

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

DISSERTAÇÃO

**Percepção de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas sobre
violência contra a mulher e estratégias de atenção na rede local de proteção**

ÉRICA FERNANDES RODRIGUES

BELO HORIZONTE

2020

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

ÉRICA FERNANDES RODRIGUES

**PERCEPÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS DO CAMPO, DA FLORESTA E
DAS ÁGUAS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ESTRATÉGIAS
DE ATENÇÃO NA REDE LOCAL DE PROTEÇÃO**

Orientadora: Profa. Dra. Adalgisa Peixoto Ribeiro

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre.

BELO HORIZONTE

2020

Rodrigues, Érica Fernandes.
R696p Percepção de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas sobre violência contra a mulher e estratégias de atenção na rede local de proteção [manuscrito]. / Érica Fernandes Rodrigues. - - Belo Horizonte: 2020.
105f.: il.
Orientador (a): Adalgisa Peixoto Ribeiro.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência de Gênero. 3. População Rural. 4. Relações Familiares. 5. Proteção Pessoal. 6. Dissertação Acadêmica. I. Ribeiro, Adalgisa Peixoto. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 600

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA

ÉRICA FERNANDES RODRIGUES

Realizou-se, no dia 25 de agosto de 2020, às 14:00 horas, On line, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PERCEPÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO NA REDE LOCAL DE PROTEÇÃO*, apresentada por ÉRICA FERNANDES RODRIGUES, número de registro 2018711959, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro - Orientador (UFMG), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof(a). Elis Mina Serya Borde (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:


Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2020.


Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro (Doutora)



Prof(a). Elza Machado de Melo (Doutora)



Prof(a). Elis Mina Serya Borde (Doutora)

Agradecimento

À Deus pelo dom da vida, pela oportunidade de estudar e por todas as graças alcançadas.

Aos meus queridos pais, pelo incentivo e apoio desde a infância para a educação, por todos os esforços possíveis e impossíveis na minha formação pessoal e profissional.

Ao meu Amor Rodrigo pelo amor, compreensão e abdicção da minha presença em muitos momentos do nosso matrimônio e pelas aulas de Estatística.

Para meu irmão Jean e tia Adma, grandes incentivadores! Obrigada pela torcida e orações desde sempre.

Ao meu trabalho na saúde pública: tudo no mestrado faz sentido na minha luta pelo SUS na sua integralidade.

À Professora Elza, pela mulher que é e por nunca desistir da minha formação como mestra e por sempre acreditar no meu potencial. Obrigada pela acolhida no Para Elas, pois o verdadeiro sentido de aprender sempre se fez presente: trocas com muito respeito.

Aos companheiros do Para Elas, obrigada pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

Às mulheres guerreiras dos Campos, Florestas e Águas, pelas trocas, por proporcionar que esta pesquisa se materializasse e pela confiança em partilhar as histórias de vida e esperanças, que marcaram a minha vida para sempre.

À minha querida orientadora Adalgisa, sua estruturação do trabalho na pesquisa é genial! Obrigada por entender a minha rotina e por tornar o tempo da produção muito valioso e de qualidade para o aprendizado.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

Resumo

O presente estudo trata da violência contra a mulher, residentes nos territórios dos campos, das florestas e das águas, que ocorre nas relações intrafamiliares e entre parceiros íntimos. A dissertação se propõe a estudar a percepção de mulheres brasileiras dos campos, das florestas e das águas acerca da violência contra a mulher e das possibilidades de atendimentos nos serviços da rede de proteção às mulheres em situação de violência, nestes territórios. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Para a presente dissertação, lançou-se mão das informações de 34 entrevistas realizadas com mulheres brasileiras, em oito municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, nas macrorregiões de Campo, Floresta e Águas. As mulheres caracterizaram a violência contra a mulher como violência doméstica que se expressa pela violência física, psicológica e sexual e pode ser cometida por filhos ou companheiros. A violência doméstica foi associada à cultura machista, à religião, ao abuso de álcool e drogas, à submissão das mulheres aos homens, ao comportamento da mulher em determinados espaços. Sobre as possibilidades de enfrentamento e superação da violência, destacaram a importância de rodas de conversas e grupos de apoio, algumas buscaram estudar e atuar na comunidade, outras buscaram construir famílias sem repetir as situações familiares vividas. A estagnação das políticas públicas de defesa das mulheres e enfrentamento da violência não compactua com a vontade das mulheres brasileiras que já sofreram ou presenciaram violências em suas realidades, já que em seus territórios se organizam e se mobilizam para se defenderem e combaterem a violência.

Palavras-chave: violência contra a mulher, percepções de violência, violência de gênero.

ABSTRACT

This study deals with violence against women, living in the territories of fields, forests and waters, which occurs in intrafamily relationships and between intimate partners. The dissertation aims to study the perception of Brazilian women in the fields, forests and waters about violence against women and the possibilities of care in the services of the network of protection for women in situations of violence, in these territories. This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. For this dissertation, we used the information from 34 interviews conducted with Brazilian women in eight municipalities selected by the Ministry of Health, in the macroregions of Campo, Floresta and Águas. Women characterized violence against women as domestic violence that is expressed by physical, psychological and sexual violence and can be committed by children or partners. Domestic violence was associated with sexist culture, religion, alcohol and drug abuse, women's submission to men, women's behavior in certain spaces. On the possibilities of coping with and overcoming violence, they highlighted the importance of talking wheels and support groups, some sought to study and act in the community, others sought to build families without repeating the family situations experienced. The stagnation of public policies to defend women and confront violence does not compact with the will of Brazilian women who have suffered or witnessed violence in their realities, since in their territories they organize and mobilize to defend themselves and fight violence.

Keywords: violence against women, perceptions of violence, gender violence.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Objetivos	15
3. Revisão de literatura	16
3.1. Violência no contexto da saúde	16
3.2. Violência contra a mulher	21
3.3. Magnitude da violência contra a mulher no Brasil	28
3.4. Legislação e políticas públicas brasileiras de proteção à mulher	32
3.5. Populações do campo, da floresta e das águas no Brasil	35
3.6. Violência contra a mulher de campos, florestas e águas: ajustando o foco	39
4. Metodologia	44
5. Resultados e Discussão	49
5.1. Mulheres brasileiras de campos, florestas e águas e suas experiências de violência: breve caracterização	50
5.2. Percepções de mulheres brasileiras do campo, florestas e águas sobre violência contra a mulher	56
5.3. Estratégias para enfrentamento da violência contra a mulher: possibilidades e limites	64
5.4. Similaridades e heterogeneidades regionais nas percepções das mulheres de campo, floresta e águas sobre violências	76
6. Considerações Finais	81
Referências	87
Apêndice	99
Anexos	103

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Gráfico 1: Taxa de homicídio por 100 mil mulheres nas UFs (2017)	30
Gráfico 2: Índices de base 100 da evolução das taxas de homicídio de mulheres dentro e fora da residência e ainda por arma de fogo (2012-2017)	32
Quadro 1. Marco Legal de proteção à mulher no Brasil	33
Tabela 1: Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo região geográfica, município e população/território. Brasil, 2016.	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Alcólicos Anônimos

BO – Boletim de Ocorrência

CGIAE – Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Agricultura

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DATASUS - Sistema de Informação em Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisas Aplicadas

MS - Ministério da Saúde

OBTEIA – Observatório de Saúde das Populações dos Campos, das Florestas e das Águas.

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PCFA – Populações dos Campos, das Florestas e das Águas.

PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações dos Campos, das Florestas e das Águas.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – sistema Nacional de agravos de Notificação Compulsória

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Sistema de Vigilância em Saúde

UF – Unidade da Federação

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação é fruto de uma pesquisa que se insere na área temática da saúde da mulher em situação de violência, do mestrado profissional do Programa de Pós-graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG. Especificamente, buscou identificar a percepção de mulheres brasileiras de campos, florestas e águas sobre a violência contra mulher e as estratégias de atenção na rede local de proteção.

A violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública na última década, por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OLIVEIRA et al, 2005).

Trata-se de um tema que atinge as mulheres brasileiras e é destacada na literatura como um fenômeno complexo e multicausal; um problema social e de saúde pública que compromete sua qualidade de vida, seu desenvolvimento em sociedade, provoca isolamento social, problemas de saúde física e mental e tem levado a morte um número considerável de mulheres.

O Atlas da Violência, de 2019, indica que houve um crescimento dos homicídios femininos no Brasil em 2017, com cerca de treze assassinatos por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007. A abordagem da violência contra a mulher enquanto tema de pesquisa científica justifica-se por lançar luz sobre uma causa de sofrimento e manutenção das relações de gênero desiguais e geram consequências devastadoras para a mulher e para a sociedade.

O interesse pessoal pelo tema surgiu na vida academia ainda na graduação em Enfermagem quando ao realizar uma consulta em um centro de saúde vinculado ao projeto de extensão em que eu estava inserida, recebi uma mulher que ao longo da

consulta me relatou seu sofrimento devido às agressões físicas e abusos sexuais causados pelo próprio companheiro. Desde o primeiro contato com a paciente, percebi algo estranho, mas que ainda não tinha maturidade e capacitação para entender e para abordar. Esta pequena parte da história de vida daquela mulher mudou para sempre a minha trajetória de estudante, de profissional e por que não dizer até pessoal.

A violência contra as mulheres foi então o tema escolhido por mim para o trabalho de conclusão de curso, em que levantei as leis, decretos e portarias sobre o tema além de projetos já existentes Brasil sobre violência contra a mulher. Foi por meio deste trabalho que tive contato com informações valiosas e conquistas da área da saúde para o monitoramento das violências, como a notificação compulsória por parte dos profissionais de saúde de casos de violências contra as mulheres. Qual não foi minha surpresa identificar que muitos profissionais de saúde não conheciam a ficha de notificação, tinham medo de fazê-lo ou não achavam essa ação importante.

Participei da pesquisa “Violência contra a mulher: articulações em saúde” que levantou dados em unidades de saúde da atenção primária, em serviços de urgência e nos boletins de ocorrência da Polícia Militar no município de Diamantina / MG.

Até 2013, atuei em outras áreas na saúde, mas sempre atualizei meus conhecimentos no enfrentamento da violência contra a mulher. Neste ano, tomo posse no serviço municipal de saúde de Belo Horizonte, na atenção primária. Neste serviço, percebia uma grande demanda de mulheres com problemas que não se resolviam, se tornando hiper utilizadoras do serviço e com dificuldades em relatar as violências sofridas. Na outra ponta da história identifico ausência de notificação e profissionais despreparados para lidarem com esses casos, assim como identifiquei há alguns anos atrás na graduação.

Neste ano conheci o grupo Saúde da Mulher e o Projeto Para Elas, desenvolvido na Faculdade de Medicina da UFMG. Nos encontros realizados no âmbito do Para Elas ampliei meus conhecimentos em relação aos conceitos de violência, direitos, o sentido da rede e as dificuldades para implantá-la. Neste espaço também me identifiquei como vítima de alguns tipos de violência, pois passei a entender negação de direitos pelo fato de ser mulher.

Após algum tempo, assumi a gestão local de uma unidade de saúde no município de Belo Horizonte, em uma área com diversas vulnerabilidades sociais. O tema da violência segue como prioritário, raiz e causa de tantas mazelas na saúde e ainda fruto de tanto preconceito. Levanto a bandeira de defesa de tantas mulheres vítimas e, como eu percebi, quero que todas as mulheres percebam “as pequenas violências sofridas todos os dias”.

Como membro do grupo de pesquisa “Para Elas” participei do grupo de pesquisa que visitou cidades dos territórios de Campos, Florestas e Águas do Brasil em um estudo nacional em parceria com o Ministério da Saúde. A experiência foi fascinante e as entrevistas com as mulheres vítimas de violência foram marcantes em minha vida, foi difícil pensar igual depois daquela viagem. Como não se impactar com a realidade nua e crua enquanto eu estava lutando por direitos que aquelas mulheres sequer tinham conhecimento, pois para elas faltavam um lar, o direito de criar os filhos ou escolher um parceiro que não fosse o próprio pai.

Encontrei mulheres com toda sorte de experiências que me trouxeram até aqui, a finalização deste trabalho de conclusão do mestrado que teve como norte o encontro, a comunicação e as luzes acesas por experiências e sofrimentos de mulheres vítimas de violência, vivendo em locais ricos em diversidade natural, mas que muito vulneráveis socialmente.

O tema da violência que atinge as mulheres de campos, florestas e águas ainda é pouco focalizado nas pesquisas da área da saúde coletiva. Desse modo, foi definido como objeto de estudo a percepção dessas mulheres sobre a violência que as atinge e sobre as estratégias de atenção na rede de proteção.

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: Introdução, objetivos, descrição dos métodos, apresentação dos resultados e discussão, considerações finais, apêndice com um artigo publicado, anexos e referências usadas no trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Estudar a percepção de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas acerca da violência contra a mulher e as estratégias de atenção na rede de proteção às mulheres em situação de violência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento dessas mulheres sobre as possibilidades de atenção na rede de proteção às pessoas em situação de violência;
- Identificar particularidades nas percepções das mulheres segundo regiões geográficas brasileiras.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar o estudo apresentado nesta dissertação, considerou-se que alguns temas são centrais e merecem destaque e revisão. Neste sentido, abordam-se os temas da violência no contexto da saúde, a violência de gênero e a violência contra a mulher, assim como sua magnitude na sociedade brasileira, as políticas públicas que contemplam sua prevenção e a promoção da saúde das mulheres. Como o foco do trabalho se dirigiu às mulheres de um grupo específico, destacam as populações do campo de florestas e das águas no Brasil e a violência que atinge as mulheres que vivem nesses territórios.

3.1. Violência no Contexto da Saúde

Inicialmente destaca-se que a violência não é um tema exclusivamente estudado na área da saúde, mas é objeto focalizado pelas áreas de justiça, segurança pública, assistência social, entre outras. No entanto, ela afeta sobremaneira a saúde das pessoas, provoca traumas físicos e psicológicos, que podem ser temporários, mas também permanentes, reduz a qualidade de vida e demandam muito dos serviços de saúde. Além disso, podem levar à morte.

Como objeto de estudos da área da saúde, a violência pode ser considerada um tema recente e ainda em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, em sua Assembleia Mundial, ocorrida em 1996. Isso ocorreu devido ao

dramático aumento na incidência de lesões provocadas por violências contra pessoas de todas as idades e ambos os sexos, com destaque para mulheres e crianças (OMS, 1996).

Para Minayo e Souza, em 1997, a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas.

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, também define violência, em sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001, como ações humanas que afetam a integridade e a saúde física, mental, moral ou espiritual das pessoas (BRASIL, 2001).

A partir desse conceito mais geral, as violências podem ser tipificadas como (KRUG, 2002):

- Violência dirigida a si mesmo (auto infligida), subdividida em comportamentos suicidas que incluem suicídio, ideação e tentativas de suicídio; e auto abusos que incluem as automutilações;

- Violência interpessoal, subdividida em violência familiar e comunitária. A violência que ocorre na família é cometida entre parceiros íntimos, contra crianças e contra os idosos. A violência comunitária é a que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (conhecidos ou não), incluem-se a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro e ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos;

- Violência coletiva, denomina os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações.

A essa classificação Minayo (2006) acrescenta a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Em princípio, essa violência ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio-históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação.

A OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência (KRUG et al., 2002), sendo elas:

a) Violência Física: Também denominada maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

b) Violência Psicológica/Moral: É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em

risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho, a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou entre empregados. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *cyberbullying*.

c) Violência Sexual: É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em

qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

d) Violência Financeira/Econômica: É o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores de uma pessoa. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecido como violência patrimonial.

e) Negligência/Abandono: É a omissão pela qual se deixa de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde e a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência, é o tipo mais comum de violência contra crianças.

f) Violência Cultural: Expressa-se por meio de valores, crenças e práticas de maneira repetida que se tornam naturalizados. Também conhecida como ‘violência moral e simbólica’, é aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro. Apresenta-se sob a forma de discriminações e preconceitos que oprimem, prejudicam e até eliminam os diferentes. Incluem-se na violência cultural a violência de gênero, racial e contra pessoas com deficiência (NJAINÉ et al., 2013).

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde, provocando morte, lesões e traumas físicos e mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e evidencia a necessidade de uma atuação específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor. Nos últimos anos, o setor saúde introduziu o tema em sua pauta, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2010). Neste sentido, um marco dessa inclusão foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, de 2001, que estabeleceu diretrizes para a prevenção, atendimento e monitoramento dos casos, capacitação dos profissionais e incentivo à pesquisa nesta área.

No presente estudo, a violência contra a mulher, que ocorre nas relações intrafamiliares e entre parceiros íntimos, pode ser caracterizada como interpessoal, mas também como violência de gênero.

3.2. Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher tem sido abordada na literatura científica a partir do conceito de violência de gênero que é praticada baseando-se nas relações de poder e nas diferenciações nos padrões culturais do que é ser homem e mulher para uma determinada sociedade (PINTO et al., 2017; GOMES et al., 2005).

A violência de gênero inclui a que é cometida por homens contra as mulheres, mas também por mulheres contra os homens, entre as mulheres e entre os homens. Mas é importante destacar que a mulher, historicamente, tem sido a vítima mais frequente nas relações com os homens (GOMES et al., 2005; ARAÚJO, MARTINS, SANTOS, 2004; GIFFIN, 1994).

Nesse sentido, a violência contra a mulher é “qualquer ato de violência baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 2006).

Segundo Araújo, Martins e Santos (2004) as reflexões trazidas por autores como Saffioti e Bourdieu ajudam a compreender que a violência contra a mulher se manifesta justificada pela ordem patriarcal, onde aos homens é facultado “o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo para isso usar a violência” (p.18). Na base das diferenças culturalmente estabelecidas entre os papéis sociais do homem e da mulher estão a dominação e a submissão de um sexo em relação ao outro (ZUMA et al, 2013; GOMES et al., 2005). E o que mantém a condição de homem/masculino como forte, viril e provedor é o recurso da violência.

No entanto, assim como afirmam Pinto et al. (2017), mesmo sendo as principais vítimas nas relações com os homens, é preciso ressaltar que as mulheres não estão somente no papel de vítimas e os homens somente na posição de agressor. A noção de violência de gênero ajuda a compreender que se trata de uma violência que ocorre na relação entre eles. Além disso, os mesmos autores destacam que essa violência pode estar atravessada por questões sociais como raça/etnia e classe social. No caso das mulheres que vivem em territórios específicos como campo, florestas e águas, esses marcadores sociais parecem ainda mais evidentes.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada em Belém, Pará, em 1994, em seus documentos, definiu a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994). Ela se refere às violências que ocorrem “a) no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; b) na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.

Como a violência contra a mulher frequentemente ocorre no ambiente doméstico, é importante considerar o conceito de violência doméstica contra a mulher, que envolve atos repetitivos, que se agravam com o tempo, aumentando sua frequência e intensidade. Podem se concretizar por meio de coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais. É uma violência que subjuga e provoca medo permanente, danos físicos e psicológicos duradouros (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2005).

A violência pode ser visível, quando resultam em hematomas, arranhões ou outros tipos de lesões, mas pode também ser invisível e não deixar marcas, como é o caso da violência psicológica, das ameaças e outras formas que geram sofrimento intenso, mas que muitas vezes não levam a mulher a pedir a ajuda.

Dados da Fundação Perseu Abramo (2001) mostram que as mulheres só denunciam a violência sofrida dentro de casa a algum órgão público (quase sempre delegacias policiais) quando se sentem gravemente ameaçadas em sua integridade física. No grupo dessas ameaças incluem-se as que ocorrem com o uso de armas de fogo (31%), quando ocorrem espancamentos, fraturas ou cortes (21%) ou ainda diante de ameaças contra si mesmas ou contra os filhos (19%), e em situações como xingamentos, tapas, empurrões, quebradeira, relações sexuais forçadas e assédio sexual (10%).

Assim, como afirma Zuma et al. (2013, p.164) a “violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos e um grave problema social e de saúde pública”. Suas consequências são diversas e devastadoras, como incapacidades, redução da autonomia e do potencial da mulher na sociedade. As mulheres vítimas frequentemente se tornam mais vulneráveis à outras violências, ao uso abusivo de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas e infecções sexualmente transmissíveis, pré-natal tardio, gravidez na adolescência, aborto espontâneo, desordens psicológicas como a depressão e até mesmo a morte.

Trabalho realizado por Schraiber et al. (2002, p. 1024) destaca que

as mulheres em situação de violência sentem-se “[...] envergonhadas ou humilhadas, culpadas pela violência, temendo por sua segurança ou a de seus filhos. Pensam frequentemente que não possuem controle sobre suas vidas, mas, ao mesmo tempo, esperam que o agressor mude ou querem proteger o parceiro, por razões econômicas ou afetivas”.

Sentimentos de ansiedade e temor marcam o cotidiano das mulheres, revelando o impacto da violência em sua saúde mental. Para Guedes et al. (2009), elas frequentemente desenvolvem desordem do estresse pós traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens de alimentação, desordens múltiplas de personalidade e distúrbios do sono. Além disso, compromete suas relações sociais, devido ao isolamento social e à falta de qualificação para o mercado de trabalho; para as crianças ocorre comumente a diminuição do rendimento escolar, introspecção e vulnerabilidade ao uso abusivo de drogas (CARNEIRO et al., 2017). Durand et al. (2011) em estudo sobre os impactos da violência conjugal para os filhos identificou que a exposição à violência física e/ou sexual grave entre parceiros íntimos se associou à problemas escolares, de comportamento em geral e de comportamentos agressivos.

As mulheres em situação de violência buscam com mais frequência os serviços hospitalares e de urgência do que outras pessoas (GUEDES, et al, 2009). Nesse sentido, os serviços de saúde são locais privilegiados para identificar, atender e encaminhar as pessoas que estão em situação de violência (CAVALCANTI, 2003).

A introdução da violência contra a mulher na agenda do setor da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. A estratégia para desenvolver consciência de gênero tem sido pressionar o setor saúde para que seja ativamente atuante diante deste grave problema de saúde pública e dê respostas concretas que vão além do tratamento das lesões e traumas gerados pela violência (MINAYO, 2010).

No entanto, é necessário que profissionais de saúde estejam atentos e capacitados para abordar as questões relacionadas às situações de violência que chegam aos serviços. Muitas vezes, as mulheres não relatam que seus problemas estão associados às agressões sofridas. Silva, Coelho e Caponi (2007) destacam que muitas

mulheres vítimas de violência psicológica chegam aos serviços de saúde com queixas diversas como dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares, e não são identificados pelos profissionais de saúde como casos de violência. Segundo Soares (2005), as famílias marcadas pela violência costumam aparentar serem “funcionais” e não transparecer as situações de violência.

Muitos fatores podem atuar como dificultadores para que as mulheres falem sobre as violências sofridas, entre eles destacam-se a falta de consciência de que está sofrendo violência (OLIVEIRA e FERIGATO, 2019), os sentimentos de medo, raiva, culpa e também as questões de afetividade entre as pessoas envolvidas nas situações de violência (LEÔNICIO, et.al, 2008). Cordeiro (2018) destaca ainda a dependência afetiva e econômica que elas têm em relação aos agressores, o medo de novas agressões, a fato de não confiar nas instituições públicas e a falta de apoio familiar para sair da situação de violência e denunciar o agressor. A dificuldade da denúncia traz para o agressor uma segurança de que não será descoberto ou reprimido e até mesmo a sensação de diminuição da gravidade do evento violento. Além disso, ainda é recorrente entre as mulheres a esperança de que o companheiro não volte a cometer tal evento agressivo (LEÔNICIO, et.al, 2008).

Pesquisas que buscam traçar o perfil dos agressores de mulheres em relações conjugais e/ou intrafamiliares, delineiam algumas características em comum, porém como afirma Soares (2005), nenhum fator isoladamente é capaz de explicar a violência conjugal, que parece resultar da integração de diversos fatores, entre eles história pessoal, traços de personalidade, fatores culturais e sociais.

Há casos em que a violência está associada ao uso abusivo de álcool e drogas ou a problemas psíquicos. Mas, isso não significa que ela seja causada pela dependência

química, por neuroses e psicoses específicas, nem que estes fatores estejam sempre presentes. Muitos homens agredem suas companheiras sem apresentar quaisquer desses problemas (SOARES, 2005).

Atualmente não há um consenso sobre as causas da violência nem os motivos que levam os homens a cometerem as agressões contra as mulheres. No entanto, o conhecimento do perfil das pessoas envolvidas nas situações de violência contra a mulher pode ser uma ferramenta útil para prevenção de desigualdade de gênero, identificação de grupos de risco e incorporação de medidas protetoras e otimização de recursos para prevenção e atenção (VASCONCELOS, et.al, 2016).

A violência na vida conjugal frequentemente está presente em graus e formas diferentes durante toda a vida juntos, em relações assimétricas que intercala episódios de violência e breve trégua, caracterizando um ciclo.

O ciclo da violência inicia geralmente, como abuso emocional e avança para ofensiva física ou sexual. Essa ideia de ciclo da violência entre parceiros íntimos foi proposta por Walker (1999), que indicou entendê-lo em três fases distintas. A primeira compreende a Construção da Tensão: na qual ocorre o início de pequenos incidentes, ainda sob controle e aceitos racionalmente; o segundo seria a Tensão Máxima: que marca a perda do controle sobre a situação e a ocorrência de agressões levadas ao extremo; a terceira seria a Lua-de-mel: fase em que ocorre a reestruturação do relacionamento, com demonstrações de arrependimento, desejo de mudança, promessas de que o ato violento não se repetirá e o restabelecimento da relação conjugal.

3.3. Magnitude da violência contra a mulher no Brasil

No Brasil, alguns levantamentos e pesquisas informam sobre a magnitude das violências que atingem as mulheres. Diversos setores registram dados sobre as agressões sofridas por elas, mas ainda se observam subregistros, por todas as questões anteriormente destacadas. Somam-se aos fatores relacionados à vítima e ao perpetrador das violências, os despreparos dos profissionais, que atendem nos serviços públicos, para a identificação do caso e o adequado registro.

Dados da Pesquisa de Vitimização de Mulheres Brasileiras, feita em 2016, mostram que 4,4 milhões de mulheres foram vítimas de agressão física; um percentual de 29% sofrera alguma violência nos últimos 12 meses; 61% dos agressores são pessoas conhecidas das mulheres e 43% das agressões ocorreram no ambiente doméstico (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Segundo informações da Central de Atendimento à Mulher, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – Disque 180, foram registrados de julho de 2018 a julho de 2019 um total de 97.743 denúncias de violações contra mulheres. Desse total 71,4% se referem a violência doméstica e familiar, 9,4% ameaças, 5,1% violência psicológica/moral, 4,3% tentativa de feminicídio e 3% violência física (BRASIL, 2020).

No Brasil, desde 2011, a violência contra a mulher integra a lista de notificação compulsória, que deve ser realizada por todos os serviços de saúde públicos e privados. Os dados sobre este agravo são identificados nos serviços de saúde e registrados no

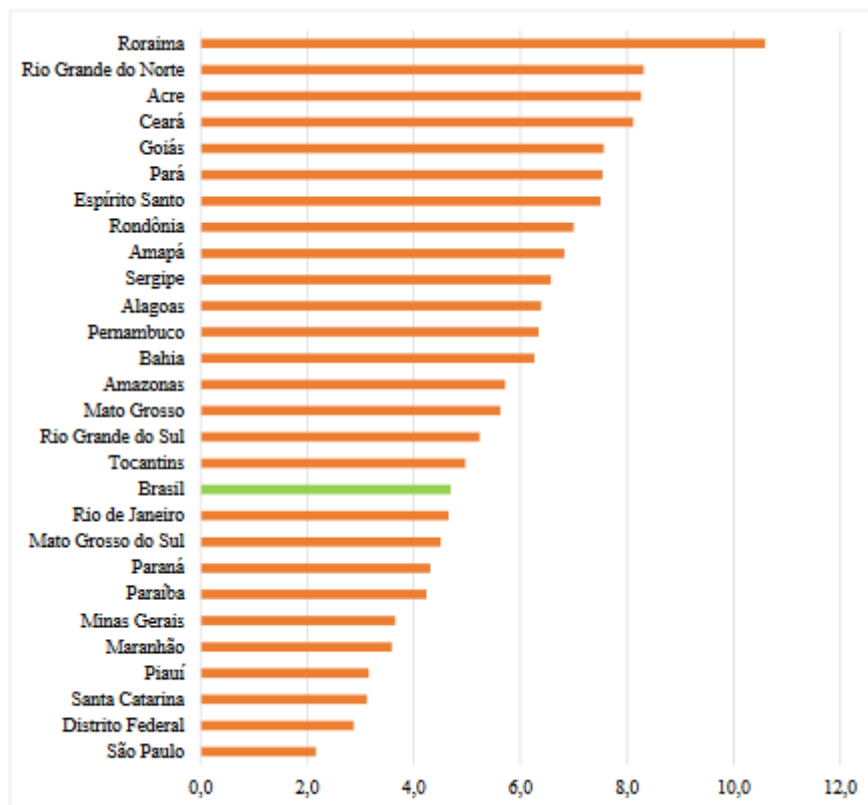
Sistema Nacional de Agravos e Doenças de Notificação Compulsória (SINAN), do Ministério da Saúde.

De 2011 a 2017 foram notificados no Brasil 454.984 casos de violência contra mulheres, sendo que destes, 62,4% foram cometidas por parceiro íntimo, ou seja, companheiro atual ou ex-companheiros da vítima. As manifestações das violências mais comuns foram os abusos físicos (86,6%), seguidos pelos psicológicos (53,1%) e os sexuais (4,8%); 71,3% dessas violências aconteceram na própria residência da vítima, 77,5% era uma violência de repetição e em 68,2% dos casos o agressor tinha ingerido álcool (MASCARENHAS et al., 2020).

As violências mais graves e que levam à morte de mulheres revelam taxas de mortalidade por agressão menores se comparadas aos homens. No entanto, uma análise que considerou dados de 2002 a 2012 revelou que para o Brasil houve uma estabilidade na tendência da taxa de mortalidade feminina por agressão (a taxa padronizada passou de 5,84/100 mil em 2002, para 5,14 em 2007 e para 6,16 em 2012), mas com diferenças importantes entre estados e regiões. Na região Centro-Oeste identificou-se as maiores taxas, com tendência de estagnação; nas regiões Norte, Nordeste e Sul houve tendência de aumento nas taxas e na região Sudeste elas reduziram. Os três Estados com as maiores taxas em 2012 foram Espírito Santo (11,35/100 mil), Alagoas (11,09/100 mil) e Tocantins (10, 12/100 mil) (LEITE et al., 2017).

O gráfico 1 apresenta as taxas de mortalidade de mulheres por homicídio no Brasil e nas Unidades da Federação, no ano de 2017. Nele, observa-se que neste ano, os Estados com maiores taxas de homicídio de mulheres ocorreram em Roraima, Rio Grande do Norte, Acre e Ceará; e as menores taxas em São Paulo, Distrito Federal e Santa Catarina.

Gráfico 1: Taxa de homicídios por 100 mil mulheres nas UFs (2017)



Fonte: Atlas da Violência (CERQUEIRA et al., 2019)

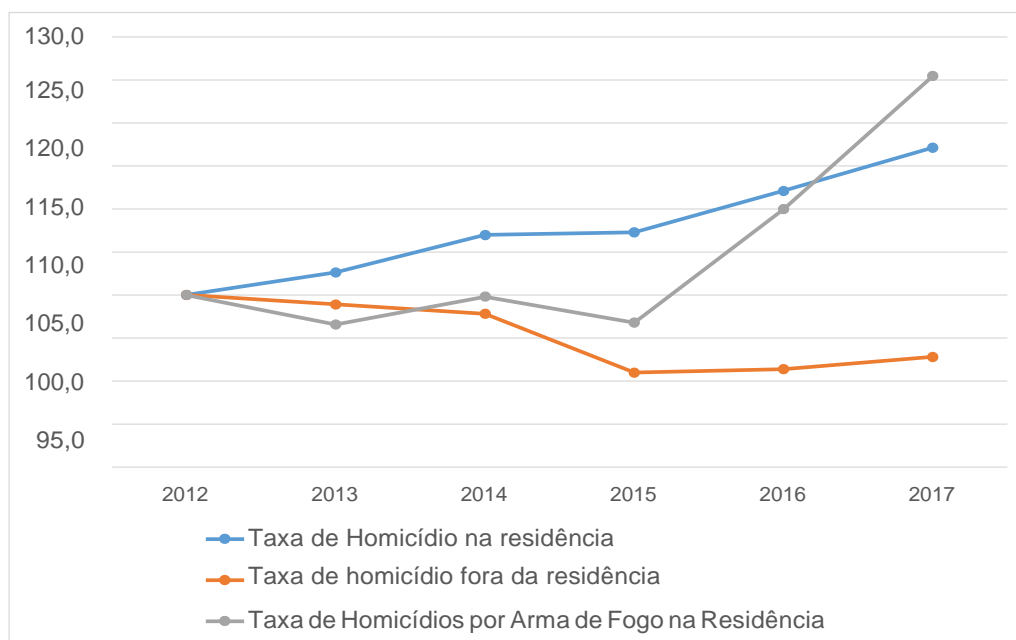
O feminicídio é a morte de uma mulher devido ao fato de ser mulher. É um crime recentemente tipificado pela Lei nº 13.104, de 09/03/2015 que o define como circunstância qualificadora do crime de homicídio (BRASIL, 2015).

Apesar da análise dos dados agregados da saúde não permitir uma elucidação da motivação e da tipificação legal dos casos de violência, há na literatura internacional o reconhecimento de que a significativa maioria das mortes violentas intencionais que ocorrem no interior das residências são perpetradas por conhecidos ou pessoas da intimidade das vítimas. Portanto, a taxa de incidentes letais intencionais contra mulheres

que ocorrem dentro das residências é uma boa proxy para medir o feminicídio. Naturalmente, ainda que o número real de feminicídios não seja igual ao número de mulheres mortas dentro das residências (mesmo porque vários casos de feminicídio ocorrem fora da residência), tal proxy pode servir para evidenciar a evolução nas taxas de feminicídio no país (CERQUEIRA et al., 2019).

O Gráfico 1, apresentado abaixo retrata as taxas de homicídios de mulheres, transformadas em índices de base 100, mostrando a evolução dos casos ocorridos dentro e fora da residência da vítima e os que foram cometidos com o uso de arma de fogo. Observa-se um forte crescimento na taxa de homicídio por arma de fogo dentro de casa após o ano de 2015 e um crescimento permanente na taxa de homicídio dentro de casa em todo o período analisado.

Gráfico 2: Índices de base 100 da evolução das taxas de homicídio de mulheres dentro e fora da residência e ainda por arma de fogo (2012-2017)



Fonte: Atlas da Violência (CERQUEIRA et al., 2019)

Garcia (2016) afirma que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública de proporções epidêmicas no Brasil. No entanto, sua real magnitude ainda é desconhecida, pois uma grande parte dela ainda é invisível. Trata-se de um problema que permeia toda a sociedade brasileira e deve ser enfrentado de forma interdisciplinar e intersetorial. A prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher passam necessariamente pela redução das desigualdades de gênero e requerem o engajamento de diferentes setores da sociedade, para se garantir que todas as mulheres e meninas tenham acesso ao direito básico de viver sem violência.

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na resposta à violência contra as mulheres, pois muitas vezes são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento. É importante que estes serviços estejam disponíveis nos dias e períodos de maior ocorrência da violência contra a mulher - finais de semana, noites e madrugadas - e que os profissionais dos serviços estejam capacitados para o atendimento adequado às vítimas e a notificação dos casos de violência.

3.4. Legislação e políticas públicas brasileiras de proteção à mulher

Desde a Constituição Brasileira, de 1988, a legislação e as políticas públicas que contemplam as mulheres, seus direitos e a prevenção da violência que as atinge tem se aprimorado.

A Convenção de Belém do Pará, ocorrida em 1994, foi adotada por aclamação na Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo

Estado Brasileiro, em novembro de 1995. Diante desse compromisso, uma série de normas técnicas, decretos e leis representaram conquistas dos movimentos de mulheres e da sociedade brasileira. Um dos pontos altos dessa legislação é a Lei Maria da Penha (Lei 11.340, de 2006), conquistada por meio da mobilização de várias entidades não governamentais e movimentos feministas que endossaram a luta e a perseverança da cidadã Maria da Penha Maia Fernandes para que a justiça punisse seu agressor (CORRÊA, 2011). Esta luta singular expressa a realidade coletiva de milhares de brasileiras que experimentam um sofrimento intenso pelas situações de violência doméstica que não encontravam amparo no poder público.

Abaixo segue uma sistematização histórica do marco legal brasileiro sobre o tema. São políticas públicas e leis de diversos setores como saúde, assistência social entre outros.

Quadro 1. Marco Legal de proteção à mulher no Brasil

Ano	Lei/Política	Tema
1988	Constituição Federal	Assegura “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações”.
1993	Lei 8.742	Lei Orgânica de Assistência Social.
1994	Convenção de Belém do Pará	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.
1997	Fórum aborto previsto em lei	I Fórum Interprofissional para Implantação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei
1998	Norma Técnica	Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.
2003	Lei 10.778	Estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados.
2004	DISQUE 100	Número de telefone para denúncias de crimes contra os Direitos Humanos, com garantia de sigilo.
2005	Portaria 1508	Procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.
2005	Norma Técnica	Atenção humanizada ao abortamento no SUS.
2006	Lei 11.340 - Lei Maria da Penha	Tornou-se o principal instrumento legal para coibir e punir a violência doméstica praticada contra mulheres

		no Brasil.
2006	Matriz Pedagógica para Formação de Redes	Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual.
2007	Proteger para Educar	Escola Articulada com as Redes de Proteção de Crianças e Adolescentes.
2008	Protocolo para Reconhecimento do Assédio Sexual	Violência e Sofrimento no Ambiente de Trabalho.
2010	Portaria N° 4.279	Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.
2010	Protocolo para Utilização de Misoprostol em Obstetrícia	Dirigido a profissionais de saúde em serviços especializados.
2011	Norma técnica	Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.
2012	Protocolo Contracepção de Emergência	Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência.
2013	Decreto N° 7.958, de 13 de março de 2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
2013	Portaria 528 de 10/04/2013	Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2013	Lei 12.845 de 01/08/2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
2013	Decreto 8086 de 30/08/2013	Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.
2013	Decreto 8086 de 30/08/2013	Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência, que abrange a Casa de Referência da Mulher e a Central de atendimento - Ligue 180 e dá outras providências
2014	Resolução N.1 do Congresso Nacional 16 janeiro de 2014	Dispõe sobre a criação da Comissão Permanente Mista de Combate à Violência contra a Mulher.
2014	Decreto 8.202 de 6 de março de 2014:	Altera o Decreto nº 6.412, de 25 de março de 2008, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM.
2014	Portaria 485 de 01/04/2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2014	Portaria 1.271 de 6/06/2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
2014	Portaria 618 de 18/07/2014	Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento.
2015	Lei 13104 de 9 março de 2015	Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

2015	Portaria 288 de 25/03/2015	Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
2015	Norma Técnica	Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios
2020	Lei 13.984, de 04/04/2020	Estabelecer como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial.

3.5. Populações do Campo, da Floresta e das águas no Brasil

As populações do campo, da floresta e das águas são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo; as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2012a).

A realidade rural brasileira observada na atualidade é resultado de sua história econômica, política e cultural marcada pela concentração de terra e de riqueza, pelo uso dos recursos naturais, muitas vezes de forma não sustentável, pela escravidão e pelo trabalho análogo a essa condição, pelas lutas e extermínio de povos indígenas, pela marginalização de famílias e mulheres camponesas e pelos conflitos populares de resistência (BRASIL, 2012a).

A população rural brasileira, em constantes transformações desde o século passado, quando o país passou pelo processo de migração intensificado das pessoas dessas áreas em direção às áreas urbanas em busca de colocações no mercado de trabalho, caracteriza-se por uma diversidade de raças/etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e biodiversidade. Nesse contexto encontram-se populações tradicionais quilombolas, povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2012a). Somam-se a essas populações os grupos de migrantes que chegaram de outros países, principalmente após a segunda Grande Guerra e se dedicaram às atividades rurais, substituindo o trabalho escravo nas lavouras de café e de outros cultivos.

Nesses territórios os eventos violentos relacionados a conflitos pela posse e propriedade da terra são uma realidade que historicamente tem atingido essas populações no Brasil. As lutas populares de resistência ao modelo autoritário e repressor imposto a essas populações também fazem parte dessa história, entre elas destacam-se Canudos, Quilombos, Ligas Camponesas e, atualmente, os diversos movimentos sociais do campo e da floresta.

Devido às distâncias e à dispersão populacional nessas áreas brasileiras, sua população encontra grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço da rede de serviços intersetorial para a atenção à saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde criou o Grupo da Terra, em 2005, como um espaço de diálogo entre a gestão do SUS e os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, visando atender às necessidades de atenção à saúde dessas populações. O resultado deste trabalho foi a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866, de 2011. Em 2014, a Portaria nº2.311/2014 incluiu o termo “águas” na denominação da Política, que passou a ser denominada Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

Esta política foi uma conquista que previu: 1) melhorar o nível de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, pela implementação de ações que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual no acesso aos serviços de saúde; 2) reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; 3) melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2011).

A política é composta por quatro eixos: 1) Acesso das populações do campo, da floresta e das águas na Atenção à Saúde; 2) Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo, da floresta e das águas; 3) Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas; 4) Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas.

Apesar da produção de noções como o de desenvolvimento sustentável e os acordos internacionais que pautam agendas políticas, movimentos sociais, políticas públicas e a própria saúde coletiva, ainda há muito o que avançar no sentido incorporar

os sujeitos coletivos nos conhecimentos produzidos (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014).

A proposição dessa política trata-se de um caminho que abre espaço ao diálogo entre os saberes científicos e os populares para que, de forma intra e intersetorial sejam propostas estratégias para maximizar os ganhos em saúde.

No espaço político predominam os interesses das grandes corporações nacionais, do sistema financeiro, de latifundiários, de empresas multinacionais que desafiam a construção de uma perspectiva ecológica, solidária e democrática. Atualmente, a economia do campo tem se voltado ao desenvolvimento de forças produtivas, com forte acúmulo de poder político dos empreendedores e promotores da política econômica. Além disso, uma precária política ambiental de sustentabilidade vinculada a uma política social assistencialista (NOVAIS e FREITAS 2019).

Em 2019, entidades governamentais e movimentos populares do campo de todo o país estiveram reunidos para discutir os rumos da política agrária no Brasil diante do avanço do agronegócio enquanto modelo econômico de exploração e padronização da cultura camponesa impulsionado pelo governo atual. Lideranças camponesas, quilombolas, indígenas, sindicais, políticas, pesquisadores e parlamentares uniram esforços para pensar uma plataforma comum que possa contemplar as pautas ambientais e agrárias e um compromisso das instituições que representavam (NOVAIS e FREITAS 2019).

O evento foi realizado na Escola Nacional Florestan Fernandes, em Guararema, São Paulo e finalizou com um ato político e a leitura de uma carta dirigida ao povo brasileiro, com denúncias e compromissos assumidos durante os três dias de debates.

Destacam-se na “Carta Terra, Território, Diversidade e Lutas” as denúncias de aumento do desmatamento, a liberação e uso de agrotóxicos, o aumento da violência contra as mulheres (feminicídio) e a população LGBT, o genocídio da juventude negra e a violência no campo. Além disso, o aumento do desemprego, a retirada de direitos trabalhistas e a exploração de recursos públicos e bens naturais. Entre outros pontos, os participantes reafirmaram ser contra retrocessos nas políticas públicas conquistadas pelos trabalhadores e povos do campo, águas e florestas, contra a violação dos direitos humanos, a violência, a liberação da posse e porte de armas, o racismo, o machismo, o ódio e todas as formas de discriminação. Para finalizar se comprometem a trabalhar na construção de um novo projeto para o campo, com ênfase nas mulheres, jovens e negros, na terra e territórios, na educação, na soberania alimentar, na cooperação e na agroecologia.

3.6. Violência contra a mulher de campos, florestas e águas: ajustando o foco

A violência contra a mulher do campo, floresta e águas está muito presente nas relações intrafamiliares e de gênero. Esta situação, por muito tempo permaneceu invisibilizada nas políticas e na produção científica sobre essas populações, o que reflete na escassez de publicações sobre o tema, que considere os significados e as consequências da violência para elas, assim como das estratégias de enfrentamento construídas no âmbito das comunidades (SOUZA e HENRIQUES, 2019).

Dados da Central de Atendimento à Mulher (Disque 180), da Secretaria de Políticas para as Mulheres, de janeiro a junho de 2011, mostram que 2,4% dos casos atendidos foram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Entre elas, 19,4% relataram violência doméstica e familiar, manifestas por violência física, psicológica, moral, sexual, patrimonial e cárcere privado (BRASIL, 2011).

Em estudo realizado com 514 mulheres camponesas de Santa Catarina (SCHIAVINI, 2002, citado por SCOTT, RODRIGUES e SARAIVA, 2010), 34% relataram que conhecem alguma mulher que sofreu violência sexual (estupro), 15% das agricultoras rurais foram espancadas pelos maridos ou namorados, 53% sofreram violência psicológica, 34% delas disseram que foram humilhadas por serem agricultoras e 64% revelaram que não possuem autonomia para tomar decisões.

No período de 2010 a 2012, foram notificados 367.435 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil, sendo que apenas 5,45% desses casos se referem a pessoas que viviam no campo. Em relação ao total de notificações 12.710 casos envolviam pessoas do sexo feminino residentes em área rural, destas 56,6% tinham entre 18 e 59 anos de idade, 43,6% tinham ensino fundamental incompleto, 35,4% tinham companheiros; 32,5% foram agredidas por seus companheiros atuais ou ex-companheiros, 13,2% por outros familiares; e em 65,2% dos casos a violência ocorreu no interior da residência. A violência mais frequente foi a física (62,6%) (CARNEIRO, PESSOA e TEIXEIRA, 2017).

As mulheres que vivem nesses territórios específicos enfrentam ainda os desafios geográficos que muitas vezes dificulta o acesso aos serviços que podem se localizar muito distantes ou até mesmo inexistir uma rede especializada de atendimento nas proximidades (GROSSI et al., 2014). Aliado a isso, a naturalização da submissão da

mulher ao homem e da presença de violência nessa relação é uma questão cultural muito presente em algumas dessas comunidades. O isolamento de algumas comunidades rurais e essas questões culturais, têm sido destacados na literatura como fatores que permitem aos agressores impor privações de liberdade e distanciamento do grupo social familiar, o que vulnerabiliza ainda mais as mulheres e dificulta a busca de ajuda (SAGOT, 2007).

No estudo realizado por Grossi et al. (2014) identificou-se que “não se queixar” da violência, no caso das mulheres rurais, parece demonstrar conformismo com o papel social a elas reservado, de reprodução biológica, afazeres domésticos e da lavoura, subordinação e obediência aos homens (pais e companheiros). Para Costa (2012), que estudou mulheres em municípios rurais no Rio Grande do Sul, a partir da visão dos profissionais de saúde da rede local, a violência contra a mulher rural é considerada como “destino de gênero”, sem espaço para desconformidades.

Assim como para as mulheres que vivem em áreas urbanas, para as mulheres do campo, florestas e águas as violências se expressam nas mais diversas formas e tipificação, desde a violência física e/ou sexual até a violência cultural (NOVAIS e FREITAS, 2019). As políticas e legislações já existentes têm pouco ou nenhum alcance para estas mulheres, faltam acesso à informação e ações voltadas a buscar dados e gerar informações reais de violência contra estas mulheres.

A invisibilidade da violência que as atinge também se revela mesmo quando há denúncias de violação de direitos contra elas, pois é um tema pouco focalizado por pesquisadores e pela mídia nacional. No entanto, os movimentos de mulheres do campo e das florestas têm atuado bravamente no enfrentamento à violência e na proposição de pautas na agenda governamental, exigindo respostas e elaboração de ações de

enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e das florestas (BRASIL, 2011).

Um exemplo de ação coletiva do movimento de mulheres do campo é a Marcha das Margaridas, uma das maiores manifestações populares brasileiras na atualidade, que tem como uma de suas pautas a equidade de gênero e o enfrentamento da violência contra as mulheres (CAMPOS e BRASIL, 2017).

A Marcha das Margaridas agregou mais de 100 mil mulheres de todas as regiões brasileiras, em Brasília no ano de 2015. Seu objetivo foi avançar no debate sobre o “combate à pobreza, no enfrentamento à violência contra as mulheres, na defesa da soberania alimentar e nutricional e na construção de uma sociedade sem preconceitos de gênero, de cor, de raça e de etnia, sem homofobia e sem intolerância religiosa” (CONTAG, 2015).

Segundo Daron (2009) as lutas dessas mulheres representam marcos fundamentais para a transformação da realidade violenta vivenciada por elas, que historicamente foram consideradas como “mão de obra invisível” na agricultura brasileira, vivendo à “sombra dos maridos” sem reconhecimento profissional e sem direitos de cidadania.

A extinta Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, atendendo às reivindicações dos movimentos de trabalhadoras rurais, publicou em 2011, as Diretrizes e Ações de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011) que retomaram a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a; 2011b).

Dentre essas diretrizes destacam-se: 1) Implementar ações para desconstrução dos estereótipos de gênero e modificação dos padrões sexistas, que impõem desigualdades de poder entre homens e mulheres e violência de gênero contemplando as especificidades do campo e da floresta; 2) Criar condições para a implementação da Lei Maria da Penha no campo e na floresta; 3) Proporcionar às mulheres do campo e da floresta o atendimento humanizado, integral e qualificado na rede de atendimento às mulheres em situação de violência; 4) Garantir o acesso das mulheres do campo e floresta a todos os serviços da rede de atendimento; 5) Ampliar a capilaridade do atendimento às mulheres do campo e da floresta, por meio da capacitação dos serviços especializados e não especializados da rede de atendimento à mulher em situação de violência (em especial, os da rede de saúde e da rede socioassistencial) (BRASIL, 2011, p.28).

Segundo Souza e Henriques (2019),

“A rede de enfrentamento à violência contra a mulher deve ser compreendida como um esforço de articulação entre os diversos setores responsáveis pela gestão e execução das políticas transversais direcionadas às mulheres em situação de violência. Sua constituição inclui atores públicos e privados, formais e informais, responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação dessas políticas; pelos serviços e programas de responsabilização dos agressores e pelo atendimento às vítimas; pelas secretarias federais, estaduais e municipais e pelas universidades. Essa articulação deve ser projetada de forma estratégica para que as vítimas sejam atendidas no combate, prevenção, assistência e garantia de direitos” (p. 47).

Para as mulheres que vivem nesses territórios, os equipamentos da política de assistência social têm sido um aliado importante no enfrentamento às situações de violência.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa que pretende dar voz a um grupo social específico - as mulheres brasileiras do campo, das florestas e das águas - sobre a violência contra a mulher e as possibilidades de atenção nos serviços da rede de proteção às mulheres em situação de violência.

Como se trata de uma questão social, que afeta a saúde física e mental das mulheres e afeta de formas diferentes as que vivem em contextos sociais desfavoráveis, é fundamental valorizar a visão, as interpretações e as atitudes dessas mulheres.

A forma de abordagem selecionada baseou-se no que afirma Minayo (2012, p.623) que:

“para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo (...), mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura”.

Desse modo, considera-se que as vivências e os discursos de mulheres que têm seus modos de vida, produção e reprodução social distintos daquelas amplamente retratadas nos estudos da área da saúde (as que vivem em grandes cidades e regiões metropolitanas altamente urbanizadas) podem fornecer um rico material de análise para reflexões acerca da violência contra a mulher e das possibilidades de intervenções.

A presente dissertação analisa dados de uma pesquisa maior, de âmbito nacional, intitulada “Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência – Para Elas, Por Eles,

Por Nós”, desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Ministério da Saúde. A pesquisa maior teve o objetivo de formar profissionais voltados para a atenção de saúde integral e humanizados à mulher em situação de violência. Propôs ainda um conjunto de atividades relacionadas à: a) capacitação de profissionais, segundo diferentes modalidades; b) pesquisa sobre a estrutura e funcionamento da rede nacional, assim como o perfil e a concepção dos profissionais e gestores de saúde envolvidos; c) avaliação do efeito do projeto na rede; e d) produção de material didático.

Para a presente dissertação, lançou-se mão das informações de 34 entrevistas realizadas com mulheres brasileiras, em oito municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, nas macrorregiões de Campo, Floresta e Águas. São eles: Igarapé Mirim/PA, Augustinópolis/TO e Cruzeiro do Sul/AC, na Região Norte; Santana do Matos/RN e Irecê/BA, na Região Nordeste; Posse/GO, na Região Centro-Oeste; São Mateus/ES, na Região Sudeste; e São Lourenço do Sul/RS, na Região Sul.

Foram incluídas mulheres líderes comunitárias, mulheres em situação de vulnerabilidades, vítimas de violência e profissionais de saúde, previamente identificadas pelos profissionais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e/ou das Estratégias de Saúde da Família (ESF). O trabalho de campo foi realizado entre os meses de maio a dezembro de 2016 por um grupo de pesquisadores treinados que, nesta fase da pesquisa, visitaram os municípios e lá permaneceram por cerca de 3 a 4 dias para a realização das entrevistas.

Segundo Rubin e Rubin, podemos considerar as entrevistas como mista pois havia um roteiro de perguntas para nortear o entrevistador, mas foi permitido às

entrevistadas o discurso livre, o relato da história de vida sem interrupções para percepção das histórias de vida e suas marcas ao longo da trajetória de vida. Este método permite ao entrevistado a possibilidade de falar sobre um determinado tema sem se prender às perguntas, que são planejadas para guiar o entrevistador em uma conversa com finalidade, conforme Minayo (2004). Neste sentido também, baseado na obra de Chizzoti, podemos classificar as entrevistas como “Não Diretivas”, pois foram baseadas no discurso livre do entrevistado. O roteiro usado para a entrevista continha questões que visavam a identificar o entendimento das mulheres sobre violência, suas diferentes formas de expressão, como preveni-la e superá-la, o conhecimento sobre os serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência, as ações que são ofertadas nesses serviços e as dificuldades e facilidades na atenção às mulheres em situação de violência (roteiro anexo 1).

O objetivo foi colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre o enfrentamento da violência contra a mulher, mais especificamente em relação às mulheres das regiões de campos, florestas e águas. As entrevistas tiveram duração que variou de 25 a 40 minutos e foram realizadas pela equipe treinada que viajou para as distintas regiões geográficas do país.

As entrevistas foram agendadas previamente com as mulheres e realizadas em local que fosse mais conveniente para cada uma delas, de forma individual. Algumas entrevistas aconteceram em suas residências, outras no CRAS e outras em Unidades de Saúde. Essa diversidade de locais foi uma estratégia para garantir a segurança, privacidade e individualidade das entrevistadas. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e revisadas, levando em consideração as expressões

regionais, pausas e outras atitudes que poderiam ajudar na compreensão de suas experiências e percepções.

Após esta etapa, os depoimentos foram organizados em bancos de dados no *Microsoft Office – Word*, de acordo com a região geográfica e os temas destacados no roteiro semiestruturado. A forma de análise dos dados seguiu os princípios da Análise de Conteúdo, modalidade temática adaptada da proposta original de Bardin por Minayo (2004) em sua obra “O Desafio do Conhecimento”. As etapas percorridas para a análise foram leitura exaustiva do material para a compreensão das experiências relatadas; identificação das diferentes ideias e sentidos contidos nas respostas a cada pergunta para posterior comparação; e descrição dos principais significados atribuídos pelas mulheres às questões propostas. Após estas etapas, os resultados foram discutidos à luz da literatura da área da saúde coletiva.

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a descrever uma breve caracterização das narrativas de violência das mulheres entrevistadas, as percepções delas sobre violência contra a mulher, as estratégias de enfrentamento e superação encontradas por elas na rede de proteção, e particularidades nas percepções das mulheres segundo regiões geográficas brasileiras.

Os trechos das entrevistas, incluídos na apresentação dos resultados e discussão, para retratar as percepções das mulheres entrevistadas foram identificados usando uma codificação que atribuiu nomes fictícios a todas as participantes da pesquisa. O objetivo da atribuição de codinomes foi preservar a identidade das mulheres e garantir o anonimato das entrevistadas.

Como resultado do trabalho exploratório de revisão da literatura para construir o referencial teórico da presente dissertação, realizou-se a resenha crítica de um livro que

buscou registrar a criação do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, denominado OBTEIA, assim como as lutas para a construção de uma política nacional que contemple a saúde dessas populações, e para garantir os direitos de existência, saúde, cultura e territórios. O artigo foi uma produção realizada no âmbito dessa dissertação, publicado na revista Cadernos de Saúde Pública, com o título “Ações intersetoriais para implementação de políticas públicas dirigidas às populações do campo, da floresta e das águas no Brasil” (Apêndice 1).

A pesquisa maior, que cedeu os dados para o recorte analisado na presente dissertação, foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 14187513.0.0000.5149) (Anexo 2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta os resultados e discussão das análises das entrevistas realizadas com mulheres brasileiras que vivem em regiões de campos, florestas e águas. Um total de 34 entrevistas foram analisadas no presente trabalho, conforme se observa no Tabela 1, que apresenta a distribuição dessas mulheres segundo região geográfica e população com a qual elas foram identificadas. A maioria das participantes são da região Norte do país.

Tabela 1. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo região geográfica, município e população/território. Brasil, 2016.

Região	Cidade	População/território	Número de entrevistas
Norte	Augustinópolis/TO	Florestas	5
	Cruzeiro do Sul/AC	Florestas/Águas	4
	Igarapé-Miri/PA	Florestas/Águas	3
Nordeste	Santana do Matos/RN	Campos	2
	Irecê/BA	Campos	4
Centro-Oeste	Posse/GO	Campos	5
Sudeste	São Mateus/ES	Campos	6
Sul	São Lourenço do Sul/RS	Campos	5
Total			34

A seguir apresentam-se uma breve caracterização das mulheres participantes do estudo, suas percepções sobre violência contra a mulher e as possibilidades de atenção encontradas na rede de proteção às pessoas em situação de violência. Posteriormente realiza-se uma análise comparativa das principais semelhanças e diferenças encontradas segundo região do país.

5.1. Mulheres brasileiras de campos, florestas e águas e suas experiências de violência: breve caracterização

Na **Região Norte** foram entrevistadas 12 mulheres de três Estados distintos. Em Augustinópolis/TO participaram cinco mulheres, algumas vítimas de violência que superaram a situação e outras mulheres líderes em suas comunidades. Nesta cidade existe a tradição das “Quebradeiras de Coco” que se organizam em associações e se empenham na luta para manter as tradições e passar os costumes para os mais jovens. Em suas falas, elas destacam a importância de seu trabalho como caminho para o empoderamento das mulheres contra a dominação masculina, tanto dentro de casa como na sociedade.

Em Cruzeiro do Sul/AC e em Igarapé-Miri/PA, as histórias de vida das mulheres entrevistadas remetem à convivência diária com a violência no ambiente familiar, em que o pai é o autor das agressões contra a mãe e contra as filhas, e os irmãos seguem o mesmo comportamento em relação às irmãs. É possível também identificar nos relatos situações de abuso sexual infantil provocado por familiares. Apresentam um perfil de baixa escolaridade e uma conseqüente simplicidade ao falar. Todas têm a agricultura como meio de subsistência e realizam a colheita de açaí, cacau e a revenda dos produtos nos mercados. O transporte hidroviário marca as experiências de vida e os deslocamentos nas histórias relatadas por elas.

Nestas cidades, as histórias narradas por algumas mulheres revelam casos de doação dos filhos, de maneira informal, devido à falta de condições financeiras para a criação. Elas próprias também passaram pela mesma experiência de serem doadas

quando crianças e, por este motivo, têm dificuldades de informar a própria idade e demonstram que as rupturas familiares advindas dessa vivência são bem dolorosas e trazem muitos traumas, como se observa no trecho a seguir.

“Ele invadiu a casa da minha mãe e disse que ia me matar. Então eu registrei a queixa na delegacia, aí não pude ser a única a criar meu filho, que eu dei pra ele... que eu não tinha condições mesmo de criar ele. (...) Ah, a minha vida foi difícil, porque é de criança que já comecei esse sofrimento (...) não houve felicidade para mim porque foi muito difícil.” (Tulipa – Região Norte)

Além disso, emergiram histórias pessoais de casamento infantil e de relacionamentos precoces, quando tinham de treze a quinze anos de idade, assumidos para “fugir”, para “se libertar” das violências intrafamiliares. Essas meninas tornaram-se mães jovens e com pouquíssima estrutura emocional e financeira para a maternidade, mas todas reconhecem a importância da educação para crescimento pessoal e dos filhos.

Uma dessas mulheres relatou sua história de abuso sexual por parte do próprio pai, com conhecimento da mãe, que não interveio por também ter vivenciado a mesma situação de incesto. A mulher entrevistada, bem jovem, com seis filhos, frutos de abuso sexual, parece não ter ciência da situação de abuso em que vivia, apresenta pouca orientação no tempo e no espaço e, para ela a relação de abuso sexual pelo pai não era tão grave quanto as agressões físicas que o mesmo cometia contra ela e contra seus filhos. Seu relato impressiona pela forma como fala sobre o comprometimento de seus filhos pelo fato de serem fruto de uma relação consanguínea.

“Eu era novinha, novinha quando eu comecei a ter filho. Só não sei também a idade que eu tinha porque eu num prestava atenção em nada. (...) os meus filhos, tem essa de doze anos, só que são umas crianças que não entendem, assim... não têm o entendimento, o saber que outras crianças tem, né, porque eles têm um tipo de deficiência também, porque é como se diz aí é sangue de sangue, aí saiu as crianças assim sem entendimento bom, né?” (Calêndula – Região Norte)

Na **Região Nordeste**, seis mulheres participaram do estudo. Em Santana do Matos/RN foram duas profissionais de saúde, que trabalham em unidades de saúde que atendem a população camponesa. As mulheres potiguares apresentaram realidades de violência no trabalho, muitas relacionadas ao machismo e às violências vivenciadas pelas mulheres que atendiam. São situações de violência intrafamiliar, que envolvem medo e vergonha de denunciar, além de desconhecimento por parte das pacientes sobre o que são situações de violência e como enfrentá-las. Mostram uma visão mais distante da realidade do local onde vivem e trabalham, e que, em alguns momentos se distancia dos dados de violência contra a mulher no Estado, registrados em levantamentos como o Atlas da Violência, de 2019 (CERQUEIRA et al, 2019).

Em Irecê/BA, entre as quatro mulheres entrevistadas, encontram-se as que trabalham com vítimas de violência, líderes nas comunidades em que residem e também mulheres vítimas de violências cometidas pelos pais, irmãos e companheiros. Histórias marcantes que delineiam exemplos de violência física, psicológica, patrimonial, sexual e que desencadeiam consequências como sintomas de depressão, tentativas de autoextermínio, entre outras questões graves de saúde. Apresentam grande dependência econômica, baixo grau de escolaridade, mas uma esperança de dias melhores com os filhos. Em sua maioria, as mulheres vieram o casamento como fuga da violência sofrida em casa, mas acabaram sendo vítimas de mais violência e, novamente sem possibilidades para sair desse ciclo. Entre as mulheres líderes comunitárias, dessa região também foi possível perceber a crença na educação das gerações futuras para o enfrentamento da violência.

Na **Região Centro Oeste**, foram entrevistadas cinco mulheres, que já sofreram algum tipo de violência, a maioria delas apresentou relatos de violência física, mas

também relataram violência psicológica e preconceito pela orientação sexual ou condição social. As entrevistadas tinham baixa condição socioeconômica e todas trabalhavam fora de casa.

A felicidade para uma delas é um sentimento ambíguo, dando a entender que este é um direito reservado a outras pessoas e não a si mesmo. Como estratégia para aliviar o sentimento de não ser amada e de ser abandonada, se dedicam ao cuidado com outras pessoas e ao voluntariado, conforme se observa no depoimento a seguir.

“Nunca achei alguém que me amasse de verdade”. Porque, na verdade, só arrumei pessoas brutas. O meu primeiro marido foi o que me abandonou com minhas filhas, me jogou fora, minha mãe não aceitava em casa... Então tive uma vida muito difícil assim. Mas eu sou uma pessoa bem dedicada, sabe? Eu gosto de ajudar as pessoas... E eu trabalho num ambiente que mais precisa de ajuda, sou voluntária (...). Então, o que me traz alegria é isso. E eu não sou uma pessoa doente, sou uma pessoa sadia, tenho coragem, tenho boa vontade, se os outros é feliz, eu sou feliz pelos outros... Se eu não fui feliz no amor e tudo, mas pelo menos eu tenho essa facilidade de poder ajudar alguém. E, assim, agora eu... eu não sou feliz.” (Amarílis – Região Centro-Oeste)

É interessante destacar o fato de que essas mulheres têm grande apego aos filhos e, por isso, eles são a razão pelo fim de um casamento ou pela continuidade do mesmo. Os filhos são o motivo do esforço diário na vida e esperam que eles não passem pelas situações difíceis que elas vivem ou viveram.

Na **Região Sudeste**, foram entrevistadas seis mulheres. Eram camponesas, moradoras de assentamento, ligadas ao Movimento sem Terra e moradoras de comunidades quilombolas.

As participantes desta região se destacaram pela preocupação com as outras mulheres e com as comunidades nas quais estão inseridas ou representam. Todas falaram da convivência familiar, da centralidade da família em suas vidas e do papel

que ocupam na estrutura familiar, na criação dos filhos e na produção agrícola de subsistência ou de cooperativas.

Uma dessas mulheres conta um pouco da sua trajetória de formação muito imbricada com a história de formação do assentamento e da luta pela terra no Estado do Espírito Santo:

“É uma história bem característica dos sem-terra mesmo. Eu participei da primeira turma de Escola em Alternância nas áreas de Reforma Agrária no Espírito Santo e no Brasil. É... foi na escola de primeiro grau que existe lá até hoje. (...) e depois, eu tenho o ensino médio, técnico em agropecuária, que também foi uma primeira turma, em parceria com a UFES, na época com o Pronera, aí aconteceu esse curso que durou quatro anos, de 2003 a 2007. E depois, em 2009, fiz um, um pós-médio em Saúde, pra População do Campo, é uma parceria do Movimento Sem Terra, setor de Saúde com a Fiocruz e Ministério da Saúde. Então... eu sou camponesa, trabalho com a terra, produção de café e pimenta, mas assim, com o que a gente chama de Quintal Produtivo, né...” (Hortência – Região Sudeste)

Além da preocupação com a formação pessoal e com a educação das mulheres na região onde fazem parte, destaca-se também a experiência com meninas adolescentes que vivem em condições muito preocupantes com relatos de gravidez precoce e uma vida sem muitas perspectivas, na zona rural do município:

“Não têm muito esclarecimento... Chega a ser, nesta comunidade, bem próxima à minha, aonde eu tenho bastante conhecimento com as famílias, de que as meninas chegando seus treze anos, concluindo sua quarta série do ensino fundamental, elas já tão prontas para dona de casa, para ser esposa, então elas não precisam estudar mais. E ali elas ficam nas famílias, logo arrumam namorado e logo formam família com quatorze, quinze anos.” (Dália – Região Sudeste)

Na **Região Sul**, as cinco entrevistas aconteceram no Estado do Rio Grande do Sul. Foram entrevistadas mulheres camponesas moradoras de áreas de antigas colônias alemãs e mulheres moradoras de comunidades remanescentes quilombola. Em ambos os territórios há uma forte relação com a agricultura, que é o principal meio de

subsistência. Das mulheres moradoras da comunidade quilombolas, entrevistaram-se as líderes deste território, representantes da comunidade no município e em movimentos estaduais e nacionais. Fica evidente nas falas das mulheres, a referência à antiga estratificação da sociedade brasileira escravocrata, tratam o território de descendentes alemães de “colônia” e a comunidade quilombola de “quilombo”.

Nas histórias de vida de mulheres de territórios tão diferentes, destacam-se a forte referência aos papéis sociais bem marcados de homens e mulheres, as vivências de violência doméstica e a referência ao etilismo. Os depoimentos a seguir demonstram a realidade dessas mulheres inseridas em culturas bem diversas.

“Bom, na minha comunidade são a maioria descendentes de pomeranos e alemães, né? E lá a gente tem, pela cultura, né, nós temos, geralmente as famílias têm os papéis da mulher e do homem bem definidos, diferentes assim, sabe? A gente não tem muito essa questão que a mulher trabalha fora de casa, que o homem ajuda em casa, lá ainda é como era antigamente. O homem trabalha, a mulher fica em casa; ou, se a mulher trabalha, a mulher também tem que fazer o serviço de casa e o homem não o faz porque acha que aquilo não é serviço de homem.” (Camélia – Região Sul)

“Minha história não foi muito boa pra começar, porque eu vivi assim numa família sempre de brigas, mais do meu pai com a minha mãe. O meu pai, antes de ser alcoólatra, ele já era machista, então vivia batendo na minha mãe, tanto que ela queria separar, meus avós não deixaram porque naquela época era feio pra família. Então ela teve que submeter a ficar junto com ele, mas assim, dinheiro ele não dava pra dentro de casa, minha mãe tinha que sair pra um lado e pro outro, trabalhar na lavoura, arrancar batata, teve que um tempo deixar nós sozinhos pra trabalhar. (...) Eu não me lembro de ter sentado e ter um pai pra conversar, pra brincar; quando ele vinha sentar pra conversar era pedir dinheiro pra comprar cachaça. (Gerânio – Região Sul)

Mas as histórias de vida trazem também bastante representatividade para as mulheres do campo daquele território e de todo o Brasil, pois demonstram a luta pela garantia dos direitos do cidadão brasileiro. Todas buscam a formação para desempenhar o trabalho nas próprias comunidades em que vivem. São agricultoras, professoras, agentes comunitárias de saúde, pedagogas, assistentes sociais e agricultoras.

5.2. Percepções de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas sobre violência contra a mulher

As mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas caracterizaram a violência contra a mulher como violência doméstica que se expressa pela violência física e sexual e pode ser cometida por filhos ou companheiros. Citaram também a homofobia, a violência psicológica, que inclui menosprezo, ofensas, humilhações, ameaças e a negação de direitos. Além da violência que ocorre no interior dos lares, citam as que ocorrem em diversos ambientes como na rua e no trabalho e a violência urbana, incluindo homicídios, roubos e violência no trânsito.

Algumas mulheres líderes, entrevistadas na Região Norte, diferenciam bem as violências física e psicológica, identificando o contexto intrafamiliar como o local onde mais ocorrem, nas relações conjugais e familiares.

Em alguns relatos, aparecem além da violência conjugal a violência de filhos contra a mãe. Esses depoimentos são carregados de sentimentos ambíguos, que revelam a busca por entender as motivações da violência e ao mesmo tempo de revolta pelas agressões praticadas pelo próprio filho: *“Aí eu não sei se é só a cachaça. Aí eu fico sem saber responder por quê, né, que pessoa chega a fazer isso com a mãe, né”* (Violeta – Região Norte).

Ao ser perguntada sobre o que é violência, uma das mulheres respondeu de forma defensiva, temendo um julgamento de sua opinião: *“Talvez você vai discordar com a minha visão e aquilo que eu vivo”* (Dália – Região Sudeste). Este fato pode ser

devido a outras experiências negativas já sofridas ao expor sua opinião e sua situação de violência.

Os relatos das mulheres da Região Norte, dão conta de que a violência contra a mulher ainda é restrita ao lar, revelando um posicionamento de negação das situações de violência nas comunidades. Esses relatos foram observados até mesmo entre mulheres líderes nos territórios. Ao serem questionadas sobre se já presenciaram violências contra mulheres, algumas entrevistadas afirmaram não saber e, dizem até mesmo que não ocorrem situações de violência naquela localidade. No entanto, com o desenvolver das entrevistas observam-se evidências das violências sofridas pelas mulheres daquelas comunidades. Tal fato ilustra o que discutem alguns autores de que a violência contra a mulher ainda não é assunto coletivo em algumas comunidades, que existe uma dicotomia entre o público e o privado (GUIMARÃES e PEDROZA, 2015). Nesse sentido, a violência sofrida pela mulher é vista de forma diferente de outros tipos de violências urbanas, nas quais se acionam a polícia ou outros meios legais para o combate.

As profissionais de saúde entrevistadas na Região Nordeste acreditam que a violência doméstica ocorre predominantemente no interior do Estado, demonstrando que desconhecem a realidade do país e de sua própria região. Segundo o Atlas da Violência (2019), a violência contra as mulheres nas grandes cidades tem índices mais elevados que em regiões do interior dos Estados. Isso pode ser devido às dificuldades de registro nesses locais e também pela ausência de serviços que atendem esses casos (CERQUEIRA et al, 2019). No entanto, a formação da percepção do que seja violência tem sido transformada pelo contato com outras mulheres, pela busca do aprendizado e pela busca de articulação com outros serviços e setores que fazem parte da rede de

proteção no município. Isso demonstra a importância de discutir o tema com profissionais de vários setores, principalmente o da saúde, que atuam diretamente com mulheres e que têm uma oportunidade ímpar para abordar a questão em seus atendimentos. Uma das profissionais entrevistadas relata esta transformação de sua percepção:

“A primeira ideia que eu tinha, a princípio, que seria só a violência física, a parte da agressão. Mas daí quando eu fui no Conselho, no Centro de Referência da Mulher, elas me explicaram os vários tipos de violência. Então por exemplo, a violência doméstica, tem a agressão psicológica, né? São as raivas, são os constrangimentos que a gente passa, as humilhações. Isso não deixa de ser violência.” (Helicônia – Região Nordeste)

Ainda há muito desconhecimento sobre algumas situações de violência específicas como a exploração sexual, por exemplo. Uma das mulheres, indagadas sobre o que é violência, inicia uma reflexão sobre os relacionamentos entre adolescentes, expondo sua dúvida sobre a ocorrência de estupros nesses casos (meninas abaixo de 14 anos). Conta também sobre festas que costumam ocorrer na região em que acredita acontecer exploração sexual e expõe sua preocupação em conversar sobre isso com as pessoas da comunidade.

Diversas questões foram mencionadas como motivadoras da violência sofrida pelas mulheres, entre elas a cultura do machismo, o uso e abuso de álcool e outras drogas, a submissão das mulheres aos homens, o comportamento da mulher em determinados espaços, entre outras. Algumas falas demonstram a naturalização dessas motivações e da própria violência.

A religiosidade é muito presente nas vivências e nos relatos de algumas mulheres. Neste sentido, a violência foi relatada como “falta de Deus”, “ação do

demônio” e passar por situações de violência, “é sacrifício”. Um dos depoimentos foi bastante surpreendente em relação à conduta da comunidade e da igreja.

“A gente soube que foi o cunhado que violentou a irmã da mulher dele, tinha uns doze, treze anos. Mas a igreja... ninguém denunciou nada porque disseram que era o demônio que estava no corpo dele, por isso que ele violentou. Porque isso tudo, em relação à igreja, tudo é demônio, não é em relação a eles em si não, é demônio.” (Gerânio – Região Sul).

Para algumas mulheres, a violência parece ter razão de ser pela natureza do homem e pelo comportamento da mulher. A postura “exemplar” de uma mulher de família, a roupa que veste, com quem e por onde anda são aspectos ainda muito presentes na compreensão das relações desiguais de gênero vivenciadas por elas. Tudo isso reforça uma visão equivocada de que a vítima tem culpa da violência que sofreu. Essa visão é amplamente reforçada pela cultura machista muito marcante em algumas regiões, novamente reforçando a teoria do *habitus* de Bordieu, citado por Arruda e Luz (2013). Os depoimentos a seguir retratam essas percepções entre as mulheres das diferentes regiões.

“Eu vejo assim, o homem, ele tem a natureza humana, a carne deseja. Então, se o homem já não pode ver uma mulher, e aí já vê ela seminua, o quê que ele vai querer? Eu digo isso, sabe por quê? (...) muitas veze é porque o homem tem a natureza mesmo animal, né? A natureza humana, entendeu? (...) Então, eu acho, o vestuário, o modo da pessoa também chama atenção, atrai as pessoas.” (Acácia – Região Centro-Oeste)

“Na minha região, eu vejo assim: a mulher, hoje, se tornou objeto; não vou lhe dizer que seja pela necessidade, (...) aonde a mulher se coloca no seu lugar, não há violência. Agora, aonde a mulher se deixa levar ou se expõe, é mais fácil ela encontrar alguém que vá em busca do abuso sexual, da exploração...até no trabalho. (...) então, eu acho que a violência hoje está na mulher, é ela que é a provocante (...) que se ela tiver preparada para a vida, ela vai tentar se corrigir ou viver uma vida com menos riscos. Então, eu não estou condenando não as mulheres, eu acho que nós precisamos muito ainda de formação pessoal para formar o caráter da pessoa, o ser da pessoa.” (Dália – Região Sudeste)

“Porque eu acho que é isso que o homem entende assim que, quando vê uma mulher de short curto, seminua, dançando numa festa, se insinuando pra ele de alguma forma, ele acha que se ele não for lá e não fizer aquilo, ele vai deixar de ser homem por isso. E tudo eles terminam respondendo e agindo de uma forma agressiva, que nunca é o que a gente espera. A gente tem uma parcela de culpa muito grande nisso. Porque na hora que a gente não denuncia, não vai atrás, não existe punição. E quem não é punido, não aprende, né?” (Camomila – Região Nordeste)

A cultura de dominação, superioridade e posse dos homens em relação às mulheres e, por outro lado, a submissão delas, também foram lembradas por algumas mulheres como motivação para as violências sofridas. Além disso, a desigualdade de gênero que marca as relações interpessoais e de trabalho. Dois depoimentos destacaram essas questões:

“Eu acho que passa pelo sentimento de posse, domínio. Você tem que subjugar. ‘Olha, eu quero fazer sexo’. A mulher: ‘Não, não quero’. Seja quem for, pelo motivo que for... então, você parte pra agressão. É uma coisa assim... de muito egoísmo, de controle, de posse, que tem que submeter que tem que fazer o que eu quero.” (Glicínia – Região Nordeste)

“A reprodução dessa cultura, que a gente ainda tem, de que o homem é que manda e a mulher que obedece, como a gente tem até hoje os salários, a gente tem uma diferença de salários, o homem ganha mais que a mulher, né?” (Camélia – Região Sul)

Uma das entrevistadas apresentou a noção de associação entre desigualdade de gênero, machismo e violência. Em sua fala destacou-se a cultura do machismo como uma “herança intergeracional” que dificulta a educação dos filhos, como se pode ver no trecho abaixo:

“Eu sou mãe de menino e eu sei como é difícil a gente separar a cultura... Né? Porque por mais que eu saiba o que é machista e o que não é, operacionalizar é difícil, às vezes. (...) eu sou totalmente orientada e às vezes eu me pego com alguma atitude de educação do meu filho, machista. Nem me cobro tanto, porque nasci e me criei dentro, né, numa cultura machista, mas acho que sou muito menos do que minha mãe, do que minha avó. Mas, assim, eu acho que referência em relação à forma como tratar a mulher, a gente já consegue já consegue passar de uma forma muito diferente.” (Camomila – Região Nordeste)

“Nossa região aqui é muito machista. Se um homem compartilha as coisas com a esposa dele, os outros criticam, dizem: ‘é pau mandado’, ‘ele é mandado pela mulher’”. (Cravo – Região Nordeste)

O uso abusivo de álcool e outras drogas foi citado por várias entrevistadas como causa para violência. O etilismo é uma motivação evidenciada pela literatura assim como o uso abusivo de drogas. Vieira et al. (2014), chamam a atenção de que, em um estudo analisado por eles, o resultado encontrado mostra que as agressões aumentam 6,5 vezes quando o agressor está sob efeito da droga. Outra questão levantada que converge com os relatos das mulheres entrevistadas é que o uso de álcool é muito frequente no lazer das pessoas de algumas comunidades e, que desde criança, o homem aprende a consumir álcool e este é um hábito naturalizado por todos. A seguir alguns trechos de depoimentos que retratam as vivências de violência envolvendo etilismo e abuso de substâncias psicoativas.

“O meu pai só tinha o agravante da cachaça. E... é onde vinha a questão da violência doméstica. Começou desde a infância porque, meu pai era um homem maravilhoso, mas quando bebia se transformava.” (Copo de Leite – Região Nordeste)

“Meu marido bebia e a minha sogra também. Eu sofria violência sim, aí ele me maltratava, às vezes eu chegava do meu serviço e ele me agredia assim. Eu trazia as coisas do supermercado para meus filhos, ele atirava tudo, jogava as coisas em mim quando eu chegava e ele estava bêbado. Aí depois eu me obriguei a separar, fiquei com os meus dois filhos, criei eles sozinha.” (Gérbera – Região Sul)

“Eu acho que são as drogas. Vejo na televisão a mãe botar corrente na perna do filho, pro filho não sair de casa ou às vezes um filho agredindo, vendendo tudo que tem dentro de casa por causa de uma droga. Aí depois, um dia eu escutei uma mulher... o homem matando a mulher, aí eu fico me perguntando o motivo.” (Girassol – Região Sul)

É interessante destacar que apesar das mulheres associarem o uso abusivo de substâncias psicoativas como motivadoras para as violências, alguns trabalhos discutem que seu uso é um fator de risco para a violência intrafamiliar. As violências associadas

ao uso de álcool são a física, psicológica e sexual. No entanto, provavelmente se trata de uma relação complexa que envolve diversos fatores como biológicos, psicológicos e sociais (SCHENKER e CONSTANTINO, 2017).

A influência da mídia, principalmente da televisão, na propagação de notícias violentas foi citada por uma entrevistada, que relatou dificuldades na educação de crianças e adolescentes. Uma das entrevistadas da região Sul do Brasil, crê que a violência é muito mostrada nas novelas, nos noticiários e em outros programas de TV. Nesse sentido, atribui à mídia a responsabilidade de reforçar a violência que ocorre “mundo afora”.

A homofobia também foi citada por uma das entrevistas como consequência da cultura machista da sociedade. Seu depoimento carrega as marcas da discriminação e da violência que sofre.

“Por mais que a nossa sociedade hoje está um pouco mais aberta, mas ela ainda é muito machista, entendeu? A cultura é muito machista. Então, tem essa violência que é a agressão física mesmo, mas também tem a violência de apontar o dedo e falar. Infelizmente, os termos que eles usam são termos pejorativos, né? No caso, que é sapatão, é, infelizmente, é viado, esse tipo de coisa. Isso aí, na verdade também ofende a gente. Isso também pra mim é um tipo de violência.” (Açucena – Região Centro-Oeste).

Algumas mulheres falaram sobre as consequências da violência sofrida, como a baixa autoestima, os sentimentos de depressão e desvalorização. Os trechos a seguir retratam bem a questão das repercussões das violências na saúde mental das mulheres em situação de violência.

“Então, para mim, hoje, situações em termo de famílias, de casais, a violência oral tem sido pior que a própria agressão, sabe? Porque isso mexe com o psicológico, com o emocional da pessoa. Traz a pessoa a um estado mesmo até assim de depressão. Eu

creio que por isso que muitas mulheres se entregam à depressão, muitas mulheres se prendem dentro de si, não consegue ser feliz.” (Prímula – Região Norte)

“Não, eu não tento passar porque vai sofrimento pra ele e vai mais sofrimento pra mim. Então, quando eu me lembro assim me dá vontade de eu chorar, então eu prefiro ficar em silêncio”. (Tulipa – Região Norte)

“E ele me ameaçava de morte direto, direto. Eu só queria ficar feia, feia, feia, até ele não me querer, queria que ele cansasse de mim... Até hoje eu nunca recuperei minha autoestima do jeito que eu andava. Hoje, quando eu me arrumo, eu desarrumo de novo.” (Cravo – Região Nordeste)

“Nenhum ser humano aguenta por tanto tempo ser menosprezado, ser ofendido, ser humilhado. Então a mulher vai desenvolvendo uma depressão. Isso é muito comum lá onde eu moro. A grande maioria das pessoas com depressão são mulheres. Por quê? Porque além delas trabalharem, lá é lavoura, lá é produção agrícola, principalmente fumo, tabaco... então, as mulheres têm todo o serviço de casa, têm que assistir os filhos, têm que trabalhar na lavoura...E além disso ainda não é valorizada pelo marido, nem pela comunidade.” (Camélia – Região Sul)

Alguns estudos têm mostrado que mulheres vítimas de violência têm mais chance de desenvolver diagnósticos de depressão, ansiedade, insônia e fobia social (GUEDES et al., 2009; SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999). Na revisão sistemática realizada por Silva e Oliveira (2015) ficou constatado que as consequências da violência contra a mulher têm efeitos imediatos, mas também de longo prazo como depressão, tentativas de suicídio, gravidez indesejada, dentre outros. Além disso, destaca-se o comprometimento nas relações sociais (CARNEIRO et al., 2017), o que pode impedi-las de pedir ajuda pelo isolamento social a que é submetida

As consequências da violência conjugal também atingem os filhos que presenciam agressões e também são vítimas da violência doméstica. O impacto da violência nos filhos tem sido destacado na literatura sobre o tema (CARNEIRO et al., 2017; DURAND et al., 2011). Uma das entrevistadas cita até mesmo a tentativa de suicídio do filho como um reflexo da violência que ambos sofreram ao longo da vida.

“Uma mãe que, de repente, apanha do pai, aí o pai está desempregado, ou pode até não estar, mas é agressivo por natureza, bate na mãe, aí a mãe desconta na criança. Sabe? É um ciclo tão nocivo. Eu acho assim tão desgastante...” (Glicínia – Região Nordeste)

“Ele ficava pirraçando a gente na rua, perseguindo...e ele pirraçava meu filho, não dá nada pra meu filho. A culpada sou eu de ter dado um pai desse que não dá atenção. ‘Mas não xingue ele não que ele é seu pai, de qualquer jeito ele é seu pai.’ Aí, nesse tempo...até que no ano passado o meu filho tentou suicídio.” (Cravo – Região Nordeste)

Refazer a vida e os relacionamentos após um rompimento traumático devido a situações de violência conjugal é uma possibilidade percebida pelas mulheres como muito distante. Uma delas externou seus receios de ser novamente vítima de violência e de colocar em risco suas filhas:

“Eu tenho vontade de arrumar um companheiro, né, mas na mesma hora eu cismo... eu tenho medo de chegar a acontecer o que aconteceu comigo, de um cara querer fazer com as minhas filhas, né? Então, eu não quero isso para as minhas filhas, não quero.” (Calêndula – Região Norte)

5.3. Estratégias para enfrentamento da violência contra a mulher: possibilidades e limites

Destaca-se aqui a visão das mulheres brasileiras do campo, floresta e águas sobre as possibilidades de enfrentamento e superação das situações de violência contra a mulher. São diversas estratégias encontradas na rede de proteção formal e informal que foram significativas em suas experiências pessoais e de mulheres de suas comunidades.

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) foram reconhecidos pelas mulheres entrevistadas (vítimas de violência, líderes comunitárias e profissionais de saúde) como um apoio importante às pessoas em situação de violência. As ações do

CRAS mais citadas pelas entrevistadas foram o abrigamento das famílias em instituições parceiras ou por meio do aluguel social e o apoio psicológico realizado em parceria com as unidades básicas de saúde. O CRAS é o equipamento porta de entrada da Política de Assistência Social, geralmente localizado em áreas de maior vulnerabilidade social, oferece serviços com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade. Além disso, promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de serviços de outras áreas como saúde, por exemplo. O trecho a seguir traz um relato de acolhimento e apoio em um abrigo mantido pela prefeitura municipal em parceria com uma ONG.

“Eu fui pra Casa Abrigo e passei quase dois anos (...) tendo apoio, psicólogo daqui e acolá, pra ver se eu chegava num estado, assim, pra me recompor, ter paz, ter sossego, né, pra tirar aquela amargura que hoje ainda pula dentro de mim, mas não consegui ainda tirar. Eu trabalho, graças a Deus. Hoje eu não tenho um, um lar, dizer assim ‘esse lar aqui é meu’, eu não tenho, mas eu espero que um dia eu vou ter, mas hoje eu tenho onde morar, ganhei um aluguel de assistente social, eu não tinha roupa, hoje eu tenho uma roupa, hoje eu tenho onde dormir.” (Tulipa – Região Norte)

O Centro de Referência da Mulher, que faz parte do Programa Mulher: Viver sem Violência, implantado pelo Governo Federal em 2015, criou o Centro de Referência da Mulher, um local com atendimento intersetorial, multi e transdisciplinar para apoio à vítima de violência. Nele, é oferecido apoio assistencial, jurídico e, até mesmo abrigamento para as mulheres e seus filhos, até o desfecho das ações contra o agressor. Inicialmente, o projeto previa a criação de pelo menos um Centro nos municípios pólos dos diversos territórios brasileiros, no entanto, o último foi inaugurado em 2017, no âmbito da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, extinta em 2018. Este Centro de Referência foi destacado por algumas entrevistadas como um local de apoio efetivo às mulheres em situação de violência, conforme o trecho a seguir:

“Então, muitas mulheres aqui nesta cidade passam por isso. Muitas e elas não procuram ajuda. Então o Centro de Referência da Mulher ajuda muito nesta questão”. (Helicônia – Região Nordeste)

Em relação aos serviços oferecidos por organizações não governamentais (ONG), grande parte das mulheres ressaltaram o apoio da Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica. Citaram algumas ações da Pastoral como as que objetivam a subsistência dos filhos, por meio da fórmula para complementação alimentar e da doação de cestas básicas; e a promoção de cursos para formação profissional. Em todas os territórios, foram citados outros serviços de apoio psicológico, formação profissional ou de proteção às mulheres e seus filhos, ligados ao terceiro setor. O trecho a seguir retrata a percepção de uma entrevistada sobre um desses serviços:

“Estou fazendo (curso) de moda feminina. Gosto de costurar (...), mas até hoje não resgatou a minha autoestima. O meu filho tentou suicídio, mas agora tá sendo acompanhado. Eu, aqui [na ONG], e ele lá no CRAS.” (Cravo – Região Nordeste)

As mulheres destacaram a importância de falar das situações vividas nas rodas de conversas, nos grupos de apoio dos lugares de convivência. Para elas, esses momentos fornecem acolhimento e também a consciência de que as situações vivenciadas são formas de violência e precisam ser faladas, tratadas e curadas. Sampaio e Agostini (2014), consideram que o conhecimento quando é imposto, ao invés de construído coletivamente, dificulta a formação de sujeitos-cidadãos críticos, autônomos e responsáveis por sua saúde e bem-estar. Falam do princípio basilar da educação libertadora em que homens e mulheres sejam sujeitos do seu pensar e estar no mundo. O trecho a seguir retrata a experiência de uma mulher entrevistada no grupo de apoio.

“Num dia, numa reunião dessas, eu vim saber que eu fui violentada, eu tinha onze anos e eu não sabia, e se a gente sabe aí tem como falar.” (Lavanda – Região Norte)

Ter consciência dos direitos e das possibilidades de atenção na rede de proteção é um avanço para as mulheres se encorajarem a buscar ajuda para si e para as outras mulheres da comunidade. Isso fica claro nos relatos de algumas delas:

“Porque assim, eu tinha muito medo, se eu denunciasse, eu pensava assim: ‘ele vai me matar’. Então, (...) ninguém tinha coragem de denunciar, ninguém nunca tinha coragem de pegar e denunciar alguém, então era a mesma coisa que eu pensava pra mim. (...) E hoje não, hoje se eu ver um homem batendo na mulher em qualquer lugar, ou em casa, chegando e quebrando tudo, eu ligo pra polícia.” (Tulipa – Região Norte)

“Eu, particularmente, eu procuro meus direitos. Procuro o Conselho [tutelar], polícia... Porque a gente tenta acabar com a violência. Porque se a gente vê e ficar com medo e não falar, gera mais problema.” (Lisianto – Região Norte)

Para algumas delas, a necessidade de romper com o ciclo da violência e até mesmo fazer denúncias de agressões, pode ser educativo para os homens, mas avaliam que esta é uma responsabilidade das mulheres. Araújo (2008) fala da questão do patriarcado, da superioridade masculina nas relações de poder e da submissão da mulher na maior parte do tempo, porém em alguns momentos, a autora demonstra que a mulher utiliza estratégias para sair da submissão habitual, como por exemplo, fazer a denúncia (mesmo que ela retire logo em seguida) e a questão da educação para se fortalecer moralmente e economicamente contra o agressor.

É importante refletir sobre as condições que favorecem ou dificultam o protagonismo da mulher em situação de violência a procurar ajuda em instancias como delegacia ou mesmo em um serviço de saúde. Alguns trabalhos indicam que o medo da reação do companheiro, a perda de seu papel social enquanto mãe e esposa, de perder a guarda de filhos pequenos, de serem responsabilizadas pelo sofrimento que uma separação pode causar, de serem abandonadas e perderem sua casa são questões que geram dúvidas e funcionam como barreiras neste processo (NJAINÉ et al, 2013). Para as mulheres que vivem nos territórios de campo, floresta e água, esses fatores parecem

ser ainda mais intensos por sua condição socioeconômica e pela dependência emocional que muitas têm de seus agressores (companheiros e filhos). Baragatti et al. (2018) destacam que os fatores que motivam as mulheres a buscarem ajuda nos diversos serviços da rede de proteção como as delegacias, por exemplo, estão relacionados com a gravidade das agressões, com o impacto da violência nos filhos e o apoio que recebem da família.

Para as mulheres que conseguiram superar a situação de violência e romper com o relacionamento abusivo, o relato é carregado pelo sentimento de vitória, de alívio pelo fim do sofrimento, de apego a questões religiosas que ajudam a ressignificar suas experiências negativas.

“Ah, é as mulheres que passaram por algum tipo de violência que nem eu passei é ter coragem e ter força de vontade e denunciar o agressor. Fazer qualquer coisa pra deixar de sofrer, né, que nem eu deixei de sofrer, graças a Deus. Eu estou livre dele e tenho muita fé em Deus que eu vou viver livre dele pra sempre, né? Então, as mulheres que sofreram também, né, têm que fazer a parte delas também, né?” (Calêndula – Região Norte)

“Depois que eu separei. Então, foi uma porta aberta que ninguém fecha. Talvez podem vir alevantes... alevantes, que eu digo é perseguição, palavras, ofensas, mas aquilo não me atinge (...) porque eu estou alicerçada, baseada naquilo que Deus abriu pra mim...” (Acácia - Região Centro-Oeste).

Ribeiro e Oliveira (2017) destacam em sua revisão de literatura sobre o tema, que a religião tem sido abordada como um fator de proteção quando aliado a ela existe suporte familiar, dos amigos e da rede de proteção. Além disso, também foi apontada como um importante meio de ressignificação do sofrimento. Essas autoras destacam também os impactos positivos da espiritualidade na saúde mental e no oferecimento de subsídios para que as pessoas lidem com as adversidades.

Algumas se propõem a passar sua experiência pessoal para encorajar outras mulheres a saírem da situação de violência. Entendem que podem ajudar, independente de terem recursos da rede formal de proteção.

“Eu vou tentar um dia passar para as mulheres porque eu sei que elas vão ter que saber tudo que eu passei pra elas não chegarem na situação que eu cheguei.” (Tulipa – Região Norte)

Ressaltam a educação formal como uma estratégia fundamental para a proteção e para o enfrentamento da violência nas gerações futuras. Conhecer as violências, os direitos, as possibilidades de buscar ajuda, de ser independente e de fazer o planejamento familiar foram citados como questões fundamentais para o combate às violências contra a mulher. Em algumas realidades ter educação formal é uma conquista comunitária, como se observa na fala de uma delas.

“E agora, com uns três anos pra cá, a gente vem trabalhando mais, mais intenso, então essas meninas que estudam em uma escola da pedagogia (Alternância) que nós fizemos lá na região, em 2010, elas já não estão mais com essa mente fechada para aquilo que era de origem da família. Elas já estão querendo buscar o estudo. Então, nós já temos já três meninas que já estão fazendo o ensino médio, coisa que isso nunca aconteceu na região. Então, nós temos realidades diferente lá, já tem realidade que já tem muitas pessoas que estão fazendo curso superior.” (Dália – Região Sudeste)

“(…) Que uma coisa que poderia ter sido e pode ser evitada (a violência) se talvez isso viesse da educação escolar, se tivesse assim, porque na escola é uma coisa que, que as, as (crianças/mulheres) poderiam aprender assim “olha, as mulheres que sofrem violência e o que é a violência? É dizer que você é feia, né? (...) e o que é o estupro? É o homem passar a mão na sua bunda, levantar a sua saia.” (Lavanda – Região Norte)

Os relatos de superação das mulheres mostram a necessidade de suporte psicológico, econômico e jurídico, entre outros. Para este grupo, as entrevistas evidenciaram o acompanhamento por algum equipamento público, como os da política de assistência social e/ou da saúde, ou mesmo de ONG.

O enfrentamento da violência contra a mulher é responsabilidade política e social, de gestores dos três níveis de governo e da sociedade. O fomento de políticas públicas que contemplem a promoção da saúde das mulheres, bem como sua proteção contra as violências são fundamentais, como preconizam agências internacionais voltadas para os direitos das mulheres e dos seus filhos.

Por outro lado, destacam-se os diversos relatos de limitações e barreiras no enfrentamento às situações de violência e também para acionar os serviços da rede de proteção. As mulheres entrevistadas retrataram uma rede frágil e desigual nos diversos territórios brasileiros visitados para a realização da pesquisa. Observou-se nos relatos o medo de falar sobre o assunto e de se expor sobre um tema tão delicado. Muitas delas se ressentem pelo descrédito quando denunciam as agressões e pela falta de apoio, seja familiar ou de equipamentos, públicos ou não, nos lugares onde vivem.

As unidades de saúde, por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) também foram citadas em todos territórios. Pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990, todas as comunidades deveriam ter uma ESF ou um serviço de saúde que atendesse às diversas comunidades brasileiras de forma universal e integral, respeitando os princípios de regionalização e equidade, de acordo com as características locais. Porém, as falas das entrevistadas revelam que nem sempre os serviços de saúde são próximos da comunidade e que oferecem consultas, mas que não há um espaço para a abordagem das questões de violência vivenciadas por elas.

As profissionais da saúde citaram o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, como forma de atenção às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde. No entanto, a abordagem das diversas situações de violência é uma orientação para todos os serviços de saúde, e incluem escuta qualificada, acolhimento

das demandas das vítimas, além de acompanhamento do caso após o primeiro atendimento. A atenção oferecida precisa ser multi e transdisciplinar, tomando todos os cuidados para evitar a revitimização da mulher, impedindo que ela tenha que recontar sua história de violência diversas vezes pelos serviços por onde passa em busca de ajuda (SCHRAIBER, 2006).

Em todas as regiões ocorreram relatos sobre as dificuldades para buscar ajuda nas Delegacias de Polícia. Foram variados os relatos das mulheres sobre impunidade, falta de credibilidade e ausência de escuta por parte dos agentes públicos, e sensação de insegurança para fazerem as queixas. Além disso, experimentam as retaliações dos agressores com mais violência após a denúncia, revelando a fragilidade das ações da segurança pública nas comunidades visitadas.

“O policial foi lá aí eu peguei o papel e dei, a polícia levou ele, e no outro dia ele passou cedinho lá debochando da cara de todo mundo”. (Cravo – Região Nordeste)

“Nós, aqui no interior, não temos a segurança, certo? Muitas vezes você chega pra poder conversar ou na Polícia Militar, ou na Polícia Civil, e eles não te dão aquele... aquele acolhimento, sabe? Muitas vezes se torna até motivo de chacota, motivo de palhaçada, depois sai até em vídeos de WhatsApp. Porque hoje é muito comum, né? (...) Então você acaba se fechando no seu mundinho e segurando a barra sozinha de toda essa violência que você sofre.” (Açucena – Região Centro-Oeste)

“Então as mulheres aqui calam a boca. Se ela sofre... Eu conheço várias que tem esse problema. Mas ela não fala com medo, por causa da segurança que não tem. Então, não tem segurança, como que vai falar? Então fala assim que caiu, que machucou.” (Amarílis – Região Centro-Oeste)

“Não é fácil. A ironia na delegacia é muito grande, o cinismo. (...) eu voltei pra casa não é porque eu gosto de ser maltratada, não, foi a circunstância, foi a necessidade.” (Alecrim – Região Centro-Oeste)

Para as mulheres entrevistadas na Região Norte, existe uma desigualdade na aplicação da lei que impõe a elas as consequências da impunidade que dificulta o

enfrentamento da situação. Se sentem ameaçadas pelo fato de seus agressores não permanecerem presos e voltarem a agredi-las, como se observa no depoimento a seguir.

“Eu acho que não existe essa justiça porque o meu ex, ele me cortou, ele me furou, deixou a minha cara toda roxa, minhas mãos, minhas cicatrizes que eu ainda tenho. Depois de seis meses ele saiu. Aí ele saiu com uma medida protetiva, o que foi que adiantou? Ele veio atrás de mim de novo pra me matar. Voltou de novo, passou mais seis meses. Então, a justiça que nós veamos hoje em dia, a lei, é muito complicada, é muito difícil, existe pra uns, mas pra outros não existe.” (Tulipa – Região Norte)

Essas falas reforçam o que dizem alguns estudos sobre a subnotificação da violência contra a mulher. No da violência que atinge as mulheres do campo, das florestas e das águas constata-se uma invisibilidade nos dados oficiais e nos sistemas de informação que não captam de forma específica que se tratam de mulheres de áreas não urbanas. Muitos dos casos identificados nas entrevistas não foram oficialmente registrados ou notificados. Para Novais e Freitas (2014)

“os instrumentos de combate à violência contra mulher ainda não alcançam as mulheres do campo e das florestas. Distantes dos centros urbanos, marcadas pela pobreza e pela ausência de educação formal, essas mulheres não acessam informações sobre as políticas públicas e tão pouco estas chegam até elas. Isso fica evidente quando buscamos os dados sobre a violência contra a mulher do meio rural: não dispomos do diagnóstico e menos ainda de instrumentos de combate.”

As dificuldades encontradas pelas mulheres no acolhimento da delegacia foram as mais diversas, até mesmo na ausência de orientação sobre as possibilidades de abordagem realizada pelos profissionais deste setor, como destacado por uma delas: *“O problema maior é onde você vai pedir socorro que você não é bem recebido: na*

delegacia e no hospital. Fiz corpo delito e o médico nem triscou a mão em mim (...) não passou nenhum medicamento, nem nada pra mim” (Alecrim – Região Centro-Oeste).

Algumas mulheres relataram sua busca por estratégias que minimizassem ou mesmo rompessem com as situações de violência que sofriam, mas nem sempre encontravam êxito. Uma delas relatou seu esforço para que o companheiro participasse das reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA), grupo de autoajuda para pessoas com problemas relacionados ao álcool, que acreditava ser o motivo principal das agressões que ocorriam na relação conjugal. No entanto, são relatos carregados de ressentimentos e ausência de êxito.

“Então, uma vez eu lembro que eu vim aqui [AA] e passei uma hora chorando que era para o rapaz convencê-lo a entrar na reunião lá e ele foi, mas depois nunca mais foi. Aí eu disse ‘rapaz, eu vou parar com isso, vou cuidar da minha vida’, porque eu cuidando do meu trabalho, eu sustento os meus filhos e posso tirar os meus filhos desse ciclo de violência.” (Lavanda – Região Norte)

Algumas delas expressam a esperança de que seus companheiros possam reconhecer o comportamento violento e realizar uma mudança, uma transformação. Como descrevem Fonseca et al. (2012), muitas mulheres vítimas de violência apresentam como perspectiva para o futuro a esperança de mudança do agressor, a busca da realização pessoal para sair do ciclo da violência e destacam a dedicação materna como potencial para a superação. No entanto, a frustração de não atingir estes objetivos também funciona como uma barreira para o rompimento da situação de violência:

“Assim, desde o namoro ele tinha aquele histórico de agressividade, brigava na rua... (...). Sempre tinha aquela esperança de que ele mudasse, de que ele não me, não me agredisse mais, nem fisicamente nem psicologicamente.” (Hibisco – Região Norte)

Reagir em momentos de agressão conjugal é uma possibilidade distante para algumas mulheres, que destacaram a força física masculina como um fator que dificulta a resistência. Esta parece ser uma questão importante até mesmo para não buscar ajuda externa na rede de apoio, pois as retaliações do agressor podem ser ainda mais violentas. Elas se sentem intimidadas e com poucas possibilidades de reagir: “*O jeito que tem é se acalmar e sair, porque senão... o homem tem mais força que a gente*” (Perpétua – Região Norte).

O rompimento do casamento por meio da separação é citado por algumas mulheres como uma possibilidade de libertação da situação de violência a que estão submetidas. No entanto, encontram grandes dificuldades devido às questões como a dependência econômica em relação aos companheiros, que limita sua subsistência e a impossibilidade de retorno à casa dos pais, devido às condições miseráveis destas famílias. No entanto, para algumas, a separação é carregada de mais sofrimento por terem que se separar dos filhos.

O medo de uma vida sozinha e do sofrimento que uma separação pode causar representa uma grande barreira para o rompimento com o ciclo da violência.

As experiências das mulheres entrevistadas não são diferentes do que relatam autores de estudos sobre a violência doméstica: medo, temor pela posição social, crença de que a culpa é da mulher e, por isso, ela é obrigada a suportar (ARRUDA e LUZ, 2013). Essas autoras utilizam referencial teórico *habitus* de Bourdieu: produção e reprodução de relações de poder dentro da família e da comunidade, com o homem em uma posição superior de poder e a mulher de subalterna e obedecendo suas vontades e,

quando convém ao homem ele pode agredir a mulher. A ela cabe a culpa da violência por algo que falou, que vestiu ou simplesmente, porque discordou do companheiro.

Algumas mulheres destacaram a ausência de apoio da rede de suporte formal e informal. Muitas relataram que essas ausências ocorriam por parte de suas famílias e também das instituições de onde esperavam atendimento e proteção. Os trechos a seguir retratam o ressentimento pela falta de apoio.

“Eu arranjei uma pessoa que eu achei que ia querer alguma coisa na minha vida. Ele quis que eu engravidasse, eu engravidei. Só que aí ele me judiava. A casa minha, tudo meu, e ele me botava pra dormir no chão. Eu grávida! E eu aguentava aquilo porque eu não tinha o apoio da família. (...) Dessa vez que ele me bateu quase que eu chamava a polícia, mas naquele tempo não tinha proteção, não adiantava procurar nada, não fazia nada. Tem muitos anos, foi antes da Maria da Penha, de sair essa lei.” (Cravo – Região Nordeste)

“Aí depois você vai pra família, a família não te dá apoio. Não é fácil, não, viu? Todo mundo fica me julgando, falando que eu voltei para casa porque eu gosto de sofrer, que eu gosto de apanhar. Mas não é verdade, não. No papel é muito bonito, mas na realidade...” (Alecrim – Região Centro-Oeste)

A questão religiosa também é citada como um fator que impede o rompimento do ciclo da violência. A crença de que a mulher deve manter submissão e resignação frente aos desejos e atitudes do marido parece justificar as vivências de agressões na relação conjugal. Uma das entrevistas falou sobre esta crença que foi uma barreira em sua luta contra a violência.

“Eu passei (onze) anos casada com um alcoólatra e por ser muito religiosa eu achava assim, eu acreditava muito naquele negócio que a mulher santifica o seu lar e eu tinha que ficar casada, né, e eu queria que ele mudasse.” (Lavanda – Região Norte)

5.4. Similaridades e heterogeneidades regionais nas percepções das mulheres do campo, da floresta e das águas sobre violência

A análise das entrevistas mostrou similaridades, mas também diferenças nas percepções apresentadas pelas mulheres sobre violência e sobre as estratégias para seu enfrentamento, de acordo com a região geográfica brasileira.

Destaque para resposta comum nas cinco regiões para pergunta “Você já sofreu alguma violência ou conhece alguém que já sofreu violência na sua comunidade?”, as falas convergem para a negativa de conhecimento das situações de violência ou para relatos de violências ligadas à criminalidade como roubos, homicídios. O entanto, percebe-se que se trata de uma esquiva na tentativa de não se comprometer a relatar a violência. Isso fica evidente quando surgem histórias em outras comunidades mais distantes ou de casos antigos em seus territórios. Chama a atenção o fato de que a maioria das mulheres, quando perguntadas sobre a sua história e experiências de vida, contaram diversas situações de violência sofridas. É muito marcante o medo que sentem de relatar suas histórias e até mesmo por desconhecimento sobre viver uma situação de abuso.

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006), falam da invisibilidade da violência contra a mulher, que é muito presente nas entrevistas das mulheres nas cinco regiões brasileiras. Essas autoras compararam o relato de mulheres vítimas de violência com o registro realizado por profissionais de saúde em seus prontuários, mostrando que a violência descrita no documento da área da saúde parecia muito mais grave que a contada pelas vítimas. A reflexão dos autores é de que a repetição das experiências em

diversos serviços e o descrédito com que algumas delas são tratadas ao buscarem atendimento em setores como saúde e segurança pública fazem com que elas minimizem seu sofrimento quando são solicitadas a relatar.

Outros fatores contribuem para esta invisibilidade da violência contra as mulheres, como a escassez de dados sobre as mais variadas violências que as atinge (NASCIMENTO, RIBEIRO e SOUZA, 2014) e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre como identificar e como notificar os casos de violência (MENEZES, 2014). Vale lembrar que a notificação da violência contra a mulher no SINAN é obrigatório e subsidia ações para a garantia de direitos das vítimas e para a melhoria e implementação de políticas públicas eficazes para seu enfrentamento.

Gomes, Minayo e Silva (2005) referem que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e estima-se que esse tipo de violência cause mais mortes do que doenças transmissíveis, crônicas não transmissíveis e outras agressões. Importante destacar que a violência vivenciada pela mulher deixa marcas físicas e consequências psicológicas.

A impunidade, a dependência econômica da mulher em relação ao agressor e o sentimento de medo são fatores comumente citados, por mulheres de todas as regiões, como dificultadores para o rompimento do ciclo de violência. Além disso, a submissão delas à violência doméstica parece ser naturalizada por suas famílias de origem, que não oferecem apoio quando elas decidem se afastar da relação abusiva. Foram recorrentes as histórias de mulheres que sofriam agressão intrafamiliar e tinham no casamento a esperança de se libertar do sofrimento, mas continuaram a vivencia-lo devido à violência conjugal. Zancan, Wassermann e Lima (2013) também identificaram histórias

semelhantes e atribuíram à idealização do casamento como função, destino e realização pessoal da mulher na sociedade como uma barreira para o rompimento do ciclo de violência. Assim, mesmo vivenciando situações de abusos, algumas mulheres mantêm o casamento por receio de serem “faladas” ou “mal vistas” em suas comunidades.

O depoimento de uma das mulheres entrevistadas, na Região Norte representa bem os relatos da maioria das participantes das demais Regiões brasileiras, sobre as dificuldades para a superação e sobre o pouco apoio institucional para o enfrentamento da violência nos lares.

“Às vezes você olha e diz assim: ‘Ah, mas é porque quer’. Não é. Porque a pessoa já não tem mais força pra lutar. Às vezes já não vê mais saída. Porque nem sempre, têm uma educação completa, um trabalho fixo, nem todas tiveram uma boa educação. Às vezes, a maioria veio de famílias carentes, não tem uma estrutura familiar boa. Então, por já ter vivido essa situação, tem medo de separar pelos filhos passar a mesma situação que já passou... às vezes imagina os filhos se envolvendo na prostituição, na droga, então acaba ficando pelos filhos, por ter medo, por não ver solução. E, se a gente também for ver, o próprio município não cria meio, mecanismo de envolver essas mulheres em educação, em trabalho, sabe?” (Prímula – Região Norte)

Entre as mulheres que conseguiram superar a situação de violência, é comum o entendimento de que viveram uma violação de direitos e estão muito atentas para identificar e se afastar de novas situações semelhantes às anteriormente experimentadas. A superação, na maioria das vezes, se deu por meio da educação formal e da possibilidade de falar sobre a violência sofrida, de contar sua própria história e encontrar acolhimento. Para elas, comunicar suas experiências negativas as levaram a compreender que sofriam violência e como poderiam buscar ajuda. Muitas delas expressaram a necessidade e o orgulho de encorajar outras mulheres a superarem a violência a partir de seus exemplos.

“Eu acho que direitos são iguais, você tem que se defender, você tem que buscar seus direitos. Registra o BO, procure, procura ajuda. Não é fácil. Eu já passei por isso, não

é fácil, você fica com medo de registrar um BO, de enquadrar ele na Lei Maria da Penha. Às vezes, não é medo, é aquela esperança de que ele mude, de que ele não vá te bater. Mas de certeza é que se ele te bater uma vez, ele vai te bater sempre. Ele pode te pedir desculpas, mil desculpas, ele vai te bater sempre.” (Hibisco – Região Norte)

Algumas experiências foram bem distintas entre as mulheres das diferentes regiões brasileiras e são aqui destacadas como heterogeneidades que marcam as experiências das mulheres do campo, florestas e águas.

A experiência de doação dos filhos esteve presente entre as mulheres entrevistadas na região Norte do país. No relato das que passaram por este rompimento familiar, a doação de crianças foi descrita como a alternativa possível para protegê-las da fome e da miséria, sendo assumida como uma forma de cuidado e proteção. Alguns estudos brasileiros indicam que, além das dificuldades financeiras, a falta de apoio familiar e comunitário, a violência doméstica e o abuso sexual podem ser fatores que contribuem para a decisão de doação dos filhos (FARAJ et al., 2017; LEÃO et al., 2014; SOUZA e CASANOVA, 2012). Apesar de não ter sido mencionado diretamente pelas mulheres entrevistadas, que a doação foi motivada por violência, uma delas relata que não tem contato com um de seus filhos por medo do ex-companheiro que a ameaça de violência sexual. O trecho a seguir retrata seu sofrimento pelo rompimento de laços afetivos com os filhos e pelo temor da violência.

“Eu não considero que seja uma violência não, mas assim, sofrer eu sofri bastante. Eu sofri mais desse que eu dei com a minha própria mão de que o pai ter tomado o outro de mim, eu realmente sofri mais. E não foi fácil não. Eu passei dois anos pensando nele. (...) Prefiro evitar [o contato com o filho], porque faz tempo... quando eu vi ele [ex-companheiro] falou assim pra mim ‘eu ainda vou fazer um filho em você’, então eu fiquei com medo.” (Tulipa - Região Norte)

Nas regiões Sul e Sudeste surgiram relatos de mulheres que se dizem matriarcas da família. Mesmo após a saída dos filhos de casa são elas que cuidam dos netos,

conversam sobre formação profissional e/ou sobre o cotidiano do casamento. Algumas moram juntos com os filhos e suas famílias ou próximos, como no mesmo terreno, por exemplo.

Enquanto que para as mulheres do Norte separar dos filhos é evitar a violência na vida das crianças, no Sul e Sudeste a separação de pessoas com laços sanguíneos é uma forma de violência inaceitável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação é fruto de uma caminhada que teve ainda graduação, quando iniciei meu levantamento sobre os casos de violência contra mulheres que chegavam aos serviços de saúde e na polícia. Aqui, privilegiei a voz de mulheres brasileiras que vivem em territórios específicos que fazem parte de seu cotidiano quando modo de vida, de produção e reprodução cultural, de subsistência e de existência. Viver em campos, florestas e águas no Brasil representa orgulho para algumas mulheres, mas também pode ser motivo de humilhações para outras. Nesses territórios, marcados pelas desigualdades sociais, pela distância geográfica dos equipamentos formais de proteção pode ser compreendido como o lócus onde as violências encontram espaço para a invisibilidade.

As percepções sobre violência contra a mulher são externadas a partir de sua própria experiência e revelaram uma diversidade de situações como a violência intrafamiliar, que incluiu a violência sexual ainda na infância, e as sucessivas gestações decorrentes desses abusos, o casamento infantil, as humilhações, ameaças, agressões físicas, doação informal (que em alguns momentos se confunde com abandono e com a retirada forçada do filho), as discriminações por sua condição de trabalho, homofobia e talvez a mais frequente das agressões, a que ocorre entre parceiros íntimos.

Apesar das experiências e percepções das mulheres do campo, floresta e águas terem muitas especificidades da vivência de cada uma delas em seus territórios há uma marca muito semelhante ao sentido dado à violência pelas mulheres de áreas urbanas. Há que se destacar que as mulheres entrevistadas têm menos acesso à educação formal e

estão expostas a muitas vulnerabilidades sociais, possuem menos acesso que as mulheres urbanas a serviços e oportunidades. Porém, a carga de sofrimento e dor trazida por estas mulheres convergem com o conceito que une todas elas: o de violência de gênero.

Percebe-se que o grau de educação formal das mulheres é um importante marcador que oferece a elas a possibilidade de reflexão sobre a caracterização, as motivações e as formas que encontram de buscar ajuda e de superar o sofrimento. Todas contam histórias de violência na família ou na trajetória de vida, porém ao caracterizar a violência, a resposta apresentada por cada uma, nos conta como cada uma buscou enfrentar e aceitar a situação de vida, ou seja, algumas buscaram estudar e atuar, se tornar independentes, atuar na comunidade, outras buscaram construir famílias que não repetissem as situações de violência familiar já experimentadas em sua história de vida.

As motivações destacadas por elas para a violência que sofrem são fortemente forjadas na cultura machista, patriarcal, com aspectos religiosos que ora contribuem para manter a dominação masculina e a submissão feminina como naturais ora ajudam na superação do sofrimento, o uso abusivo de álcool e outras drogas e as visões equivocadas de que as mulheres são culpadas pela violência cometida contra elas.

Entre as estratégias de enfrentamento e superação das violências citam-se serviços da rede formal de proteção às mulheres, ligados às políticas de saúde, assistência social e segurança, mas também as iniciativas de organizações não governamentais que oferecem apoio efetivo nesses momentos. Surpreende a iniciativa pessoal e voluntária de algumas delas para atuar junto a outras mulheres compartilhando suas experiências, fortalecendo e encorajando a luta das que estão em situações

semelhantes. Muitas delas veem nesse voluntariado uma estratégia de alívio do sofrimento e a gratificação de ser útil à sua comunidade.

Algumas mulheres falaram da felicidade em oposição às experiências de violência. Foram recorrentes as falas “não houve felicidade para mim”, eu não sou feliz”, ou ainda “a pessoa não consegue ser feliz vivendo assim”. Por outro lado, para algumas delas, ser útil à comunidade e ajudar outras mulheres com histórias parecidas suscitava a sensação de viver momentos de felicidade.

Os resultados encontrados neste trabalho não podem ser generalizados para todas as mulheres brasileiras que vivem no campo, florestas e águas, pois não retrata a totalidade da diversidade de percepções e experiências das mulheres. No entanto, a experiência da pesquisa e as análises realizadas ajudam a identificar pistas e traçar caminhos para a atuação do setor saúde.

A oportunidade do mestrado profissional e da realização deste trabalho proporcionou uma aproximação com a universalidade de ideias, o contato direto com as mulheres e suas experiências contadas por elas in loco, a possibilidade do distanciamento para conseguir analisar o material de pesquisa. As dificuldades em dizer da violência sofrida, o medo da repetição das agressões, a descrença na denúncia e na punição do agressor não foram diferentes do que se escuta na unidade de saúde de uma grande cidade.

As mulheres têm a necessidade de acolhimento e escuta. A experiência da roda de conversa, vivenciada no projeto “Para Elas” dentro da universidade, mostrou que elas falam, são ouvidas, acolhidas e podem construir juntas os caminhos para resistir e ressignificar seu sofrimento. Esta é uma experiência que poderia ajudar as mulheres de

comunidades como as que foram focalizadas neste trabalho a terem compreensão das experiências vividas e a construírem caminhos diferentes para suas trajetórias pessoais.

A Política Nacional para as Populações dos Campos, Florestas e Águas teve no ano de 2019 sua pactuação interrompida e, desde então, não houve atualizações ou desdobramentos. Além disso, a expansão dos centros de referências às vítimas de violência sexual no Brasil também está estagnada, o último centro de referência implantado foi em 2018 no estado do Rio de Janeiro e, até o momento, não atende com sua capacidade máxima de especialidades e alcance. As políticas atuais recomendam o encorajamento à denúncia das mulheres vítimas de violência e a busca pela compreensão da sociedade para a violência contra a mulher, principalmente nos lares. Porém, observa-se que as especificidades apresentadas pelas mulheres que compõem as populações dos campos, florestas e águas brasileiras não são consideradas.

Mesmo com a falta de efetividade das políticas públicas, a luta das mulheres brasileiras por seus direitos continua sendo travada nos mais diversos espaços e territórios de pertencimento. É o que se pode perceber nos relatos das mulheres aqui apresentados, que ao identificar a ausência do Estado para sua proteção começam a ir em busca de outras mulheres, ensinam algum ofício tradicional, realizam reuniões em suas próprias casas, interagem nos serviços formais e tornam-se voluntárias em ações de saúde e do serviço social. Através do exemplo seguem trabalhando em busca de uma sociedade mais justa, com mais direitos nos lugares onde vivem.

Um serviço para atender mulheres vítimas de violências, precisa em primeiro lugar, acolher essa mulher. Acolhimento nos remete à empatia, deve ser um lugar que traga harmonia, para além do espaço físico. Também são primordiais profissionais

preparados, que não façam julgamentos e que sejam capazes de uma escuta qualificada, que leve em consideração os saberes, crenças, temores e expectativas da mulher violentada. O profissional deve se comprometer com aquela história e livrar-se de estereótipos e rótulos de histórias anteriores ou das soluções prontas em saúde.

Há também uma questão muito importante que é o acolhimento de crianças, dos filhos destas mulheres. Um ambiente em que as crianças possam sentir amparadas, confortáveis em um ambiente que não remeta à situação de violência familiar e que não gere novas violações.

A escuta qualificada garante a comunicação não violenta e dentro da Teoria Ação Comunicativa de Habermas, que trata de uma proposta de saúde democrática que leve em conta o usuário como sujeito e protagonista da sua história. Nesta proposta de atendimento, um exemplo, são as rodas de conversas em que todos estão no mesmo nível de olhar. Esse momento promove empatia, facilita a escuta e ao narrar histórias de vida pessoais há o encorajamento para outras mulheres relatarem suas experiências e, com isso, iniciar o processo de ressignificação e enfrentamento da violência sofrida.

Na Universidade, foi possível vivenciar, construir uma experiência muito exitosa e que trouxe esperança para vítimas e para profissionais de saúde que tratavam do tema. Havia queixas de diversas mulheres e também já se havia constatado que o serviço de saúde formal, além de não conseguir triar a agressão sofrida pela vítima, seja ela de qualquer natureza, também não conseguia tratar nas poucas vezes que triava. Sendo assim, a chegada da mulher a um local diferente, com uma proposta diferente, já é motivo para recarregar as esperanças de que era possível enfrentar a violência. A roda

não tinha um modelo pronto e nem acontecia de maneira igual todas as semanas, porque a construção era diária, de cada mulher e/ou profissional que formavam aquela roda.

As histórias de superação relatadas neste estudo trazem em comum o fato de terem sido amparadas com o que traziam em suas bagagens emocionais e também com o fato de poder contar suas vivências para outras mulheres e, assim, irem se curando. A cada história contada é o passaporte para a libertação de uma outra mulher pelo exemplo e pela certeza de que não estamos sozinhas e que, muito mais que dar voz às mulheres vítimas de violência, é necessário ouvir as vozes destas guerreiras.

Finalmente, após esta trajetória propõe-se que a estratégia de comunicação entre pares é capaz de beneficiar e ser terapêutica no enfrentamento dos traumas, das dores e sofrimento, pois quando uma pessoa é capaz de falar de sua experiência a abordagem tem início e pode ser eficaz. No entanto, esta proposta precisa encontrar ambiente propício para acontecer, como gestores abertos à sua implementação, profissionais preparados e motivados para sua realização e espaço de acolhimento para as demandas de saúde e de orientação.

REFERÊNCIAS

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de: 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. **História, Ciências, Saúde— Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

ARAÚJO M. F.; MARTINS E. J. S.; SANTOS A.L. Violência de gênero e a violência contra a mulher. In: Araújo MF; Mattioli OC (Orgs). *Gênero e Violência*. São Paulo: **Arte e Ciência**, 2004, p.17-36.

ARAUJO, M. de F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 14, out. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2020.

ARRUDA, J. E. da S.; LUZ, N. S. da. Mulher Vítima De Violência: Desbravando As Razões Da Culpa Feminina. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)**. Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Rev. Estud. Fem.**, Florianopolis, v. 23, n. 2, p. 501-517, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200501&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p501>.

BARAGATTI, D. Y.; ET AL. Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3025, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100339&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2020. Epub 09-Ago-2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025>.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. do C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.1 [cited 2019-09-09], pp.19-30. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100003>.

BRASIL, Brasil. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 96. Seção 1E, 18 maio, 2001.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e 31. 31. VIVA. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 216 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, p.117-140, 2005. Outros autores: GOMES, Romeu;

MINAYO, Cecília de Souza; SILVA, Claudio Felipe Ribeiro da; Secretaria de Vigilância em Saúde.

BRASIL. Mulher, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contramulheres>

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Mulheres do Campo e da Floresta: diretrizes e ações nacionais. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas. Lei nº 13104 de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, 9 de março de 2015.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres, 2006.

CARNEIRO, J. B.; ET AL. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). Esc. Anna Nery [online]. 2017, vol.21, n.4 [citado 2020-08-13], e20160346.

CAVALCANTI L.F., GOMES R., MINAYO M.C.S. 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000100004

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência – 2019. Rio de Janeiro: Ipea/FBSP. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1991.

CORDEIRO, D. C. S. (2018). Por Que Algumas Mulheres Não Denunciam Seus Agressores? **CSONline - REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, (27). <https://doi.org/10.34019/1981-2140.2018.17512>

COSTA, M. C. da. Violência contra mulheres rurais, práticas profissionais de saúde e agendas públicas municipais: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio. **Tese de Doutorado**. Programa de Pós graduação em Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, RS, maio 2012.

COSTA, M. S.; SERAFIM, M. L. F.; NASCIMENTO, A. R. S. do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 551-558, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300551&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300022>.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; ET AL. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface** (Botucatu) [online]. 2020, vol.24 [citado 2020-08-14], e190164.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. acesso no 18 Aug. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.

DARON, V. L. P. Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2009.

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em 26/06/2019.

FARAJ, SP; MACHADO, MS, SIQUEIRA, AC; Campelo, AR. “Doeu muito em mim!”: Vivência da entrega de um filho para adoção na visão de mães doadoras. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 2017; v.17, n.2, p. 475-493.

FONSECA, D. H. da; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência Doméstica Contra A Mulher: Realidades E Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade**; 24 (2), 307-314, 2012.

FORO, Carmen Helena Ferreira; Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Cartilha: Combate à Violência Contra as Mulheres Trabalhadoras Rurais – 2008.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Anuário brasileiro de segurança pública. Edição VIII. São Paulo, 2014.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil: 2017. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (2001). A mulher brasileira nos espaços público e privado. Pesquisa nacional sobre mulheres, realizada pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 26 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>.

GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, 1994; 10 suppl.1: 146-55.

GOMES, R; ET AL. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. **In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GROSSI, PK; ET AL. A rede de atendimento à mulher em situação de violência no meio rural: desafios para a intervenção profissional. **Anais do II SERPINF - Seminário Regional Políticas Públicas, Intersetorialidade e família: formação e intervenção profissional**, 2014, Brasil. Disponível em https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8150/2/evento_002%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, V. 12, N.1, P. 122-134, JUL/DEZ. 2009

GUIMARÃES, M. C. & PEDROZA, R. L. S. (2015). Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, 27(2), 256-266.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

HEISE, L. et al. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC: **World Bank**, 1994. (World Bank Discussion Papers, 255).

KLITZKE, C. & ZUCCO, L.P. Violência de gênero: como os profissionais de saúde a identificam. <http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/Artigo-Carla-Klitzke-e-Luciana-Zucco.pdf>

KURY, C. M.; ET AL. Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 771-776, Dec. 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400771&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400019>.

LEÃO, F. E., MARTINS, B. M. C., FARAJ, S. P. Siqueira, A. C., & Santos, S. S. (2014). Mulheres que entregam seus filhos para adoção: Um estudo documental. *Revista Subjetividades*, 14(2), 276-283.

LEÔNICIO, K. L.; BALDO, P. L.; JOÃO, V. M.; BIFFI, R. G. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enfermagem**. UERJ. [Internet] 2008;16(3) [acesso em 08 aug 2019]. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>.

LIMA, C. A. de; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n.3, p.787-800, Sept.2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300787&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>.

MELO, E. M., MELO, V. H. (organizadores). – **Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós** / Belo Horizonte: Folium, 2016. 298 p.: il. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp.content/uploads/2013/09/PNSIPCF_Revisada_CIT_19_11_2008.pdf

MELO, E. M. de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 167-178, Dec.2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000500019&lng=en&nrm=iso>. acesso no 17 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500019>.

MENEZES, P. R. de M., ET AL. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-

786, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300778&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-41.

MINAYO, M. C. de S. - Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (**Coleção Temas em Saúde**) 1. Violência. 2. Saúde pública I. Título.CDD - 20.ed. – 362.1

MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=en&nrm=iso. Access on 18 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: **Hucitec-Abrasco**, 1993.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. de S. Violências e acidentes na pauta do setor saúde. **Violência e saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection, pp. 44-51. ISBN 978-85-7541-380- 7. Available from SciELO Books.

MOREIRA, S. da N. T.; ET AL. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102008000600011&lng=en&nrm=iso>. acesso no 04 Aug. 2019. Epub Oct 03, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000058>.

NASCIMENTO, E. de F. G. A. do; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.1229-1238, June2014.Availablefrom

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000601229&lng=en&nrm=iso>.Access no 16 Aug 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102311X00103613>.

NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine9788575415887.epub>

NOVAIS, A. R.; FREITAS L. A invisibilidade da violência contra as mulheres do campo e das florestas. mst.org.br acesso em 16/08/2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review. **Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2010**. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=en

PENNA, L. H. G.; SANTOS, N. C. dos; SOUZA, E. R. de. A produção Científica sobre violência doméstica na área da Saúde Pública. **Rev. Enferm UFRJ**. 2004; 12(2):192-8.

PÉREZ, I. R. Medición de la violencia contra la mujer: catálogo de instrumentos. **Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica**; 2008. 196 p.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, Sep. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042018000500302&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Aug. 2020.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>.

PINTO, L.W.; MENDES, H.F.; NASCIMENTO, M.; CAMPOS, D. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, MSC; ASSIS, SG (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. P. 203-222.

PORTO, M. F. de S.; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4071-4080, 2014.

Programa para tecnologia apropriada em saúde (PATH). OutLook, 2002; [S1], 20 (1). Disponível em www.benfan.org.br Acesso em 14 out 2017.

RUBBIN, H.G.E., RUBBIN, H.I.S. Qualitative interviewing the art of hearing data. **Londres: Sage Publication; 1995**.

SAGOT, M. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGHEL, S. N. (Org.). **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, p.23-50, 2007.

SAMPAIO, J.; ET AL. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SCHRAIBER, L. B.; ET AL. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, jun.2007.
 Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 agosto 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300006>.

SCHRAIBER, L. B.; ET AL. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, Aug. 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso. Access on 25 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400009>. Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, p. 21-42.

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

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 112-120, Aug. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400016>.

SCOTT, P.; RODRIGUES A. C. & SARAIVA J. C. Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In Scott, P.; Cordeiro R. & Menezes M. (Org.). **Gênero e geração em contextos rurais**: Ilha de Santa Catarina: Ed.

SILVA, G.R.F., MACÊDO, K.N.F., REBOUÇAS, C.B.A, SOUZA, A.M.A. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online braz j nurs [internet]**. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):246-257. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5727>

SOARES, Bárbara. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher – Brasília, 2005. 64p.

SOUZA, H. P., & CASANOVA, R. P. (2001). Adoção: o amor faz o mundo girar mais rápido. Curitiba: Juruá.

SOUZA, MFP; HENRIQUES FO. Articulação e redes no enfrentamento à violência contra as mulheres no Pará. *Revista de Políticas Públicas*, 2019; v.23, n.1, p.

TOLEDO, Luciano Medeiros de (Org.) *Violências: Orientações para Profissionais da Atenção Básica de Saúde*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013. 36p.:Il.

VASCONCELOS, Marilena Silva; HOLANDA, Viviane Rolim; ALBUQUERQUE, Thaíse Torres. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960>>. Acesso em: 08 ago. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.41960>.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm**. 2014 mai-jun;67(3):366-72. DOI 10.5935/0034-7167.20140048

WALKER, L. E. A. (1999). *The battered woman syndrome*. (2º ed.). Nova York: Springer Publishing Company.

World Health Organization (WHO). *World Health Assembly: Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25)*. Genève: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia; LIMA, Gabriela Quadros de. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 63-76, jul. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 jun. 2020.

APÊNDICE

Ações intersectoriais para implementação de políticas públicas dirigidas às populações do campo, da floresta e das águas no Brasil

Inter-sector action for implementing public policies targeted to rural, forest, and riverine populations in Brazil

Acciones intersectoriales para la implementación de políticas públicas dirigidas a las poblaciones del campo, selva y zonas fluviales de Brasil

CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS: PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA, organizadores. Brasília: Editora da UnB; 2017. 464 p. ISBN 978-85-230-1204-5.

doi: 10.1590/0102-311X00030620

O censo brasileiro realizado em 2010 indicou que 15,6% da população viviam em áreas rurais, no entanto a diversidade dessa população em termos de condições de vida, cultura, economia e acesso a direitos é um tema ainda pouco visibilizado na produção científica, sobretudo na área da saúde pública. Trata-se de populações que vivem no campo, na floresta e em ambientes aquáticos e têm forte relação com esses territórios em seus modos de vida, produção e reprodução social. São compostas de camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residem ou não no campo, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens, outras comunidades tradicionais, dentre outros ¹.

Alguns autores destacam as iniquidades nas condições de vida e saúde da população do campo em relação à população urbana ^{2,3}.

O livro *Campo, Floresta e Águas: Prática e Saberes em Saúde* foi produzido a muitas mãos, com participação dos movimentos sociais, comuni-

dades e pesquisadores que se empenharam em registrar a criação do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Teia de Saberes e Práticas (OBTEIA), as lutas para a construção de uma política nacional dirigida à saúde dessas populações, e as batalhas para a garantia dos direitos que incluem existência, saúde, cultura e territórios.

Além disso, os autores do livro pretendem contribuir com as discussões sobre a saúde rural brasileira, com análises da situação de saúde dessas populações específicas e dos desafios e possibilidades de ações que profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e movimentos sociais podem empreender em direção à qualidade de vida dessas populações.

O prefácio, de Boaventura de Sousa Santos, destaca o desafio de abordar um tema complexo como é o diálogo com as “realidades singulares, plurais, interculturais, que passam pela dimensão dos movimentos sociais, do ambiente, do trabalho, do modo de vida e do cuidado em saúde” (p. 21). Evoca o conceito de ecologia dos saberes como possibilidade para o diálogo entre conhecimentos, científicos e populares, viabilizando perspectivas, consensos e acordos para fortalecer as ações coletivas em busca da garantia de acesso à saúde.

O livro se apresenta dividido em quatro partes que estruturam grandes temas.

No primeiro deles, os autores apresentam um histórico das políticas de saúde para o campo no Brasil, desde a Liga Pró-Saneamento, em 1918, até a estruturação e implantação da Poli-



tica Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, em 2011 e a inclusão da população das águas, em 2014. Vale destacar que, para orientar estratégias de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, duas edições de Plano Operativo (2012-2015⁴ e 2017-2019⁵) foram elaboradas, designando responsabilidades das gestões federal, estadual e municipal. Nessa primeira parte do livro, os autores descrevem com riqueza de detalhes o processo de implementação do OBTEIA, criado em 2012: os desafios, os conceitos e metodologias que o embasaram, as vozes da população, a produção científica, a agregação de conhecimentos (incluindo os da saúde coletiva), e as lições aprendidas com essa experiência.

Os autores apresentam ainda as reflexões teóricas e metodológicas que basearam a pesquisa avaliativa sobre a implementação da política, com foco especial na produção de uma ciência emancipatória à luz do conceito de ecologia dos saberes, de Boaventura de Sousa Santos.

A segunda parte tratou de reconhecer a invisibilidade histórica das populações do campo, da floresta e das águas e de destacar as nuances do contexto social brasileiro que contribuem para a negligência de seu direito à saúde. São analisados dados secundários de sistemas de informações nacionais e uma busca de evidências científicas que ajudam a compreender o panorama das condições de saúde de tais populações. Analisam também algumas situações que acabam se tornando determinantes sociais da saúde de quem vive nesses territórios, e são desafios importantes para a garantia do acesso aos cuidados em saúde no SUS. Nessa parte, destacam-se dois temas importantes: o primeiro deles é a violência contra as mulheres rurais e os desafios da área da saúde para identificar os casos, notificar e atuar. As vivências de violência, especialmente a conjugal, foi tema identificado em estudos anteriores sobre a vida das mulheres rurais⁶. O segundo tema retrata a contribuição do Programa Mais Médicos e das unidades básicas de saúde fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas, salientados como avanços para ampliar o acesso a cuidados básicos em saúde para essas populações.

Na terceira parte, a implementação da política é analisada por meio das experiências locais de territórios brasileiros. Os artigos que com-

põem essa parte do livro foram baseados em estudos realizados no âmbito do Observatório e descortinam os desafios territoriais, a pluralidade e a diversidade de contextos e de sujeitos. Identificam as dificuldades que enfrentam no acesso a serviços, as iniquidades em saúde, os conflitos e os impactos do processo de desenvolvimento no ambiente, a degradação ambiental, o adoecimento da população nativa e o aumento da violência. É importante exaltar a participação social e o diálogo de saberes que fica explícito durante a leitura desses artigos, mas que ainda é pouco concretizado entre gestores das políticas e as populações. Há também o debate sobre a efetiva política pública de saúde para as comunidades rurais e a necessidade de flexibilidade e adequação da política às realidades locais, garantidas nas diretrizes de territorialização e descentralização do SUS.

A quarta e última parte traz estudos de temas relacionados à população do campo, da floresta e das águas, desenvolvidos fora do âmbito do OBTEIA, mas que são essenciais quando se pensa nos modos de vida e nas questões que afetam diretamente essa população e seus territórios. Incluem análise do uso intensivo de agrotóxicos segundo cada área e culturas, as situações de risco e os impactos para a saúde dos trabalhadores; as consequências das barragens de empreendimentos hidrelétricos na vida das famílias atingidas e as lutas do Movimento dos Atingidos por Barragens pelos direitos à saúde, educação e geração de renda; e os trabalhadores, o trabalho no mangue e o conflito ambiental gerado pelo hidronegócio, descritos de forma minuciosa mediante relatos dos "povos do mangue". Por fim, o leitor encontra uma sistematização das experiências de formação de lideranças, em distintos contextos, para atuar na gestão participativa em direção à universalização do direito ao acesso à saúde no SUS.

A leitura do livro é fortemente recomendada a todos que atuam junto às populações que vivem nos territórios de campo, floresta e águas, dos mais diversos setores como gestores e profissionais do SUS, pesquisadores e alunos de pós-graduação que têm seus objetos de pesquisa ligados a esses temas e também por pessoas ligadas aos movimentos sociais que lutam pelos direitos básicos desses grupos, pois vão se identificar e se

reconhecer como parte da produção de um conhecimento fundamental para o país.

O livro faz um importante resgate histórico das lutas pela garantia de direitos, com ênfase na saúde, pela visibilidade dessas populações na formulação, implementação e avaliação de uma política pública, e ainda demonstra na prática o diálogo profícuo promovido com base no conceito de ecologia dos saberes. Além disso, aponta caminhos baseados na construção coletiva, na qual a comunidade é tema e protagonista da sua história.

Érica Fernandes Rodrigues ¹
Adalgisa Peixoto Ribeiro ¹

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
erica-fernandes-rodrigues@hotmail.com

Colaboradores

E. F. Rodrigues e A. P. Ribeiro participaram da concepção, redação e revisão final do texto.

Informações adicionais

ORCID: Érica Fernandes Rodrigues (0000-0002-2332-4222); Adalgisa Peixoto Ribeiro (0000-0001-9415-8068).

Referências

1. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. Interface (Botucatu) 2018; 22:903-14.
3. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde Debate 2018; 42(n.spe 1):302-14.
4. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Ministério da Saúde. Plano operativo de saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. II plano operativo de Saúde das populações do campo, da floresta e das águas 2017/2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. Kullok AT. A força e o vigor da mulher idosa rural: estudo etnográfico sobre envelhecimento em Dom Modesto, Caratinga-MG [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Recebido em 18/Fev/2020
Aprovado em 27/Fev/2020

ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro de Entrevistas

- 6.1.** O que você entende por violência?
- 6.2.** Quais são as principais formas de violência contra a mulher e por que elas ocorrem?
- 6.3.** O que pode ser feito para prevenir, enfrentar e superar a violência contra a mulher?
- 6.4.** Em sua cidade tem serviço de saúde que faz a atenção à mulher em situação de violência?
- 6.5.** O que o serviço em que você trabalha faz em relação à mulher em situação de violência e quais são as dificuldades e facilidades para que o seu serviço possa cuidar da mulher em situação de violência?
- 6.6.** Qual a sua opinião sobre a formação e disponibilidade dos profissionais de saúde para cuidar da mulher em situação de violência?

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Simone Mendes Carvalho
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG