SUS [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2002.

103. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):450-9.

104. Gomes MCP, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(17):287-301.
105. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de Saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 481-502.

ANEXOS