



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E
PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES: percepções e repercussões na vida de
mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA.**

São Luís
2012

GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E
PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES:** percepções e repercussões na vida de
mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA.

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Políticas Públicas, da Universidade
Federal do Maranhão, para obtenção
do título de Mestra em Políticas
Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes
Maria Leitão Nunes Rocha (UFMA)

São Luís
2012

Castilho, Glaucejane Galhardo da Cruz de.

Análise da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes: percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luis-Ma/ Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho.2012.

152 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lourdes Maria Leitão Nunes Rocha
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2012.

1. Violência de gênero - São Luis-Ma 2. Violência doméstica- gestantes I. Título.

CDU 396:301.162.2 (812.1)

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR, FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES: percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, defendida e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Aprovada em: ____/____/____

Profa. Dra. Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha
Orientadora / UFMA

Profa. Dra. Salviana de Maria Pastor Santos Sousa/UFMA

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias/UFMA

Às gestantes, que ocultaram a
violência, simplesmente porque não
lhes perguntaram.

Às que conseguiram falar...o desejo
de que estejam bem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser presente, que rege a minha vida.

Aos meus pais, Iracema Galhardo e João Simão, exemplos de dedicação aos filhos, que me ensinaram a viver intensamente o respeito e com dignidade.

As minhas lindas filhas, Alice e Giovanna...meu porto seguro. Giovanna que falava assim: Mamãe, eu vou dormir cedinho, pra você estudar e tirar dez. Alice, que chegou no momento certo, na hora certa e no dia certo. Nunca duvidei disso!

Aos meu marido e amigo Miro Pohl, pela paciência e companheirismo nos momentos cruciais.

À Profa. Dra. Lourdes Leitão Nunes Rocha, a quem agradeço imensamente pela transmissão de conhecimento, dedicação, pela valiosa contribuição neste trabalho, a qual me ensinou a pensar a violência contra a mulher sob outros ângulos.

À turma do PGPP 2010, profissionais e pessoas maravilhosas, dedicadas e compromissadas com o respeito à vida, à dignidade da pessoa humana, com a justiça social.

À Profa. Dra. Selma Muniz Marques, pelo incentivo à participação na seleção do Mestrado em Políticas Públicas. Meus sinceros agradecimentos.

Meu agradecimento particular a Edna Muniz e Márcia Pimenta. Amizades que nunca esquecerei. Que me fortaleceram nos momentos mais difíceis ao longo do curso.

Agradeço aos profissionais de saúde da Unidade Mista do Itaqui Bacanga, pelo acolhimento e troca de experiência, sem os quais não seria possível realizar este trabalho.

As minhas amigas: Assistentes Sociais Georgeana Sousa, Lisiane Castro, Marlúcia de Fátima da Silva, Emanuele Costa e Roseane Maciel, que me ajudaram a construir e concretizar este momento.

Agradeço imensamente a Cláudia Duarte e a Ruy Cruz, por terem me oportunizado vivenciar esta etapa. com certeza, sem a colaboração deles não seria possível.

A todos os meus amigos e amigas, que me apioaram nesta decisão.

Enfim, agradeço pela colaboração de todas(os)!

Saber Viver

**Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos 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 acarícia,
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.**

Cora Coralina

RESUMO

Neste trabalho, analisa-se a violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica contra gestantes atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís - MA, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, identificando suas percepções, as repercussões e a construção de estratégias de enfrentamento construídas por essas mulheres. Inicialmente, discorre-se sobre a definição dessa violência, a partir da categoria violência de gênero, considerando as interpretações sócio-históricas das relações de gênero, especialmente, a das mulheres e no patriarcado. Compreende-se a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher como violação dos direitos humanos, sendo um problema de saúde pública, cujo enfrentamento exige implementação de políticas públicas em diversas áreas, cujo foco é a transversalidade de gênero. No trabalho de campo, utiliza-se o estudo de caráter qualitativo, sendo que a técnica para coleta de dados baseia-se na gravação de entrevista semiestruturada realizada com dez gestantes. A análise dos resultados permitiu apreender as concepções das gestantes sobre a violência física e psicológica doméstica e intrafamiliar na gestação e quais repercussões tais violências têm em seu cotidiano. Por meio da análise dos depoimentos, verificou-se que as gestantes compreendem a violência como um problema comum na sociedade e a violência contra a mulher um fenômeno que acontece majoritariamente no espaço do lar, independente das características sociodemográficas dos sujeitos, sendo o parceiro íntimo o agressor mais frequente. As gestantes consideraram a violência física como uma grave agressão, contudo não apontaram a ocorrência de violência psicológica como um motivo suficiente para denunciar o agressor, o que reforça que é preciso avançar sobre a discussão dessa questão. As gestantes relacionaram a maternidade como processo natural/biológico conferido à mulher, a qual é responsável pela criação/procriação dos filhos, ponto que contribui para fortalecer os papéis estereotipados de gênero. Os resultados da pesquisa revelaram as dificuldades de as gestantes romperem com a violência doméstica e intrafamiliar e denunciá-la, apesar de reconhecerem a existência de espaços de proteção, como a Delegacia Especial da Mulher e a Lei Maria da Penha. Sobre as estratégias de enfrentamento, as gestantes criaram mecanismos de autodefesa no sentido de se protegerem da violência, sendo a tolerância e o afrontamento as características presentes. A pesquisa evidenciou que é preciso avançar na formulação e implementação de políticas públicas para as mulheres, incluído gestantes, com vistas ao enfrentamento da violência contra a mulher e fortalecimento dos direitos humanos do segmento feminino.

Palavras-chave: Gênero. Patriarcado. Maternidade. Violência, Violência de Gênero.

ABSTRACT

This work analyzes the domestic and intrafamilial violence, physical and psychological violence, against pregnant women in the Itaquí Bacanga's Health Unit, linked to the Municipal Health Department of São Luis - MA, from January 2011 to January 2012, identifying their perceptions, the impact and building coping strategies constructed by these women. Initially, it talks about the concept this the violence, building on the category of gender violence, considering the socio-historical interpretations of gender relations, especially of the women and patriarchy. We understand domestic and intrafamilial violence against women as human rights violations, and a public health problem, which requires implementation of public policies in several areas, with a focus on gender transversality. Our study is qualitative, whose technique for data collection is based on recording semi-structured interviews conducted with ten women. The results allowed to grasp the conceptions of the pregnant women on the physical and psychological violence, domestic and intrafamilial violence during pregnancy and what impact this violence has on their daily lives. Through the analysis of statements, it was found that pregnant women understand violence as a common problem in society and violence against women, a phenomenon that mainly occurs within the home, independent of sociodemographic characteristics of the subjects, being the aggressor intimate partner more frequent. The pregnant women consider violence as a serious physical assault, but did not detect the occurrence of psychological violence as a sufficient reason to condemn the aggressor, which reinforces that we must move the discussion on this issue. The women related to motherhood as a process natural / biological given to the woman, who the responsibility is her for creation / procreation of children, point which helps to strengthen the stereotypical gender roles. The survey results revealed the difficulties that the pregnant women have to break with the domestic and intrafamilial violence and denounce it, while acknowledging the existence of areas of protection such as the Special Police for Women and the Law Maria da Penha. About coping strategies, the women have created self-defense mechanisms in order to protect themselves from violence, tolerance and coping are the features present. The research revealed that it is necessary to advance the development and implementation of public policies for women, including pregnant women, with a view to addressing violence against women and strengthening of human rights of the female segment.

Keywords: Gender. Patriarchate. Motherhood. Violence. Gender Violence

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEPIA	CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO e AÇÃO
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEM	Delegacia Especial da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FNEDH	Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos
FUNAC	Fundação da Criança e do Adolescente
GPIPD	Grupo Parlamentar Interamericano sobre População e Desenvolvimento
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
JP	Jornal Pequeno
MS	Ministério da Saúde
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEPM	Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Maranhão
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA
SESC	Serviço Social do Comércio

SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
STF	Superior Tribunal de Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMA	Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão
USP	Universidade de São Paulo
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CAPÍTULO I: DESIGUALDADE DE GÊNERO, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER	44
2.1	Desigualdade de gênero e violência contra a mulher.....	44
2.2	Violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra a mulher: expressões da violência de gênero.....	61
3	CAPÍTULO II: MATERNIDADE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E PSICOLÓGICA NA GESTAÇÃO	73
3.1	Maternidade, gestação e violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestante: interpretação e características.....	73
3.2	As repercussões da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica na vida das gestantes.....	89
3.3	Ruptura e Estratégias de enfrentamento da violência doméstica e intrafamiliar física e psicologia construídas pelas gestantes	103
4	CONCLUSÃO	123
	REFERÊNCIAS.....	128
	APÊNDICES.....	140
	ANEXOS.....	147

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a análise da violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica contra gestantes atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís - MA, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, identificando suas percepções sobre a violência, as repercussões na sua vida e a construção de estratégias de enfrentamento¹.

O interesse por este objeto nasce do entendimento de que a gestante vivencia alterações biopsicossociais² que, associadas à violência, podem comprometer a sua saúde e o desenvolvimento de sua gravidez. Sobre este problema, o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada afirma que o período gestacional não confere proteção e segurança física e emocional à gestante, o que permite apreender que a ocorrência de violência impacta diretamente no desenvolvimento da gestação (BRASIL, 2006).

Para compreender essa violência, é relevante refletir sobre o lugar da mulher na sociedade, o qual se integra às relações sociais mais amplas fincadas na relações de gênero, conforme o desenvolvimento histórico. Para Rocha (2005, p. 18),

¹ A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2005) adota o conceito de enfrentamento considerando à implementação e articulação de políticas públicas (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros) que objetivem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres, em todas as suas expressões. Essa ação conjunta deve propor ações que: “desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência [...] a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres” (BRASIL, 2005, p. 11).

² A gravidez é um processo biológico na vida das mulheres em idade reprodutiva entre 10 e 49 anos. O Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006) enfatiza que no desenvolvimento da gestação ocorrem mudanças físicas (alteração no peso, como exemplo), fisiológicas (sinais e sintomas da gravidez), psicológicos (ansiedade, medo, alteração no humor, dentre outros) e sociais (mudanças no cotidiano, nas relações familiares, rotinado casal, etc), os quais requerem atenção humanizada, com ações que possibilitem a mulher compreender essas mudanças, que fazem parte do período gravídico (BRASIL, 2006).

[...] as relações de gênero expressam um processo social, dialético, interacional, a partir do qual os seres humanos formam-se homens e mulheres que são assim representados e se auto-representam. Os gêneros são construídos nas relações sociais, em que se constroem os papéis masculino e feminino, correspondentes às necessidades e interesses de uma determinada sociedade, num determinado momento histórico.

A gestante em situação de violência, portanto, está inserida em um ambiente de (re)construção de vínculos afetivos, numa teia de relações familiares caracterizadas por relações patriarcais³ de dominação e exploração e por uma violência considerada sutil, disfarçada, que se processa no espaço doméstico e intrafamiliar.

A autora foi instigada a desenvolver o presente estudo devido às contribuições do curso de Especialização, na área da violência doméstica contra criança se adolescentes, realizado em 2001, na Universidade de São Paulo - USP e dos trabalhos desenvolvidos na Fundação da Criança e do adolescente, FUNAC, em que havia intervenções realizadas junto a adolescentes, mulheres, em situação de risco social e pessoal, atendidas no Abrigo das Meninas⁴, onde se deparou com casos de violência no âmbito doméstico e intrafamiliar. Nessa instituição, atendeu uma adolescente que ficou grávida quando estava sob a tutela institucional. Essa adolescente passou por momentos de angústia, solidão, insegurança em relação ao futuro e crise emocional, associados à falta de estrutura financeira, de apoio familiar e responsabilidade do poder público. Tal caso contribuiu para a pesquisa sobre a ocorrência de violência psicológica no período gestacional.

Um outro momento que colaborou para a escolha do tema foi a participação da autora, no período de 2007 a 2009, como técnica em planejamento na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, no processo de

³ Diante da perspectiva da dominação masculina, Saffioti refere o conceito de patriarcado como “um regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens” (SAFFIOTI, 2004, p. 44) e, o define, a partir da análise de Hartemann (1979), “como um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres” (SAFFIOTI, 2004, p. 104), sendo seus principais elementos: o controle da fidelidade feminina; a conservação da ordem hierárquica com a autoridade do masculino sobre o feminino, bem como dos mais velhos sobre os mais novos; e a manutenção dos papéis sociais: ao homem fica incumbida a responsabilidade da provisão material e a mulher pelos afetos e cuidados no lar (SAFFIOTI, 2004; SCOTT, 1990; TERUYA, 2000 apud TABORDA, 2011).

⁴ Atualmente Programa de Acolhimento Institucional. Embora ainda seja corriqueiro a utilização do termo “abrigo”, é importante inferir que atualmente vem sendo substituído por “acolhimento institucional”, conforme descrito no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, 2006 (RONDÔNIA, 2009).

discussões sobre a violência, fomentado pelo CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - que considerou a violência⁵, em suas mais diferentes formas, como problema de saúde pública, amplamente vislumbrada no debate nacional, a partir dos Seminários Nacionais e Regionais, que tiveram como tema central: Violência uma epidemia silenciosa, bem como a realização de visitas técnicas à responsável pelo Núcleo de Prevenção da Violência da Secretaria de Estado da Saúde, cujo responsável é o Departamento de Epidemiologia, o qual realiza debates sobre doenças e agravos não transmissíveis.

O interesse por essa temática consubstanciou-se por ser a autora profissional da saúde pública e privada, há mais de dez anos encontrando, no trabalho cotidiano, situações de mulheres grávidas que sofrem ou sofreram violência dos mais diferentes tipos, que as fazem se sentirem desmotivadas e fragilizadas. Esse contexto social possibilitou questionar o porquê dessa violência, considerando as peculiaridades do período da gravidez, no entendimento de que deveriam ser protegidas de qualquer abuso físico e psicológico.

Justifica-se, então, que a realização da pesquisa, pela sua relevância, poderá contribuir para a discussão do processo de implementação das políticas públicas para as mulheres, sobretudo da política de saúde, expressa no Sistema Único de Saúde - Lei 8.080/90 – que determina, nas disposições gerais:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011).

⁵ Violência, segundo Minayo e Sousa (1998, p. 522), “é um fenômeno histórico, quantitativa e qualitativamente, seja qual for o ângulo pelo qual o examinemos (conteúdo, estrutura, tipos e formas de manifestação). Só pode ser entendida nos marcos de relações sócio-econômicas, políticas e culturais específicas, cabendo diferenciá-la, no tempo e no espaço, e por tipos de autor, vítima, local e tecnologia, como fazem [...] toda violência social tem, até certo ponto, caráter revelador de estruturas de dominação (de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gênero, nações), e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão”. Desse modo não existe uma causa única e sim uma inter-relação de fatores que contribuem para a expressão da violência.

Estatísticas demonstram que ainda é significativo o número de mulheres vítimas de violência, em diferentes formas e modalidades, no mundo e no Brasil, dentre as quais: física, sexual, psicológica, econômica e outras que ocorrem dentro e fora de suas casas.

Dados do Relatório Mulheres no Mundo 2010, elaborado pelas Organizações das Nações Unidas – ONU, revelaram que, em relação às taxas de mulheres que foram vítimas de violência física, pelo menos uma vez, houve uma variação entre 12% e 59%, dependendo do lugar onde as mulheres viviam. Estas estatísticas não ficaram muito distantes dos dados do relatório do Grupo Parlamentar Interamericano sobre População e Desenvolvimento (GPIPD), divulgado pela ONU, no ano de 2002, os quais indicaram que, em diversas partes do mundo, entre 16% e 52% das mulheres, por exemplo, houve casos de violência física por parte de seus companheiros e, pelo menos, uma de cada 5 (cinco) mulheres foi objeto de estupro ou tentativa de estupro no transcurso de sua vida (SCARANTO, 2008). Contudo, as definições e classificações das atuais medidas estatísticas de violência contra as mulheres constituem, ainda, uma fonte limitada de informação, o que requer uma maior amplitude de discussão e compatibilização dos dados, no âmbito internacional, como enfatiza o documento Mulheres no Mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

No Brasil, os resultados da pesquisa realizada pelo IBOPE e Instituto Avon apontaram que, entre os anos de 2006 e 2009, aumentou de 51% para 55% o número de entrevistados, entre homens e mulheres, que declararam conhecer pelo menos uma mulher que já sofreu ou sofre agressões de seu parceiro íntimo ou ex-parceiro. Segundo as instituições pesquisadoras, esses dados indicaram que houve crescimento dos casos de violência doméstica contra a mulher, nos últimos anos, o que tem suscitado discussões contínuas sobre o tema na sociedade. Ainda nessa pesquisa, os homens e as mulheres entrevistados, independente de terem sido vítimas ou não de agressão, preconizaram que a violência contra a mulher dentro de casa é o tema que mais preocupa as brasileiras, sendo esta uma preocupação em crescimento, desde o ano de 2004, quando o percentual era de 50%, subindo para 55%, em 2006 e

para 56%, em 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA/AVON, 2009).

No Maranhão, a realidade da violência contra a mulher não é diferente da que é apresentada na esfera nacional. Conforme demonstram os dados do Projeto “O Maranhão no Enfrentamento à Violência Contra a Mulher” (2008), elaborado pela Secretaria de Estado da Mulher, a população feminina convive com a insegurança doméstica, permanecendo em constante estado de alerta. Os dados revelaram que, se os homens cometem e sofrem violência no “espaço público”, o “espaço privado” é, para mulheres e meninas, um lugar extremamente violento. Dessa forma:

No Estado do Maranhão, constata-se, também, a gravidade da situação da violência de gênero vivenciada pelas mulheres, tanto no meio urbano, quanto no meio rural. Na Delegacia Especial da Mulher (DEM) de São Luis, em seu primeiro ano de funcionamento, 1988, foram registradas 3.102 denúncias. Em 2000, esse número praticamente dobrou: houve 5.998 ocorrências, a maioria casos de violência doméstica e familiar. Em 2006 e 2007, os índices estatísticos revelaram 4.456 e 4.835 ocorrências registradas em cada ano. Nas outras 18 DEMs, foram 6.754 denúncias em 2005 e 8.240 em 2006. (MARANHÃO, 2008, p. 5).

O aumento da violência no espaço doméstico, no Maranhão, pode ser constatado, também, na apresentação das estatísticas da pesquisa realizada no ano de 2008 pela Vara Especial de Violência Doméstica Contra a Mulher do Maranhão, órgão vinculado ao Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão – TJMA - as quais revelaram que: 70% das mulheres foram agredidas no ambiente doméstico, porém, não viviam oficialmente casadas com o agressor e apenas 36% das agredidas mantinham uma relação estável com o mesmo; os perpetradores eram homens entre 26 e 40 anos de idade, sendo que 36% eram companheiros das denunciantes e 44% das agressões ocorreram por influência de álcool ou drogas.

Destarte, a violência contra a mulher tornou-se um problema público, estudado e entendido, como um fenômeno controverso e complexo na sociedade, por sintetizar aspectos sociais, contraditórios e historicamente determinados, que requerem uma intervenção sistemática do poder público. Ela vai de encontro aos princípios preconizados nos fundamentos legais, que objetivam o banimento de toda e qualquer forma de violação dos direitos

humanos. A violência contra a mulher “é considerada um fenômeno universal e definida como qualquer conduta ou ação baseada em gênero” (ONU, 2010, p. 51).

Concorda-se com afirmação, pois se assume, neste trabalho, a conceituação sobre a violência contra a mulher, adotada pela IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - realizada em BEIJING⁶, China, em 1995:

113. A expressão ‘violência contra a mulher’ se refere a qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, inclusive ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, que se produzem na vida pública ou privada. Por conseguinte, a violência contra a mulher pode assumir, entre outras, as seguintes formas:

a) a violência: física, sexual e psicológica que ocorre na família, inclusive servícias; o abuso sexual das meninas no lar, a violência relacionada com o dote, a violência por parte do marido, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentam contra a mulher, a violência exercida por pessoas outras que o marido e a violência relacionada com a exploração;

b) a violência: física, sexual e psicológica no nível da comunidade em geral, inclusive as violações, os abusos sexuais, o assédio e a intimidação: física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra.

114. Entre outros atos de violência contra a mulher, cabe mencionar as violações dos direitos humanos da mulher em situações de conflito armado, em particular os assassinatos, as violações sistemáticas, a escravidão sexual e a gravidez forçada.

115. Os atos de violência contra a mulher também incluem a esterilização forçada e o aborto forçado, a utilização coercitiva ou forçada de anticoncepcionais, o infanticídio feminino e a seleção pré-natal do sexo (ONU, 2010, p. 51).

A Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - a Convenção de Belém do Pará, adotada no âmbito da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA, em 06 de junho de 1994, também expressou a relevância de se prevenir e erradicar qualquer forma de violência contra a mulher, através de elaboração e implementação de Políticas Públicas. Desse modo, violência contra a mulher foi

⁶ No ano 2000 a ONU adotou novas medidas e iniciativas para a aplicação da Declaração de Beijing, com a formulação do documento conhecido como “Beijing+5”, o qual realizou um balanço dos cincoprimeiros anos de aplicação da Plataforma para a Ação de Beijing e, ampliou os atos considerados como violência contra a mulher, incluindo situações específicas de mulheres envolvidas em conflitos armados, escravidão sexual, gravidez forçada, crimes em defesa da honra, crimes passionais, pornografia infantil, esterilização forçada, aborto forçado, uso coercitivo de contraceptivos, infanticídio feminino, seleção pré-natal do sexo do bebê, crimes com motivação racial, rapto e a venda de meninas, ataques com ácido e os casamentos precoces (ONU, 2010).

definida como “qualquer conduta ou ação baseada em gênero, que resulte em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher e que aconteça tanto no espaço público quanto no privado” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 2010). O Brasil, ao ratificar esse acordo internacional, em 27 de novembro de 1995 e promulgar, por meio do decreto nº 1973, em 1º de agosto de 1996, comprometeu-se em garantir que fossem investigadas prevalências, causas e consequências da violência contra a mulher.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996, apud CONASS, 2007, p.68) define a violência contra a mulher como:

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.

A presente dissertação investiga sobre a violência física e a violência psicológica doméstica nas relações familiares contra mulheres gestantes. A primeira, entendida como:

o uso intencional de força física com potencial para determinar morte, incapacidade, injúria e ferimento, que inclui, mas não está limitado a arranhões, bofetadas, empurrões, perfurações, chutes, contusões, queimaduras, fraturas ósseas, espancamento, lesões na cabeça, lesões internas, lesões permanentes e uso de arma - revólver, faca ou outro objeto⁷ (MENEZES et al,2012, p. 311).

A violência psicológica definida pelo Ministério da Saúde como:

[...] toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o seu próprio dinheiro. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser bastante frequente, ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio (BRASIL, 2011, p. 20).

⁷ World Health Organization. Violence against women: a priority health issue. 1997. Available from: URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm

O Ministério da Saúde, também, reportou-se à violência intrafamiliar e doméstica nos seguintes termos:

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra.

O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também as relações em que se constrói e efetua.

A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (BRASIL, 2011, p. 13).

A partir dessas conceituações, infere-se que no interior da sociedade, criam-se e preservam-se, cotidianamente, estereótipos ou características que solidificam a concepção de que homens têm o poder de dominar as aspirações e a liberdade de ir e vir das mulheres. Essa visão tende a fortalecer a desigualdade entre os sexos, implicando uma relação de dominação, em que o principal alvo, indubitavelmente, são as mulheres, independente da classe social, raça/etnia ou idade. Ressalta-se que as diversas correntes teóricas existentes sobre o tema em análise são importantes para entender o fenômeno da violência contra a mulher em sua dinamicidade.

Retratada no cotidiano social, nos espaços público e privado, pela sua magnitude e complexidade, a violência contra a mulher deve ser considerada como uma questão política, cultural, policial, jurídica e social. Constitui-se, também, por excelência, um problema de saúde pública, pois muitas mulheres adoecem a partir de situações de violência sofrida na esfera pública e em sua própria casa, embora ainda seja significativo o índice de subdenúncias.

Nessa perspectiva, entende-se que o estudo da violência contra a mulher não pode ocorrer sem considerar as relações sociais, tendo em vista que ela se alimenta de fatos políticos, econômicos e culturais, interpretados nas relações cotidianas, que podem ser construídos, desconstruídos e superados pela sociedade, a partir e sob a ocorrência de determinadas circunstâncias. Corroboram este posicionamento as afirmações de Chesnais (1981, apud

MINAYO; SOUSA, 1998) e Burke (1995, apud MINAYO; SOUSA, 1998), de que o fenômeno da violência deve ser tratado de forma complexa, histórica, empírica e específica, pois não é um conceito abstrato, sendo, então, um problema de todos.

Nesse contexto, é de suma importância a preocupação com a produção de informações sobre o fenômeno da violência contra a mulher, enquanto subsídio para a elaboração, monitoramento e avaliação de políticas públicas⁸ e, nessa perspectiva, das políticas de saúde, para o atendimento e o tratamento, de forma sistemática, dos sintomas que podem estar relacionados ao abuso e à agressão⁹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), a violência contra a mulher tornou-se “uma epidemia, que produz agravos à saúde física, psíquica e sexual das mulheres e meninas, devendo ser enfrentada com políticas públicas e punição dos agressores”.

No Brasil, conforme Almeida (2007, p.27),

temos a violência endêmica estrutural cotidiana, que não é errática, mas dirigida sistematicamente a frações de classe e a categorias exploradas, sendo, cada vez mais, enraizada na cultura política autoritária do país, fecundada pelo medo, banalizada e naturalizada em todos os níveis da sociedade. Neste sentido, a luta pela defesa dos direitos civis, embora indiscutivelmente insuficiente, é política e tem caráter emancipatório.

As mulheres que vivenciam o problema da violência sentem-se constrangidas e impedidas de declarar as agressões de seus parceiros ou familiares; assim, alguns dos episódios não são reconhecidos como violentos, o que contribui para a sua proliferação e impunidade.

⁸ Sousa (2006, p. 26) resume política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real [...] políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação”.

⁹ A agressão é um padrão de comportamento empregado para exercer poder e controlar outra pessoa mediante medo e intimidação, frequentemente incluindo a ameaça ou uso de violência. Acontece quando uma pessoa acredita que ele, ou ela, tem o direito de controlar o outro (FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, 2006, p. 8-9).

A invisibilidade dessa violência é, também, fortalecida por um modelo concebido de família e casamento que reforça as relações de poder entre homens e mulheres, sendo a mulher sujeita às normas impostas pela sociedade e seu companheiro-agressor.

Sendo assim, as implicações da violência contra a mulher acarretam agravos de saúde, de ordem física e psicológica; colaboram para a violação dos direitos humanos e; caracterizam-se como uma questão de saúde pública a ser enfrentada pelo Sistema Único de Saúde- SUS.

Diante da magnitude do problema, enfatiza-se que a violência doméstica e intrafamiliar se constitui em violência de gênero, afetando a qualidade de vida das mulheres, sobretudo no período gestacional, pois a gestante não é percebida como sujeito de direitos, sendo a sua condição humana também ameaçada.

De acordo com o Manual Pré-Natal e Puerpério, elaborado pelo Ministério da Saúde em se tratando dos impactos da violência na saúde da gestante, o ciclo gravídico-puerperal não lhe confere proteção. A violência traz consequências que podem comprometer a gestação e o desenvolvimento do recém-nascido, sendo mais comum na vida da gestante do que “a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia” (BRASIL, 2006, p. 134).

Corroboram as informações acima os estudos revelados pela OMS:

Violência por parceiro íntimo durante a gestação foi encontrada associada com fatais e não fatais efeitos adversos para a saúde da mulher grávida e seu bebê, devido ao trauma direto de abuso ao corpo de uma mulher grávida, bem como, os efeitos fisiológicos do estresse sobre o crescimento fetal e seu desenvolvimento devido a abuso atual ou passado (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

São citadas como consequências dessa violência: homicídio, suicídio, o abuso de álcool e drogas e fumar durante a gravidez, cuidados pré-natal tardios, baixo peso ao nascer, parto e nascimento pré-termo, ganho de peso insuficiente, complicações obstétricas, DST / HIV, aborto, aborto inseguro, lesão, deficiência física, sintomas físicos, depressão, dificuldades ou falta de vínculo ao filho e efeitos sobre a criança (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A discussão sobre a violência doméstica e intrafamiliar contra o segmento feminino da população – inclusive a perpetrada contra a gestante – no âmbito da saúde pública brasileira, torna-se ainda mais premente ao contextualizar o significado do papel atribuído à mulher em uma sociedade capitalista e historicamente marcada pela dominação masculina. Na visão de Pereira (2004, p. 3), essa dominação: “de tal maneira entranha no inconsciente, pois a sua construção está relacionada ao contínuo trabalho de des-historização, que não só ‘naturaliza’ a violência contra a mulher como a faz, de certa forma, ‘invisível’ na sociedade”.

Isto posto, infere-se que a gravidez não confere proteção à gestante, pois o fato de ser ou vir a ser mãe, não impede que o agressor perpetre a violência. Mendes (2005, p. 17) coloca, nessa perspectiva, que, apesar de a gravidez, “no imaginário social, ser percebida ainda como período de sacralidade e interdito da sexualidade feminina [...], parece guardar relação com o senso comum que sinaliza que, de alguma forma, protegeria a mulher da violência direcionada a ela, intencionalmente”.

Fontenele e Tanaka (2008, p. 4), enfatizam que é necessário subtrair o “traço natural”, conferido à mulher, vinculando-a ao aspecto biológico e remetendo-a ao lugar da maternidade¹⁰, por sua associação ao trabalho de cuidado dos filhos. As autoras, ainda, preconizam que “há uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina ao papel reprodutivo”. Na mesma direção, Scavone (2001, p. 56) infere que “a maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da cultura e identidade feminina pela sua ligação com o corpo e com a natureza.

Uma perspectiva que reforça a gravidade desse fenômeno é a associação da violência na gestação ao maior risco de sofrer homicídios. De

¹⁰ A maternidade, categoria também presente nas discussões acerca do “ser feminino” é entendida aqui como uma construção social. Como tal, está diretamente associada às modificações pela qual a família tem passado a partir de transformações que permitiram, entre outras questões, a organização dos Estados modernos e a instalação da ordem econômica burguesa, principalmente do século XVII em diante, em um movimento de constituição das chamadas sociedades disciplinares. Temática bastante abordada nos diversos campos do saber, a maternidade carece ainda de discussões que tenham uma perspectiva mais refutadora, dada a ‘sacralidade’ que a cerca. A maternidade parece permanecer como um valor, sendo função social da mulher. Permanece ainda um ranço herdado das ciências biológicas que associa o corpo biológico da mulher ao corpo social. Há que se pensar a maternidade como componente preponderante das estruturas do tecido social (FONTENELE E TANAKA, 2008, p. 4).

acordo com Schraiber e Durand (2010), existem estudos comprobatórios de que, em diversas cidades norte americanas, o homicídio representa a principal causa de morte pré e pós-natal e que o risco de ser vítima de tentativa de homicídio ou de homicídio completo é três vezes maior entre as mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) na gestação, do que entre aquelas que sofreram violência fora desse período e, como tal, sinalizam que este fenômeno deve ser visualizado como um indicativo bastante grave de violência.

Comparando esses dados com os apresentados em estudo brasileiro sobre o tema, as autoras enfatizam que há semelhança de resultados. Pesquisas realizadas no Brasil mostram que as mulheres que sofrem VPI na gestação têm prevalência, aproximadamente, duas vezes maior de VPI física grave na vida, em relação àquelas que sofrem fora da gestação. Segundo as pesquisadoras, esses dados demonstram a necessidade de se projetar o olhar sobre esta questão que, na atualidade, merece atenção, tanto do âmbito da pesquisa, como na implementação de políticas públicas.

Schraiber e Durand (2010) colocam que o impacto da violência no período da gestação pode incidir diretamente e indiretamente na mortalidade e morbidade materno-infantil e colocam que as mulheres, nessa situação, buscam tardiamente atendimento pré-natal, em geral no terceiro trimestre da gestação.

Dessa forma,

muitos estudos têm mostrado que o fenômeno é frequente e responde por questões de saúde reprodutiva de difícil tratamento. Estudos demonstram que revisões realizadas em países em desenvolvimento mostram uma variação em relação à violência física entre 3,8 a 31,7%, enquanto nos Estados Unidos e Canadá encontra-se uma variação de 0,9% a 20,1%, estando a maior parte dela entre o espectro de 3,9% a 8,3%. No Brasil, pesquisas com puérperas em maternidades públicas apontam taxas de VPI (violência por parceiro íntimo) na gestação que variam de 7,4% e 18,2% na forma física, e 61,7% na psicológica (SCHRAIBER; DURANS, 2010, p. 21).

Estudos de Oliveira e Vianna (1993), realizados em São Paulo, sobre a situação conjugal na gravidez¹¹ revelam que, no ano de 1989, de um total de 11.500 laudos de necropsia, 1,4% referiam-se óbitos por homicídios de

¹¹ Estudo de Oliveira e Vianna (1993) sobre a violência contra mulher no período gravídico e puerperal identifica a partir de narrativas das mulheres os motivos pelos quais sofrem violência no período gestacional: dependência física e emocional do homem em relação a companheira, desconfiança do homem em relação a paternidade e rejeição do homem sobre o corpo gravídico, não sendo mais objeto de desejo.

mulheres em idade reprodutiva, na faixa etária de 14 a 49 anos; desses, 11,2% faziam menção ao útero gravídico, indicando que a mulher foi assassinada ou durante a gravidez ou no puerpério, configurando um aumento significativo da violência no período gestacional.

Pesquisa realizada, em 2010, intitulada “Violência contra gestantes: taxas, tipos, perpetradores e fatores associados”, no município de São Luís - MA¹² (RIBEIRO, 2011, p. 121), junto a 971 mulheres em período gestacional, entre a 22^o e 25^o semanas e com idade média de 25 anos, encontrou taxas de violência, as quais foram classificadas como: geral, dos tipos psicológica, física e sexual e do grupo físico-sexual:

A taxa de violência geral (reuniu os tipos psicológica, física e sexual ocorridos no âmbito do doméstico e familiar e na comunidade) foi 50,26%. Foram 488 gestantes que responderam afirmativamente a uma ou mais das 13 questões de diagnóstico de violência. Violência psicológica teve taxa de 49,23%. Apenas dez entrevistadas, entre as 488, não passaram por maus tratos psicológicos. Violência do tipo física apresentou taxa de 12,87%. O número de mulheres em situação de violência física somou 125. Vinte e seis gestantes foram agredidas sexualmente, com taxa de 2,68%. Violência física/sexual esteve presente na gestação de 136 entrevistadas, com taxa de 14,01%. A recorrência para os tipos psicológica, física e sexual foi, nessa ordem, 35,95%, 6,69% e 1,54% (RIBEIRO, 2011, p.137).

A mesma autora enfatizou, nessa pesquisa, que o parceiro íntimo atual é o que mais pratica violência psicológica e físico-sexual, como, também, demarcou outros fatores associados, ou seja,

[...] aproximadamente 80% das entrevistadas coabitavam com seus parceiros íntimos (com ou sem filhos), sendo que 48,51% tinham também a companhia de familiares. As que residiam com seus familiares, com a companhia ou não de filhos, somaram 154 (15,86%). Apenas 25 (2,57%) moravam sozinhas ou com filhos, havia pelo menos três meses. Oito (0,83%) ou residiam em seus locais de trabalho ou com pessoas amigas. Depois do parto, as primeiras se afastaram do trabalho e voltaram a morar com familiares (RIBEIRO, 2011, p. 124).

¹² O município de São Luís “está organizado em sete distritos sanitários, a saber, Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Bequimão, Cohab, São Cristóvão e Vila Esperança. O Município aderiu ao Pacto Pela Saúde, no ano de 2007. Está habilitado na Condição de Plena do Sistema de Saúde. Pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Maranhão, é referência em média e alta complexidade para 126 municípios que corresponde a uma população de 3.864.644 habitantes” (RIBEIRO, 2001, p. 104).

Desse modo, o setor da saúde ao se aproximar do tema da violência, não deve tomá-lo como um objeto próprio, mas considerá-lo dentro do conceito ampliado de saúde, no qual a violência contra a mulher, fundamentada na perspectiva de gênero, deve ser incluída. A ampliação do conceito de saúde vai além do diagnóstico e tratamento das lesões físicas e emocionais e extrapola as ações exclusivas da atenção assistencial.

Esse aspecto tende a demonstrar que o acesso ao atendimento às mulheres em situação de violência carece de sistematização e, de certo modo, está enfraquecido na agenda de prioridades do poder público. Entende-se que o atendimento a essas mulheres deve ser de qualidade, específico, humanizado, integral e qualificado nos serviços especializados e na rede de atendimento, conforme preconiza o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (IIPNPM) (BRASIL, 2008, p. 99-100).

Ao reconhecer que a violência afeta a saúde individual e coletiva, a Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT/MS – a considera uma questão social, a qual se exige para a sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor saúde, pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta; pela exigência de atenção de cuidados dos serviços médicos e hospitalares e porque faz parte das preocupações quando se trabalha o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2002).

Minayo e Sousa (1998) discorrem que os sanitaristas, ao abordarem o tema da violência, enfatizam a importância de analisar as tendências epidemiológicas sobre este objeto e o compromisso com a identificação de políticas e programas voltados para prevenir a cultura da dominação, da discriminação, da intolerância, mas, também, para aperfeiçoar e dar qualidade e atenção às vítimas da violência. Para as autoras,

a complexidade do fenômeno exige abordagem ao mesmo tempo social, psicológica e epidemiológica, levando em conta, inclusive, os aspectos biológicos. E quanto mais o fenômeno se agrava, mais imperiosa é a necessidade de se trabalhar com várias disciplinas científicas e vários campos profissionais (MINAYO; SOUSA, 1998, p. 524).

Diante desse contexto e de outras violações ao direito à saúde, foi que a mobilização das mulheres, no Brasil, contribuiu, também, para a construção da reforma sanitária brasileira, que trouxe subsídios à formulação e execução da política de saúde para mulheres, contidos, a princípio, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM “considerado pelo Ministério da Saúde como uma política, cujo objetivo era reorientar toda a atenção à saúde das mulheres” (RAMOS, 2011. p 10) e, posteriormente, na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1983 e regulamentado em 1986, como uma resposta aos problemas de saúde enfrentados pela população feminina (COSTA, 1992, p.3). Foi visualizado como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher e surgiu em uma conjuntura de disputas pelas políticas de controle de natalidade, sendo comemorado como uma derrota das forças militares, no que tange à formulação do programa, conforme pontua Ramos (2011 , p. 12):

[...] de um lado, atores pró-controle demográfico contavam com a simpatia de setores militares, empresariais e tinham forte influência no Parlamento. No outro lado, num ambiente ainda tímido de transição política, feministas e sanitaristas se reapropriavam, do tema, introduzindo interpretações e novas propostas a partir de uma filosofia de emancipação da mulher. [...] o Estado (tradicionalmente omissor nas relações entre entidades privadas de planejamento familiar e população) assumia responsabilidades na área da regulação da fecundidade e as delegava ao setor da saúde, onde a presença de médicos envolvidos com a reforma sanitária era notória.

O PAISM trouxe muitas inovações para as mulheres e representa um marco histórico nas políticas públicas, ao centrar-se no conceito da integralidade¹³, vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma (re)ordenação da estrutura dos serviços de saúde. As mulheres passaram a ser contempladas de forma integral, em todas as faixas

¹³ “O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Implica na oferta de ações educativas, de forma que o usuário pudesse apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde, prevendo também ações de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde” (BRASIL, 1984, p.15; 16; 18).

etárias, ciclos de vida, papéis na sociedade e, também, em todos os seus problemas e necessidades de saúde.

O modelo assistencial do Programa objetivava desenvolver ações de saúde para as mulheres “dos níveis mais simples aos mais complexos, permitindo a compreensão e a abordagem da mulher na sua totalidade e em sua singularidade” (COSTA, 1992, p. 9). As diretrizes gerais previam a organização do sistema de saúde para atender a população feminina, considerando o desenvolvimento de ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes; a necessidade de uma nova postura dos trabalhadores da saúde, posto o conceito de integralidade do atendimento e; a operacionalização de ações educativas, por meio de metodologias participativas, de modo que capacitasse a mulher para conhecer o seu corpo e tivesse o controle sobre a sua saúde (OSIS, 1998; COSTA, 1992). Desse modo, para as mulheres, inaugurava-se uma era que abriria a possibilidade de valorização e autonomia para a realização de novas práticas de educação em saúde, como possibilidade de dotá-las de mais conhecimento e capacidade crítica.

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998, p.27).

Esse novo olhar para a saúde feminina rompeu com a oferta das ações relacionadas apenas à gravidez e ao parto, preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno Infantil - PSMI (RAMOS, 2011).

Segundo Costa (1992) o princípio da integralidade é considerado mais importante na assistência integral em saúde e, nessa perspectiva, enfatiza que a percepção de gênero deve abarcar a prática dos profissionais de saúde, no que concerne ao atendimento à saúde da mulher, uma vez que a prática médica constitui um lugar de exercício de um poder, que agrega às discriminações de gênero, o qual pode ser um espaço de risco e de ocorrência de violência. Desse modo, infere que as mulheres devem se apoderar das práticas educativas, as quais são necessárias para o processo de reconstrução das suas identidades, posto que estarão habilitadas para fazer escolhas (por

exemplo, o método contraceptivo adequado) e, sobretudo, lutar pela garantia dos seus direitos. Conforme Tavares (2000), o PAISM previu ações para o combate de todos os componentes discriminatórios que estigmatizavam a mulher ao longo da história e, como tal, intensificou a discussão sobre a violência doméstica contra a mulher no campo da saúde.

A integralidade fez parte da proposta de constituição do PAISM, pois ocorre no sentido de propor articulações entre diferentes níveis da administração pública (Federal, Estadual e Municipal), como estratégia que privilegia a discussão consensual de temas controvertidos; como tal, a forma de atendimento, a ligação entre os serviços e o modo de ensino e controle da saúde. É o que preconizam Medeiros e Guareschi (2009, p. 17): “trata-se de questões que, de alguma maneira, compõem hoje o cenário do SUS e, como tal, também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)”.

Camargo (2003), no entanto, enfatiza a dificuldade de se desenvolver a integralidade das ações da saúde, tendo em vista a implementação de um sistema que tende a privilegiar um modelo de especialização clínica e um processo de condução das ações que prima pela verticalidade dos programas, ponto que vai de encontro às propostas defendidas pelo movimento feminista e sanitário, nos anos de 1970-1980. Ademais, o complexo médico-industrial, que tem como modelo conceitual a biomedicina, obstaculizava a proposta de integralidade. “A ênfase nos aspectos ‘biológicos’, ‘a hierarquização implícita de saberes’, ‘a perspectiva fragmentada e fragmentadora’ são opostas às ideias agregadas sob o ‘rótulo da integralidade’ (CAMARGO, 2003, p. 19).

Em 2004, a PNAISM foi elaborada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de implementar ações em saúde da mulher, com foco na garantia dos seus direitos, na redução dos agravos por causas preveníveis e evitáveis, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, sendo os princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde da mulher, com ênfase nas questões de gênero (GUARESCHI et al, 2007).

Freitas et al (2009, s/p) infere que a mulher, na PNAISM, é percebida como sujeito de direitos, imbuída de autonomia e participação no

processo de decisão, no que tange à formulação e implementação de políticas públicas direcionadas ao segmento feminino.

Para a implementação de ações previstas na PNAISM, de consolidação de uma rede de atendimento à mulher, o Plano Nacional de Política para as Mulheres - PNPM, nas versões I e II, constitui estrutura fundamental. A rede engloba delegacias especializadas, centros de referência, casas-abrigo, entre outros serviços, no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e intrafamiliar. Os Planos reconhecem a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres e precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública, além de apontar a necessidade de reduzir os índices de violência contra as mulheres (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

O II PNPM (BRASIL, 2008) considera o fato de que determinados problemas afetam, de maneira distinta, homens e mulheres e que alguns são mais prevalentes em determinados grupos étnico-raciais. “Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente a provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina” (BRASIL, 2008, p.70).

Essa premissa pode ser justificada pelos dados da Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), em 27 municípios brasileiros, compreendendo o período de agosto de 2006 a julho de 2007, os quais evidenciaram que as mulheres se constituíram nas principais vítimas da violência doméstica e sexual, com incidência desde a infância até a terceira idade. Do total de 8.918 notificações de atendimentos de violência doméstica, sexual e outras violências, registradas no período analisado, 6.636, ou seja, 74% referiam-se a vítimas do sexo feminino (BRASIL, 2010, p.3).

O II PNPM (BRASIL, 2008) traçou como meta a implementação da notificação compulsória em 100% dos municípios e estados brasileiros e implantação dos sistemas de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA¹⁴ - em

¹⁴ Atualmente a Portaria GM/MS/Nº 104/2011 define as terminologias que devem ser adotadas na legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, define: I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física,

todas as capitais e municípios dos estados prioritários do Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres.

Conforme discurso oficial, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher foi lançado em agosto de 2007, como parte da Agenda Social do Governo Federal. Esse documento foi pactuado entre os governos federal, estaduais e municipais, que se comprometeram em planejar um conjunto de ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional; apresenta uma estratégia de gestão que organiza a execução de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, com o objetivo de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e assegurar o direitos às mulheres.

O Pacto baseia-se em quatro eixos/áreas estruturantes: implementação da Lei Maria da Penha e Fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento; Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da aids; Combate à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão, os quais são implementados a partir de aspectos técnicos, políticos, culturais, sociais e conceituais e orientam procedimentos, possibilitam a construção de protocolos, normas e fluxos que institucionalizem e garantam legitimidade aos serviços prestados e às políticas implementadas (BRASIL, 2010).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM, na gestão 2007-2010, preconizou a necessidade de ampliação de recursos para atendimento das mulheres, devido ao aumento da visibilidade da violência contra a mulher, particularmente, com a sanção da Lei Maria da Penha, o que vem ocasionando uma maior demanda por serviços. Uma das justificativas é o número de registros realizados pela Central de Atendimento à Mulher que, no período de janeiro a maio de 2010, registrou um aumento de 95,5% no número de atendimentos, em comparação ao mesmo período do ano anterior. Então, a

mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidente, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas; III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências estão na lista de notificação compulsória dessa Portaria (BRASIL, 2010).

Secretaria demonstra que, em face de demanda apresentada, o Brasil possui um déficit na capacidade instalada para realizar esse atendimento. Como justificativa para alocação de recursos junto ao Projeto de Lei Orçamentária para 2011, utilizou os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipal (MUNIC), realizada no ano de 2009 e divulgada no ano de 2010, a qual discorre: “apenas 18.7% dos municípios do país têm estrutura organizacional voltada para a temática de gênero e somente 7.1% têm Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs” (BRASIL, 2010, p. 4).

Ainda que a PNAISM incorpore uma concepção de atenção que enfatiza a promoção à saúde, ampliando o leque de ações propostas pelo PAISM; considere o enfoque de gênero articulado a outras perspectivas; busque a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e considere a questão da violência doméstica e familiar, ainda assim, é preciso que a sociedade lute pela consolidação dos direitos das mulheres na sua totalidade.

Mesmo com as conquistas legais alcançadas, na esfera pública, as ações direcionadas à prevenção, recuperação e tratamento da saúde da mulher parece que continuam fragmentadas, prevalecendo o regime de especialidades médicas não atrelado ao princípio da integralidade da saúde. Dessa forma, é preciso que o poder público avance em relação à efetivação dos princípios do SUS, dentre os quais o da universalidade e o da integralidade, sendo, também, um desafio para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a possibilidade de enfraquecer o discurso biologicista e fortalecer a gestão de políticas públicas para as mulheres, vislumbrando a atenção à saúde como um direito.

Esse desafios se agravam com o lançamento, em 2011, do Programa Rede Cegonha. Apresentado como uma estratégia do Ministério da Saúde e operacionalizado pelo SUS, fundamenta-se nos princípios da humanização e assistência, que visam garantir o acesso das mulheres “ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada, à gravidez e ao parto e puerpério dignos, bem como ao recém-nascido, garantindo o direito ao nascimento seguro, crescimento e ao desenvolvimento de forma saudável” (BRASIL, 2012). No entanto, ele tem recebido críticas dos movimentos

feministas, que o consideram um retrocesso, diante das conquistas do PAISM. Sobre a questão, posiciona-se Oliveira (2011):

Em 28 de março passado, a presidente Dilma Rousseff lançou, em Belo Horizonte, o Rede Cegonha, uma customização, sem os devidos créditos, de ações bem-sucedidas e em curso, como o Pacto Nacional de Redução da Morte Materna e Neonatal (2005), área de relevância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2003).

De novidade: a agregação de ações sociais para grávidas, parturientes, puérperas e filhos de até dois anos, como vale-táxi e Samu-Cegonha; e a guinada ao conceito superado de saúde materno-infantil. Mulher é mulher e criança é criança; exigem abordagem autônoma e integral na atenção à saúde.

A forma e o conteúdo da resposta à sensibilidade e decisão política da presidente - acolher quem mais precisa em momentos cruciais - são aplaudidas por quem crê que a saúde da gestante no Brasil era terra de ninguém; nada havia, mas agora chegou! Euforia que diz que Dilma, nas asas da lenda da cegonha, virou rainha-mãe na mente do povo. É espantoso: a mídia em geral, em surto de amnésia, voou na lenda e disse amém!

No Maranhão, no contexto da implementação da PNAISM, o I Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Maranhão – IPEPM¹⁵, elaborado em conjunto com a sociedade civil e lançado em 2008, segue os princípios adotados no II PNPM, segundo o qual as ações devem ser realizadas tomando por base as especificidades regionais e locais. Assim, o IPEPM definiu, como um dos seus objetivos “promover, proteger e defender os direitos das mulheres, sob a perspectiva de gênero e de raça/etnia, com a garantia da suas transversalidades nos órgãos públicos estaduais, com a participação da sociedade civil organizada, especialmente, dos movimentos de mulheres e feministas”(MARANHÃO, 2008).

Dentre as ações propostas no IPEPM, citam-se: articulação para a implantação do serviço da notificação compulsória no sistema de saúde pública e privada; implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde das Mulheres em situação de violência sexual e doméstica; a garantia e a proteção dos direitos às mulheres em situação de violência, considerando as questões étnico-raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social e econômica, dentre outras (MARANHÃO, 2008).

¹⁵Ressalta-se que o IPEPM não foi implementado como planejado, devido a mudança de Governo em abril de 2009, em razão da cassação do então Governador, Dr. Jackson Lago.

O enfrentamento da violência contra a mulher deve envolver todas as esferas governamentais e a sociedade civil organizada, as quais devem implementar política pública pela eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, em contraposição às políticas que tendem somente o desenvolvimento de ações paliativas, focalizadas e de caráter assistemático, características marcantes e históricas das políticas públicas brasileiras. Ademais, a realização dessa política deve contemplar os processos de monitoramento e a avaliação periódicos, a viabilização de ações de prevenção, assistência e segurança para as mulheres que sofrem violência, incluindo as grávidas.

O Sistema Único de Saúde – SUS prevê que o atendimento à gestante deve pautar-se no princípio da integralidade das ações, considerando o ambiente social, econômico, cultural no qual vive, privilegiando o respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os reprodutivos, a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos no acolhimento. Enfatiza, nessa perspectiva, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde – HumanizaSUS¹⁶ - e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a efetivação de várias ações no Estado do Maranhão é importante e, dentre elas, visualiza-se a construção de produções técnicas e científicas que colaboram para subsidiar a implementação de uma rede de atenção integral à saúde das mulheres em situação de violência doméstica e intrafamiliar – incluindo gestantes - bem como para a formulação e implementação de uma política pública de saúde que atenda as mulheres nas diferentes situações de violência.

Na perspectiva de participar da ampliação do debate sobre a violência contra a mulher, como expressão da violência de gênero, optou-se

¹⁶O objetivo do HumanizaSUS é “efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos”. Essa política “reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual”. Tem como uma de suas diretrizes: “sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher, idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos” (BRASIL, 2004, p. 2 - 4).

pela discussão e análise no âmbito da vida das gestantes, por observar nelas um grupo vulnerável pela sua condição peculiar, envoltas nas mais diversas manifestações biopsicoemocionais e sociais nesse período. Questionou-se essa violência, uma vez que se pressupõe que a gravidez se reveste de um caráter sacrossanto relacionado à maternidade, em que a sociedade valoriza o “ser mãe”, um papel simbólico conferido à mulher, pela sua força reprodutiva, mantenedora da família e responsável pela procriação dos filhos.

Diante da complexidade do fenômeno da violência contra a mulher, no período gravídico, o objetivo geral da presente dissertação é analisar a ocorrência de violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes em acompanhamento pré-natal, usuárias do serviço do ambulatório de obstetrícia e ginecologia, atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís – MA, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012.

A Secretaria de Saúde do Município de São Luís - MA¹⁷ SEMUS, visualizada como um sujeito das políticas públicas - que tem o dever e o compromisso de garantir o acesso às ações de saúde às gestante que sofrem violência, sendo – conforme discurso oficial - “a responsável pela programação, análise, execução e atualização das políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além da articulação e coordenação de projetos e campanhas no âmbito municipal” (SÃO LUÍS, 2011), possui uma rede de serviços de saúde composta por 87 unidades municipais (RIBEIRO, 2001, p. 104). A SEMUS presta atendimento à população a partir de uma rede de assistência que compreende os serviços de atenção básica, média e alta complexidade e de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental).

A Unidade Mista Itaqui Bacanga está localizada no bairro de Vila Isabel, em uma área que deu origem ao seu nome – Itaqui- Bacanga¹⁸, parte

¹⁷ A Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS foi criada pela Lei nº 1.648, em 10 de janeiro de 1966. A SEMUS é um órgão diretamente subordinado a Prefeitura de São Luís, e tem como objetivo promover assistência médico-hospitalar, odontológica, de profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, bem como instituir o atendimento e acolhimento humanizado ao usuário da rede municipal de saúde (SÃO LUÍS, 2011).

¹⁸ Atualmente a área Itaqui-Bacanga é composta pelos seguintes bairros: Sá Viana, Residencial Paraíso, Vila Embratel, Jambeiro, América do Norte, Gapara, São João da Boa Vista, Argola e Tambor, Vila Cerâmica, Vila Bacanga, Vila Dom Luis, Vila Isabel, Anjo da Guarda, Fumacê, Gancharia, Alto da Esperança, Ana Jansen, Mauro Fecury I, Mauro Fecury II, Vila Verde, Vila Ariri, Vila Nova, Itaqui, Porto Grande, Rio dos Cachorros, Cajueiro, Cidade

da região metropolitana de São Luís, que tem população estimada em, aproximadamente, 250 mil habitantes, divididos em quatro microrregiões: Anjo da Guarda, Vila Ariri, Vila Embratel, Vila Bacanga e Vila Maranhão.

Essa unidade de saúde é vinculada à Coordenação Adjunta de Ações e Serviços de Saúde da SEMUS, tem 100% dos leitos destinados aos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde – SUS e oferece serviço no nível de atenção ambulatorial e hospitalar, nas modalidades de atenção básica e de média complexidade, além dos de internação, urgência e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia - SADT. O fluxo da demanda é espontânea e referenciada (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011).

No ano de 2011, a Unidade Mista do Itaqui Bacanga realizou um total 350.657 mil atendimentos¹⁹, distribuídos nos setores de urgência (clínica, pediatria e internação), ambulatório (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Médico, Enfermagem, Odontologia, dentre outros), laboratorial (medicação supervisionada) e atendimento de nível médio (retirada de ponto, curativo, pesagem, etc), superando a meta prevista que foi de 300 mil atendimentos, de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO LUÍS, 2011). Conforme informações das estatísticas resultantes do atendimento no ambulatório de obstetrícia e ginecologia, durante a consulta de enfermagem às gestantes, colhidos *in loco* na Unidade de Saúde, no período de janeiro a dezembro de 2011, foi realizada uma média de 49.83 atendimentos/mês²⁰ na Unidade Mista Itaqui Bacanga.

A escolha da Unidade mencionada fundamentou-se nos dados do Relatório Consolidado de Atendimentos realizados, nos anos de 2008 a 2011, pelo Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Jornal Pequeno, 2011), localizado em São Luís/MA, que registrou, no bairro Anjo da Guarda, um índice 26,98% de violência contra a mulher. Revela o documento que índices de violência mais expressivos ocorreram, também, nos bairros do Coroadinho, São Francisco, São Raimundo, Cidade Operária e Maracanã, somando 95,26% das ocorrências só na capital maranhense, sendo

Nova, Maracanã, Piancó, Piçarra, Residencial Resende, São Benedito, São Raimundo, Vila Maranhão, Vila Madureira (AREA Itaqui Bacanga, 2012).

¹⁹ Informações colhidas *in loco* no Relatório Estatístico Anual de Atendimento da Unidade Mista Itaqui Bacanga (2011).

²⁰ Ressalta-se que todas as gestantes atendidas no ambulatório passaram pela consulta de enfermagem.

o maior número de casos de violência psicológica (27, 90%), seguida de violência moral (25,06%), física (23,17%), patrimonial (17,02%) e sexual (6,85%) (COORDENADORIA da Mulher faz balanço da aplicação da Lei Maria da Penha em São Luís, 2011).

A maioria das mulheres em situação de violência tinha entre 18 e 29 anos de idade, dentre as quais 56,87% afirmaram viver em união estável. Todas as situações apresentadas, conforme refere o relatório, geraram consequências graves nas mulheres, como: alto índice de ansiedade, baixa autoestima, distúrbios do sono ou da alimentação, medo e comportamento agressivo, tentativa ou ideia de suicídio.

Desse modo, o presente estudo pretendeu analisar a ocorrência de violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica sofrida por gestantes em acompanhamento pré-natal atendidas na unidade de saúde supracitada, abordando as situações de violência que podem resultar em dano à vida e ou à integridade da mulher, destacando suas percepções sobre a violência, as repercussões na sua vida e a construção de estratégias de enfrentamento.

Nesse sentido, levantaram-se as seguintes questões-problema, visando nortear a análise do estudo supracitado: qual a interpretação das gestantes sobre a violência física e psicológica doméstica e intrafamiliar, considerando a relação dessa violência com a maternidade? Que repercussões essa violência tem em suas vidas e em que situação a gestante tem sido vítima da violência? Quais as estratégias de enfrentamento da violência pela gestante? Como a violência na gravidez reflete em sua vida, considerando as relações doméstica e intrafamiliar conflituosas e/ou violentas?

Após essas considerações, entende-se que o objeto de estudo vincula-se à linha de pesquisa “Violência, Família, Criança e Gênero”, pertencente à área de concentração “Políticas Sociais e Programas Sociais”. A pretensão é de que a pesquisa possa contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres, no Estado do Maranhão, na perspectiva de detecção do problema e ampliação do leque de possibilidades quanto às ações de prevenção e atendimento, em especial, a prestação de um serviço de saúde integral e humanizado dirigido às gestantes em situação de violência.

Para a realização da pesquisa, utilizou-se o estudo de caráter qualitativo, pois, conforme Minayo e Sanches (1993), a investigação qualitativa trabalha com valores, opiniões, dentre outros aspectos, os quais são importantes para compreender os fenômenos sociais em sua historicidade. Buscou-se analisar o objeto de estudo como totalidade, no intuito de apreender suas expressões, fundamentando-se nas categorias teóricas: violência, gênero, patriarcado, maternidade e violência de gênero. As noções de violência doméstica e violência intrafamiliar e violência na gravidez estarão articuladas para subsidiar a análise dos resultados desta investigação.

Serapioni (2000, p.188-189), ao se referir às análises de Castro e Bronfman (1997), Perrone (1977) e Niero (1987), enfatiza que “[...] os métodos qualitativos têm validade interna, focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados.

Minayo (2007, p. 57) sinaliza que as abordagens qualitativas acontecem melhor nas investigações de grupo, em segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a perspectiva dos sujeitos envolvidos, bem como nas análises de discursos e documentos. Ademais, propicia, também, o processo de construção de novas abordagens, de conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela sistematização gradativa do conhecimento, até que se compreenda a lógica interior do grupo ou do objeto de estudo.

Desse modo, ao se analisar a violência contra gestantes, a partir de uma perspectiva qualitativa, objetiva-se compreendê-la à luz dos sujeitos envolvidos, bem como apreender esse fenômeno na sua complexidade, tendo como referência as relações sociais e os processos sócio-históricos.

Nessa ótica, compreende-se que a pesquisa qualitativa é um instrumento metodológico relevante que orienta o pesquisador a entender a história dos sujeitos inseridos no contexto social e histórico, bem como está inclusa no âmbito dos estudos que preconizam a questão da subjetividade, pois se refere “a significações, ressignificações, simbolizações, simbolismos, pontos de vista, vivências, experiências de vida” (MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 48).

Partindo desses pressupostos, para o alcance dos objetivos, esta pesquisa foi constituída de dois momentos articulados: um teórico, de

aprofundamento e sistematização da discussão das categorias teóricas acima referidas e outro empírico, tendo como campo a Unidade Mista Itaqui - Bacanga, vinculada à Secretaria de Saúde do Município de São Luís - MA, no ano de 2011.

Para sua efetivação, foram utilizadas pesquisa documental, pesquisa de campo e desenvolvimento de procedimentos técnico-operativos que serão comentados nos próximos parágrafos. Durante toda a pesquisa, foram realizados levantamento, leitura, fichamento, análise e sistematização de estudos, pesquisas e publicações sobre as categorias teóricas e dados relacionados ao objeto de análise.

Os dados foram coletados através de busca ativa no serviço de saúde, pela própria pesquisadora, com foco no ambulatório de obstetrícia e ginecologia, tendo em vista ser este a porta de entrada do atendimento às gestantes na Unidade Mista Itaqui Bacanga.

Inicialmente, realizaram-se nove visitas à Unidade, entre os meses de novembro e dezembro de 2011, as quais possibilitaram o conhecimento da rotina de funcionamento da instituição, articulação com a equipe técnica responsável pelo acolhimento das gestantes, apresentação dos objetivos da pesquisa à direção, solicitação de autorização para ter acesso às fichas de atendimento das gestantes ou a outras formas de registro realizadas pelos profissionais e participação nas atividades de grupo previstas na sala de atendimento.

Utilizou-se, durante o processo de investigação, um diário de campo com o intuito de integrar o universo das observações.

Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de reunir detalhes que no seu somatório congregarão os diferentes momentos da pesquisa [...] é um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre elas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo (Minayo, 2007, p.295).

Três procedimentos para captação das informações foram realizados:

- Análise das fichas perinatal de atendimento das gestantes, do período de janeiro a dezembro de 2011, para evidenciar casos de violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica, considerando os casos de maior repercussão no processo de atendimento pela equipe multidisciplinar.

A ficha perinatal é um instrumento de coleta de dados utilizada pelo profissional de saúde e destina-se, fundamentalmente, ao registro de assistência pré-natal. De posse dos dados, verificou-se uma insuficiência de informações sobre as gestantes nessas fichas, como exemplo: endereço, identificação dos familiares (nome de pais e responsáveis), escolaridade, estado civil, bem como aquelas referentes a suspeita ou não de episódio de violência sofrida pelas gestantes, posto que há, na ficha, um campo de preenchimento “outros”, no qual é indagado se houve intercorrência na gestação anterior ou atual. Desse modo, devido à falta de informações nas fichas, não foi possível saber sobre a ocorrência de violência doméstica e intrafamiliar sofrida pelas gestantes.

- Participação nas atividades de grupo na sala de atendimento, para contato com as gestantes e realização de reunião em que se abordou o tema “A violência contra a mulher”.

O contato inicial com as gestantes foi realizado na sala de espera, enquanto aguardavam atendimento da enfermeira obstetra. Nesse momento, as gestantes receberam as primeiras informações referentes aos objetivos da pesquisa bem como foram solicitadas outras sobre seus dados de identificação (idade, período gestacional e nº de gestações), o endereço e nº do telefone para as marcações da atividade de sala de espera e para a entrevista. A partir desse contato, as gestantes foram convidadas a participar de uma atividade de grupo -palestra - desenvolvida com foco no tema “ violência contra a mulher”, cuja tática de incentivo foi apresentá-las à Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) – com distribuição do exemplar - como recurso didático, que serviu para subsidiar a discussão do tema supracitado. Essa atividade contou com a participação de 10 gestantes e todas se dispuseram a participar da entrevista.

- Entrevistas semiestruturadas com gestantes participantes da atividade grupal.

As entrevistas foram realizadas em horário conveniente para as gestantes, que aceitaram bem essa decisão, uma vez que evitou que esperassem por um longo tempo, após a consulta pré-natal. As entrevistas tiveram, em média, duração de duas horas.

Segundo Minayo (2007, p. 262), no processo de trabalho de campo, a entrevista é uma estratégia que se refere diretamente ao sujeito entrevistado,

sendo considerada um diálogo com o objetivo de obter informações que tratam das reflexões do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. Constitui uma representação da realidade que se materializa em “ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneira de sentir; maneira de atuar, condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2007, p. 261- 262).

Cruz Neto (2002) assevera que a técnica de entrevista é o procedimento mais habitual do trabalho de campo, por meio do qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos sociais, tanto de natureza objetiva, quanto subjetiva.

Desse modo, na perspectiva de atingirmos os objetivos propostos neste estudo, foi escolhida a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) como instrumento para a obtenção das informações. Pretendeu-se, com essa técnica, trabalhar aspectos relevantes no contexto da pesquisa, sem, no entanto, encontrar soluções ou respostas prontas e acabadas, uma vez que, nas ciências sociais, cabe o papel de questionar e investigar “[...] as lógicas internas dos grupos sociais, que costumam ficar ocultas sob números e são essenciais para a eficácia das propostas de saúde” (MINAYO, 2000, p. 228).

Como afirma Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como premissa a utilização de certos questionamentos básicos, os quais são apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo um amplo campo de interrogativas, originados da constituição de novas hipóteses, à medida que se recebem as respostas dos sujeitos. Desse modo, as perguntas que compõem a entrevista semiestruturada “são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas, também, de toda a informação recolhida sobre o fenômeno social que interessa” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). O referido autor (1987) preconiza, também, que a entrevista semiestruturada caracteriza-se por valorizar a presença do investigador ao mesmo tempo em que possibilita ao sujeito o alcance da liberdade e da responsabilidade necessárias para responder as questões, o que contribui para o enriquecimento da investigação, favorece a descrição dos fenômenos sociais, sua explicação e a compreensão de sua totalidade.

Considerando os aspectos supracitados, a técnica de entrevista semiestruturada possibilitou a aquisição de subsídios para a análise da

violência em suas múltiplas determinações, posto que discorreu sobre: a concepção de violência, violência contra a mulher, violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica, incluindo a cometida pelo parceiro íntimo; os papéis de gênero; as configurações demográficas e socioeconômicas; interpretações das gestantes sobre a relação maternidade, violência e gestação; repercussões da violência física e psicológica na vida das gestantes, considerando, nessa perspectiva, os padrões de transmissão da violência e o contexto atual da ocorrência ou não de violência na família; e a identificação pelas gestantes das estratégias de enfrentamento construídas.

As 10 entrevistadas encontravam-se no segundo e no terceiro trimestre de gestação. As entrevistas foram realizadas em um ambiente apropriado e acolhedor, mediante autorização das informantes. No momento em que a usuária foi atendida, recebeu informações dos aspectos éticos da pesquisa em questão²¹ e, diante da aceitação, a mesma assinou um termo de consentimento livre e esclarecido individual (APÊNDICE A), com orientação das possíveis dúvidas surgidas ao longo do processo. Destarte, que o acolhimento ao usuário do SUS é um aspecto essencial da Política Nacional de Humanização e implica acolher a gestante com uma postura ética e solidária, não sendo uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os momentos da atenção à saúde da usuária (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2006).

As entrevistas foram realizadas sem a presença do parceiro íntimo/marido ou qualquer outra pessoa, para resguardar o sigilo das informações, bem como deixá-las à vontade para responder as questões. Somente uma gestante foi entrevistada duas vezes, em dias distintos, por apresentar-se muito emocionada diante dos episódios de violência psicológica relatados. Todas foram informadas sobre a rede de serviços de assistência à mulher vítima de violência, disponíveis na cidade de São Luís/MA.

²¹ Destaca-se que o presente estudo desenvolveu-se somente após aprovação na Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís, via Superintendência de Educação em Saúde e no Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUFMA, para atender a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulamenta pesquisa com seres humanos, não oferecendo riscos físicos, morais e psicológicos às mulheres, assumindo caráter privativo, sigiloso nas entrevistas, segurança pessoal e retaguarda assistencial, considerando as especificidades do tema.

As falas das gestantes foram gravadas com o objetivo de se perceber dados relevantes que integrassem as circunstâncias e ou modificações, como, por exemplo, entonação da voz, articulações verbais, interações com a pesquisadora, dentre outros fatores. Os nomes das gestantes foram substituídos por nomes fictícios, como forma de resguardar a identidade das entrevistadas.

Ressalta-se que a Unidade Mista do Itaquí Bacanga foi apenas o local escolhido como campo empírico que viabilizou o acesso às gestantes e que a pesquisa não pretendeu analisar o atendimento prestado a essas mulheres na instituição.

As entrevistadas apresentaram as seguintes características sociodemográficas: são 100% jovens²², entre as idades de 17 e 29 anos. Quanto à raça/cor da pele: 60% se autodefiniram como de cor parda; 20%, de cor negra; 10%, de cor branca e 10% identificaram-se como de outra raça/cor, porém sem uma definição específica. Moram com o parceiro íntimo 90% e 10% delas têm um parceiro com o qual namoram, mantêm relação sexual, mas não vivem junto. Das dez gestantes que vivem com o companheiro, 70% afirmaram ser união estável, 20% estão casadas oficialmente, porém separadas e 10% estão casadas. Em relação ao tempo de relacionamento com o parceiro íntimo, 50% delas revelaram ter mais de 4 anos de relacionamento; 20% de três a quatro anos; 10% têm de um a três meses; 10% têm entre três e um ano; 10% têm de 1 a 2 anos de relacionamento; 60% das gestantes nasceram no interior do Estado do Maranhão; 30% na capital (São Luís) e 10% vieram de outro Estado; 80% das gestantes revelaram que nasceram na zona urbana dos municípios e 20%, na zona rural; 100% das gestantes residem, atualmente, na zona urbana de São Luís, entre 1 e 2 anos (30%); 100% das gestantes residem em casa, em bairro pertencente à área Itaquí Bacanga, sendo o imóvel de

²² “Ainda que para fins de definição de política pública, legislação e pesquisa seja possível fixar um recorte etário para determinar quem são os jovens, deve-se ter em conta que “juventude” é uma categoria em permanente construção social e histórica, isto é, varia no tempo, de uma cultura para outra, e até mesmo no interior de uma mesma sociedade. No Brasil, a adoção do recorte etário de 15 a 29 anos no âmbito das políticas públicas é bastante recente. A praxe anterior tomava por “jovem” a população na faixa etária entre 15 e 24 anos. A ampliação desta faixa para os 29 anos não é uma singularidade brasileira, configurando-se, na verdade, numa tendência geral dos países que buscam instituir políticas públicas de juventude. Duas são as principais justificativas da mudança: maior expectativa de vida para a população em geral, e maior dificuldade desta geração em ganhar autonomia em função das transformações no mundo do trabalho” (ANDRADE, 2012, p.26).

alvenaria. Quanto ao local onde moram, 50% das gestantes disseram que moram em casa alugada; 40%, o imóvel é próprio e 10%, é cedido. Quanto à prática religiosa, 60% das gestantes disseram que pertenciam à religião católica; 30% são evangélicas e 10% da religião umbandista. No tocante ao nível de instrução, 80% tem ensino médio completo; 10%, ensino médio incompleto e 10%, ensino fundamental completo. Quanto à ocupação: 80% declararam-se do lar; 10%, empregada doméstica e 10%, trabalhando como empregadas em trabalho formal. 40% das mulheres afirmaram estar na segunda gestação; 30%, na primeira gestação; 20%, na terceira gestação e 10%, na quarta gestação. No momento da entrevista: 80% das gestantes estavam no segundo trimestre de gestação e 20%, no terceiro trimestre.

Os parceiros íntimos apresentaram as características a seguir: 70% têm entre 21 e 31 anos; 20%, entre 42 e 51 anos e 10% entre 32 e 41anos. Sobre a escolaridade, as gestantes afirmaram que: 10% dos companheiros têm o ensino superior completo; 60% possuem o ensino médio completo; 10%, ensino médio incompleto; 10%, concluíram o ensino fundamental e 10%, não. Em relação à ocupação, 70% deles trabalham em empresa formal; 20% são trabalhadores autônomos e 10% são trabalhadores esporádicos. As gestantes, também, definiram quem é o “chefe de família” ou quem “sustenta” a casa: 70% indicaram o parceiro íntimo, porém 20% disseram que o casal mantém, financeiramente, a família e 10%, apenas a gestante.

Para a classificação das classes econômicas, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA E PESQUISA, 2011), que está relacionado com o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas do país. É definido a partir do Levantamento Sócioeconômico – LSE, realizado pelo IBOPE. As perguntas realizadas pela pesquisa referem-se a questões sobre bens duráveis, contratação e grau de instrução do chefe de família. Segundo este critério, são estabelecidas oito classes socioeconômicas construídas a partir de somatório de pontos adquiridos pela combinação de questões sobre: - o grau de instrução do chefe de família (analfabeto 0 ponto; 4ª série do ensino fundamental - 1 ponto; ensino fundamental completo - 2 pontos; ensino médio completo - 4 pontos e ensino superior completo - 8 pontos); - posse de bens de consumo duráveis (quantidade de eletrônicos e eletrodomésticos, como televisores em

cores, vídeo cassete/DVD, rádio, banheiros, automóveis, máquina de lavar geladeira e freezer) – 0 a 4 pontos; - contratação de serviços domésticos (empregada/o mensalista) – 0 a 4 pontos, totalizando o máximo de 46 pontos. Assim, conforme a CCEB, as classes são descritas da seguinte forma: E (0 a 7 pontos), D (8 a 13 pontos), C2 (14a 17 pontos), C1(18 a 22 pontos), B2 (23 a 28 pontos), B1 (29 a 34 pontos), A2 (35 a 41 pontos) e A1 (42 a 46 pontos). Nessa perspectiva, 50% das gestantes ficaram na categoria classe econômica **C2**; 40%, na categoria **D** e 10%, na categoria **E**.

Com a realização desta pesquisa, que constitui a presente dissertação de mestrado da autora, espera-se, com a demonstração e análise dos casos de violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes usuárias da Unidade Mista Itaqui- Bacanga, contribuir para a sistematização de informações e, com isso, subsidiar os estudos e ações que contribuam para a implementação de políticas públicas voltadas às mulheres em situação de violência no Maranhão.

No primeiro capítulo deste trabalho, discute-se a desigualdade de gênero, violência contra a mulher e a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher como uma expressão da violência de gênero, neste norte, considerando as interpretações teóricas de autores como Suely Almeida, Joan Scott e Heleith Saffioti. No segundo capítulo, busca-se apreender as características e interpretações da gestante sobre a maternidade, gestação e violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica no período gestacional, as repercussões dessa violência nas suas vidas e configura-se a questão da ruptura e as estratégias de enfrentamento construídas pelas gestantes. Em seguida, apresentam-se as conclusões, apontando as considerações acerca das questões levantadas na pesquisa.

2 CAPÍTULO I: DESIGUALDADE DE GÊNERO, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR, FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER

Inicia-se este capítulo, discorrendo sobre a luta do movimento de mulheres e feministas em torno da superação da desigualdade de gênero e pelo enfrentamento da questão da violência contra a mulher, a qual tem sido assumida por esse movimento, desde as décadas de 1970 e 1980, quando publicizaram a necessidade urgente de inclusão dessa questão na agenda governamental, no que concerne à formulação e implementação de políticas públicas voltadas para as mulheres. Considera-se, nesta análise, as interpretações teóricas sobre desigualdade de gênero, violência, violência de gênero, como subsídios para o entendimento da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica, apontando quais formas de manifestação estão inseridas na vida privada das mulheres.

2.1. Desigualdade de gênero e violência contra a mulher

O fenômeno da violência contra a mulher não é novo no contexto histórico mundial, porém tem sido considerado, nos tempos atuais, como uma das questões de interesse para a sociedade. O tema é entendido como relevante, na agenda pública, devido à atuação dos movimentos de mulheres e feministas, especialmente, nas décadas de 1970 e 1980, que publicizaram o problema e reivindicaram respostas do Estado para o seu enfrentamento, no que concerne à formulação e implementação de políticas voltadas para as mulheres. Sua importância se justifica em razão do aumento significativo de casos de violência no cotidiano social, repercutindo nos serviços de saúde, segurança, assistência social, educação e outros, desafiando profissionais a desenvolverem, de forma sistemática, ações de prevenção e promoção dos direitos das mulheres.

Esses movimentos contestatórios colocaram em discussão questões, até então, vistas e tratadas como específicas do âmbito privado. Deflagrou-se

uma bandeira de luta mobilizadora a partir da afirmação de que o “pessoal é político”, pensada como um questionamento sobre os parâmetros do termo político, na perspectiva de romper com os limites desse conceito, naquele momento, identificado pela teoria política como de âmbito da esfera pública.

Após um pequeno período de relativa desmobilização, o feminismo ressurgiu no contexto dos movimentos contestatórios dos anos 1960 [...]. Ressurgiu em torno da afirmação de que o “pessoal é político”, pensado não apenas como uma bandeira de luta mobilizadora, mas como um questionamento profundo dos parâmetros conceituais do político. Vai, portanto, romper com os limites do conceito de *político*, até então identificado pela teoria política com o âmbito da esfera pública e das relações sociais que aí acontecem. Isto é, no campo da *política* que é entendida aqui como o uso limitado do poder social.

Ao afirmar que “o pessoal é político”, o feminismo traz para o espaço da discussão política as questões até então vistas e tratadas como específicas do privado, quebrando a dicotomia público-privado, base de todo o pensamento liberal sobre as especificidades da política e do poder político (COSTA, 2005 p.10).

Assim, para Almeida (1998, p. 52), o “pessoal é político” é uma expressão que desorganiza a lógica do espaço político clássico e “que exige a reinvenção de novas bases para fazer política, a partir de temas considerados marginais”, que serão estudados de forma que ganhem visibilidade e importância, rompam os preconceitos acerca de seus significados dentro do movimento feminista e na sociedade.

Para entendimento da violência contra a mulher, é relevante considerar a conceituação de violência, uma vez que esses temas são imbricados. Conforme Saffioti (2004), o termo violência é entendido, popularmente, como um rompimento de qualquer forma de integridade da vítima, a qual pode ser identificada como integridades física, sexual, psíquica e moral, sendo que as duas últimas situam-se no campo do mundo abstrato, ou seja, não é palpável.

Conforme Minayo (2005), nos estudos científicos da área da saúde, há pelo menos, três correntes que buscam explicar a violência:

1º) como aquela resultante de necessidades biológicas (propensões dos indivíduos para a agressão ou para o crime); 2º) como a decorrente, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, ou seja, como se a violência fosse resultante de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções morais e religiosas, e; 3º) o âmbito social como o ambiente dominante na produção da violência e na

vitimização, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais (MINAYO, 2005, p. 20).

Ainda Minayo (2005, p. 14) acentua que existem dificuldades, entre autores, para conceituar violência, por se tratar de “um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia”. Por isso, discorre que o conceito de violência engloba posicionamentos no âmbito do cotidiano (do vivido) da população, para designar as interpretações da realidade social. Todavia, a autora considera que não se pode encerrar a noção de violência numa definição pontual e simplista, pois se corre o risco de reduzi-la, compreender equivocadamente suas manifestações e sua evolução histórica. Assim, parte da análise de Agudelo (1990 apud MINAYO, 2005, p. 20) o qual refere que a violência representa um risco maior para a realização do processo vital do ser humano: “ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Desse modo, para o autor, não existe uma causa única e sim uma interrelação de fatores que contribuem para a expressão da violência (AGUDELO, 1990 apud MINAYO, 2005, p. 20).

Pode-se visualizar, por meio da fala das gestantes, que a concepção de violência é interpretada, tomando por base as manifestações violentas que acontecem no seu cotidiano; naquilo que é apresentado ou divulgado na família e na comunidade. Envolve, também, sentimentos e perdas, corroborando com a análise de Minayo (2003), por considerar um fenômeno que carrega forte carga emocional. As gestantes descrevem a violência, sobretudo, associando-a a agressão física, como um mecanismo usado pelo agressor para castigare que pode deixar marcas profundas no corpo e provocar a morte. Nessa lógica, é um ato visível, de fácil reconhecimento no senso comum.

“Violência é ser assaltada na rua [...] acho que tem a ver com a falta de educação, pois, as pessoas tratam muito mal as outras” (Cássia).

“E acho que violência é uma agressão física; uma coisa que não é boa pra ninguém. A violência transmite muito atrito entre as pessoas e pode atingir todos, inclusive provocar a morte” (Sílvia).

“É bater, apanhar, sofrer, ser castigada fisicamente; é sentir angústia, é se sentir infeliz” (Rosa) .

“Violência é um ato que é praticado por uma pessoa contra a outra. É bater, espancar, bater sem motivo, sem razão; deixar também a pessoa sentida, magoada” (Joana).

Foi possível encontrar, nos depoimentos, a constatação de que a maneira como ocorre o tratamento entre as pessoas é, também, um componente que pode desencadear a violência. Mesmo que de forma subliminar, não sistematizada, as gestantes, ao significarem violência, a associaram à submissão e à subordinação, em que o sentimento de posse, a verificação do outro como coisa, como sujeito de menor valor e despossuído de direitos, em todos os sentidos, são características, para elas, de quem sofre a violência, sendo importante destacar que estes aspectos estão intrinsecamente relacionados com a questão do poder e com a violação de direitos.

“Violência é um ato de agressão, de todas as formas: física, psicológica e moral. É de alguma forma pisar em quem a pessoa pensa que está mais abaixo, por inveja ou por um sentimento que desconsidera a outra pessoa. A pessoa que agride, que vê o outro como adversário ou como pessoa de menor valor” (Elen).

“É uma agressão aos direitos das pessoas” (Flora).

As duas últimas citações estão sintonizadas com as reflexões acerca da violência perpetrada contra as mulheres como expressão da violência de gênero. Uma gestante descreveu o significado dessa violência, a partir das relações estabelecidas entre homens e mulheres, ou seja, para ela tanto os homens, quanto as mulheres têm o mesmos direitos, mas considerou que a mulher sofre mais violência, por encontrar-se numa situação mais vulnerável ou fragilizada diante do agressor. Desse modo, para essa gestante, mesmo que a mulher reaja perante a agressão, procure ajuda, inclusive evocando a aplicabilidade da Lei Maria da Penha, ela não está protegida, como aponta no seu depoimento:

“Eu acho que a violência contra a mulher são agressões. Mas acho que tanto a mulher, quanto o homem tem os mesmos direitos. Mas a mulher sofre mais violência e quando sofre, tem por onde procurar ajuda. Penso que ela não pode viver assim. Claro que tem a Lei que pode proteger, porém, não

boto fé, pois se valesse a pena, o homem não matava a mulher. O que tem de mulher sendo agredida, morta hoje em dia” (Silvia).

O exposto demonstra que, para o aprofundamento do estudo sobre a violência contra a mulher, é importante compreendê-la à luz da perspectiva analítica de gênero. Destarte, sob a influência dessa perspectiva, autoras brasileiras a utilizaram nos seus estudos e pesquisas, como Saffioti (1994, 1999, 2001, 2004) e Almeida (1995, 1998, 2007).

A categoria de análise gênero foi introduzida, a partir da década de 1970, no debate acadêmico norte-americano, por pesquisadoras feministas e incorporada no discurso desse movimento “para designar que as diferenças entre os sexos são socialmente construídas e enfatizar seu caráter relacional” (ALMEIDA, 2007, p. 231). As relações de gênero, na visão de Suely Almeida, são um dos eixos estruturadores da vida social, pois, são constituídos, historicamente, lugares sociais sexuados diferenciados, “a partir das dicotomias público X privado, produção X reprodução, político X pessoal”, imbuídos por hierarquização, dominação e submissão desfavorável para a mulher, sendo expressão, também, das relações de poder que perpassam todas as dimensões da sociedade (ALMEIDA, 2007, p. 232).

Saffioti (2004) pontua a existência de diferentes vertentes²³ de estudos feministas sobre gênero, havendo uma consensualidade, mesmo que limitada, de que “o gênero é uma construção social do masculino e do feminino”. Demonstra que esse conceito não se restringe a uma categoria analítica, pois, também, é uma categoria histórica. Desse modo, a autora interpreta esse conceito como:

Embora aqui se interprete gênero também como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos em homens e em mulheres, que estão expressas nas relações destas duas categorias sociais, ressalta-se a necessidade de ampliar este conceito para as relações homem-homem e mulher-mulher. Obviamente, privilegia-se o primeiro tipo de relação, inerente à realidade objetiva com a qual todo ser humano se depara ao nascer. Ainda que histórica esta realidade é previamente dada para cada ser humano, que passa a conviver

²³ Segundo Saffioti (2004, p.45) são as perspectivas, apontadas pelas seguintes autoras feministas: Lauretis (1987) - como aparelho semiótico-; Scott (1988) – como símbolos culturais; Flax (1987) - “como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades”; Saffioti (1992, 1997); Saffioti e Almeida (1995) – “como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas também relações homem- homem e relações mulher-mulher”.

socialmente. A desigualdade, longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais. A diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída e o é com frequência. Nestes termos, gênero concerne, preferencialmente, às relações homem-mulher (SAFFIOTI, 1999, p. 82).

Nesse mesmo raciocínio, Almeida (2007, p. 231; 233) reforça que gênero é categoria histórico-analítica a qual não se pode dispensar. Portanto, para a autora:

Com efeito, gênero apresenta dupla dimensão categorial – analítica e histórica. Deve-se ressaltar o entendimento de que o gênero não constitui um campo específico de estudos, mas, antes, uma categoria que potencializa a apreensão da complexidade das relações sociais, em nível mais abstrato – portanto, é uma categoria analítica. Na medida em que as relações de gênero apresentam-se como um dos fundamentos da organização da vida social são também uma categoria histórica (ALMEIDA, 2007, p.25; 26).

Ainda, Almeida (2007, p. 233) leciona que a utilização de gênero como categoria de análise:

[...] só se torna possível a partir de determinados processos políticos, econômicos, culturais. Não se estudam, portanto, as relações entre sujeitos sexuais ou *gendrados* abstratamente, mas a partir de suas práticas sociais, preferencialmente, em conexão com os processos macropolíticos que as engendram e que são por aqueles constituídos. Trata-se, portanto, de categoria histórico-analítica.

No Brasil, os estudos sobre gênero foram introduzidos no final da década de 1980²⁴, tendo como uma das principais referências a feminista norte-americana Joan Scott. Conforme Scott (1990, p. 14), gênero é concebido “*como uma categoria útil para a análise histórica*”, portanto inserido nas relações sociais e no contexto institucional, sendo objeto de estudo na História e nas Ciências Sociais, definido da seguinte forma:

²⁴ Miriam Grossi refere que, no Brasil, os primeiros estudos em torno da problemática da condição feminina se iniciam com a tese defendida por Heleieth Saffioti, no final dos anos 1960 intitulada “A mulher na sociedade de classes”, a qual apresentou a preocupação com a opressão da mulher nas sociedades patriarcais. Os estudos de gênero ou relações de gênero surgem nos anos 1980: “O texto de Joan Scott intitulado “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” é a referência básica para esta concepção. Elizabeth de Souza Lobo foi quem o divulgou inicialmente no Brasil através de um texto apresentado na ANPOCS em 1987” (GROSSI, 2012, p. 3-4).

Minha definição de gênero tem duas partes e vários itens. Eles estão inter-relacionados, mas devem ser analiticamente distintos. O coração da definição reside numa ligação integral entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos [...] Entretanto, minha teorização de gênero está na segunda parte: gênero como uma forma primária de significação das relações de poder. Talvez fosse melhor dizer que gênero é um campo primário no qual ou através do qual o poder é articulado (SCOTT, 1990, p. 12; 14).

De acordo com Rocha (2005), referenciando-se em Saffioti (1992), são pertinentes as afirmações de Scott sobre “a primordialidade da expressão das relações de poder através das relações de gênero” porque: “essas relações antecedem as sociedades baseadas na propriedade privada dos meios de produção e estão presentes em todas as relações sociais, de classe social e étnico-racial” (ROCHA, 2005, p.17; 18).

Nesse contexto, cabe ressaltar a perspectiva assumida por Saffioti (2004) da articulação entre os três eixos estruturadores da vida social, que formam um “nó”, com uma lógica própria, contraditória: gênero, classe social e raça/etnia. Dependendo das circunstâncias históricas, cada uma das contradições se sobressai, contribuindo para a reprodução e manutenção da estrutura de poder que unifica as três ordens citadas e, portanto, o patriarcado, o racismo e o capitalismo.

Desse modo, reitera-se que gênero é uma construção social e histórica do masculino e do feminino e expressa as relações entre os homens, entre as mulheres e entre ambos, imbricadas por relação de poder; em todas as dimensões da vida social, nas macro e nas microrrelações.

Em termos das possibilidades analíticas da categoria poder, também nas microrrelações, destacam-se as contribuições teóricas de Foucault nas Ciências Sociais, especialmente nas últimas décadas do século XX. Para Foucault, o exercício do poder se realiza nas relações entre os sujeitos, ou seja, o exercício do poder

é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita, ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 1995, p. 243)

A guisa dessa concepção, segundo Saffioti (1992), citada por Silva (2011, p. 4), as relações de gênero devem ser percebidas no bojo das relações de poder e enfatiza que não há contradição no fato de que o poder seja exercido em doses desiguais pelas partes que compõem essa relação. Logo, para essa autora, o conceito foucaultiano de poder

[...] permite a análise das relações de gênero em pauta, quer a nível macro, ou micro. Como os espaços da mulher tradicionalmente se inscrevem muito mais no plano micro que no plano macro, inclusive nos espaços cavados/gerados através da introdução de cunhas no poder macho.

Pelo exposto, pode-se afirmar que o atual padrão da organização social de gênero, portanto, é determinante da violência de gênero inserida no bojo das relações de poder. Sob essa ótica, Saffioti (2004, p. 8) discute o significado da violência contra a mulher, como expressão da violência de gênero: um mecanismo de sujeição das mulheres aos homens na ordem social, ou seja, “[...] não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino”.

Saffioti (2004, p. 75) discorre sobre a dificuldade em se utilizar “o conceito de violência contra a mulher como ruptura de diferentes tipos de integridade” e que “são muito tênues os limites entre quebra de integridade e a obrigação de suportar o *destino de gênero* traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos”, especialmente em se tratando de violência de gênero e, mais especificamente, considerando a violência doméstica e intrafamiliar. Nessa perspectiva, cada mulher estabelecerá um limite e interpretará individualmente a agressão masculina. “A ruptura da integridade como critério de avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da individualidade” (SAFFIOTI, 2004, p. 75), no caso de mulheres quando submetidas a essas violências.

Destarte, Saffioti (2004, p. 76) adota o conceito de direitos humanos, compreendendo “por violência todo agenciamento capaz de violá-los” [...], considerando nessa lógica que é necessário fazer uma releitura dessa definição. Desse modo, refere que é preciso considerar os direitos humanos, enquanto, também, femininos, uma vez que “tudo ou quase tudo é feito sob medida para o homem” (Ibidem) e preconiza, também, que não é homogênea a

compreensão do conceito de direitos humanos, pois varia segundo as classes sociais, as raças/etnias e conforme os gêneros.

A violência de gênero não atinge somente as mulheres, pois se dá, de forma diferenciada, para os homens e para as mulheres, “[...] os homens sofrem violência nos espaços públicos, em geral, praticada por outro homem, as mulheres sofrem a violência masculina, dentro da casa, no espaço privado e seu agressor, via de regra, é ou foi o namorado, o marido, o companheiro ou o amante” (QUEIROZ, 2008, p. 14).

Na visão de Teles e Melo (2003), citadas por Santos e Izumino (2010, p. 12), o conceito de violência de gênero

[...] deve ser entendido como uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas.

Santos e Izumino (2007), também, defendem a abordagem da violência contra a mulher na ótica da relação de poder. Entendem o poder não de forma absoluta e estática, mas de forma dinâmica. Ele é exercido nas relações, tanto por homens como por mulheres, ainda que, de forma desigual, pois, via de regra, são eles quem detêm a maior parcela desse poder.

As referências apontadas por Saffioti (2004), Almeida (2007), Teles e Melo (2003), Queiroz (2008) e Santos e Izumino (2010) sinalizam para pensar que existe um ponto de convergência entre os seus estudos: que a violência de gênero expressa uma relação de poder, de dominação do homem e de submissão da mulher, demonstrando que os lugares impostos às mulheres e aos homens são consolidados ao longo da história, no contexto das relações sociais.

Saffioti (2004), ao definir a violência de gênero perpetrada contra a mulher, a concebe como expressão da dominação masculina, enfatizando o conceito de patriarcado. Para a mencionada autora

é no exercício da função patriarcal que os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio (SAFFIOTI, 2001, p.115).

Para Saffioti (2004), o patriarcado, associado às classes sociais e ao racismo, sustenta os processos de dominação-exploração a que as mulheres estão submetidas, pautados em relações hierárquicas e de contradição de interesses entre os sexos. Esclarece a citada autora:

O patriarcado, em presença de – na verdade, enovelado com – classes sociais e racismo apresenta não apenas uma hierarquia entre as categorias de sexo, mas traz também, em seu bojo, uma contradição de interesses. Isto é, a preservação *do status quo* consulta os interesses dos homens, ao passo que as transformações no sentido da igualdade social entre homens e mulheres respondem às aspirações femininas. Não há, pois, possibilidade de se considerarem os interesses das duas categorias como apenas conflitantes são, com efeito, contraditórios. Não basta ampliar o campo de atuação das mulheres. Em outras palavras, não basta que uma parte das mulheres ocupe posições econômicas, políticas, religiosas etc., tradicionalmente reservadas aos homens. Como já se afirmou, qualquer que seja a profundidade da dominação-exploração da categoria mulheres pela dos homens, a natureza do patriarcado continua a mesma. A contradição não encontra solução neste regime. Ela admite a superação, o que exige transformações radicais no sentido da preservação das diferenças e da eliminação das desigualdades, pelas quais é responsável a sociedade. Já é uma ordem não-patriarcal de gênero a contradição não está presente (SAFFIOTI, 2004, p. 107).

Na atualidade, conforme defende Saffioti (2004), continua pertinente a vigência do termo patriarcado para designar o regime de relações entre homens e mulheres, porque:

1- não se trata de uma relação privada, mas civil; 2 - dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrições [...]; 3 - configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; 4 - tem uma base material; 5 - corporifica-se; 6 - representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (SAFFIOTI, 2004, p. 57 e 58).

No entanto, a mesma autora reconhece que a categoria gênero é muito mais ampla que a do patriarcado, que é uma das formas de configuração das relações de gênero, cujo processo histórico foi iniciado no ano 3100 a.C²⁵ (LERNER, 1986 apud SAFFIOTI, 2004, p. 60):

²⁵ Conforme Saffioti (2004) a historiadora Gerda Lerner (1986), baseada em resultados de pesquisas paleontológicas, arqueológicas e outras evidências, apresenta um sistema de datação que explica a origem do patriarcado. Ele teve início no ano de 3 100 a.C e se consolidou no ano de 600 a. C. Assim “[...] pode-se dizer que o patriarcado conta com a idade de 5.203-4 anos. Se, todavia, se preferir fazer o cálculo a partir do fim do processo de transformação das relações homem-mulher, a idade desta estrutura hierárquica é de tão -

[...] o gênero é aqui entendido como muito mais vasto que patriarcado, na medida em que neste as relações são hierarquizadas entre seres socialmente desiguais, enquanto o gênero *compreende* também *relações iguais*. Desta forma, o patriarcado é um caso específico das relações de gênero (SAFFIOTI, 2004, p.118-119).

Destarte, em defesa da utilização do conceito de patriarcado, associado à categoria histórico-analítica gênero, Saffioti (2004) declara que a recusa desse conceito permite que esse esquema de exploração-dominação encontre mecanismos para se reproduzir e expressar na sociedade, ganhando terreno e reforçando a sua ideologia. Enriquece seu argumento, fundamentando-se em Pateman (1993), autora que discute o contrato sexual como responsável pelo estabelecimento do patriarcado moderno e da dominação masculina sobre as mulheres. Demonstra, ainda, a necessidade de reafirmação do conceito de patriarcado em estudos concernentes à violência de gênero. Recorre novamente a Pateman para justificar que abandoná-lo: “[...] representaria, [...] a perda, pela teoria política feminista, do único conceito que se refere especificamente à sujeição da mulher e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens” (PATERMAN, apud SAFFIOTI, 2004, p. 55).

Na mesma direção, Almeida (2007) afirma que, historicamente, o patriarcado, como estrutura de exploração-dominação da mulher, ainda não foi superado. A mencionada autora (2007, p. 249) enumera várias críticas formuladas ao paradigma do patriarcado, como exemplo, as elaboradas por Scott (1990) em razão de:

d) não mostrar como a desigualdade de gênero estrutura as outras desigualdades, consistindo em uma análise circular; e) apoiar-se no entendimento de que a dominação da mulher se dá através da apropriação do seu trabalho reprodutivo e da sua reificação sexual (SCOTT,1990).

somente 2. 603-4 anos. Trata-se, a rigor, de um recém-nascido em face da idade da humanidade, estimada entre 250 mil e 300 mil anos. Logo, não se vivem sobrevivência de um patriarcado remoto; ao contrário, o patriarcado é muito jovem e pujante, tendo sucedido às sociedades iguais” (SAFFIOTI, 2004, p. 59; 60).

Almeida (2007, p. 249) reconhece que “nenhum conceito é tão totalizador que seja suficiente para explicar a complexidade do real” e enuncia que descartar o paradigma do patriarcado é negar a sua significância em relação ao estudo das origens da subordinação feminina. Considera-o como um fenômeno histórico, inserido no contexto da totalidade e da realidade social concreta.

Assim, esclarece:

o patriarcado é condição da reprodução de relações contraditórias de gênero, podendo ser entendido não como uma estrutura rígida ou exterior à totalidade, mas como uma das dimensões privilegiadas de um dado *campo de forças*, ou de uma determinada totalidade, que é permanentemente ressignificado(a) pela intervenção de sujeitos históricos (ALMEIDA, 2007, p. 249-250).

Retomando as considerações sobre a violência de gênero, ratifica-se seu caráter social e relacional, produzida “no contexto de densas relações de poder”, como expõe Almeida (2007, p. 18). A autora defende a adoção do conceito violência de gênero em lugar da categoria violência contra a mulher, por várias razões: não indica o sujeito da violência, só o objeto; “acentua o lugar da vítima”, o que pode gerar uma perspectiva vitimista; a violência é concebida de forma unilateral.

Assim, para Saffioti (2001, p.125): “Na posição vitimista, não há espaço para se ressignificarem as relações de poder. Isto revela um conceito rígido de gênero. Em outros termos, a postura vitimista é, também, essencialista social, uma vez que o gênero é o destino”. Desse modo, a autora defende uma concepção mais flexível de gênero, pois não constitui algo implacável, em que o destino já estar pré-determinado. Cada homem ou mulher tem certa liberdade para escolher a trajetória de sua vida ou determinar o seu destino.

O gênero, assim, apresenta sim um caráter determinante, mas deixando sempre espaço para o imponderável, um grau variável de liberdade de opção, determinada margem de manobra. Isto não equivale a afirmar que a mulher é responsável pela ordem patriarcal de gênero e por seus resultados, dentre os quais se situa a violência. Ao contrário, ao longo da história da humanidade, as mulheres têm oferecido muita resistência ao domínio masculino desde sua implantação, [...]. Se as mulheres sempre se opuseram à ordem

patriarcal de gênero; se o caráter primordial do gênero molda subjetividades; se o gênero se situa a quem da consciência; se as mulheres desfrutam de parcelas irrisórias de poder face às detidas pelos homens; se as mulheres são portadoras de uma consciência dominada; torna-se difícil, se não impossível, pensar estas criaturas como cúmplices de seus agressores. No entanto, esta posição existe no feminismo (SAFFIOTI, 2001, p. 125-126).

A partir dessa perspectiva, Schraiber e D'Oliveira (2010) expressam que, na atualidade, a violência contra a mulher é entendida como uma das formas de violência de gênero. O termo violência contra a mulher, utilizado pelo movimento social feminista, no final da década de 1970, segundo as autoras, refere-se a situações diversas como:

a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados (GROSSI, 1995; OEA, 1996 apud SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2010, p. 13).

São semelhantes as considerações de Resende e Sacramento (2006) sobre o tema. As autoras afirmam que a expressão violência contra a mulher foi apresentada pelo movimento social feminista, há poucas décadas e referem-se a situações diversas, quanto aos atos e comportamentos cometidos, tais como:

violência física, assassinatos, violência sexual e psicológica cometida por parceiros (íntimos ou não), estupro, abuso sexual de meninas, assédio sexual e moral (no trabalho ou não), abusos emocionais, espancamentos, compelir a pânico, aterrorizar, prostituição forçada, coerção à pornografia, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital, a violência e os assassinatos ligados ao dote, violação conjugal, violência tolerada perpetrada pelo Estado, etc. [...] inclui, ainda, por referência ao âmbito da vida familiar, além das agressões e abusos já discriminados, impedimentos ao trabalho ou estudo, recusa de apoio financeiro para a lida doméstica, controle dos bens do casal e/ou dos bens da mulher exclusivamente pelos homens da casa, ameaças de expulsão da casa e perda de bens, como forma de “educar” ou punir por comportamentos que a mulher tenha adotado (RESENDE e SACRAMENTO, 2006, p. 2).

Saffioti (2004), também, identifica as formas de violência contra a mulher como: física, sexual, emocional e moral, as quais, quando acontecem, não ocorrem isoladamente, pois a violência emocional está sempre presente, o que denota que a violência contra a mulher é complexa e multifacetada.

As diferenciações explicitadas acima, segundo as autoras mencionadas, visualizam-se nas informações colhidas nas entrevistas, que revelam as formas de violência como algo que denigre a imagem da mulher e a coloca numa situação de vulnerabilidade diante do agressor. Quatro gestantes definiram essa concepção, apontando as formas física, psicológica e sexual como as mais presentes na vida da mulher. Assim, consideram:

“É quando a mulher sofre violência física, que apanha, que sofre traição. É quando a mulher fica presa pelo marido em casa” (Rosa).

“É quando um homem espanca uma mulher. Quando um homem difama ela [...] joga o nome dela na lama” (Cássia).

“É tudo aquilo que prejudica a mulher, de modo geral. Ela pode ser física, psicológica e sexual” (Vilma).

“É uma agressão e abuso por parte do pai, do marido e de outras pessoas” (Maria).

Não é fácil, para as gestantes, definir violência contra a mulher. Para cinco, não é claro o significado desta expressão, como apontou uma delas: “Não sei dizer o que é [...] só sei dizer que a mulher sofre muito” (Flora). Dentre elas, uma conseguiu abordar o tema relacionando-o com a desproteção da mulher, a partir do exemplo de um fato ocorrido no seu cotidiano, quando foi a um atendimento de emergência em um hospital da rede pública de saúde, o que remete à lógica reinante no contexto social: o poder do macho é hierarquizado e é exercido com naturalidade.

“Eu fico muito triste quando acontece isso com as mulheres. Eu estava no hospital, sangrando um pouco, a menina estava lá, toda roxa [...] o marido bateu nela. É muito triste [...] ela estava grávida, estava com uma criança. Não teve nenhuma proteção pra se defender. Ela ficou muito desprotegida” (Marta).

Esses depoimentos atestam que as gestantes conseguem descrever, à sua maneira, o significado da expressão violência contra a mulher, de forma conceitual ou a partir de descrições da ordem do vivido ou do

contidiano, no qual essa violência se apresenta. Desse modo, é possível dizer que a discussão dessa violência está premente em suas vidas, uma vez que apresentam terminologias que a expressam, como: espancamento, sofrimento, abuso, difamação, agressão e proteção, as quais, de certo modo, apontam que as entrevistadas não estão à mercê dessa discussão, pois, como tal, compreendem que a mulher não pode ficar inerte ou inoperante diante de um problema tão grave; que é preciso rompê-lo e enfrentá-lo sistematicamente na sociedade.

Desse modo, pensar as desigualdades de gênero remete à compreensão de como se constituem as relações entre homens e mulheres, frente à distribuição de poder, nas quais não é pertinente desvinculá-las das desigualdades de classe, etnia e raça, no contexto da vida social, particularmente a das mulheres. Conforme Almeida (2007), estas desigualdades estão expressas no cotidiano e são geradas nas disputas de poder, sendo o uso da força necessária para manter a dominação. Logo, as desigualdades de gênero

Fundam-se e fecundam-se a partir da matriz hegemônica de gênero. Isto é, de concepções dominantes de feminilidade e masculinidade, que vão se configurando a partir de disputas simbólicas e materiais, processadas, dentre outros espaços, nas instituições cuja funcionalidade no processo de reprodução social é incontestável – marcadamente, a família, a escola, a igreja, os meios de comunicação – e materializadas, ainda, nas relações de trabalho, no quadro político – partidário, nas relações sindicais e na divisão sexual do trabalho operada nas diversas esferas da vida social, inclusive nas distintas organizações da sociedade civil. São nesses espaços e práticas que vão se produzindo, reatualizando e naturalizando hierarquias, mecanismos de subordinação, o acesso desigual às fontes de poder e aos bens materiais e simbólicos. É também nesse registro que vai se consolidando, para a mulher, a jornada extensiva de trabalho, a maior superposição de tempos e espaços nas dimensões pública e privada da vida, as menores possibilidades de investimento em qualificação, as maiores cobranças quanto à sua responsabilidade na reprodução familiar. [...] Trata-se de processo macro e micropolítico, que se desenvolve em escala societal e interpessoal (ALMEIDA, 2007, p. 27).

Dessa forma, o rompimento da condição de opressão da mulher, conforme Almeida (1998), passa pelo enfrentamento da desigualdade de gênero, ou seja,

o combate não é contra as diferenças, mas contra as desigualdades, objetivadas nas práticas humanas e subjetivamente reelaboradas pelo sujeito. A luta pela igualdade coloca-se no plano da reivindicação

de direitos e, neste sentido, corre o risco de frustrar, na medida em que altera apenas o plano formal. Para que a igualdade formal seja realizada de fato, seja vivenciada pelo sujeito múltiplo, há que se lutar contra as desigualdades, inscritas e, mais do que isso, encravadas no seio da práxis humana (ALMEIDA. 1998, p. 143).

KyMllcKA citado por Teixeira (2010) considera que a questão da subordinação das mulheres não se concretiza fundamentalmente pela diferenciação com base no sexo, mas pela superioridade masculina, sob a qual as diferenças de gênero tornam-se importantes para fortalecer as desvantagens das mulheres. Assim,

a igualdade requer não apenas igual oportunidade de buscar papéis definidos por homens, mas também igual poder de criar papéis definidos por mulheres ou de criar papéis andróginos, que homens e mulheres tenham igual interesse em preencher, a partir de uma posição de igual poder, não teríamos criado um sistema de papéis sociais que definem os trabalhos “masculinos” como superiores aos trabalhos ‘femininos’ (KYMLLCKA, 2006 apud TEIXEIRA, 2010, p. 261).

Duas entrevistadas apresentam exemplos de como as desigualdades de gênero são contextualizadas no cotidiano, discorrendo sobre questões que remetem à divisão sexual do trabalho, que atribuem à mulher a responsabilidade pelas tarefas domésticas, impondo-lhe a dupla jornada de trabalho e definindo para o homem o papel de provedor.

“Ele não me ajuda em nada em casa, não faz nadinha; não divide nada [...] sempre foi assim. Acho que foi a criação da mãe dele, que nunca botou nada pra ele fazer. Tem mãe que coloca os filhos desde pequeno para ajudar, mas, o meu não faz nada mesmo. Ele disse que o dever dele é colocar o alimento dentro de casa e, ainda diz, que serviço doméstico é serviço de mulher esse negócio de lavar louça e lavar roupa” (Cássia).

“Eu enraivava muito meu marido. Sempre acontecia isso porque ele deixava tudo bagunçado em casa. Eu já chegava muito cansada do serviço e ele deveria fazer alguma coisa pra me ajudar. Diz que isso é serviço de mulher; que eu que tenho que fazer e não ele. Isso me chateava muito. Aí eu tinha que fazer, né” (Joana).

Nessa perspectiva, reafirma-se que a violência contra a mulher é uma das formas de violência de gênero, sendo, portanto, uma consequência

das desigualdades de gênero que se manifestam no espaço privado, nas relações entre homens e mulheres, alcançando, de forma particular, mulheres de diferentes partes do mundo, independente de etnia, raça, classe social e gerações, como aponta uma das gestantes, sobre a questão da desigualdade de gênero.

“Os homens nos acham sexo frágil. Nos veem como incapazes de fazer o que eles fazem, por isso se acham autossuficientes. Acham que a mulher ficou para criar os filhos, cuidar da casa e deles mesmos. Por isso, acham que não temos capacidade de ter o mesmo nível em todos os aspectos, tanto na vida social, quanto na questão profissional” (Elen).

É possível afirmar, portanto, que a dificuldade de a mulher adquirir autonomia tem relação intrínseca com as fragilidades emocional e física, atribuídas pelos homens, as quais estão fortemente revestidas por uma ideologia de dominação masculina, que trata a mulher como um sujeito inferior na sociedade, mesmo diante do avanço das discussões sobre esse fenômeno.

Sobre essa questão, estudo do Programa de População das Nações Unidas – PNUD (2000) sobre a violência contra a mulher no Brasil (BARSTED, 2011) aponta a preocupação com a ausência de políticas públicas voltadas para superar a histórica desigualdade de gênero e a discriminação das mulheres no mundo. Tal pesquisa indicou, ainda, que organismos internacionais revelaram que as mulheres perderam espaço, nas esferas de poder, para a violência e para a pobreza.

No Brasil, apesar dos significativos avanços legislativos, a partir de 1988, ainda vigoram padrões e atitudes discriminatórias contra o segmento feminino. Afirma-se que a discriminação e a violência contra a mulher são agravadas pela tolerância da sociedade e considera-se, nesse processo, a participação do Estado, o qual vem desenvolvendo as políticas públicas para as mulheres de forma assistemática e pontual, conforme preconiza Barsted (2011).

Constatar a existência dessas discriminações e atuar de forma propositiva para sua superação tem sido uma árdua tarefa assumida pelo movimento de mulheres no Brasil. As ações desse movimento não têm ficado restritas às denúncias contra as discriminações e a violência contra a mulher. Organizações não-governamentais e o movimento de mulheres têm sido ativos no levantamento de dados que possibilitam dar visibilidade a esses fenômenos, atuando na

formação/informação da opinião pública para romper com a indiferença e a cumplicidade social que propiciam a naturalização das desigualdades e a permanência de práticas e os valores discriminatórios. É necessário, no entanto, ampliar essa atuação, envolvendo homens e mulheres que têm um compromisso histórico na defesa dos direitos humanos (BARSTED, 2011, p. 4).

Considerando as particularidades e peculiaridades da violência contra a mulher, pode-se inferir que esse não é um fenômeno que acontece da mesma forma nos diferentes contextos sociais, tendo em vista, também, a singularidade dos sujeitos e o fato de que cada situação tem uma dinâmica própria, relacionada com os contextos específicos e a história de vida dos envolvidos. Como tal, ao se analisar a violência contra a mulher, é fundamental considerar os aspectos universais e particulares, de forma a apreender a diversidade do fenômeno.

Identifica-se, nesse sentido, que a violência está enraizada no cotidiano, como processo que ocorre no contexto familiar, estendendo-se para a vida comunitária. Nesse sentido, afirma-se que violência contra a mulher – sobretudo quando gestante – infringe e, por sua vez, deteriora ou anula os seus direitos e, para o seu enfrentamento, há necessidade de estudos, ações e políticas públicas mais sistemáticas sobre esse problema.

2.2. Violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher: expressão da violência de gênero.

Considerando a violência como um fenômeno social e historicamente determinado, que se processa no bojo das relações sociais, apreende-se que a violência contra a mulher está compreendida nas abordagens sobre violência proferidas por autoras anteriormente citadas, como Saffioti (2004) e Minayo (2005) e, nessa direção, é, também, uma expressão da violência de gênero, pois perpassa as relações sociais, patriarcais e de poder estabelecidas entre homens e mulheres.

Nesse contexto, a violência contra a mulher ocorre, sobretudo, no espaço doméstico e no contexto intrafamiliar, visualizados como um *locus*

privilegiado dessa manifestação. Assim, a violência doméstica e intrafamiliar pode se apresentar de diferentes formas: física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. A Lei Maria da Penha, Nº 11.340/ 2006, criada para coibi-las, no artigo 7º, as define do seguinte modo:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2011).

Sobre o aspecto da conceituação, as expressões violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar e violência de gênero têm sido utilizadas habitualmente como sinônimo. Saffioti (2004, p. 69) afirma que existe, no Brasil, uma confusão teórica em torno do uso conceitual dessas modalidades de violência e sinaliza que a violência de gênero é uma categoria mais geral, podendo abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar, devendo se considerar a distinção entre os dois conceitos, os quais define da seguinte forma:

[...] a violência familiar, ou seja, a que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e a afinidade. Compreendida na *violência de gênero*, a violência *familiar* pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. [...] A violência intrafamiliar extrapola os limites do domicílio. [...] A violência doméstica

apresenta pontos de sobreposição com a familiar. Atinge, porém, também pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregadas(os) e empregadas(os) domésticas(os) (SAFFIOTI, 2004, p. 71).

A violência de gênero ocorre, majoritariamente, no sentido homem contra mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher. A violência de gênero está compreendida na violência familiar. A família apresenta-se como “uma estrutura sexuada” (Almeida, 2007, p. 25), em que a dominação da mulher se mantém historicamente instituída e, uma vez vinculada à violência, colabora-se para a perpetuação dessa dominação.

A violência doméstica, conforme Rocha (2007), é caracterizada como questão relativa à esfera da vida privada, independente da orientação sexual da mulher ofendida e pode ser configurada como ação ou omissão praticada contra a ela, que lhe cause alguma violência, conforme preconiza a Lei 11.340/2006.

Sobre esse aspecto, ressalte-se que as gestantes entrevistadas relataram que a violência contra a mulher acontece, majoritariamente, no ambiente doméstico (na casa, no lar), no contexto da vida familiar, independente das características sociodemográficas dos sujeitos envolvidos e em todas as classes sociais. Enfatizaram que, quando a mulher sofre violência nos espaços públicos (em festas e nas ruas), é praticada por pessoas que convivem diretamente ou indiretamente com ela (marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro, pai, mãe, avô, irmão, sogro, tio e outras pessoas), no ambiente de trabalho e na vizinhança, o que permite compreender, a partir das entrevistas, que a mulher está passível de sofrer violência no contexto das relações íntimas, familiares e domésticas, no denominado espaço privado.

“A violência contra a mulher acontece na própria casa onde a mulher mora” (Maria).

“Acho que a violência acontece muito em casa [...] entre parceiros” (Mônica).

“Acho que acontece dentro do próprio lar. Para mim é onde mais acontece [...] é mais frequente” (Vilma).

“Acho que acontece mais em casa [...] podem cometer a violência, não só o marido, mas, pode ser o padrasto, o irmão e outras pessoas” (Maria).

“É em casa e quem pratica é o marido, o pai e a mãe” (Rosa).

“Em casa, na rua, em qualquer lugar, sendo na família onde acontece mais” (Silvia).

“Acontece em todos os lugares, principalmente na família” (Elen).

“Acho que é na própria casa, na rua e no trabalho” (Joana).

“A violência contra a mulher acontece em todo o lugar [...] nas festas, nas ruas, na casa” (Cássia).

“A violência contra a mulher acontece em todos os locais [...] na família, na rua, no trabalho [...] enfim, em todos os espaços” (Flora).

A partir das interpretações das gestantes, é relevante inferir que as violências doméstica e intrafamiliar permeiam todas as esferas da realidade social, no cotidiano dos sujeitos e em vários espaços de socialização; na zona urbana e rural das cidades, no trabalho, nas relações profissionais, na mídia, nos vários locais de interação; nos relacionamentos afetivos ou não, quer entre familiares, nos ciclos de amizade, entre conhecidos e não conhecidos (CARMO; MOURA, 2010).

Entretanto, é no contexto do lar que, para as gestantes, a violência contra a mulher se efetiva. O lar era, antes, percebido por homens e mulheres como um lugar sagrado, porém do modo como se apresenta, nos discursos das gestantes, sugere ser um ambiente de incertezas e de intenso conflito afetivo, em que a violência é praticada sobre a égide do silêncio, na velha afirmativa de que briga de marido e mulher “ninguém” pode meter a colher e que deve ser resolvida entre as “quatro paredes”. Essa característica fortalece o discurso demagógico, que preconiza que a mulher deve ser controlada em suas ações e submissa diante do agressor.

A violência doméstica é discutida por Schraiber e D’Oliveira (2010) como uma prática que faz parte da tradição dos relacionamentos afetivos, perpetrada por pessoas consideradas íntimas, sendo percebida como uma

situação natural, comumente associada apenas à violência conjugal²⁶, na qual a mulher é vítima constante.

Enunciada como prática da tradição nos relacionamentos amorosos em especial, a violência cometida por pessoas íntimas, que envolve também filhos, pais, sogros e outros parentes ou pessoas que vivam na mesma casa a que chamaríamos de violência doméstica - está profundamente arraigada na vida social, sendo percebida como situação normal. A noção de violência doméstica, algumas vezes associada apenas à violência conjugal contra a mulher, surge com força entre as feministas americanas e também do Brasil (STARK&FLITCRAFT, 1996; HEISE, 1994; GROSSI, 1995; SAFFIOTI, 1995), tornando pública e condenável uma situação antes corriqueira e estritamente do domínio privado. Claro está que a noção de violência doméstica pode confundir-se com a idéia de violência intrafamiliar, neste caso modificando um pouco o espectro de agressores e agredidos (do domicílio para a família), bem como deslocando o olhar de gênero enquanto aproximação do problema. Do ponto de vista empírico, neste âmbito familiar de longe se destaca a magnitude dos atos contra as mulheres e meninas, mas o termo não deixa de ser referência para violência também contra meninos, homens, crianças ou idosos (em um recorte mais etário) e perpetrada por distintos familiares, em que se incluiriam igualmente as mulheres. Ao contrário do recorte violência doméstica, a intrafamiliar é campo de estudo mais antigo, datando dos anos 70 (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2010, p.14).

Almeida (2007, p. 25) sinaliza que a violência contra a mulher é ocultada e naturalizada no espaço protegido da casa, sendo potencialmente cronificada em um ambiente simbolicamente estruturado, tendo como consequência direta a impunidade de quem a perpetra.

A autora, ainda, declara que o estudo das violências intrafamiliar e doméstica possibilita romper com o mito do caráter sacrossanto da família e da premissa de que o espaço privado é intocável. Possibilita, também, revelar que a família pode caracterizar-se

como uma instituição violenta [...], e que a esfera privada não é isenta de regulação pelo poder público. Ao contrário, não há uma cisão entre as esferas pública e privada, o que pode ser valorado positivamente na perspectiva de se assegurarem direitos (ALMEIDA, 2007, p. 25).

²⁶ As autoras Narvaz e Koller (2012, p. 8) apontam que a violência conjugal tem sido considerada como violência contra a mulher perpetrada pelo companheiro no contexto de uma relação afetiva e sexual, independente de ser uma relação estável legalizada, a qual pode ocorrer tanto no espaço doméstico quanto no espaço urbano [...]; abrange as formas de violência física, violência sexual e violência emocional ou psicológica (CORSI, 1997, 2003 apud NARVAZ; KOLLER, 2012, p. 8). Ainda preconizam que, como nas relações conjugais violentas há o predomínio de agressores do gênero masculino, e as principais vítimas são do gênero feminino, a violência conjugal é também uma forma de violência de gênero.

Sobre esse aspecto, é relevante reiterar que a violência contra a mulher, majoritariamente, processa-se em um ambiente de relações afetivas e de cumplicidade, que Serra (2010, p. 97) identifica como “um tipo de violência construída em bases relacionais [...] forjada por referenciais simbólicos”. Dessa forma, a violência doméstica e intrafamiliar tem lugar especial no interior das relações familiares, o que possibilita entender que o processo de territorialização da violência não é puramente geográfico, mas, sobretudo, simbólico.

A violência doméstica e intrafamiliar, assim, pode ser apreendida a partir de uma dimensão simbólica, cuja explicação é cunhada em duas categorias teóricas elaboradas por Pierre Bourdieu: poder simbólico e violência simbólica.

Para Bourdieu, o poder simbólico é vislumbrado como um poder que legitima as outras formas de poder, sendo concebido:

[...] como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão de mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos “sistemas simbólicos” em forma de uma “*illocutionary force*”, mas que se define numa relação determinada - e por meio desta - entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença (BOURDIEU, 2010, p. 14-15).

Esse poder é exercido através da utilização da violência simbólica²⁷ que não pressupõe a coerção física ocorrida entre as pessoas e entre os grupos presentes no mundo social; corresponde a um tipo de violência que é exercida com o consentimento de quem a sofre, na perspectiva de obter deste

²⁷ Bourdieu (1999, p. 7; 8) define violência simbólica como uma “violência suave, insensível, invisível a suas, próprias vítimas, que se exerce, essencialmente, pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária, oferece, também, uma ocasião única de compreender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico, conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quando pelo dominado (ou de uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma”.

a “adesão” para impor uma visão de mundo e, assim, manter as relações de dominação.

São naturalizadas e incorporadas ao habitus²⁸ a visão e divisão do mundo segundo a ótica do dominador, usando os dominados, os instrumentos, as categorias de percepção, de pensamento e de ação de quem os domina. (ROCHA, 2005, p. 23).

Para Pierre Bourdieu (2001, p. 218-219):

é inteiramente ilusório acreditar que a violência simbólica possa ser vencida apenas com as armas da consciência e da vontade: as condições de sua eficácia estão inscritas de modo durável nos corpos sob a forma de disposições as quais, sobretudo no caso das relações de parentesco e das relações sociais concebidas segundo tal modelo, se exprimem e são vividas na lógica do sentimento ou do dever, muitas vezes confundidas na experiência do respeito, da dedicação afetiva ou do amor, podendo sobreviver muito tempo ao desaparecimento de suas condições sociais de produção.

Rocha (2005) ao citar Bourdieu (1989) enfatiza o caráter histórico do habitus e a existência da possibilidade de sua transformação na medida em que se transformarem, também, as condições que o produzem. “Tal entendimento aponta para a existência de lutas simbólicas, nas quais os agentes se envolvem de modo individual ou coletivo, ou seja, dispersa ou organizadamente” (ROCHA, 2005, p.24). Essas lutas são históricas, expressam a processualidade da participação de sujeitos que possuem múltiplas posições e identidades no espaço social, posto que constituídos em gênero, classe social e em raça/etnia.

De acordo com Almeida (2007, p. 29), a dimensão simbólica da violência de gênero, nas relações consideradas íntimas, é desenvolvida no espaço privado, o qual é marcado pelo aspecto moral, em que a relação está envolta muito mais por um componente emocional e afetivo, do que cognitivo caracterizado por um misto de medo, dor, indignação e vergonha. Esses processos, segundo a autora, tendem a dificultar a análise do problema e o alcance da resolução da violência. Assim,

²⁸ Para Bourdieu (1983, p. 64) habitus “é um sistema de disposições duráveis e transponíveis, que integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas”

[...] a família e o espaço doméstico apresentam-se como território propício para a reprodução da violência de gênero. [...] Ainda que não se apresente para todos em sua expressão física, a violência simbólica – altamente eficaz –, é extensiva a outros membros da família, [...] na qualidade de vítimas ou de testemunhas, porquanto partícipes dessas relações (ALMEIDA, 2007, p. 30).

Infere-se que, quando há perpetração de violência física, esta não pode ser dissociada da violência simbólica, que, como tal, assemelha-se à violência psicológica²⁹, conforme visualizada pela Psiquiatra e Psicoterapeuta Marie France Hirigoyen (2000), citada por Azevedo e Guerra (2001, p. 26), em estudos sobre a violência doméstica psicológica. Assim, sinaliza como:

um processo real de destruição moral [...] cujo ataque é dirigido à identidade do outro, que pode levar à doença mental ou ao suicídio [...] é denominada de assédio moral e/ou violência perversa, a qual reconhecendo ser possível destruir alguém apenas com palavras, olhares, subentendidos: um verdadeiro assassinato psíquico [...] trata-se de um abuso e não de uma patologia. A perversidade da violência psicológica não provém de uma perturbação psiquiátrica e sim de uma fria racionalidade, combinada a uma incapacidade de considerar os outros seres humanos. O abuso característico dessa violência começa com um abuso de poder, prossegue com um abuso narcísico - no sentido de que o outro perde totalmente a auto-estima - e pode chegar, por vezes, a um abuso sexual (HIRIGOYEN, 2000 apud AZEVEDO; GUERRA, 2001, p. 26).

Desse modo, a violência psicológica caracteriza-se como de difícil detecção; as agressões são consideradas sutis e colocam a mulher numa condição de subalternidade, especialmente em relação ao parceiro íntimo. As interpretações das gestantes dão conta dessa dimensão psicológica da violência, quando são descritos momentos de humilhação, isolamento e constrangimento, fazendo-as se sentirem desvalorizadas diante dos agressores.

“Algumas vezes achei que o meu marido tinha se arrependido por ter me engravidado. Em certos momentos ele não falava nada. Mas eu via no

²⁹ De acordo com Azevedo e Guerra (2001, p. 25) o termo violência psicológica foi apresentado no bojo da literatura feminista como parte da luta das mulheres com o objetivo de publicizar a violência sofrida por elas no cotidiano da vida familiar privada. Ainda as autoras afirmam que esse movimento político-social iniciou-se em 1971, na Inglaterra que, pela primeira vez, chamou a atenção para o fenômeno da violência contra a mulher praticada por seu parceiro, o que marcou a criação da primeira “CASA ABRIGO” para mulheres espancadas, cuja iniciativa se espalhou por toda a Europa e Estados Unidos, em meados da década de 70, e com início no Brasil na década de 80.

olhar dele, no rosto dele a expressão de que talvez ele tivesse se arrependido, pois não me dizia nada. Eu ficava muito pensativa. Tinha vezes que eu sofria, chorava muito. Eu tinha tanta coisa pela frente [...] aí veio logo uma gravidez inesperada” (Elen).

“Umás vezes ele me levou pra ver a família dele. Nesses momentos acho que fui humilhada. Meu marido não chegava perto de mim em nenhum momento; não me abraçava, não me beijava, não me dava a mínima atenção. Eu me sentia isolada. A família dele não me deu atenção; foram indiferentes. Acho que pensaram alguma coisa da minha pessoa [...] que eu fiquei grávida pra prender ele. Fiquei muito mal [...] me arrepedi de ter ido. Liguei para a minha mãe chorando muito. Achei que ele não valorizou isso. Não perguntou o que eu estava sentido” (Silvia).

Esse processo colabora para o acirramento da violência contra a gestante, considerando a ocorrência de possíveis agravos de saúde. Sob esse ponto de vista a Organização Mundial de Saúde - OMS classifica a violência em três categorias:

violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida); violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado; violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família. Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados (OPAS, 2002).

Pelas circunstâncias que ocorrem e pelas implicações na vida das mulheres, a Organização Mundial de Saúde - OMS considera a violência doméstica e intrafamiliar como um problema de saúde mundial, pois afeta a qualidade de vida, o desenvolvimento socioeconômico, com reatamento nos gastos com os sistemas públicos de saúde (OEA, 2010).

Sobre esse problema, Pandjarian (2002, p. 76) ressalta que:

Mulheres em situação de violência doméstica e familiar têm maior probabilidade de fazer uso dos serviços públicos de saúde por longos períodos. No que diz respeito às repercussões econômicas dessa violência, observa-se que essas mulheres têm reduzida a produtividade, apresentam maiores taxas de absenteísmo e de

rotatividade nos postos de trabalho, assim como fazem maior uso de serviços sociais. No mundo, um em cada cinco dias de falta ao trabalho é decorrente de violência sofrida por mulheres em casa; a cada cinco anos, a mulher perde um ano de vida saudável se sofrer violência doméstica; o estupro e a violência doméstica são causas significativas de incapacidade e morte de mulheres em idade produtiva, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Na América Latina e no Caribe, a violência doméstica atinge entre 25% e 50% das mulheres; uma mulher que sofre violência doméstica, em geral, ganha menos do que aquela que não é vítima dessa violência; a violência doméstica compromete 14,6% do produto interno bruto (PIB) da região, cerca de 170 bilhões de dólares. No Brasil, 70% dos crimes contra a mulher acontecem dentro de casa e o agressor é o próprio marido ou companheiro; a violência doméstica custa ao país 10,5% de seu PIB.

No Brasil, várias pesquisas sobre os índices de violência contra a mulher têm sido realizadas com o objetivo de dimensionar esse tipo de violência nos Estados e Municípios. As instituições pesquisadoras (IBOPE/InstitutoAVON, DataSenado, dentre outras) a consideram um problema recorrente que requer ações por parte do poder público, na perspectiva de enfrentar a questão, de maneira sistemática, com a elaboração e implementação de políticas públicas efetivas e eficazes.

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo/ SESC, no ano de 2010, em 25 Estados brasileiros - intitulada "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado" - afirmou que, a cada dois minutos, cinco mulheres foram espancadas no Brasil, nesse ano³⁰, apesar desse número ter sido pior, pois há dez anos eram oito mulheres vítimas de violência no mesmo intervalo. A pesquisa ouviu 2.365 mulheres e 1.181 homens com mais de 15 anos sobre diversos temas relacionados à violência contra a mulher.

No estudo, 8% dos homens admitiram ter agredido a companheira; 48% disseram ter um amigo ou conhecido que faziam o mesmo e 25% tiveram parentes que agrediram as companheiras. A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo/SESC 2010, p.3) deduziu que o número de homens que admitiram a agressão contra a mulher está subestimado, porém considerou surpreendente que 2% dos homens declararam que 'tem mulher que só

³⁰ "Para chegar à estimativa de mais de duas mulheres agredidas por minuto, os pesquisadores partiram da amostra para fazer uma projeção nacional. Concluíram que 7,2 milhões de mulheres com mais de 15 anos já sofreram agressões - 1,3 milhões nos 12 meses que antecederam a pesquisa. A pequena diminuição do número de mulheres agredidas entre 2001 e 2010 pode ser atribuída, em parte, à Lei Maria da Penha. A lei é uma expressão da crescente consciência do problema da violência contra a mulher. Entre os pesquisados, 85% conhecem a lei e 80% aprovam a nova legislação" (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/ SESC, 2010, p.3).

aprende apanhando bastante'. Além disso, entre os 8% que assumiram praticar a violência, 14% acreditaram ter 'agido bem' e 15% declaram que bateriam de novo, o que indica um padrão de comportamento, não uma exceção.

Essa visão masculina indica a existência de padrões de comportamento que banalizam a violência contra mulher e carregam a mística de que essa relação está subjugada ao aspecto da naturalização. Isso leva à invisibilidade de tais atos, à não consideração dos mesmos como crimes e, conseqüentemente, à impunidade dos agressores, aumentando, sem dúvida, os índices de violência.

A Pesquisa de Opinião Pública Nacional/DataSenado Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, concluída no final de fevereiro do ano de 2011, selecionou como público alvo somente mulheres entrevistadas. O estudo revelou que 66% das mulheres acharam que aumentou a violência doméstica e familiar contra a mulher, concomitante a maioria - 60% - visualizou que o sistema de proteção está melhor, após a criação da Lei Maria da Penha. Entretanto, para 68% das mulheres entrevistadas, conhecer a Lei não faz com que as vítimas de agressão denunciem o fato às autoridades, sendo que definiram o medo como causa principal para não denunciar o agressor; 64% das ouvidas responderam que o fato de a vítima não poder mais retirar a queixa na delegacia faz com que a maioria das mulheres deixe, também, de denunciar o agressor (BRASÍLIA, 2011, p.3).

A pesquisa em referência concluiu que 57% das entrevistadas declararam conhecer mulheres que já sofreram algum tipo de violência doméstica; destaque para a violência física, citada por 78% das pessoas, seguida pela violência moral, com 28% e, após, violência psicológica, com 27% de opinião. As entrevistadas apontaram os motivos para as mulheres já terem sofrido algum tipo de agressão: o uso de álcool e ciúmes, ambos com 27% cada. Já os principais responsáveis pelas agressões, segundo as vítimas, foram os maridos ou companheiros - 66% dos casos (BRASÍLIA, 2011, p.3).

De fato, é importante considerar que a violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica são expressões da violência de gênero, uma vez que são (re)produzidas num panorama de relações desiguais de gênero, sendo que "sua eliminação requer que se operem mudanças substantivas na matriz hegemônica de gênero" (ALMEIDA, 2007, p. 37).

Destarte, a eliminação das formas de violência contra a mulher está inserida no campo da garantia de direitos - sobretudo os direitos humanos - e esse processo indica a elaboração e implementação de políticas públicas, as quais devem transversalizar as outras políticas e possibilitar a realização de ações afirmativas para as mulheres submetidas à violência de gênero, em suas relações conjugais ou não. Contudo, a participação do Estado e da sociedade civil deve ocorrer de forma articulada e sistemática, cuja premissa é intervir efetivamente para a alteração do quadro de desigualdades de gênero, étnico/raciais e geracionais. Entende-se que esse debate deve garantir visibilidade ao fenômeno e provocar discussões sobre suas múltiplas dimensões e determinações na vida das mulheres, incluindo as que se encontram no período gestacional.

3 CAPÍTULO II: MATERNIDADE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR, FÍSICA E PSICOLÓGICA NA GESTAÇÃO.

O presente capítulo faz considerações sobre a questão da maternidade a partir das concepções ideológicas que a permeiam e a associação com o papel atribuído à mulher na sociedade. Essa análise é importante para subsidiar o entendimento sobre a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher na gestação. Traz para a discussão as interpretações e as características dessa violência, destacando-se as violências física e psicológica no período gravídico e a forma como repercutem na vida das gestantes.

3.1. Maternidade, gestação e violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica: interpretações e características.

Historicamente, a questão da maternidade tem sido construída em torno da desigualdade de gênero, que naturaliza as relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, controla o corpo, a sexualidade, o processo reprodutivo e o comportamento femininos, condição para o nascimento e manutenção do patriarcado. Sobre o assunto, assevera Porto (2011, p. 60):

A desigualdade de poder entre os sexos aparece em registros arqueológicos datados de 30.000 anos atrás. Na Europa e Oriente Médio a revolução neolítica teve início à aproximadamente 10.000 e já nesse período encontramos indícios da associação simbólica entre a mulher, a maternidade e a natureza. As imagens da mãe-natureza, pacífica e receptiva, em oposição ao deus celeste, potencialmente vingativo e dominador, posteriormente incorporada na crença e no simbolismo judaico-cristão, datam deste período. Grande parte dos legisladores da Antiguidade, Moisés, Hamurabi, Confúcio, Zoroastro e Maomé produziram códigos morais cujas leis restringem sistematicamente o poder das mulheres, seja à propriedade, à sexualidade, ao conhecimento ou ao poder de decisão (Pollack, 1997). Nesse sentido é possível perceber que “civilização” significa, em grande medida, a dominação da mulher.

As religiões judaico-cristãs difundiram o mito adâmico, em que a imagem da mulher é associada à inferioridade, subordinação/insubordinação e perigo, oriundos do pecado original de Eva. No período renascentista, o catolicismo contrapôs a essa figura a imagem de Maria: mãe, relacionada aos afazeres domésticos, destituída de sexualidade. Reafirmou, assim, a ideologia do sacrifício da maternidade, “ato de amor incondicional” que “redime a humanidade” (Porto, 2011, p. 60-61).

Maria encarna o ideal do amor materno que passa a ser associado à santidade. A construção da maternidade é baseada nas ideias de *sofrimento*, *sacrifício* e *amor*. O amor materno tornou-se uma idéia tão recorrente e naturalizada que sua ausência provoca estranhamento e desconforto. Não amar o filho torna a mulher mãe “des/naturada”. A ausência de amor contraria este modelo que desenha a natureza feminina como monogâmica e maternal. A mulher ideal deve ser santa, casta, abnegada e pronta a servir ao marido e à família. O sacrifício desenha o *locus* da fala feminina: a *mater dolorosa*.

Se a dor do parto é o castigo “natural” imposto à mulher pelo desejo de conhecer e experimentar sua sexualidade, o controle imposto pela maternidade redimirá definitivamente a maldade feminina. O modelo de mãe, amorosa e perfeita, regulado pelo sentimento de culpa, desenha a mulher como alguém capaz de qualquer sacrifício pelo bem-estar do filho e da família. Alguém que só existe pela/para a função materna (PORTO, 2011, p. 61).

Nesse contexto, a maternidade tornou-se indispensável à constituição da mulher, cujo destino reservava apenas a gestação, o parto, a amamentação, o cuidado com as crianças e o lar, ou seja, o confinamento ao espaço privado, a renúncia à vida pública e ao trabalho, em prol de um sacrifício pessoal para criar os filhos, a submissão aos afazeres domésticos e à dominação/subordinação masculina.

Nessa mesma direção, seguem as considerações de Scavone (2001a):

“segundo Giddens (1993): a “invenção da maternidade” faz parte de um conjunto de influências que afetaram as mulheres a partir do final do séc. XVIII: o surgimento da idéia de amor romântico; a criação do lar, a modificação das relações entre pais e filhos” (SCAVONE, 2001a, p. 49).

Scavone (2001a, p.49) cita ainda, que, para Giddens (1993), no final do séc XIX, as mulheres passaram a ter maior controle sobre a criação dos filhos, em decorrência do declínio e deslocamento da autoridade e do poder

patriarcal, ocorrendo “uma forte associação entre maternidade e feminilidade” e, de acordo com o ponto de vista ideológico, consolidou-se o papel natural da mulher como mãe, imbuída de todas as responsabilidades no processo de criação dos (as) filho(a)s e com função social feminina, limitada aos afazeres domésticos.

Observou-se que essa característica ideológica está fortemente enraizada no discurso das gestantes, as quais identificaram a maternidade como o ápice do “ser mulher”, relacionando-a ao dever de assumir a constituição familiar, no sentido de que é responsável pela criação/educação dos filhos, como revelam depoimentos sobre o significado da maternidade. Isso demonstra que a gestação gera expectativas nas gestantes, considerando, também, a possível ausência em suas vidas, de companheirismo, atenção e acolhimento no relacionamento conjugal.

“A maternidade é a realização de uma mulher. É cuidar do filho, do marido da casa. É a maior conquista de uma casal. É a maior prova de amor e de que Deus existe” (Elen).

“É ser responsável por uma outra vida. É dar carinho para o bebê [...] é ter uma família estruturada que possa oferecer condições para que essa criança cresça feliz” (Vilma).

“É tudo! É o carinho! É dar atenção para o filho [...] é dar amor. É tudo que uma mãe pode ter. É importante também ter a atenção do marido e o amor dele, na maternidade” (Marta).

“É uma coisa boa, através disso que eu estou valorizando a vida. Quero dar ao meu filho, o que os meus pais não me deram [...] muito carinho [...] quero dar um abraço de um pai e um beijo de uma mãe. Acho que a minha mãe nunca viu os filhos crescerem direito [...] sempre trabalhou muito [...] a gente não vive só de bem material, tem que oferecer carinho, também” (Silvia).

“É a responsabilidade que a gente tem que ter com o filho da gente. Educar bem, para daqui uns dias eles ajudarem a gente. Maternidade é proteger a criança, que fica nove meses na nossa barriga. Eu gosto de ser mãe; ter o carinho dos meus filhos; é não estar sozinha mais dentro de casa” (Cássia).

“Ser mãe é ter mais responsabilidade [...] ser carinhosa com a criança; procurar entender a necessidade da criança. Acho que o meu

relacionamento com o meu marido vai ser melhor. Ele vai ficar mais carinhoso” (Joana).

“Ser mãe é saber dar amor, atenção, ter paciência com os filhos. Tem várias coisas boas” (Rosa) .

“É uma relação mais forte entre a mãe e o filho”(Mônica).

Uma gestante não conseguiu externar o significado da maternidade, colocando o quanto é confuso explicá-lo. – “Não sei o que é [...] é muito confuso” (Flora). Uma entrevistada reportou o significado da maternidade a algo doloroso, posto ter associado a um momento de grande sofrimento, o qual sua mãe passou e que, portanto, não gostaria de passar. Essa gestante tem uma história familiar marcada por agressões psicológicas e físicas perpetradas por seu pai que, durante anos, cometeu violência contra a sua mãe. Essa violência foi presenciada pela gestante e por seus irmãos desde sua infância. Assim disse: “Maternidade é não passar o que minha mãe passou. Para mim ser mãe é o que eu não queria ser, a gente sofre muito [...] poderia ser diferente hoje, com os filhos, mas, com uma vida melhor” (Flora).

A situação acima apresentada pela gestante não segue a lógica dos outros depoimentos citados, sobre o significado da maternidade. Essa situação configura-se pela fragilidade dos laços afetivos e pela desestruturação familiar, marcadas pela falta de sentimento, de amparo, de amor e de valorização da autoestima, que atinge todos os sujeitos que compõem a família. Tais questões são características de contextos familiares em constante conflito emocional, em que acontecem abusos de toda a ordem.

De fato, o desejo de ser mãe parece que não foi característico na vida dessa gestante. Seu depoimento indica que a maternidade é uma construção sócio-histórica e não um processo biológico natural, sendo um acontecimento que está intrinsecamente relacionado com a subjetividade da mulher, pois, liga-se ao contexto social no qual a gravidez foi concebida, ao desejo, à vontade de ter ou não filhos e, desse modo, implica um poder de decisão que pode causar dor, sofrimento e arrependimento. Impacta na maneira de pensar, no cotidiano e nas perspectivas futuras da gestante, bem como em uma responsabilidade para a qual pode não estar preparada. Segundo Bandinter (1985 apud DIAS; LOPES, 2003, p. 64):

[...] “tende-se a pensar no amor materno como algo instintivo, como uma tendência inata das mulheres. Contudo, as atitudes maternas, bem como o papel de mãe, têm se modificado com o decorrer de nossa história, o que pode nos levar a pensar a maternidade como um comportamento social, que se ajusta a um determinado contexto sócio-histórico. De fato, a maternidade pode ser concebida como uma construção sócio-histórica que transcende a pura questão biológica [...].

Percebe-se, em geral, que a visão conservadora sobre a relação mulher/maternidade, ainda acontece mesmo após o debate sobre a questão desencadeado pelo movimento feminista. Mais aguçadamente, no final dos anos de 1960, até meados da década de 1980, essa discussão se deu em torno do controle da fecundidade, sobre o uso da pílula contraceptiva e da politização da vida privada. Na análise de Scavone (2001b, p. 137-138),

Um dos elementos radicais desta politização relacionava-se à maternidade, isto é, refutar o determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães. A maternidade começava, então, a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade, isto é, a causa principal da dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino.

A citada autora (SCAVONE 2001b, p. 141-142), fundamentada em Ferrand e Langevin (1990), aponta três momentos importantes na discussão da maternidade, promovida pelo movimento feminista, naquele período: 1º - “*Handicap*” (defeito natural), que considerava a mulher uma bio-classe, daí a recusa da maternidade”, como forma de resistência à dominação masculina, busca da ampliação da identidade das mulheres e o reconhecimento de suas potencialidades³¹; 2º - “A negação do *handicap*”, ou seja, “a maternidade passa a ser considerada como um poder insubstituível conferido às mulheres e invejado pelos homens³² e; 3º - A “desconstrução do *handicap* natural”, “que

³¹ Scavone (2001b, p. 139) mostra o exemplo da luta política das mulheres francesas, nos anos 1970, a favor da obtenção da pílula contraceptiva e do direito ao aborto, o que possibilitou a efetivação desta recusa. O slogan desse movimento era “uma criança se eu quiser, quando eu quiser”, que reivindicava o direito à livre escolha da maternidade. Ainda, “Nesta mesma década nos Estados Unidos, uma outra corrente feminista mais radical condicionava a libertação das mulheres à chegada dos bebês de proveta, supondo que, nesse momento, a maternidade não se passaria mais no corpo das mulheres [...] A grande novidade desta luta é que ela introduzia, do ponto de vista dos direitos humanos, a noção de direitos específicos, direitos tidos como de terceira geração. O eixo desta luta se situa na corrente do *feminismo igualitário*” (FIRESTONE 1976 apud SCAVONE, 2001b, p. 139)

³² “Neste momento, a reflexão feminista também dialoga com as ciências humanas e sociais: em teses lacanianas, que valorizam o lugar das mulheres na gestação lembrando que o cordão

não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade”. Nessa perspectiva, parece que é preciso extirpar o ranço natural que existe nos discursos correntes sobre a questão da maternidade, a qual está vinculado ao determinismo biológico do corpo da mulher, atrelando-a a procriação.

As reflexões feministas relacionam a existência de um processo de recusa e aceitação da maternidade, cujo fundamento da discussão é o entendimento sobre as diferenças biológicas, que conferem à mulher a exclusividade de estar grávida e, por outro, a perspectiva da dominação, que explica a maternidade como construção social e histórica. Esta última visão é mais presente no pensamento e discurso feminista. Nesse sentido,

A maternidade parece permanecer como um valor, sendo função social da mulher. Permanece ainda um ranço herdado das ciências biológicas que associa o corpo biológico da mulher ao corpo social. No entanto, há que se pensar a maternidade como componente preponderante das estruturas do tecido social (FONTENELE e TANAKA, 2008, p. 4).

A recusa da concepção biodeterminista e da “teoria dos papéis” de Parsons pelo Movimento feminista e a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais permitiram que se compreendesse a maternidade a partir da perspectiva relacional de gênero, que possibilitou, também, abordar e apreender, que essa questão não é uma prática circunscrita ao papel expressivo da mulher na família; envolve, também, a questão da paternidade, no sentido biossocial do termo (SCAVONE, 2001b). Como esclarece Pinto (2012)

O processo de construção subjetiva da maternidade se dá também pelo que homens vivenciam e até imaginam ser a maternidade. Mulheres e homens têm formas distintas designificar uma mesma prática e indubitavelmente o sexo, seja biológico ou social, assume um marco diferencial nessa subjetivação. Nesse sentido, a

umbilical, unindo o feto à mãe, é fonte de vida e poder; em teses históricas que resgatam a experiência da maternidade como parte da identidade e poder femininos; em teses antropológicas que, analisando as manifestações culturais da maternidade, recuperam o saber feminino que lhe está associado. [...] Esta abordagem situa-se na corrente do feminismo *diferencialista*, refletindo suas lutas pela afirmação das diferenças e da identidade feminina” (IRIGARY, 1981; KNIBILHER; FOUQUET, 1977; KITZINGER, 1978 *pub* SCAVONE, 2001b, p. 141).

perspectiva de gênero serve como importante aporte epistemológico para compreender a dinâmica relacional destas práticas sociais (PINTO, 2012, p. 2).

Desse modo, a maternidade é um fenômeno social, que, entendida sob a luz da perspectiva relacional gênero, revela seus diferentes aspectos:

Ela pôde ser abordada tanto como **símbolo** de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de **organização institucional** familiar, cujo núcleo central articulador é a família. E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um **símbolo construído histórico, cultural e politicamente** resultado das **relações de poder e dominação** de um sexo sobre o outro. Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade no contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas (SCAVONE, 2001b, p. 142).

Destarte, o conceito de gênero conduz ao rompimento com a tradição que naturaliza a relação da mulher com a maternidade. Na contemporaneidade, nas sociedades capitalistas, a condição para o rompimento dessa visão deve - considerar, também, o contexto das famílias, sobretudo as relações familiares, relacionando-as com aspectos estruturais.

Segundo Berger e Giffin (2005, p.3), “o desemprego, a informalização e a precarização do trabalho, o empobrecimento e a degradação de serviços públicos refletem no cotidiano das famílias, inclusive nas relações íntimas entre homens e mulheres”, o que vem contribuindo para uma “transição de gênero” colaborando para o surgimento ou a “celebração da ‘nova mulher’, “que trabalha fora, é independente e ‘dona’ de seu corpo” (GIFFIN, 2002 apud BERGER; GIFFIN, 2005, p. 3). Entretanto, as autoras enfatizam que essa transição acontece acompanhada pelo aprofundamento das desigualdades de gênero, as quais podem ser exemplificadas pelos conflitos conjugais que decorrem da inserção das mulheres no mercado de trabalho, refletindo em outros momentos da vida privada, inclusive no período gestacional. Desse modo,

Uma ‘crise da masculinidade’, que vem se conformando nos últimos anos com a entrada maciça das mulheres na força de trabalho remunerada e as transformações nas práticas e valores sexuais,

coloca em xeque algumas representações e práticas sociais hegemônicas associadas à maternidade, paternidade, sexualidade e divisão social do trabalho. Novos cenários se apresentam para uma análise das relações sociais de sexo, e existem situações nem sempre visibilizadas e consideradas, entre elas a VPI na gravidez.

O lugar ocupado por uma gravidez na vida conjugal e familiar pode ganhar contornos diferenciados, conforme as funções femininas e masculinas sejam reconfiguradas, e as políticas de segurança social e redes de reciprocidade viabilizadas - ou não - dentro deste processo de transição (BERGER; GIFFIN, 2005, p.4).

É pertinente enfatizar que essa “crise de masculinidade” não se refere ao declínio do patriarcado; entende-se que o “poder paterno” está enfraquecido, subjugado ou anulado pela ascensão e participação da mulher na divisão sexual do trabalho ou nas transformações associadas à sexualidade. A questão do poder paterno é em referência ao pai ou à função paterna, onde o homem, historicamente, ocupa o centro ou é o único sujeito capaz de organizar socialmente a família. Nessa perspectiva, o homem é cada vez menos responsabilizado a ocupar esse lugar. Entretanto, mesmo essa “ascensão da mulher” não anula a dominação masculina, posto estar introjetada e enraizada nas relações sociais de gênero e no contexto da sociedade, na qual acontece a violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica, também, na vida da mulher no período gestacional.

No contexto do espaço doméstico e intrafamiliar, as gestantes presenciam e sofrem vários tipos de violência, os quais variam desde xingamentos até ameaças com arma branca ou de fogo. Esse cotidiano é marcado por maus-tratos, negligência e outros tipos de problema, revelando a pouca capacidade destas em lidar com a violência, superar ou não ceder às pressões decorrentes das agressões. As várias formas de violência, no cotidiano da gestante, sejam humilhações verbais, intimidação ou até mesmo as tentativa de homicídio por parte do agressor podem colaborar para o adoecimento mental e/ou sobrecarga emocional das mulheres, repercutindo de maneira negativa na sua vida e no desenvolvimento da criança em seu ventre e na forma como se relaciona com os outros sujeitos da família e com o parceiro íntimo.

Essa realidade foi constatada na presente pesquisa. Observou-se, nos depoimentos, que cinco gestantes afirmaram que a ocorrência de violência física e psicológica aconteceu em mais de uma gravidez, sendo que uma

gestante - Cássia - ressaltou que, em todas as suas três gestações, sofreu violência psicológica; outra gestante – Flora - sofreu violência física na primeira gestação e psicológica na segunda. Essa gestante está na quarta gestação, sendo que tem histórico de um aborto; Silvia sofreu violência física e psicológica, está na terceira gestação, porém sofreu dois abortos; Rosa afirmou que sofreu violência psicológica nas duas gestações e Elen – com duas gestações - referiu que a violência psicológica aconteceu na sua primeira gestação. Cinco gestantes disseram que nunca sofreram nem violência física e nem psicológica em nenhuma gestação .

Nessa lógica, Schraiber e Durand (2010) compreendem que a literatura e as pesquisas científicas confirmam que ter mais de três gestações, também, é um componente fortemente associado à violência, ou seja, a mulher em situação de violência tem maiores chances de ter quatro ou mais filhos do que as mulheres que não sofrem violência. Cerca de 50% de toda violência física se inicia nos dois primeiros anos da relação conjugal e 80%, dentro dos quatro primeiros anos. Portanto, a violência precede o alto número de filhos, podendo ser considerada, em si, um fator de risco para se ter mais filhos, por exemplo, por dificultar a adoção de medidas contraceptivas. Desse modo, a prevalência de violência observada nessas mulheres e os fatores a ela associados evidenciam a magnitude do problema.

Infere-se que, no momento em que foram realizadas as entrevistas, todas as dez gestantes afirmaram que não estavam sofrendo nem violência física, nem psicológica, no seu contexto da vida atual. Porém foram observadas, nas falas de cinco gestantes, que a violência apenas cessou.

Sobre as formas de violência cometidas contra gestantes, foram referidas, pelas participantes da pesquisa, queixas, como: gestações indesejadas, gravidez não planejada, atraso ao iniciar o pré-natal, acirramento de problemas familiares, desavenças com a vizinhança, dúvida em relação à paternidade, a questão do ciúme e a desconfiança na relação conjugal, embora oito entrevistadas não tenham afirmado ter sofrido violência física, quando foi perguntado se sofreram alguma lesão em decorrência da violência. As alegações acima corroboram a concepção de Durand et al, (2010, p. 199), ao destacar que “gravidez não planejada, temor masculino da traição, diminuição do desejo sexual da companheira, durante o período e cuidado com a vida

reprodutiva”³³ são fatores importantes de ocorrência de violência na gestação”. Para Silva (2011, p. 1046), pode-se acrescentar, também, como fatores desecadeantes da VPI: “o aumento da responsabilidade financeira, mudanças físicas e hormonais da mulher e os ajustes nos papéis de pai e mãe, na relação entre o casal e na interação com os parentes”.

Ribeiro (2011, p. 124), em recente pesquisa realizada no ano de 2010, sobre a violência na gestação, enfatiza que as gestantes apontaram que parceiro íntimo atual³⁴ é o que mais pratica violência psicológica e físico-sexual, como também demarcaram outros fatores associados, ou seja,

aproximadamente 80% das entrevistadas coabitavam com seus parceiros íntimos (com ou sem filhos), sendo que 48,51% tinham também a companhia de familiares. As que residiam com seus familiares, com a companhia ou não de filhos, somaram 154 (15,86%). Apenas 25 (2,57%) moravam sozinhas ou com filhos, havia pelo menos três meses. Oito (0,83%) ou residiam em seus locais de trabalho ou com pessoas amigas. Depois do parto, as primeiras se afastaram do trabalho e voltaram a morar com familiares (RIBEIRO, 2011, p.124).

Nesta investigação, episódios de violência física doméstica e intrafamiliar foram retratados por duas gestantes. A primeira informou que, quando grávida, o parceiro íntimo lhe atirou objetos, empurrou-a, jogou-a contra a parede, rasgou-lhe a roupa e foi agredida sem motivo. A segunda gestante, também, sofreu violência física na gestação perpetrada por uma amiga da ex-mulher do seu atual companheiro; nesse único episódio, além de ter apanhado com a mão, foi imobilizada e ameaçada com arma branca. Afirmou que, apesar de não ter sido agredida diretamente por seu parceiro, considerou que isso aconteceu por causa da falta de atitude dele em defendê-

³³ Segundo Durand et al (2010, p. 199) esses são aspectos considerados individuais e relativos ao contexto social, que tornam algumas mulheres mais propícias a sofrerem violência por parceiro íntimo na gestação.

³⁴ Segundo Faria (2012 s/p) “as primeiras manifestações físicas de uma gravidez nem sempre são muito agradáveis, os sintomas físicos causam grande desconforto, devido às mudanças hormonais e sente-se constantemente fraca e sonolenta, [...], observa-se um aumento acentuado dos sentidos, sobretudo percepção do olfato, paladar e audição [...]. Pode aparecer na gestante medo de ser rejeitada, medo de não ser desejada, de não ser amada, resultando numa baixa auto-estima por sentir-se pouco atraente o que a leva até mesmo a se afastar do parceiro evitando o contato sexual”. Essas características podem comprometer o relacionamento com o parceiro íntimo, refletindo significativamente na receptividade do casal em relação à gestação.

la, uma vez que não tomou qualquer providência, deixando-a completamente vulnerável diante da violência, como demonstram os depoimentos a seguir:

“Ele me empurrou, me ameaçou com objetos, me encostou na parede e tentou rasgar a minha roupa. Ele me esbofeteou somente uma vez. Na verdade não sei porque isso aconteceu, por qual motivo [...] realmente eu não sei explicar. Ele tinha muito ciúme. Via muitas coisas com a cabeça dele. Acho que era uma paranoia que ele tinha” (Silvia).

“Minha primeira gestação não foi muito boa, porque quando eu disse que estava grávida, ele falou que não era dele. Depois a barriga foi crescendo e ele começou a namorar uma outra menina, que me provocava muito. Um dia eu briguei com a amiga dessa menina, porque ela me provocou. Ela me deu um chute na barriga [...] fui direto para o hospital. Dei parte dela na delegacia e fiz exame de corpo de delito pra ver se a criança estava normal. Essa menina me bateu e depois fugiu [...] a polícia ainda andou um tempo atrás dela. Até hoje ela está foragida. Ele se aproximou de mim depois de dois anos [...] minha filha já estava grande. Ele foi se chegando por causa da minha filha. Aí eu fui aceitando, porque gostava dele [...]. Na segunda gestação novamente tive uma briga com a ex-mulher do meu marido. Eu fui na casa da minha tia e toda vez que ela me via, dizia que eu não iria ser feliz e que iria me infernizar. Quando eu passei na rua da minha tia, ela já estava me aguardando com duas facas, dois pedaços de pau cheio de pregos e com três amigas pra me bater. Eu passei e a vizinha mandou o filho dela me acompanhar. Ele foi quem me protegeu. Eu cheguei em casa nervosa, chorando e ele apenas disse para eu não procurar ela. No dia seguinte ela ligou do orelhão e eu fui atender [...] não sabia quem era. Ela me chamou de tudo quanto foi palavrão e disse que iria me mostrar que eu não teria essa criança. Na verdade, ele foi falar pra ela que eu estava grávida e acho que ela achou o número do telefone na carteira dele. Sei disso porque foi na casa dela nesse dia. Não me defendeu em nada [...] ficou por isso mesmo” (Flora).

Essas duas gestantes que sofreram agressão física experimentaram algum tipo de violência psicológica. Embora tenham retratado que sofreram alguma violência física na vida, Silvia considerou que, de alguma forma, a ocorrência dessa violência foi provocada por ela, sendo a responsável pelas agressões.

“Eu acho que, o que sofri, não foi violência. Ele chegou em casa com muita raiva, ele me deu um tapa e eu dei um tapa nele. Foi uma coisa natural. Eu provoquei ele, por isso ele me bateu. Todas as mulheres que ele teve, ele bateu” (Silvia).

O fato de não se perceberem, enquanto sofredoras de violência, pode ocorrer devido à gestante encontrar-se imbricada numa dependência emocional e/ou material com quem a agrediu, sofrendo por culpa ou vergonha da situação. No ambiente doméstico e nas relações intrafamiliares, a gestante vive num contexto em que impera uma violência silenciosa, sutil, simbólica, cujos sintomas costumam a ser percebidos, tornando-a vulnerável, oprimida e violada em todos os seus direitos. Essa violência é, muitas vezes, imperceptível, naturalizada, tanto para a gestante, quanto para o agressor. No depoimento mencionado, Silvia teve a tendência de justificar e legitimar a atitude e o comportamento do perpetrador, não imputando a ele qualquer culpa ou responsabilidade sobre a agressão, o que colaborou para o acirramento da violência, uma vez que essa gestante afirmou que a sofria, às vezes, sem saber o motivo.

Em relação a alguns estudos referentes ao padrão e à intensidade da violência, no período da gestação, Durand et al (2010, p. 197) apontam que a pesquisa realizada por Schraiber (2007), em casas de assistência ao parto, em Recife, comparou a prevalência da VPI na gestação e 12 meses antes, entre puérperas, até 48h pós-parto, sendo constatado que a VPI, em sua forma física, diminuiu durante a gestação, enquanto a violência, em sua forma psicológica, aumentou nesse período, sendo associado o aumento da violência psicológica à ocorrência de intenso conflito afetivo conjugal entre os parceiros.

Ainda, as autoras concluíram, dos estudos sobre violência na gestação, que:

para uma parte das mulheres que sofreram violência, a gestação foi um momento em que a violência cessou ou diminuiu, enquanto que para outro grupo a violência começou ou piorou na gestação [...]. Acrescenta-se que grande parte das mulheres relatou que o padrão da violência permaneceu o mesmo, ocorrendo antes, durante e depois” (DURAND et al, 2010, p. 198).

A dificuldade de detecção da violência psicológica doméstica e intrafamiliar pelas gestantes é uma de suas características, sendo difícil a sua

observação, identificação e desmistificação, posto que mexe com a percepção da mulher, deixando-a confusa. Ademais, é relevante inferir que as gestantes que sofreram violência psicológica, de modo geral, não consideram esse tipo de violência suficientemente grave, o que as impediu de realizar a denúncia nos órgãos de proteção e tomarem decisões referentes ao afastamento do agressor do ambiente doméstico.

“Ele me culpa muito por estar grávida, mas eu até entendo. Eu dou muito trabalho na gravidez [...] fico enjoada, quatro meses de cama, vomitando e só tomando remédio” (Flora).

“Na segunda gravidez eu fiquei muito confusa. Me senti muito ruim, não sabia o que fazer se deixava ele ou se continuava a relação. Ao mesmo tempo eu não queria julgar o meu marido, por ter se envolvido com outra mulher. Ele mudou totalmente comigo quando passei quinze dias em São Luís para fazer um ultrassom [...] aí, quando eu voltei ele já tinha mudado [...] estava diferente comigo; não me dava atenção. Descobri que ele estava me traindo, começou a me falar palavras ruins, não queria ficar comigo e negava que não tinha ninguém. Dizia que não iria mais ficar comigo porque eu era feia. Passou a me tratar muito mal na frente da família dele. Eu descobri que a minha avó tinha feito um feitiço pra ele se separar de mim. Aí como eu sou do candoblé, eu desfiz o feitiço e hoje ele está normal. Voltou a ser o que era antes” (Rosa).

Para Silva et al (2007, p. 99), a violência tem início de uma forma lenta e silenciosa, que vai se intensificando e progredindo. Ainda infere que o agressor não deixa de perpetrar a violência física e procura cercear a liberdade da vítima, submetendo-a a episódios de constrangimento e humilhação. Como pontua Miller (2002 apud SILVA et al 2007, p. 99), “o agressor, antes de poder ferir fisicamente sua companheira, precisa baixar a autoestima de tal forma que ela tolere as agressões”.

“Na gravidez atual ele começou a brigar tanto..dizer que eu ia criar esse filho sozinha, que não queria filho [...] que eu era pra me virar. Ele já tinha outros planos. Queria ir embora. Eu sinto muita tristeza [...] às vezes choro muito, fico calada, sofrendo calada. Ninguém da minha família sabe, não sou de desabafar com ninguém, nem com eles (Flora).

Conforme apontam Bandeira e Thurler (2010, p. 164),

nessa dinâmica se estabelecem uma sorte de “jogo de aposta”, isto é, tais ações de violência, com o tempo, levam a mulher a incorporá-las como normal. É aí que reside a eficácia desse tipo de violência, ou seja, por um lado, não ser negada, por outro lado, não ser aceita (assimilada, admitida) nessas interatividades. Assim, caracteriza-se um uso normatizador nas relações entre homens e mulheres [...]. Uma especificidade desse tipo de violência é deixar marcas emocionais e psicológicas profundas, pois se trata de uma ação com intencionalidade muitas vezes consciente e premeditada.

Apesar de terem existido dificuldades das gestantes em reconhecer a ocorrência de violência psicológica, quatro delas conseguiram relacionar as situações ocorridas no seu cotidiano com esse tipo de violência, ou seja, afirmaram que já sofreram violência psicológica.

“Acho que é violência psicológica, porque ficou aquela mágoa por dentro, devido a traição. Ficou aquilo sufocando a gente. Se agente não desabafar fica remoendo por dentro” (Cássia).

“Acho que sim, pois, eu fui muito humilhada por minha família [...] não pelo meu marido. Minha mãe teve um pouco de culpa. Não me deu apoio quando eu precisei [...] quando eu engravidei. Foi falta de conversa mesmo, de diálogo, por isso abortei” (Flora).

“Acho que o que sofri foi violência psicológica por que me senti muito ruim, triste, pelo fato de ter me chamado de feia [...] que ninguém iria me querer grávida. Me senti por baixo, triste desprezada” (Rosa).

“Acho que sim. Nessa gestação sinto que o meu marido não me dá tanta atenção, conversa pouco comigo e isso me deixa magoada. Me sinto rejeitada [...] não sei por que isso está acontecendo” (Silvia).

A partir das questões levantadas pelas gestantes constatou-se que se referiram à violência psicológica, relacionando-a à ocorrência de situações que poderiam inferiorizá-las diante de outras pessoas, à falta de atenção por motivos que não souberam explicar, enfim, a problemas que as colocariam diante de um processo de sujeição em relação aos agressores, sejam eles parceiros íntimos ou familiares, sendo essa características peculiares no contexto das mulheres que sofrem violência psicológica.

Como preceitua Silva et al (2007, p. 97), referindo-se à violência psicológica:

[...] as formas de violência psicológica doméstica nem sempre são identificáveis pela vítima. Elas podem aparecer diluídas, ou seja, não serem reconhecidas como tal por estarem associadas a fenômenos emocionais frequentemente agravados por fatores tais como: o álcool, a perda do emprego, problemas com os filhos, sofrimento ou morte de familiares e outras situações de crise.

Conforme estudos de Cacique et al (2012, p.3-4), muitas manifestações indiretas de violência compõem o que chamam de “atos destrutivos”, que se caracterizam por serem formas de agressão ou pressão psicológica, usadas no cotidiano, pelo homem em um relacionamento conflitante e impedem a mulher de circular livremente na sua família de origem e na comunidade. Esse processo repercute na sua vida, trazendo consequências em relação ao enfraquecimento dos vínculos afetivos familiares, fazendo eclodir sentimento de tristeza e rejeição, autoestima baixa e impactando na quebra de vínculos sociais.

Considerando as particularidades que cercam o momento da gestação e que, diante dessa condição, deveriam ser protegidas de todas as formas de violência perpetradas pelo agressor, as entrevistadas expressaram os seus sentimentos em relação à violência sofrida por gestantes:

“Pelo fato de estar mais fraca, tanto emocionalmente, quanto fisicamente, a gestante não deveria sofrer violência. O homem que praticou a violência não deveria estar com a mulher, que por mais que tenha feito alguma coisa não é motivo para ser agredida” (Vilma).

“Por falta de respeito. Não querem saber se a mulher está grávida ou não. A agressão é uma coisa vista como normal para o homem, como também para a mulher”. A violência tá no dia adia da pessoa [...] mas, no meu ponto de vista o respeito deveria existir” (Flora).

“Quando penso na violência que a gestante sofre, penso como ela deve se sentir inferior ao homem. Essa violência ocorre porque a mulher está muito frágil [...] muito vulnerável” (Elen).

As gestantes expuseram, em relação à violência, sentimentos relacionados à inferioridade e vulnerabilidade da mulher em relação ao agressor; em que há falta de respeito e os direitos humanos garantidos são considerados irrelevantes ou inexistentes, tornando-as sujeitos sem valorização e sem sua dignidade assegurada. Para as entrevistadas, pouco importa se a

mulher está grávida ou não; o agressor desconsidera a existência de modificações biopsicológicas que podem surgir no desenvolvimento da gravidez, as quais tornam a gestante mais frágil, tanto do ponto de vista física, quando emocional. Desse modo, as consequências dessa violência na vida das gestantes são as mais variadas: surgem mulheres com baixa autoestima, temerosas, infelizes e injustiçadas.

Deve-se considerar que o agravamento do problema da violência na gestação, refere-se, também, à ausência ou a insuficiência de políticas públicas que garantam condições efetivas às gestantes para exercerem uma maternidade segura e responsável, associado ao axacerbamento e à precariedade das condições materiais de sobrevivência e “à existência de representações sociais de tradição patriarcal” Berger e Giffin (2005, p.3). Juntam-se a essas condições, o controle da sexualidade feminina e o tratamento dispensado à mulher, percebida como um objeto no contexto das relações sociais de gênero. Tais situações tendem a sustentar a perpetuação das disparidades de poder entre homens e mulheres e a violência contra as mulheres no período gestacional. “Estas dificuldades podem fragilizar as relações conjugais e colaborar para a perpetração da violência” (BERGER E GIFFIN, 2011, p. 542).

Não obstante, para que a gestante exerça a maternidade, é preciso que ela tenha a oportunidade de ter acesso a informação e, sobretudo, o direito de ter uma gravidez segura e digna, quando deveria ser respeitada em sua plenitude, tendo como garantia a sua proteção em todos os aspectos da vida social. Nesse sentido, as gestantes consideram que uma boa gravidez seria:

“Aquele que não tenha muita perturbação, uma tranquilidade e sem problemas na família” (Flora).

“Além de um pré-natal bem feito [...] seria sem violência física ou psicológica [...] ter apoio da família, carinho, respeito e atenção de todos” (Rosa).

“Uma boa gravidez seria a mulher se sentir mais protegida, mais amada” (Silvia).

“Seria o respeito de todos; é não sofrer humilhações por parte de ninguém; é ter afeto e proteção, enfim, é ter os direitos garantidos enquanto gestantes” (Elen).

As situações identificadas pelas gestantes são aquelas que consideram como a ideal em suas vidas. Entretanto, é apresentada uma situação adversa, sob o ponto de vista de que, nem sempre, recebem um tratamento digno, respeitoso, sem violência física, psicológica ou de toda a ordem, que, perpetrada pelo parceiro e pelas pessoas que a cercam, pode repercutir no processo de aceitação ou não da gravidez. Trata-se de um ponto importante porque pode influenciar na relação com o seu filho(a), no processo da construção dos vínculos afetivos .

Essa questão remete à análise de como a gestante vem enfrentando esse problema e quais as estratégias que são utilizadas para que não ocorra a violência, uma vez que podem silenciá-la ou anulá-la diante do agressor.

3.2 As repercussões da violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica na vida das gestantes.

A investigação sobre a violência na gestação ainda é um fenômeno que precisa de uma intervenção sistematizada do poder público, que considerem a elaboração de protocolos de atendimento, para que colaborem com a implementação de ações preventivas, inclusive no contexto da prestação da assistência pré-natal, e que subsidiem a prática dos profissionais da rede de atendimento no processo de captação de informações e intervenção contínua na ocorrência de casos de violência.

Desse modo, infere-se que há necessidade premente de se conhecer a situação de violência contra as gestantes e a identificação das condições e circunstâncias em que a violência doméstica e intrafamiliar ocorre e suas repercussões, associadas à perda de suporte social - familiar e comunitário - posto a minimização dos agravos na vida dessas mulheres.

As violências física e psicológica contra a gestante, perpetradas por pessoas próximas ou íntimas, têm peculiaridades e especificidades, por estarem associadas às questões de gênero e desigualdade social, desencadeando situações de vulnerabilidade biopsicossocial na gestação. A análise do contexto onde essas violências acontecem não deve ser

desprezada; devem-se considerar os aspectos socioculturais e psicoemocionais, na perspectiva de apreender a sua complexidade, no sentido de subsidiar as políticas públicas de enfrentamento.

São as repercussões na condição de 'sujeito privado', de 'ser humano' e de 'indivíduo-cidadão', que devem chamar nossa atenção para a violência doméstica; são as consequências para a mulher cujas emoções, soberania, dignidade e direitos estão corrompidos e negados, e que na Saúde ou em outros âmbitos da vida social, devem motivar os estudos e as políticas de assistência e prevenção (SCHRAIBER et al, 2011, p. 42).

O entendimento sobre as repercussões da violência na vida das gestantes passa, inicialmente, pela análise desse fenômeno no contexto familiar. Em primeiro lugar, vale relatar que cinco entrevistadas afirmam que nunca sofreram violência. Todas discorreram sobre a forma como são tratadas por pais e outros familiares, desde a sua infância ou no contexto atual, especialmente pelo parceiro íntimo.

“Meu marido é muito carinhoso comigo. Fala sempre com o bebê. Sempre foi assim. Minha mãe sempre foi muito preocupada comigo [...] nunca tive problemas (Vilma).

“Meu marido nunca chegou a me agredir. Nem falar alto comigo. Ele sempre foi muito carinhoso e preocupado. Minha família sempre me tratou bem. Meus pais não gostavam de bater na gente. Os meus irmãos nunca apanhavam. Meu pai sempre conversava [...] dizia o que era pra fazer e o que não era pra fazer. Não vou dizer que eu não dei uma palmadinha de leve no meu filho [...] é para ensinar a não mexer em coisa que não deve [...]. Eu vou ensinar o que o meu pai me ensinou” (Marta).

“Meu marido sempre foi carinhoso comigo [...] agora está muito mais. Até acho que ele está mais carinhoso do que antes” (Maria).

“Tanto o meu primeiro marido, como o atual sempre me trataram muito bem. Eles nunca me bateram. Nunca me magoaram. Meu segundo marido me trata com carinho e é muito compreensivo. O meu pai é uma pessoa boa [...] nós moramos todos na mesma casa” (Mônica).

“O tratamento do meu marido é muito carinhoso [...] Ele me dá muita atenção; com afeto [...] me beija e abraça [...] sempre foi muito carinhoso. Na gravidez está mais ainda, às vezes é até enjoado” (Joana).

Dentre essas gestantes, três - Vilma, Marta e Maria - não fizeram referência ao sofrimento de violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica, em nenhum momento de suas vidas ou sofrida por familiares:

“Não considero que sofri violência física e psicológica, nem na minha vida e nem na minha gestação”. [...] Não tenho conhecimento de que tenha acontecido violência na minha família” (Vilma).

“Não conheço nenhuma história na família [...] nem com a minha avó e nem com a minha irmã, tia ou mãe [...] nunca aconteceu nada, nem com as pessoas mais próximas”. [...] Nunca me senti e nem fui humilhada, e também nunca sofri violência física” (Marta).

“Não considero que sofri qualquer violência, nem física e nem psicológica. Sempre fui muito bem tratada”. [...] Nunca houve violência com alguém da minha família [...] ninguém nunca me contou ou eu soube de algo assim” (Maria).

Porém Mônica e Joana, embora não tenham sido alvo de violência, revelaram histórias de violência no contexto familiar, que aconteceram no cotidiano, por exemplo, da avó, tia, irmã e mãe, que foram agredidas por parceiros ou outros integrante de suas famílias.

“Não acho que tenha sofrido nem violência psicológica e nem física [...] mas eu ouvi histórias de violência com a minha tia [...] que o marido dela foi muito violento” (Mônica).

“Não considero que tenha sofrido violência física e psicológica. Não me lembro [...] realmente eu não estou conseguindo dizer, pois sempre fui muito bem tratada [...] com muito carinho por todos”. “[...] Em Governador Nunes Freire, minha irmã já sofreu violência. O marido dela maltratava muito ela. A minha família era muito pobre [...] trabalhavam todos na roça. O marido dela judiava muito dela, batia nela de facão quando estava grávida a colocava para trabalhar na roça; não deixava ela fazer nada, nem o pré-natal ela fez porque ele não deixou. Eu era muito pequena e ouvia ela falar sobre isso. Me lembro que ela chegava chorando [...] eu tinha uns cinco ou seis anos [...] minha mãe hoje tem quarente e um anos. Isso ficou na minha cabeça” (Joana).

Foi possível detectar, em outros dois relatos, descrições de casos anteriores de violência, que ocorreram na família, apontando que a violência perpassa as gerações.

“Quando a minha mãe estava grávida, o meu pai dizia que eu não era filha dele. Acho que por isso que ele brigava e batia na minha mãe, mesmo ela estando grávida. Quando eu era criança eu cheguei muitas vezes a separar briga entre meu pai e a minha mãe. Ele batia nela de soco, de facão, de mão. Minha mãe ficava toda roxa” (Silvia).

“Minha avó me contou que o meu pai era muito violento com a minha mãe [...] batia muito nela. Ela contou que isso acontecia devido ao ciúme que ele sentia e também era muito ignorante. Ele nunca teve cuidado comigo e por isso sempre morei com a minha avó. Por conta disso que a minha mãe foi embora e eu só fui conhecer ela, há mais ou menos dois anos. O encontro foi legal [...] viajei para São Luís com a minha filha para conhecer a minha mãe. Mas aconteceu uma coisa estranha, não senti amor [...] acho que aconteceu porque não fui criada por ela” (Rosa).

Nas quatro entrevistas, constataram-se pontos convergentes: a violência sofrida foi a física, quem sofreu foram as mães, tia e irmã das gestantes e quem perpetrou foram seus parceiros íntimos, percebendo-se relações hierarquizadas de gênero, de submissão e de poder do homem sobre a mulher.

Desse modo, a violência física foi praticada por pessoas consideradas íntimas, que conviviam com as gestantes e sua ocorrência foi no espaço doméstico, sendo que os homens que a praticaram usaram sua força física, poder e autoridade para provarem, naquele momento, que eram os “machos da casa”, os mandantes e os provedores da família e que tutelaram-lhes o direito de violentarem o corpo da mulher; de lhes causarem dor física e emocional. Isso comprova que a violência contra a mulher deriva de uma cultura patriarcal, em que “os papéis sociais – mãe/mulher/ dona de casa e pai/marido/chefe de família – são construídos ideologicamente, em que estão implícitas desigualdades de gênero” (GUEDES et al, 2012. p. 263).

As reações das gestantes supracitadas, diante da violência sofrida, ocorreram num misto de revolta e medo, sendo que Joana colocou que, como era muito pequena, não tem lembranças de sua reação. Uma situação difícil descrita por Silvia foi a separação de sua mãe, em consequência da violência, o que lhe causou mágoa e frustração, conforme os relatos descritos abaixo:

“Quando eu tinha de sete para oito anos eu me lembro que não gostava do meu pai e tinha medo dele, por que ele batia na minha mãe. Eu não tive o carinho dele, só da minha mãe [...] isso ajudava um pouco” (Silvia).

“Eu guardo muita mágoa do meu pai [...] ele foi o grande causador de tudo [...] se isso não tivesse acontecido, talvez eu estivesse em outra vida. O que eu mais queria era o apoio e o carinho dele, e ele nunca me deu. Quem me deu carinho foi a minha avó. Até na minha primeira gravidez, ele foi muito frio. Na segunda, não chegou a se aproximar [...]. Ele soube a partir de outras pessoas. Não consigo gostar do meu pai” (Rosa).

“Eu era muito pequena. Acho que não tinha reação nenhuma. Eles se separaram [...] não me lembro como foi. Hoje minha irmã está com outro marido” (Joana).

Os depoimentos corroboram com as interpretações dos estudos sobre transmissão da violência realizados por Narvaz e Koller (2012, p. 9), a partir de pesquisas que indicaram a existência de um padrão de transmissão da violência ao longo das gerações, em que, na infância, as mulheres que sofreram violência conjugal assistiram suas mães serem vítimas de agressões. Esse modelo de transmissão da violência é caracterizado pelas autoras, a partir dos papéis “estereotipados de gênero”, os quais são transmitidos, culturalmente, através da família, tornando imperceptível a produção e a reprodução da submissão e subordinação feminina. Essa visão colabora para que a violência contra a mulher seja “banalizada, minimizada, negada e naturalizada pela cultura sexista, sendo percebida como algo que não pode ser evitado” (GIBERTI; FERNANDEZ, 1989; KOLLER, 1999; STREY, 2000 apud NARVAZ; KOLLER, 2006).

O depoimento a seguir demonstra que a violência na família da gestante Flora se tornou “natural”:

“O meu pai é um cachaceiro. Tentou uma vez agredir minha mãe, para bater nela. O que aconteceu foi que a empurrou e rasgou o seu vestido. Ela revidou dando uma bofetada na cara dele. Eu me meti no meio, junto com o meu irmão caçula e a minha irmã mais velha. A mais velha ainda pegou uns tapas do meu pai em cima do peito. Até hoje o meu pai bebe, enquanto tiver garrafa de álcool ele tá secando. Outra história foi com a minha irmã mais nova. Ela tem muito ciúme do marido porque é muito mulherengo. Eles sempre

se agridem. Uma vez num bar, ela jogou um copo de cerveja na cara dele porque ele estava bebendo com uma mulher. Nessa época minha irmã estava grávida de cinco meses. Nessa hora ela deu uma tapa nele e ele deu um tapa nela. Até hoje eles brigam. Eu reagia sempre agredindo pra defender minha mãe e minha irmã da agressão. Só o marido da minha irmã que veio com uma faca para me agredir. Eu fui pra cima dele com um chinelo e ele chegou a me bater; me deu um tapa que me jogou em cima do fogão. Ele veio com uma faca pra me cortar. Foi nessa hora que meu irmão apareceu e me ajudou. Aí, nós batemos nele com um pedaço de pau. Mas acho que não adianta nada a gente brigar. Minha irmã e o marido dela moram com a minha mãe até hoje. Minha mãe quer que eles saiam de casa” (Flora).

Estudo de Silva et al (2011, p 127-128), sobre maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência, busca compreender o padrão de transmissão da violência ao longo das gerações a partir de uma análise psicanalítica. Nesse contexto, o grupo familiar, segundo Correia (2012, p. 39),

[...] é um espaço psíquico comum (intersubjetividade) que possibilita a passagem da transmissão psíquica entre as gerações através de diversas modalidades. Este espaço é delimitado por um envoltório de essência genealógica que se processa em contínua evolução, podendo ser modificado pelos acontecimentos internos ao grupo, pelas diversas crises vitais e acontecimentos tais como nascimentos, separações, mortes etc.

Sob essa ótica, segundo Granjon (2000) citado por Durand (2012), a família é

um espaço psíquico complexo composto pelas instâncias psíquicas de cada um, o qual a existência de cada um está fundada no lugar oferecido e ocupado na cadeia das gerações, na relação com aqueles que o precederam e que não mais existem.

Para Gomes (2005), a perspectiva psicanalítica defende que a estruturação do psiquismo humano implica um longo processo de construção, em que o sujeito “lança mão de modelos, não havendo nesta escolha um juízo de valor” (GOMES, 2005, p. 178). Nessa perspectiva, para a autora, pelo processo de identificação³⁵, o sujeito reproduziria, inconscientemente, na vida

³⁵ A identificação “é o laço afetivo que une o indivíduo aos seus pares, promove a cultura, faz sobreviver a instituição familiar e, ao longo da história, é transmitida de geração em geração, como forma de perpetuar a espécie humana. Conforme esta teoria, é na relação com a família

adulta, a violência presenciada ou vivida nas relações infantis, o que permitiria a ocorrência de repetição, disseminação e perpetuação da violência na família. Corrobora com essa assertiva Durand (2012) ao inferir que, quando o sujeito testemunha violência entre os pais ou quando é vítima de violência na infância, isso pode levá-lo a uma situação de violência na vida conjugal adolescente ou vida adulta, seja como vítima, ou como agressor.

Esse registro mental contribui para que, no decorrer da vida adulta das mulheres, ocorra a repetição de comportamentos violentos, pela identificação com o agressor (pai, mãe, avós, por exemplo) ou, também, pela perpetuação - no processo educativo - de tais comportamentos na sua vida cotidiana, como forma de responder aos conflitos existentes nas relações familiares. Conforme Audi et al (2008, p. 878), gestantes que presenciaram ou sofreram violência quando jovens são mais propícias a sofrerem violência durante a gestação.

Discorre-se que, na forma como as respostas das gestantes se apresentaram, não foi possível identificar um padrão de transmissão da violência, que pudesse fazer delas perpetradoras da violência, pelo menos, no momento da análise dos seus discursos. Registrou-se um caso de agressão física, apontado pela gestante Marta, que informou ter desferido uma “palmadinha de leve” no seu filho para corrigi-lo, conforme os ensinamentos de seu pai, o que pode estar associado com “o processo de identificação” (GOMES, 2005, p. 178), pelo qual a gestante estaria reproduzindo, inconscientemente, as atitudes do seu genitor, permitindo a questão da repetição dessa violência na sua família e fortalecendo os “papéis estereotipados de gênero”, conforme aponta Narvaz e Koller (2006, p. 9).

Considera-se, ainda, que essa violência no contexto doméstico e intrafamiliar é, também, um produto da perda de proteção social das mulheres e das relações sociais desiguais entre os sexos, fundadas na dominação e exploração, a partir da qual a mulher, sobretudo as gestantes, encontram-se em condições mais vulneráveis. É nesse universo simbólico familiar, que deveria ser o mais adequado para acolher o ser humano, que se concentram relações

ou com a pessoa que cuida que esses modelos se estabelecem e são reproduzidos. [...] Assim, presenciar ou sofrer violência na infância pode resultar, na vida adulta, na aceitação de sofrer violência ou praticá-la como conduta comum e adequada “ (FREUD, 1921 apud GOMES, 2005, p. 178).

conflitivas e hierarquizadas e que apresentam experiências de agressões físicas marcantes associadas à problemas de ordem psicológica, econômica e social. Sinaliza-se que o aumento dos casos de violência intrafamiliar e doméstica, presenciada ou sofrida na infância ou na adolescência, pode revelar a vulnerabilidade das gestantes, diante das múltiplas consequências da violência física e/ou psicológica, que podem ser ou não percebidas no contexto da dinâmica familiar³⁶, posto a exposição em situações imprevisíveis e traumáticas.

Até o momento da realização das entrevistas, oito gestantes declararam que, na atualidade, não têm conhecimento de que familiares estejam sofrendo qualquer tipo de violência doméstica e intrafamiliar. Entretanto, destaca-se a fala de Cássia, a qual afirmou que, após um longo período de sofrimento, sua mãe está livre das agressões físicas perpetradas pelo padrasto, cujos motivos foram atribuídos ao uso de bebida alcoólica, o que sugere que o agressor foi “forçado” a não beber, em decorrência do surgimento de um agravo de saúde na sua vida, o que possibilitou aos familiares a convivência dentro de um padrão de normalidade, descrito pela gestante.

“O meu padrasto parou de agredir minha mãe, por que ele tem problemas de diabetes e foi obrigado a parar de beber. Era mais quando estava bêbado que era agressivo. Agora, ele está normal” (Cássia).

Problemas relacionados ao consumo de álcool pelo agressor, além de ser um fator desencadeante de violência doméstica e familiar, repercute de forma significativa na vida das gestantes. Lima (2010, p.103) enfatiza que:

³⁶ Do ponto de vista dos fatores de risco para a ocorrência da violência intrafamiliar, o Ministério da Saúde (BRASIL, p. 23) elaborou algumas condições favorecedoras de violência na família, dentre os quais: “famílias baseadas numa distribuição desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero, sociais ou sexuais, idade, etc., atribuídos a seus membros; famílias cujas relações são centradas em papéis e funções rigidamente definidos; famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre seus membros; famílias com nível de tensão permanente, que se manifesta através da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade; famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros); baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos membros da família; presença de um modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas (maus-tratos, abuso na infância e abandono); maior incidência de abuso de drogas e dependência econômica/emocional e baixa auto-estima da parte de algum(ns) de seus membros, levando à impotência e/ou fracasso em lidar com a situação de violência” (BRASIL, 2001, p. 23).

O risco se duplica porque o abuso de álcool pode gerar uma constante relação conflituosa, potencializando a violência. Dos problemas sociais ligados ao abuso de álcool, as questões familiares são as que mais as preocupam, uma vez que atinge toda a família, indistintamente, causando separações, traumas, perturbações do desenvolvimento de crianças e conflitos violentos.

Dois depoimentos apontaram tentativas de violência física e a ocorrência de violência psicológica, devido o abuso e ao consumo excessivo de álcool pelo agressor, que causaram sofrimento e desestruturação na família.

“O meu ex-marido era muito agressivo, bebia muito e tentou até me bater. A gente só vivia brigando [...] era um inferno minha vida” (Silvia).

“Quando vejo acontecer um sofrimento todo na família por causa do meu pai, me dói o coração [...] eu fico triste e vejo que eu não posso fazer nada. Eu fico muito triste quando o meu pai chega bêbado em casa. Há muita discussão da parte da minha mãe. Ele não diz nada [...] volta pra rua e torna a beber. Eu fico super mal” (Flora).

Situações como essas evidenciam que a violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica deixam marcas sociais e geram problema de saúde na vida das gestantes e dos seus familiares que sofrem a violência. É necessário que as circunstâncias em que ocorre a violência e os motivos pelos quais acontecem sejam analisados fora do âmbito doméstico, considerando a efetivação de ações e estratégias que contemplem, nesses casos, o atendimento de agressores que fazem uso ou são dependentes do álcool, na medida em que essas ações podem contribuir para a implementação de mecanismos que previnam a violência contra a mulher.

Casos de familiares que, na atualidade, sofrem violência doméstica e intrafamiliar foram relatados por duas gestantes, as quais afirmaram que, nas suas famílias, ainda ocorrem episódios de violência física e psicológica.

“Minha irmã e o marido dela discutem muito por causa do ciúme. Eles até pararam de se agredirem fisicamente [...] agora só discutem; se agredem verbalmente. Tudo isso é por causa da bebida” (Flora).

“Ainda tem muita violência na família do meu pai. Meu pai e meus tios brigam muito. Eles são pessoas difíceis de conversarem” (Rosa).

Cruz et al (2007, p. 136) evidencia que a violência contra a gestante pode repercutir de forma traumática; aponta que as consequências da

violência se projetam sobre as mães e no seu desenvolvimento gestacional; e que as mulheres e parceiros com baixa escolaridade, com histórico de violência na família, falta de trabalho remunerado, consumo de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo, além de condições precárias de sobrevivência socioeconômicas são questões consideradas preponderantes para a violência física e psicológica durante a gravidez. Contudo, Durand (2005) em levantamento realizado em 14 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo sobre a violência doméstica durante a gestação não encontrou associação significativa de ocorrência de violência na gestação com o grau de escolaridade. Na presente pesquisa, confirmou-se esta constatação, conforme dados dos parceiros íntimos mencionados na introdução.

Bandeira e Thurler (2010) enfatizam que as situações de co-dependência econômica da mulher em relação ao companheiro ou marido estão ainda presentes no cotidiano social e podem fortalecer a dominação patriarcal, especificamente no espaço privado. “Em decorrência da co-dependência da mulher e da estratificação sexual, o homem é o provedor-chefe, cabendo à mulher seguir as normas que lhe são impostas pela autoridade do marido/companheiro, a sujeição pessoal, a obediência” (BANDEIRA;THURLER, 2010, p.159). O depoimento da gestante a seguir enfatiza o aspecto da sujeição econômica a qual foi submetida pelo parceiro. Essa gestante está na terceira gestação e, conforme relato, vem sofrendo violência psicológica do companheiro, devido às crises de ciúme.

“Eu trabalhei apenas uma vez [...] meu marido nunca deixou eu trabalhar. Sempre exigiu que eu ficasse em casa cuidando dos filhos. Eu ficava dependendo do dinheiro dele pra tudo, mesmo contra a minha vontade” (Cássia) .

No depoimento de três gestantes, ficou claro que o desencadeamento da violência se dá, também, muitas vezes, pelo ciúme e traição, sugerindo que a constituição de relacionamentos extraconjugais tendem a gerar conflito, incitam e dão origem à violência, bem como enfatizaram que episódios violentos aconteceram comumente na rotina das suas famílias .

“Na minha gravidez ele sentiu sempre muito ciúme [...] nunca gostou que eu saísse e, se saísse, tinha que dizer para onde eu ia. Sempre foi assim,

sempre muito desconfiado. Eu me sinto péssima, sufocada. Mas, não acho que seja loucura dele esse ciúme, porque às vezes acho que ele ainda sente atração por mim [...] penso que tem hora que ele fala a verdade [...] que gosta de mim” (Cássia).

“Quando a minha filha estava com nove meses de nascida, ele disse que iria me largar, por conta dos gastos [...] começou a fugir da minha pessoa, a se esconder. Quando eu comecei a trabalhar ele largou dessa história e me impediu de trabalhar; ia no meu serviço me espionar. Quando eu chegava em casa, cobrava ciúme. Eu não gostava, por que queria continuar trabalhando. Mas não teve jeito, tive que sair do emprego” (Flora)

“Minha irmã e meu cunhado discutem muito por causa de ciúmes. As vezes ele nem liga;deixa ela falando sozinha em casa, vai em boa pra rua beber a cachaça. Chega em casa depois, se deita na cama e deixa ela falando sozinha. Ela é muito ciumenta também”.(Flora)

Concorda-se que a violência por parceiro íntimo na gestação é uma questão complexa, que coloca a discussão sobre a reciprocidade entre as condições de saúde e social das gestantes. É o que apontam Durand et al (2010, p. 195) ao indicarem que a VPI na gestação tem sido considerada um tema relevante e um problema de saúde, que repercute nas condições físicas e mentais das mulheres, estando associado, também, a problemas de saúde reprodutiva. As considerações de Berger e Giffin (2011, p. 540), baseadas em Macfarlane et al (2002), ratificam essa assertiva, afirmando que “a violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial”.

Essa acepção é reafirmada por Couto e Lopes (2011, p. 297), referenciando-se em González (1995), ao enfatizarem que a ocorrência de violência pode ocasionar ameaça e a realização de aborto, podendo a violência psicológica influenciar negativamente no comportamento da mulher, no que se refere a buscar, tardiamente, a assistência e acompanhamento pré-natal ou até mesmo não realizá-lo. Retrata-se, a seguir, duas gestantes que, por sofrerem violência psicológica, induziram a ocorrência de abortos em sua vida.

“Antes de casar, eu engravidei aos dezessete anos. Meu pai já era separado da minha mãe e morei com ele mais ou menos uns quatro anos. O

meu pai não aceitou a minha gravidez e como não tive apoio, tomei remédio pra abortar. Na segunda gestação, eu estava com vinte anos, conheci um rapaz e, nessa época eu não queria namorar com ninguém [...], mas aí, eu comecei uma relação com esse rapaz, foi só por amizade. Meu pai também não queria aceitar. Mas, mesmo assim casei com ele. Ele era agressivo, bebia muito, não me dava dinheiro para pagar as minhas contas e me humilhava muito. Não fazia nada [...] ficava em casa enchedo o [...]. Nós discutíamos muito. Eu cheguei até a dar um tapa na cara dele, por que ele ameaçou me bater. Aí [...], como estava no começo, resolvi abortar novamente e logo depois separei dele. Nem a família dele e nem a minha nunca se meteram nessa história. Ele queria muito esse filho, mas eu tirei, porque ele era muito ruim, não me ajudava em nada” (Silvia).

“Quando minha filha fez cinco anos eu comecei a sair, a conhecer mais pessoas. Foi aí que eu conheci o pai da minha segunda filha. Ele tem dois filhos com a primeira mulher. Isso atrapalhou muito, pois, ele tem muitos gastos; tem que repartir tudo e o dinheiro faz muita falta. Quando minha filha fez seis anos eu fiquei grávida, mas eu fiz um aborto, porque minha mãe não aceitava, começou a brigar comigo de novo, dizendo que não ia me aceitar na casa dela com mais um filho. Não fui morar com o pai da minha filha, porque ele ganhava pouco [...] então eu morava na casa da minha mãe e ele morava na casa da mãe dele. Eu quase morro nesse aborto. Ele chorou muito [...] disse que eu não deveria ter feito isso. Mas, a gente não vive com quatrocentos reais, né [...] com dois filhos pra criar não dava mesmo. Na terceira gravidez minha mãe quis novamente que eu fizesse o aborto. Mas, não deu certo por conta da interferência de uma prima, que disse pra minha mãe que eu não tinha condições [...] que eu não iria aguentar e que eu poderia morrer” (Flora).

Considera-se que a situação narrada pela segunda gestante diferencia-se da apresentada pela primeira. O relato de Flora diz despeito a questões socioeconômicas que a influenciaram numa tomada de decisão apresentada como traumática, de certo modo correlacionada com a ocorrência de violência psicológica sofrida, uma vez que essa gestante, pode ter se submetido ao aborto por coação, pressão, ameaça, pela ausência de condições financeiras, desestruturação e falta de apoio da família.

Desse modo, enfatiza-se que o período gestacional implica modificações significativas na vida da mulher, no que concerne às relações interpessoais e alterações psicoemocionais, dentre outros fatores comportamentais, podendo ser caracterizado como um período de crises afetivas no contexto familiar, as quais podem colaborar para que a mulher seja induzida, pela ocorrência de determinadas circunstâncias, a tomar decisões que afetam diretamente a sua vida conjugal e familiar.

Couto e Lopes (2011, p. 298) identificam o período gestacional como um período de passagem ou de transição:

Segundo Smigay [1997], diferentes autores referem-se ao período da gravidez como uma crise, termo que não contém aspecto negativo. Refere-se a uma passagem ou transição que vai depender da maneira pela qual é conduzida; também como um período de dilema, implicando duas alternativas: a permanência no papel desempenhado ou a assunção de um novo papel. El-Bayoumi, Borum e Haywood [1999] informam que gestantes vítimas de abuso têm duas vezes mais chance de atrasar o início da assistência pré-natal do que as demais gestantes.

O período gestacional é, assim, um período de risco para o possível desencadeamento da violência. Nesse sentido, é altamente recomendável que todas as mulheres, ao realizarem o pré-natal, tenham tal aspecto investigado como de rotina .

Reafirma-se, desse modo, que o impacto da violência no período da gravidez pode incidir, diretamente e indiretamente, na mortalidade e morbidade materno-infantil. Dessa forma,

Há provas documentais de que a violência contra as mulheres grávidas cometida pelo cônjuge afeta a saúde tanto da mãe quanto do feto. A violência contra a mulher grávida é inaceitável. Alguns estudos revelaram retardo no desenvolvimento fetal intrauterino devido à violência doméstica. Outros estudos sugerem que as mulheres sujeitas a abusos são passíveis de partos prematuros. Há estudos sobre a relação entre a morte de fetos ou recém-nascidos e as agressões contra a mãe e, conquanto ainda não sejam conclusivos, outras ligações possíveis sugerem que devam ser mais bem explorados. Alguns estudos revelam taxa de hospitalização mais elevada entre mulheres submetidas a abusos, bem como maior possibilidade de partos por cesariana (EASTMAN; MALO , 2012, p.1183).

Embora pareça distante a relação entre violência e gestação, é importante avaliar as diversas formas dessa violência na vida das gestantes, considerando suas implicações e, sobretudo, associadas a desfechos

negativos na saúde das crianças e das mulheres. Conforme já mencionado, são exemplos de repercussões nos bebês: baixo peso ao nascer, má-formação ou prematuridade. Nas mulheres, pode acarretar complicações como: a ocorrência de hemorragias, abortos, depressão durante a gestação e pós-parto, descolamento da placenta, sangramento no primeiro e no segundo trimestre da gestação, baixo ganho de peso e até perda do útero, maior propensão a histórico de Doença Sexualmente Transmissível -DST, conforme pontua Audi et al (2008).

A violência repercute na vida das gestantes deixando-as fragilizadas e impactando diretamente na sua vida social e na sua saúde, já que são descritos por elas problemas de relacionamento interpessoal desencadeadores de violência. Destarte, as repercussões da violência física e psicológica, doméstica e intrafamiliar, na saúde da gestante são, também, relevantes no que concerne aos agravos de saúde. Apura Durand (2005, p. 167) que “o impacto sobre a saúde mental da mulher é significativo, uma vez que ocorre, com maior frequência, a presença de transtorno mental comum, como depressão e ansiedade”. Nessa perspectiva, infere, também, que o cerne do problema está relacionado com a questão da desigualdade de gênero, a qual é intensificada pela falta ou insuficiência de proteção familiar e comunitária, fazendo com que a mulher, a partir do casamento, construa uma relação de dependência, em que o homem assume um pseudo cuidado, o que, de fato, tende a aumentar durante a gravidez. Do ponto de vista do desenvolvimento gestacional, relatos das gestantes apontaram mudanças no comportamento em relação à capacidade de manter um estado nutricional condizente e satisfatório.

“Acho que a violência de certa forma afeta a minha saúde. Tenho problemas de gastrite. Quando alguma coisa emocional me afeta, fico nervosa, ansiosa; passo a me tremer quando discuto com ele e fico muita insegura. Tenho muita dor no estômago” (Silvia).

“Acho que afetou a minha saúde mental. Nesse tempo eu comia com raiva, chorando e agoniada. Chorava muito [...] fiquei mais ou menos uns vinte dias assim” (Rosa).

“Tem algumas vezes que não me alimento e não durmo [...] fico com aquela raiva, irritada mesmo com a situação” (Cássia).

No cômputo geral, percebeu-se, a partir do diálogo com as gestantes, que a violência, conforme mencionado, tem grave repercussão no aspecto biopsicossocial dessas mulheres, tornando-as vulneráveis, frágeis, sujeitadas socialmente, coisificadas ou objeto diante do agressor(a). Foram relatados pelas gestantes problemas clínicos, de comprometimento da saúde mental e nutricional. Não se pode negar que a violência física e psicológica, doméstica e intrafamiliar aprisiona as gestantes em um contexto de relações conflitivas e desestruturadas, o qual desorganiza seu cotidiano e reflete diretamente no processo de (re)construção de um projeto de vida sem violência. Desse modo, não é costumeiro dizer que a violência na vida das gestantes viola garantias individuais à liberdade, à saúde e denigre a sua individualidade, condicionando-as a serem e permanecerem como sujeitos sociais sem direitos.

Na perspectiva do poder público, a gestante deve receber atendimento adequado e humanizado, no âmbito da políticas públicas e, sobremaneira, ter como garantia o acesso imediato aos serviços de saúde, na assertiva de contribuir para mudar o destino dessas mulheres, uma vez que a literatura mostra que a violência contra a gestante é um fenômeno tratado como corriqueiro no Brasil. Para tanto, é preciso que as políticas de enfrentamento sejam intensificadas, (re)organizadas e divulgadas de forma sistematizada, na possibilidade de orientar e empoderar as gestantes no processo de rompimento do ciclo da violência.

3.3. Ruptura e Estratégias de enfrentamento da violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica, construídas pelas gestantes.

A violência doméstica e intrafamiliar configura-se como um fenômeno social que prejudica as relações familiares, a integridade física, psicológica, a liberdade individual da mulher, cuja dimensão tem impactos significativos e negativos na vida das gestantes, por expressar uma dinâmica contraditória presente nas relações de subordinação/dominação e de

poder/afeto, estabelecidas entre os diferentes sujeitos que compõem a família ou não, os quais desempenham papéis diferenciados.

É no espaço da família, em que normalmente deveria existir paz, cumplicidade e harmonia, que cresce a violência doméstica. Essa violência apresenta particularidades que tendem a aumentar o risco de ocorrência desse problema na vida das gestantes. Insere-se, nesse contexto, a violência conjugal, a qual está envolta em peculiaridades, por assumir um caráter endêmico, ocasionada, sobretudo, por relações violentas entre o casal, nas quais o processo de ruptura “pode significar o aumento da vulnerabilidade da mulher, colocando, muitas vezes, sua vida em risco” (SILVEIRA, 2012, p. 49). Tal violência foi a mais descrita pelas gestantes, comprovando as estatísticas³⁷ como de maior repercussão na vida da mulher.

Rocha (2007) afirma que a violência conjugal é uma expressão da violência de gênero, sendo as mulheres os sujeitos que mais sofrem, por estarem envolvidas em relações de dominação, abuso de poder perpetrado pelo marido ou parceiro. Ainda a autora sinaliza que tal violência origina-se na organização social de gênero, consolidada a partir da superioridade masculina e nas relações de desigualdade entre os sexos, sendo o femicídio³⁸ o mais grave desfecho da violência conjugal. Desse modo, para Rocha (2007):

Trata-se de um fenômeno social e político, que ocorre nos grupos sociais, independentemente de classe, raça/etnia, nível de escolaridade, idade, local de moradia. Ele ultrapassa as relações interpessoais do casal. Não se caracteriza como um problema privado, suas raízes sexistas e sua magnitude exigem a interferência do Estado e da sociedade para o seu enfrentamento (ROCHA, 2007, p. 49).

A gravidez, segundo Mattar et al (2007, p. 471), “pode determinar o início das agressões ou aumento de sua gravidade e frequência, ou mesmo,

³⁷ Por exemplo: Pesquisas realizadas pelo Data Senado (2010); Fundação Perseu Abramo/Instituto Avon (2011), e outras.

³⁸ Almeida (1997, p. 19) parte das análises de Mahoney (1991) para explicar a noção de separation assault, na perspectiva de esclarecer a relação entre o desejo de a mulher em romper o relacionamento conjugal e o aumento da dominação masculina, com potencial de risco de morte, como forma de dominação da mulher. Aponta ainda, a partir dessa análise, que pesquisas sobre homicídios conjugais acontecem, sobretudo, em decorrência de ruptura da relação ensejada pela mulher.

não apresentar mudança no padrão abusivo”. Na fala das gestantes, foi possível perceber essa perspectiva:

“Ele já saiu de casa uma vez por conta de uma ligação que recebeu uma hora da manhã. Eu atendi a ligação sem maldade e era uma mulher [...] ele pegou o telefone da minha mão, desligou, pegou as coisas dele e foi para a casa de sua mãe, sem motivo algum e sem falar nada. Aí ele me deu motivo pra pensar que tinha alguma coisa na rua. Ele ficou uns cinco dias fora de casa e depois eu descobri que realmente ele estava me traindo. Nesse tempo, eu já estava grávida. Nós discutimos e na mesma hora ele ligou para o advogado perguntando quanto era que deveria dar pra cada um dos filhos caso se separasse [...] o advogado disse que seria trinta por cento do salário dele para cada criança. Ele viu que seria difícil e aí quis voltar para casa. Eu disse que eu iria me virar sem ele, pois, só tinha um filho e poderia me virar sozinha. Mas, sei lá [...] eu fiquei muito magoada, mas, resolvi voltar. Depois disso eu não acredito mais nele [...] o casamento esfriou. Então ele voltou, mesmo. No começo ele andava até direitinho, mas, agora começou de novo a saideira porque a barriga tá crescento. Durante a gravidez ele fica saindo direto [...] depois que eu tiro a barriga ele volta de novo a ficar comigo, o ciúme dele cresce e eu nem posso botar o pé na rua. Eu me sinto muito sozinha. Eu fico ligando à noite pra saber se ele pode vir pra casa, mas, ele não vem. Eu fico muito magoada por causa do desprezo dele; dessa humilhação. Mas não quero saber mais de brigar [...] deixo de mão (Cássia).

“Por causa da forma que me tratava resolvi sair de casa. Eu dormi uma vez na casa de minha avó, pela traição e envolvimento dele com outra mulher. Eu retornei pra casa no dia seguinte, mas, ele não gostou. Ele começou a jogar desafouro na minha cara, por não ter gostado de eu ter saído de casa. Eu já estava com quatro meses de gravidez. Me chamou só daqueles palavrões. Mas, mesmo assim, eu resolvi ficar em casa por que tive apoio da família dele. Por isso fiquei. Nós ficamos brigados por uns vinte dias [...] foi devagar para nós voltarmos a conversar” (Rosa).

Moraes et al (2010, p. 2) apontam que aspectos psicossociais da gestante devem ser considerados no contexto das relações familiares, sendo o ambiente familiar hostil, potencialmente, um obstáculo ao cuidado durante a

gestação. Analisaram que mulheres vítimas de violência familiar utilizam menos os serviços de saúde e buscam a assistência pré-natal tardiamente.

“A família da parte do meu pai nunca me apoiou. Eles falavam que eu era muito nova para engravidar e que eu precisava terminar os meus estudos. Eu queria mesmo era sair de casa e por isso fui morar com o meu ex-companheiro sem gostar um pingo dele. Eu namorava com ele e não gostava nem um pouquinho. Eu evitava muito falar com o meu pai e com os familiares dele, pois, toda vez que eu falava, eles me recriminavam, mesmo eu estando grávida. Eles também não me ajudavam, não me apoiavam em nada. Nunca me fizeram um carinho, nem na gravidez passada e nem nesta. Eu nunca tive afeto do meu pai; ele nunca me deu carinho e atenção [...] mesmo sem apoio eu fiz o pré-natal [...]. Comecei quando eu tinha uns quatro meses” (Rosa).

Essa situação permite apontar que, no período gestacional, podem ocorrer problemas no cotidiano da mulher que favorecem a diminuição ou cessação de episódios de violência, como no caso de Rosa, que evitou a aproximação ou o diálogo com seu pai e familiares para não ser submetida a episódios de humilhações e constrangimentos, que sofreu na sua infância por esses perpetradores.

A dificuldade em romper com a violência doméstica e intrafamiliar perpassa a vida de muitas mulheres. Mônica descreveu um caso de difícil rompimento da violência no cotidiano de uma mulher pertencente à sua família.

“Minha tia por parte da minha mãe sofre muita violência. O marido bate muito nela. Inclusive já bateu nela grávida. Eles já estão juntos há dez anos e eu não sei por que ela não se separa dele. Ele bate nela por qualquer motivo. Eu me sinto muito ruim, mas eu não posso fazer nada. A família da minha mãe já tentou aconselhar tanto, mas, ela não faz nada para mudar a situação. Minha mãe já denunciou na delegacia [...] mas, não adiantou nada. A minha tia sempre retira a queixa. Ela fica muito machucada, porque ele bate com tudo que ele encontra pela frente. Geralmente, os filhos olham [...] eles têm quatro filhos. Eu acho muito complicado isso. (Mônica).

O depoimento demonstra como é difícil o envolvimento de pessoas da família em casos dessa natureza. Essa tomada de decisão da família em denunciar o agressor torna-se traumática para todos, uma vez que as relações

estabelecidas entre quem oferece a denúncia à Delegacia Especial da Mulher – DEM e o agressor podem desencadear e /ou acirrar a violência no contexto doméstico, dificultando a sua ruptura e enfrentamento. Desse modo, é necessário que os sujeitos que compõem a família sejam atendidos, orientados e inseridos também em rede de atendimento.

Ressalte-se que a violência conjugal acontece em um ciclo com fases distintas, porém imbricadas por diferentes fatores e que variam de casal para casal, tornando o momento da ruptura difícil, por vezes marcado por episódios de agressão. Para autores como Lima (2010, p.100) e Ramos et al (2011, p.148) esse ciclo é composto por três fases. Rocha (2005, p.186) cita autores, como, Welzer-Lang (1992) e Souffron (2000), que o caracterizam com quatro fases, progressivamente e de forma contínua, instalando-se na rotina do casal, de modo a dificultar a sua ruptura. A partir das análises desses autores, indentica-se que existem pontos de convergências entre as concepções de ciclos.

A primeira fase refere-se à construção da tensão no relacionamento, na qual a mulher sente-se culpada e responsável pelas atitudes do parceiro, tentando, muitas vezes, acalmá-lo. É um momento caracterizado pela ocorrência de violência psicológica – agressões verbais, ameaças, dentre outros fatores- exercida de forma que fragiliza emocionalmente a mulher, pela proximidade de ocorrência de um episódio de violência física (HERIGOYEN, 2006 apud RAMOS, 2010, p.148; LIMA, 2010, p.100; RAMOS et al, 2010, p.148). Conforme Welzer-Lang (1992 apud ROCHA, 2005, p.186) e Souffron (2000, p.10-11 apud ROCHA, 2005, p.186) é denominada de “tensão do homem/medo da mulher”, em que são alegados motivos externos (consumo de álcool e outras drogas, a existência de doenças, problemas no trabalho, etc) que justificame provocam a violência no relacionamento do casal, causando interferências na sua vida cotidiana. O companheiro, nessa fase, expressa um comportamento hostil, sarcástico, comete insultos e ameaça a companheira; a mulher é responsabilizada pela tensão existente e, por medo, tenta ajustar-se às necessidades e humor do companheiro, com o intuito de amenizar ou diminuir as agressões psicológicas.

O que caracteriza essa fase é o medo e a culpa que a mulher sente em relação à iminência da violência, sendo ela a resposabilizada pelo parceiro

ou a que se responsabiliza pela ocorrência das agressões, sobretudo as verbais. A partir da visão dos autores supracitados, fica claro que não ocorre a violência física.

Na segunda fase, acontece a “explosão da violência” ou “agressão do homem/cólera ou tristeza da mulher” (HERIGOYEN, 2006 apud RAMOS, 2010, p.148; LIMA, 2010, p. 100; RAMOS et al, 2011, p.148; Welzer-Lang (1992, p.88-92) e Souffron (2000, p.10-11, apud ROCHA, 2005, p.186). Ela é caracterizada pela existência de um descontrole emocional por parte do parceiro, que leva a agressões agudas e ao início dos ataques físicos, podendo levar a homicídios. A mulher, nessa fase, também provoca incidentes considerados violentos; entretanto, pelo fato de perceber a aproximação dos episódios e por não tolerar o medo e as humilhações, o faz como um mecanismo de autodefesa.

Percebe-se que a primeira fase correlaciona-se com a terceira, “desresponsabilização do homem/culpabilização da mulher, identificada nas análises de Welzer-Lang (1992, p.88-92), Souffron, (2000, p.10-11) citado por Rocha (2005, p.186), em que o agressor

tenta minimizar a gravidade de seu comportamento, justificá-lo devido a fatores exteriores, transferir para a companheira parte da responsabilidade pela violência em razão de seu comportamento ou lhe acusa de dramatizar a situação e de ter problemas mentais. Por sua vez, a mulher oculta sua cólera, interioriza a ideia de ser culpada pela violência e busca modificar suas atitudes e comportamentos visando resolver o problema. Quanto mais o ciclo se repete, mais a mulher incorpora a culpa, a responsabilidade pela violência, o sentimento de incompetência como mulher, esposa e mãe, bem como o sentimento de impotência para mudar aquela situação.

A quarta fase, denominada *lua de mel*, caracteriza-se pelo arrependimento do agressor (LIMA, 2010, p.100; RAMOS et al, 2011, p.148). Essa fase é correlata àquela descrita Welzer-Lang (1992, p. 88-92) e Souffron (2000, p.10-11) citados por Rocha (2005, p.186), como a “última fase”, denominada de “perdão do homem/esperança da mulher”, na qual a violência cessa por um período.

Nesse momento, acontecem os pedidos de ajuda e perdão por parte do agressor, que demonstra remorso e medo de perder a companheira, faz promessas, juras de amor, demonstra arrependimento, sente-se culpado e

solicita reconciliação. Desse modo, ocorre a renovação das esperanças da mulher, pois acredita nas mudanças sugeridas pelo companheiro. Apesar de se sentir confusa e magoada, acredita que os episódios foram um incidente. No entanto, os motivos pelos quais justificam a violência, como o uso de álcool e outras drogas, desemprego, ciúme, etc, continuam enraizados, fazendo parte da vida do casal e, como tal, favorecem o recomeço do ciclo da violência, de forma aguçada, dificultando a percepção da mulher em relação aos episódios de violência, o momento de seu rompimento e o fato de não se visualizar enquanto vítima, como percebido no depoimento a seguir:

“No começo da relação era tudo maravilhoso, a pesar de ele ter muito ciúme. Eu gostava muito dele. Mas, a relação começou a ficar desgastada, acho que pelo ciúme que ele sentia. Começaram as agressões [...] ele me xingava muito e foi muito agressivo comigo durante muito tempo. Eu não aguentei mais e resolvi ir para a casa de uma amiga, acabar com o relacionamento. Neste dia, nós brigamos feio [...] eu dei uma rasteira nele, porque já tinha me batido [...] talvez se ficasse, ele teria até me matado. Mas eu não tive apoio. Voltei para casa e para ele porque se arrependeu e também por falta de opção. Não quis voltar para a casa dos meus pais. Eu tinha que me erguer onde eu tinha caído” (Silvia).

Essas fases do ciclo da violência não ocorrem, necessariamente, da forma como foram descritas, como se fossem momentos desconectados. Conforme Rechtman e Phebo (2012, p.7), o ciclo da violência não é circular, como é apontado em parte da literatura, mas é semelhante a uma espiral, pois,

Em relacionamentos abusivos o ciclo pode acontecer centenas de vezes. Cada ciclo termina com um diferente grau de violência, geralmente maior que o anterior sendo cada vez menor o intervalo entre os ciclos. O intervalo entre os ciclos pode variar de um ano ou mais até poucas horas para ser completado.

Nem todos os casos de violência doméstica se desenvolvem como ciclos/espirais. Às vezes, à medida que o tempo passa as fases de reconciliação e luas de mel desaparecem (RECHTMAN; PHEBO, 2012, p.7-8).

As agressões que ocorrem na fase de explosão ou “agressão do homem/cólera ou tristeza da mulher são cada vez mais violentas. A cada processo de reconciliação acontece uma fase de tensão e explosão mais violenta que a anterior, ou seja,

O ciclo da violência doméstica caracteriza-se pela sua continuidade no tempo, isto é, pela sua repetição sucessiva ao longo de meses ou anos, podendo ser cada vez menores as fases da tensão e de reconciliação e cada vez mais intensa a fase do ataque violento. Em situações limite, o culminar destes episódios poderá ser o homicídio. A essas idas e vindas da mulher na procura de soluções nos diversos órgãos e instituições envolvidas no “Ciclo da Violência”, que pode perdurar por vários anos chamamos Rota Crítica³⁹. Parte das mulheres são impulsionadas a buscar soluções na medida em que observam os seus limites no sentido de mudar o outro, no caso, o autor da violência (SÃO PAULO, 2009, p. 16).

O exposto demonstra que o processo de ruptura é difícil e doloroso. O depoimento supracitado de Silvia ilustra as consequências da violência conjugal na vida das mulheres. Para essa gestante, foram associadas aos sentimentos de medo e insegurança, refletindo, também, na forma como se relacionou com os familiares, amigos e com a vizinhança, na busca de estratégias de enfrentamento.

Foram apresentadas pelas gestantes justificativas que impediram a ruptura da violência, tais como: medo de se expor, dependência financeira, medo de assumir sozinha a responsabilidade pela criação dos filhos e dificuldade de buscar ajuda de alguém da família ou da comunidade ou de um órgão de proteção. Isso pode indicar, de certo modo, as razões pelas quais a gestante tem dificuldade de romper com a relação violenta e denunciar o agressor. A violência, geralmente, é seguida pelo “arrependimento do agressor”, o que pode justificar, também, a tolerância da vítima por anos seguidos.

Rocha (2005, p.193), a partir das análises de Bilodeau (1994), infere que pesquisas sobre as causas e as respostas à violência conjugal desmistificam a compreensão sustentada por algumas explicações sobre fatores dificultadores da ruptura, caracterizados, equivocadamente, como causas da violência, que são “constrangimentos estruturais à ruptura”, como: “a falta de recursos materiais, a dependência econômica e o isolamento social,”

³⁹ Conforme o Guia de Procedimentos de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica (SÃO PAULO, 2009, p. 17) “A rota crítica é um processo constituído a partir da sequência das ações/ decisões tomadas e respostas encontradas pelas mulheres que sofrem violência familiar. O início da rota crítica se dá quando a mulher decide “romper com o silêncio” sobre a violência e revelar para alguém de fora da vida doméstica ou familiar a situação vivida, como um primeiro movimento na busca por soluções”.

além da falta de apoio da família, amigos, dentre outros sujeitos que lhes são próximos. Os chamados “constrangimentos internos” são, portanto, efeitos da violência, que influenciam a forma como as mulheres respondem a ela: “a baixa autoestima e a concepção tradicional dos papéis de esposa e mãe”, assim como a vergonha e a própria falta de conhecimento dos seus direitos e dos serviços institucionais de apoio e acolhimento existentes.

Desse modo, o processo da “rota crítica” (SÃO PAULO, 2009, p.16) pode implicar avanços e/ou retrocessos, existindo muitos fatores que acabam por interferir na decisão da mulher em romper com a espiral da violência, como a falta de informação, a fragilidade da rede de apoio e os recursos comunitários disponíveis, tornando a questão complexa. Destaca-se que a rota crítica, tanto repercute nas decisões das mulheres, quanto compreende as respostas encontradas no âmbito familiar, social e institucional, que se inter-relacionam e são determinantes para a ruptura da violência, pois atuam sobre a subjetividade da mulher, uma vez que ela percorre diversos caminhos antes de encontrar uma resposta definitiva.

Ainda que se identifique que a mulher está fragilizada, diante do ciclo da violência e numa situação de desigualdade em relação ao parceiro, autoras como Narvaz e Koller (2006, p.10) apresentam pesquisas desenvolvidas por Maria Filomena Gregori (1993) e Miriam Grossi (2001), que destacam a contribuição das mulheres no ciclo da violência conjugal, as quais são percebidas como causadoras e, portanto, “culpadas pela violência que sofrem. São acusadas, ainda, de serem passivas e de permanecerem nas situações de violência”. Concernente com essa perspectiva, Zuwick (2001, p.86 apud NARVAZ; KOLLERr, 2006, p. 12) afirma que a passividade da mulher (paralisação) também “nasce do pânico frente ao agressor e do medo da morte.”

Rocha (2005, p. 178), corrobora com essa visão, porém de forma crítica, ao afirmar que a mulher, muitas vezes, é considerada

provocadora da violência ou fez por merecê-la, ao não cumprir seus papéis adequadamente ou desafiar o *status quo* patriarcal, ao mesmo tempo em que é culpabilizada por permanecer na relação de violência, sendo acusada de gostar de apanhar e de ser cúmplice do homem nessa relação.

Essa compreensão de que a mulher colabora para o ciclo da violência se reveste-se de um caráter acríptico e por um discurso demagógico, inserindo-se, também, nela, uma visão deturpada e simbólica do papel da mulher nas relações de gênero. Essa visão é disseminada de forma sutil e invisível na sociedade e vem para ocultar as relações abusivas do agressor. Associa-se a essa perspectiva a incorporação, na sociedade, de modelos de casamento e de família de bases patriarcais, que estão envolvidos por um discurso de aceitação, tolerância e legitimação da violência conjugal.

A passividade e impotência conferida à mulher, diante da violência, acontece porque apresenta baixa autoestima, com tendência a desenvolver um quadro de depressão e por não ter habilidades para lidar com uma situação tão grave. As mulheres, também, “reescrevem, pela transgeracionalidade do risco, não só sua história individual ou familiar, mas a história coletiva de subordinação” (NARVAZ;KOLLER, 2012, p.12).

Consoante o exposto, a dinâmica de uma relação violenta é complexa e opressiva, o que dificulta a saída da mulher da violência. Esse processo gera, na mulher, sentimentos de incerteza, os quais a impulsionam a buscar descobrir alternativas, rompam ou amenizem a situação vivida, o que pode resultar em um longo processo de ruptura.

A ruptura com a situação de violência, seja ela conjugal ou não, configura-se como um processo extremamente difícil, muitas vezes, lento, principalmente considerando a relação afetiva estabelecida com o companheiro violento.

Rocha (2007, p. 88-94) cita as formulações de Pfouts (1978), adotada por Larouche (1987), que distingue três tipos de rupturas para por fim à violência na relação conjugal. O primeiro denomina rupturas evolutivas, que

se caracterizam por sucessivos rompimentos e retornos para o convívio do agressor, em um processo no qual a mulher ganha confiança em si, vence seus medos, descobre os recursos existentes à sua volta e aprende que sua vida é possível sem o parceiro(ROCHA, 2007, p. 88).

O segundo é a ruptura a contragosto, que significa “um rompimento definitivo, efetivado pela primeira vez e motivado pelas advertências e reação

contra a violência dos filhos, geralmente adolescentes, que ameaçam deixar a casa ou assumem uma atitude de proteção à mãe em confronto com o agressor” (ROCHA, 2007, p. 93) .

E o terceiro tipo, a ruptura rápida, definida como

aquela que se concretiza logo após a primeira ocorrência de violência. Para a autora [LAROUCHE, 1987], é realizada por mulheres que possuem condições internas (autoestima, consciência do significado da violência e da responsabilidade do agressor e a ausência de experiências anteriores de violência na família de origem) e condições sociais (emprego, recursos financeiros, acesso a recursos institucionais e políticas públicas, apoio de amigos) para tomar a decisão, manter a ruptura e suportar as perdas que ocasiona (ROCHA, 2007, p. 94).

O depoimento de Silvia possibilitou identificar um dos tipos de ruptura: a evolutiva. Essa gestante afirmou que teve vários episódios de violência física e psicológica, perpetrados durante dois anos pelo seu ex-companheiro, em que ocorreram sucessivos rompimentos e retorno ao convívio familiar por falta de opção, pois não tinha para onde ir. Nesse período, ficou grávida e um dos motivos para a realização de um aborto provocado foram as constantes brigas e desentendimentos que, segundo ela, foram cruciais para interromper a gestação. Essa gestante só conseguiu romper com a violência quando resolveu “largar” o companheiro. Assim afirmou:

“Fiquei dois anos nessa relação. No namoro ele já era agressivo, mas, mesmo assim resolvi ficar com ele [...] eu gostava muito dele. Como eu já estava cansada das brigas, via mesmo que não ia dar certo [...] tomei atitude de separar; aí resolvi largar dele. Ele queria voltar, mas não deu. Eu achei que ia acontecer tudo de novo. Eu me considero uma vitoriosa por sair dessa relação [...] a gente tem que gostar mais da gente” (Silvia).

Em geral, esse processo significa para a mulher romper com diversos vínculos estabelecidos no trabalho, amigos, etc., vivendo em constante crise psicológica, uma vez que cria uma expectativa afetiva em torno da vida conjugal, fundada no amor romântico. Como sinaliza Rocha (2007, p.54), “essa representação do amor é alimentada bem mais pela mulher, que acrescenta à imagem do companheiro, a de pai de seus filhos, que fortalece a relação com ele e reforça a visão ideologizada de família a ser preservada”

“Eu relevei toda a humilhação que eu passei por causa da criação dos filhos. Quando eu soube da história da traição eu fiquei com muito ciúme. Com o tempo disse que se não largasse a amante, disse que eu é que iria me separar. Me senti muito desprezada, porque ele foi procurar outra na rua. Então se fez isso é porque não estava gostando da de dentro de casa [...] queria muito ter o apoio do meu marido, o carinho dele na família [...] eu queria ter minha família unida” (Cássia).

A autora supracitada, ainda, enfatiza, a partir da concepção de Welzer – Lang (1992), que considera mais adequada a noção de “espaço de ruptura” para se referir ao processo de desencadeamento do fim violência pela mulher. Isto porque existe uma distância a ser percorrida antes de a mulher tomar a decisão de romper com o parceiro. Nesse espaço, a mulher precisa adquirir confiança, fortalecer-se, emocional e psicologicamente, garantir recursos materiais que lhe possibilitem viver com autonomia e “fugir” do agressor.

[...] a fuga é o resultado de um logo processo no qual a mulher amadurece sua partida. Conforme os motivos que provoquem, as partidas podem tomar diferentes formas e dependem de fatores como o avanço das leis, o pertencimento social das mulheres agredidas e a ajuda oferecida pelas estruturas que as acolhem (WELZER – LANG, 1992 apud ROCHA, 2007, p 87).

Nesse sentido é que, no presente estudo, defende-se que a compreensão do processo de interrupção do ciclo/espiral da violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica, passa, também, pelo entendimento das estratégias de enfrentamento construídas pelas gestantes, que objetivam eliminar ou reduzir as violências que atentem contra a sua segurança física e/ou emocional.

Gadone-Costa (2010) refere-se às estratégias de enfrentamento, citando as análises de Lazarus e Folkman (1984), os quais definem enfrentamento (ou *coping*) como

um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas específicas, avaliadas pelo sujeito como além de seus recursos ou possibilidade. As estratégias de enfrentamento utilizadas dependem de recursos materiais, crenças, habilidades e apoio social de cada indivíduo (GADONE-COSTA, 2010, p.49).

Nesse perspectiva, o enfrentamento, segundo Gadone-Costa (2010, p.49), configura-se como uma resposta, cujo intuito “é criar, manter ou aumentar a percepção do controle pessoal, frente a uma situação estressante”, a qual pode ser focada no problema ou na emoção⁴⁰ – ambos ocorrem reciprocamente - e depende da situação na qual o sujeito está inserido. Ou seja, as estratégias de enfrentamento podem mudar de um momento para o outro, conforme a situação de estresse vivenciada pela mulher no seu cotidiano.

Conforme Santos e Moré (2012, p. 229), mulheres que são frequentemente agredidas fazem uso de estratégias de enfrentamento, ou para sobreviverem às investidas do agressor dentro da família, ou como forma de superação de tal ocorrência.

Em relação ao enfrentamento da violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher, autoras como Dell’Aglia e Deretti (2005), citadas por Gadone-Costa (2010, p. 50), afirmam que grande parte da literatura enfatiza a ocorrência desse problema em situações de extremo estresse, em que são sugeridas intervenções apoiadas na ideia de que a mulher deve romper com o relacionamento violento. Entretanto, um olhar mais aguçado sobre a realidade dessas mulheres mostra que nem todas estão preparadas para deixar o agressor.

Observou-se, na pesquisa, que as gestantes apresentaram comportamentos ou condutas diferenciados (medo, negação, banalização, silêncio, afrontamento, dentre outros), que possibilitaram romper ou evitar as agressões por um determinado período, fazendo crer que estão inseridas em um ciclo/espiral da violência, de difícil superação e cujo mecanismo está baseado na vontade de o agressor exercer ou manter a sua dominação sobre a mulher.

As gestantes, que sofreram violência, criaram mecanismos de autodefesa, como estratégias de sobrevivência diante da violência. Tais mecanismos foram construídos no sentido de adaptarem-se às investidas do

⁴⁰ Conforme Gadone-Costa (2001, p.49)) o “enfrentamento centrado no problema busca promover mudanças no ambiente e é mais utilizado quando essas mudanças são percebidas como possíveis. O enfrentamento centrado na emoção visa diminuir a sensação de diminuir o desconforto emocional e é mais usado em situações percebidas como difíceis de mudar”.

agressor, muitas vezes sufocando sentimentos, mantendo-se caladas e sem se manifestarem diante da ocorrência de violência e medo de que algo errado acontecesse com o bebê.

“Para não ter mais violência, deixei de ter aproximação com a família do meu pai e principalmente não ter contato com o meu próprio pai (Rosa).

“Eu evito brigar com ele. Se ele sair, por mim ele pode chegar na hora que quiser. Eu relevo muita coisa [...] deixo passar mesmo, depois ele vai ver que eu estou mudando. Não corro mais atrás dele, me humilhando, como eu fazia antes. (Cássia).

Essa “aparente passividade”, demonstrada por muitas mulheres, ao serem violadas, frequentemente, é interpretada como aquiescência” (ZUWICK, 2001 apud NARVAZ; KOLLER, 2006, p.10). Isso se torna mais premente pelo fato de a gestante encontrar-se numa situação de vulnerabilidade biopsicossocial.

Quando as mulheres reprimem as lembranças ou evitam comentar os incidentes violentos, utilizam a estratégia de enfrentamento centrada na emoção. Desse modo, essas mulheres abanam se responsabilizando pela prevenção de novas agressões perpetradas pelo agressor; passam também a evitar assuntos ou situações que supostamente podem desencadear a violência e com o passar do tempo essas reações passam a ser percebidas como normais. O que é muitas vezes confundido com um estado de passividade e apatia (GADONE-COSTA, 2010, p. 53).

Por outro lado, há gestantes que assumiram uma postura desafiadora, de resistência às agressões, utilizando formas de transgressão, tais como: fuga de casa, separação dos parceiros e denúncia dos casos na Delegacia da Mulher, como foram os casos de Rosa (que fugiu de casa devido aos constantes episódios de humilhação e constrangimento perpetrados por seu pai), Silvia (que se separou do marido após dois anos de intensas brigas) e Flora (que, mesmo grávida, foi agredida fisicamente pela ex-companheira do seu marido e denunciou o caso na DEM).

Gadone-Costa (2010, p.53) cita o estudo de Lömbann et al (2003) sobre o comportamento mais incisivo de mulheres em relação ao enfrentamento da violência no relacionamento conjugal. Tais mulheres utilizaram o uso da violência como forma de revide e mecanismo de autodefesa, além de maior probabilidade de abandonar os seus parceiros

íntimos, depois de dois anos de relacionamento, apesar de terem sofrido humilhações e ameaças constantes. Em geral, essas mulheres procuram o auxílio de instituições ou de redes sociais de apoio ou de familiares e amigos.

Entretanto, parece que as gestantes que sofreram violência física e/ou psicológica, desconhecaram a existência de instituições de proteção e ficaram distantes de uma rede social de apoio. Os amigos e parentes, muitas vezes, assumiram uma postura negligente diante da agressão, o que facilitou as investidas do parceiro, demonstrando que precisam receber orientação .

“As vezes, no momento das agressões, ficava a mãe e a irmã dele tentando conversar com ele. Mas na maioria das vezes apenas separando a briga pra ele não me bater. No outro dia não lembrava mais de nada [...] tudo isso por causa da bebida. A família dele achava natural e quando eu dizia que iria largar, eles falavam pra deixar de mão” (Silvia).

“Hoje quando acontece a violência eu fico mais na minha [...] não tenho ninguém para desabafar” (Flora).

“Sempre converso com as minhas amigas e com a minha tia. Elas dizem pra eu deixar ele de mão, que depois ele vai perceber que eu estou mudando [...] não dando a mínima para que ele faz” (Cássia).

Isso implica reafirmar que deve existir uma política de atendimento às gestantes que sofrem violência, cujas mudanças devem evidenciar a incorporação de condutas e/ou comportamentos na sociedade que contribuam para a transformação dessa realidade, a qual está permeada de mitos e crenças sobre a passividade feminina diante da violência e que precisam ser desmistificadas por todos, sem exceção.

Quando foi solicitado às gestantes comentarem sobre o que deve acontecer para que não ocorra mais a violência doméstica e intrafamiliar, ressaltaram a atitude que a mulher deve ter em relação à realização da denúncia junto à Delegacia da Mulher, principalmente, quando o agressor comete a violência física. Citaram, também, como fator de proteção, a Lei Maria da Penha.

“A violência contra a mulher deve ser denunciada. É difícil não acontecer na nossa sociedade. As mulheres devem ter mais atitude e mais coragem para denunciar na Delegacia da Mulher” (Flora).

“Deve haver atitude das mulheres. Elas agem muito pelo coração. Ela acha que se largar ele, algum homem não lhe dar mais valor. Falta realmente atitude [...] as mulheres têm que se amarem mais” (Silvia).

“Acho que deve ter uma punição mais rígida. Com relação a violência física a pessoa deve ser presa mesmo. Se ele fez uma vez, ele vai fazer de novo [...] e não só a violência física, mas outros tipos de violência, pois as mulheres, também, são violentadas sexualmente” (Vilma).

“A mulher deve ser mais forte e decidida. Também ela tem que ter mais apoio da família. Ela tem que se defender procurando mais ajuda dos amigos e de algum órgão” (Rosa).

“É preciso que se criem espaços mais abertos que discutam esse tipo de questão sobre a violência contra a mulher [...] é preciso que a Lei Maria da Penha seja também mais discutida e existam realmente punições para quem descumpra a Lei. Quanto mais for divulgada a Lei, mas mulheres vão falar sobre as suas experiências” (Elen).

No que diz respeito à violência psicológica, algumas gestantes não apontaram como um motivo para ser denunciada, por mais que tenham afirmado que a sofreram em algum momento de suas vidas. Entretanto, foi possível, também, constatar o desconhecimento da existência de medidas protetivas em relação a esse tipo de violência. As gestantes tiveram o entendimento de que denúncias só poderiam ser realizadas quando há violência física, o que faz crer que ainda é preciso intensificar a divulgação, na sociedade, para que sejam implementadas ações que protejam as gestantes da violência psicológica.

Dessa forma, as gestantes apresentaram dificuldades para rompê-la, pois, em geral, não conseguiram perceber tais situações apresentadas como violência: ridicularização, insultos, humilhação, desprezo, tratamento com inferioridade, rejeição de carinho, ameaças de espancamento, impedimentos à mulher de trabalhar, ter amizades ou sair de casa, acusá-la de ter amantes, dentre outros aspectos foram os motivos apresentados. Como exemplo:

“Eu não me sentia rejeitada. Por mais que eu visse o desprezo dele, sabia que ele iria mudar. Eu queria mesmo era receber mais atenção dele” (Silvia).

É o que reforça Casique e Furegato (2012, p.4):

as vítimas de violência psicológica, muitas vezes, pensam que o que lhes acontece não é suficientemente grave e importante para decidir-se por atitudes que possam impedir esses atos, incluindo denunciá-los aos órgãos competentes. Algumas vítimas acreditam que não teriam crédito, caso denunciassem seu agressor. Em outros casos, alguém que a mulher respeita lhe diz que deve permanecer nessa relação abusiva pelo bem de seus filhos ou para garantir os direitos adquiridos através do casamento.

Segundo Parente, Nascimento e Vieira (2011, p. 453-454), outra questão relevante é o fato de a mulher demorar muito tempo para denunciar o agressor na delegacia, sendo isso um atenuante para sua denúncia, inclusive, quando há, logo em seguida, a “retirada da queixa”, demonstrando que somente gostaria de assustar o parceiro. Nesse caso, a família e os amigos são considerados um ponto de apoio; entretanto, acabam, também, usando um discurso para desmotivar a gestante a não denunciar o agressor. É o que apontou uma das gestantes:

“A família dele não deixava eu procurar uma delegacia ou outra instituição de apoio. Quando eu pensava em procurar, eles conversavam comigo e depois eu concordava [...] acabava vendo também que não era motivo para denunciar”(Silvia).

Assim, cabe citar novamente Parente (2009):

O mais difícil às vezes não é fazer a denúncia, mas mantê-la, porque, na maioria dos casos, a retirada da queixa é comum e resultante da interação das vítimas, hesitantes em criminalizar penalmente o parceiro, que está perturbando a ordem doméstica, com as polícias, que percebem nas queixas uma situação mais social ou psicológica, desqualificando-as como crime.

Diante desse contexto, um salto qualitativo para o enfrentamento da questão da violência contra a mulher foi a decisão do Superior Tribunal Federal (STF), em 2012, o qual afirmou que as ações penais com base na Lei Maria da Penha poderão ser iniciadas, mesmo que a mulher não faça a denúncia. Desse modo, o Ministério Público passará a ter a prerrogativa de denunciar os agressores e as mulheres não poderão impedir o processo. Novais (2012) assevera que pesquisas estatísticas indicam que até 90% das mulheres desistem de denunciar o agressor, no decorrer do processo. Infere-se que a

decisão do STF pode interferir no cotidiano das gestantes que sofrem violência doméstica e não têm coragem de denunciar.

É mister considerar que a discussão em torno da ruptura e do enfrentamento da violência contra as gestantes coloca desafios urgentes para aqueles que trabalham diretamente no seu atendimento, sendo um deles a criação de ações que viabilizem às gestantes terem acesso à informação sobre como denunciar e orientar sobre a retarguarda na segurança, em caso de denúncia, ou romper com a relação violenta. Como discorre Almeida (1998 apud SILVEIRA et al, 2003, p.49), “o momento da denúncia/ruptura pode significar o aumento da vulnerabilidade da mulher, em que, muitas vezes, sua vida é colocada em risco. O medo deve ser considerado um indicador válido e que, muitas vezes, justifica a manutenção das mulheres nas relações violentas”.

Nessa perspectiva, apresenta-se uma situação delicada e complicada, que requer, por parte da sociedade, mudanças substanciais, cujo enfrentamento deve transversalizar as políticas de saúde, educação e cultura, dentre outras e, nesse patamar, contribuir para o fortalecimento dos mecanismos já criados nos três níveis de governo, como: a Política de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, as Delegacias da Mulher, as Casas Abrigo, os Centros de Referência da Mulher- CRAM, os organismos executivos de políticas para as mulheres, as organizações não governamentais que atuam na questão da violência intrafamiliar cometida contra a mulher, entre outros serviços e ações, que devem ser ampliados em todo o território nacional, na perspectiva de fortalecer a rede de atendimento⁴¹ às mulheres vítimas de violência doméstica e intrafamiliar.

Além disso, Bonfim et al (2012, p. 99) enfatizam que, em se tratando da política de saúde, são estabelecidas como características essenciais da assistência obstétrica e neonatal a qualidade e a humanização

⁴¹ O conceito de Rede de Atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outros (BRASIL, 2005, p. 14).

dos serviços prestados à gestante, sendo preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS - que é dever dos profissionais de saúde acolher dignamente a mulher, como sujeito de direito singular e que deve ser orientada quanto ao direito à assistência integral, objetivando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e agravos, a redução dos danos ou do sofrimento que possa comprometer sua possibilidade de viver com saúde.

Para tanto, merece destaque, no processo de atendimento, a atenção humanizada à gestante, a qual implica

a recepção da mulher, desde sua chegada na Unidade de Saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização, como diretrizes políticas, podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários dos serviços, escutando e valorizando o que é dito e garantindo a privacidade, entre outras (BONFIM et al, 2010, p. 98).

Chamou a atenção o “silêncio” e a “invisibilidade” que envolve a questão da violência contra a mulher, no setor saúde, destacando-se a Unidade Mista Itaqui-Bacanga, muitas vezes, pela dificuldade dos profissionais em tratar do assunto. Tal evidência foi confirmada no momento da coleta de dados, em que não foram detectadas informações, nos prontuários, sobre qualquer tipo de violência contra as gestantes, demonstrando que os serviços de atenção primária precisam se aprimorar para captação dessas informações, no caso de gestantes que buscam o pré-natal.

Considerando a implementação de uma política integral de atendimento à gestante e, como tal, a construção e o fortalecimento da relação entre a gestante e o profissional de saúde, acredita-se na possibilidade de identificação de gestantes vítimas de violência doméstica e intrafamiliar no setor saúde.

Ainda que se reconheça que é preciso avançar na formulação e implementação de políticas para as mulheres, no processo de gestão das políticas públicas brasileiras. Desse modo, entende-se que a violência contra a mulher é um problema do poder público e de toda a sociedade e a sua superação poderá acontecer a partir de ações articuladas e interligadas, as

quais devem possibilitar transformações substanciais nas relações desiguais de gênero.

4 CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, entende-se que a violência contra a gestante é um fenômeno fincado na desigualdade das relações sociais de gênero, que estão inseridas na própria estrutura social, moldada conforme os interesses, necessidades e concepções masculinas. Tal violência está imbricada num contexto de violação dos direitos humanos, atingindo a vida, a saúde e a integridade física dessas mulheres, perpassando classes sociais, gerações e etnias, independente da opção religiosa, do estado civil e escolaridade. É considerada um problema sócio-histórico, complexo e multifacetado, que exige do poder público a efetivação de políticas públicas voltadas para o seu enfrentamento. A luta dos movimentos de mulheres e feministas produziu, em significativa parcela da sociedade, a percepção de que esse problema acarreta consequências graves físicas e psicológicas na vida de muitas mulheres.

Essa violência é resultante de uma ideologia de dominação e subordinação masculina, que transforma diferença em desigualdade e que organiza, de forma hierárquica, os papéis sociais e padroniza os papéis estereotipados de gênero, a partir de comportamentos, regras e valores estabelecidos. Nessa perspectiva, analisar a violência contra a gestantes implica compreendê-la e apreendê-la nas relações patriarcais e de poder, decorrente das desigualdades de gênero.

Sobre os dados coletados na pesquisa, cumpre ressaltar os principais destaques sobre a violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica contra gestantes atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga, de São Luís - MA, de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, suas percepções sobre o problema, as repercussões na sua vida e a construção de estratégias de enfrentamento.

Aviolência física e psicológica doméstica e intrafamiliar aconteceu em diferentes momentos na vida das gestantes, sendo mais observada no ambiente doméstico, no qual o parceiro íntimo (marido ou companheiro) foi o agressor mais frequente. O lar se tornou, para essas gestantes, um ambiente inseguro e lugar de desamor, reiterando que a ocorrência de violência, nesse

espaço, é mais premente, do que nas ruas. Essas gestantes foram privadas de sua liberdade, subjugadas e desrespeitadas por pessoas que deveriam lhes dar proteção e atenção, especialmente, por estarem em uma condição peculiar: grávidas. A ocorrência de violência na gestação incide diretamente na questão da construção e no processo de aprendizagem da maternidade pela mulher e, desse modo, o seu significado parece não ter nenhum sentido para o perpetrador.

Os discursos das gestantes apontaram que o fato de não se perceberem como sofredoras da violência psicológica - uma vez que não deixa marcas físicas - remete ao entendimento de que é preciso avançar sobre essa questão; debatê-la na sociedade, nos espaços públicos e no contexto da vida privada; desmistificar o seu entendimento, as suas consequências e apontar ações para o seu enfrentamento, por está associada a todas as outras formas de violência. A violência psicológica fortalece-se sobre o “manto” da tolerância e faz parte dos comportamentos culturalmente aceitos pela sociedade, diferente da percepção sobre a violência física, a qual requer respostas imediatas, sistemáticas e incisivas, pela sua visibilidade.

Com base nas informações, a ocorrência e recorrência de violência conjugal, durante o período gestacional, deflagrada por ciúmes, consumo de álcool, gravidez não planejada - a qual pode comprometer a condição financeira da família - e outros, são questões que movimentaram o ciclo/espiral da violência, aliada à cultura patriarcal, ainda enraizada na nossa sociedade. As gestantes, ao aliviarem a responsabilidade do agressor, tenderam a comportar-se como justificadoras das suas atitudes, embora deva-se entender que estavam envoltas em sentimentos de insegurança, fragilidade, dependência emocional e financeira, presentes no contexto da relação conjugal. Essa adaptação “natural” não significou que as gestantes estivessem num processo de total apatia diante do agressor. Esse comportamento foi uma autodefesa; silenciar-se diante da agressão não seria omissão ou consentimento, mas desmotivação e descrença na possibilidade de enfrentamento do problema. Por outro lado, a intolerância ou o revide à violência, de forma agressiva, pela gestante, pôde ser visualizado como uma não aceitação das agressões perpetradas, o que não deixou de lhe trazer sofrimento e humilhação. Friza-se que é preciso fortalecer a rede social de

apoio - dentre os quais os serviços de assistência social, jurídicos e os recursos da comunidade – e que nela sejam incluídas ações que vislumbrem o empoderamento da mulher, afim de que possa se perceber como sujeito sócio-histórico de direitos.

Enfatiza-se que é importante mudar o discurso apelativo, comumente proliferado na sociedade, sobre o papel da mulher submissa, a qual é condicionada à autoridade masculina, imbuída de um poder patriarcal herdado historicamente, que atravessa gerações e legitima a atitude do homem frente aos episódios de violência, mesmo diante das transformações ocorridas na sociedade, na qual estereótipos e comportamentos ligados à cultura patriarcal ainda são transmitidos através das intuições, passados de uma geração para outra e são incorporados pelo sujeito em sua subjetividade.

Entende-se que a violência contra a gestante é uma séria questão de saúde pública, cujo foco deveria ser a prevenção e não, inicialmente, o tratamento médico curativo, que focaliza os agravos de saúde decorrentes das agressões, fragilizando ou até individualizando a discussão junto à rede de assistência e proteção à mulher em situação de violência.

No estudo, foi possível perceber que só se conheceram os episódios de violência, quando estes foram verbalizados pelas gestantes de maneira espontânea, no momento da pesquisa, sendo que, nas fichas de atendimento perinatal e nas discussões com os profissionais, não foi possível colher qualquer informação referente a esse problema enfrentado pelas gestantes.

Quanto à análise da ficha perinatal, verificou-se que não incita a equipe multiprofissional à investigação, pois, no rol de perguntas direcionadas às gestantes, aquela que poderia favorecer a coleta dessa informação refere-se ao campo que indica “se houve intercorrência na gestação anterior ou atual”, deixando aberto para o relato de qualquer problema de saúde. Nesse sentido, seria relevante que o instrumental elaborado pelo Ministério da Saúde pudesse ser revisado ou que se elaborasse um outro, de modo que contemplasse perguntas que versassem diretamente sobre a violência contra a mulher.

É evidente que não se pode condicionar o trabalho do profissional de saúde, no tocante ao enfrentamento da violência, apenas ao preenchimento desse instrumento, mesmo porque seria reduzir a sua capacidade técnica e, de algum modo, desresponsabilizar os órgãos oficiais pela elaboração,

implementação de ações eficazes que empoderem a prática desses trabalhadores.

Entretanto, não se pode desconsiderar que a equipe multiprofissional da saúde poderia assumir uma postura mais investigativa diante do problema, uma vez que, na realidade apresentada pela Unidade Mista do Itaquí Bacanga, percebeu-se que a sua intervenção é superficial. Sem entrar no mérito da culpabilização, acredita-se que devem ser incrementados subsídios técnicos-operativos para a formulação de ações que orientem os profissionais de saúde a criarem estratégias de intervenção e sensibilização, as quais busquem atender as gestantes de forma humanizada e como sujeitos plenos de direitos, contrapondo-se a um modelo de assistência meramente pragmático, assistemático e curativo.

Nessa direção, acredita-se que deva ocorrer o fortalecimento da rede de atendimento de modo articulado e que, no campo da saúde, a prática profissional possa merecer uma atenção mais apurada, de modo que ocorra a inclusão da violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher nos processos de trabalho da saúde, de maneira sistematizada, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada das gestantes que buscam o atendimento pré-natal. As gestantes acometidas pela violência física e psicológica, doméstica ou intrafamiliar sofreram danos físicos e encontraram-se fragilizadas e amedrontadas, apresentaram sentimentos de inferioridade, susceptíveis à depressão.

Destarte, dados estatísticos e estudos revelam a urgência de políticas públicas, especificamente no que se refere ao enfrentamento da amplitude da violência contra a mulher. O enfrentamento desse problema deve envolver todas as esferas governamentais e a sociedade civil organizada, as quais devem elaborar e implementar política pública pela eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, em contraposição às políticas que tendem somente o desenvolvimento de ações paliativas, focalizadas e de caráter assistemático, características marcantes e históricas das políticas públicas brasileiras. Ademais, a realização de uma política pública para as mulheres tem em vista contemplar os processos de monitoramento e a avaliação periódicos, a viabilização de ações de prevenção e segurança para as mulheres que sofrem violência.

Logo, reconhece-se que é preciso avançar na formulação e implementação de políticas para as mulheres, no processo de gestão das políticas públicas brasileiras. É necessário que sejam colocados em pauta, na agenda de discussão dos gestores, os objetivos, metas e as prioridades nos planos, programas e projetos a serem executados, tanto em nível federal, estadual e municipal.

O movimento de mulheres e feministas reclama por ações e, sobretudo, políticas públicas que atuem sobre as causas da desigualdade de gênero. Como os homens ainda dominam o espaço público, sem perder a dimensão e o controle do espaço doméstico, há necessidade de mudança para romper com o modo como as mulheres são condicionadas a um espaço social limitado, em que o homem é o ator central. E, nessa dimensão, entende-se que a violência contra a mulher caracteriza-se como ato de privação dos direitos individuais das mulheres, como pessoas e cidadãos.

Sem a pretensão de esgotar a análise deste tema, considera-se que é preciso avançar nas discussões sobre a violência contra as gestantes, uma vez que, embora exista um crescente interesse por pesquisas que possam subsidiar ações para o enfrentamento do problema, a questão, no Estado do Maranhão, ainda carece de estudo e intervenção no campo das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S. de. **Femicídio**: algemas (in)visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: REVINTER, 1998.

_____. **Violência de gênero**: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

_____. (Org.). **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro. 2007.

ÁREAltaqui Bacanga. Disponível em: <<http://pt.m.wikipedia.org/wiki/Itaqui-Bacanga>>. Acesso em: 10 nov. 2012

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISA, 2011. **Dados com base no levantamento socioeconômico 2009/ABEP**. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 25 fev. 2012.

ANDRADE, C.C.de. Nota Técnica. Juventude e trabalho: alguns aspectos do cenário brasileiro contemporâneo. In: _____. **Boletim Mercado de Trabalho**, Brasília, n. 37, nov. 2008, p. 25-32. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/09_juventude_e_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

AUDI, C.A.F. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, jan/fev. 2008. Disponível em: <www.drashirleydecampos.com.br>. Acesso em: 19 set. 2008.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Violência psicológica doméstica**: vozes da juventude. São Paulo: LACRI – Laboratórios de Estudos da Criança.PSA/IPUSP, 2001.

BARSTED, L.L. Gênero e desigualdade. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/doc/generoedesigualdades.pdf>>. Acesso em: 16. set. 2011.

BANDEIRA, I. THURLER, A.I. A Vulnerabilidade da mulher à violência doméstica: aspectos históricas e sociológicos. In: _____. **Violência Doméstica**: vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multiprofissional. Rio de Janeiro: Juris,2010.

BERGER, S. M. D, GIFFIN K, M. **Serviços de saúde e a violência na gravidez**: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. Interface, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0411.pdf> >. Acesso em: 4 dez. 2011.

_____. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 417-425, mar./abr.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/08.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BONFIM, E.G et al. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. v. 1, n. 14, p. 97-104, jan./mar. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a15.pdf>>. Acesso em: 12 Jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 11.340. **Maria da Penha**. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 19 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle das Doenças não Transmissíveis no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei. nº 8080. **Sistema Único de Saúde**. 1990. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/2617053/Lei-808090-diretrizes-do-SUS>>. Acesso em: 10 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Centro de Documentação. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de Atenção Básica, 8). Disponível em :<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: X nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 25 out. 2010

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Presidência das República, 2010.

_____. **Relatório Mulheres no Mundo 2010**. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/onu-divulga-relatorio-sobre-a-situacao-das-mulheres-no-mundo>. Acesso em: 25 out. 2010

_____. Presidência da República. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ministério da Saúde. DANTS. Vigilância em saúde. Nota Técnica. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v.2, n.19, p.173-176, abr./jun. 2010.

_____. Presidência da República. **Ampliação dos Recursos Orçamentários para 2011 dedicados à Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República ao Projeto de Lei Orçamentária nº 59/2010** – CN. Nota Técnica Nº 05 /2010 – SPM/PR. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Presidência da República. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. 2001. 96 p.: il. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 131. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf> . Acesso em: 10 Jan 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. Portaria nº 1.459 de 24.06.2011. Disponível em :<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

_____. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Meditações Pascalianas**, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001.

CARMO, P. C. C. S. MOURA, F.G.A. **Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo**. Fazendo Gênero. Diásporas, Diversidades,

Deslocamentos. 2010. Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656_ARQUIVO_VIOLENCIADOMESTICAADIFICILDECISAODEROMPEROUNAOCOMESSECICLO.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CAMARGO, Jr.K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO,K, MATTOS (Org). **Construção da Integralidade**: Cotidiano, saberes e práticas em saúde.Rio de Janeiro, UERJ, IMS:ABRASCO,2003.

CASIQUE, L.C; FUREGATO, A.R.Violência contra Mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-americana Enfermagem**, 2006. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>.Acessoem:22 jan. 2012.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Ficha do Estabelecimento de Saúde**: Unidade Mista Itaqui Bacanga. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov>>. Acesso em: 10 nov.2011.

COSTA. A. A. A. O Movimento feminista no Brasil: dinâmica de uma intervenção política. In: **Revista Gênero**.Rio de Janeiro,Niterói,v. 5, n. 2. p. 9-35, 2005

COSTA. A. M. **O PAISM**: Uma política de Assistência Integral a saúde daa ser resgatada. Pesquisa subsidiada para a comissão de cidadania e reprodução.[s/d], dez. 1992.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa.Brasília: CONASS Documenta, Brasil,n. 15, 2007.

COUTO T M, Lopes R L. **Ser mulher que vivenciou violência conjugal na gestação**.UERJ, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a10.pdf>>. Acesso em: 15dez. 2011.

COORDENADORIA da Mulher faz balanço da aplicação da Lei Maria da Penha em SãoLuís. **Jornal Pequeno**, São Luís . Disponível em: <<http://www.jornalpequeno.com.br/2011/8/5/coordenadoria-da-mulher-faz-balanco-da-aplicacao-da-lei-maria-da-penha-em-sao-luis>>.Acesso em: 22 ago. 2011.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 51-66.

CRUZ, D.M.C da, et al. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Revista Brasileira de Educação Especial**,Marília,v.13, n.1, p.131-146, jan./abr. 2007.

CORREA. O, B, R. **Transmissão psíquica entre as gerações**. São Paulo:Instituto de Psicologia. USP,2003.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

DIAS. A. C. G; LOPES, R.C.S.Representações de maternidade de mães jovens e suas mães.**Psicologia em Estudo**, Maringá,v. 8, n. esp., 2003, p. 63-73.

DURAND, et al. Vulnerabilidade á violência por parceiro íntimo na gestação: caminhos para seu enfrentamento. In: _____. **Violência Doméstica: vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multiprofissional**. Rio de Janeiro: Juris, 2010.

DURAND. J.G. **A transmissão psíquica do trauma contribuições para o estudo sobre violência familiar**. Disponível em. <C:\Documents and Settings\Glauce\Desktop\TRANSMISSÃO DA VIOLENCIA\ r_PalavraEscuta.mht>. 2007. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. **Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo**. 2005. Dissertação. [Mestrado]. Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, 2005.

EASTMAN. A. C; MALO, M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde.World Health Organization.Pan American Health Organization. **Ciência&SaúdeColetiva**, n. 11(Sup), p. 1179-1187, 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11s0/a08v11s0.pdf>>. Acesso em: 29mar. 2012.

FREITAS G.L et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica. Enfermagem**. v. 2, n.11, p. 424-8. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2012.

FARIA. J.T. **A Maternidade: A construção de um novo papel na vida da mulher**. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos3/maternidade-construcao-papel-vida-mulher/maternidade-construcao-papel-vida-mulher2.shtml>>.Acessoem: 12jan. 2012.

FARAH. M.F.S. **A mulher como sujeito da saúde**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FundaçãoGetulio Vargas. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>>.Acesso em: 12 fev. 2011.

_____. **Gênero e políticas públicas**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. São Paulo: **Revista Estudos Feministas**. 2004.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. **Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica**. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. Brasília:Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres,2006.

FONTENELE, C.V, TANAKA, A.C. **Maternidade, reprodução humana e gênero: um diálogo com Pierre Bourdieu**. Fazendo Gênero 8, Corpo, Violência e Poder. Florianópolis: USP, 2008.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel **Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GUARESCHI, N. et al. O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, mar./ag., 2007.

GADONI- COSTA, L.M. **Violência Doméstica: vitimização e enfrentamento**. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre: RS., 2010, p.103.

GARCIA, M.L.T, TESSARA. **Estratégias de Enfrentamento do Cotidiano Conjugal**. Psicologia: Reflexão e Crítica. São Paulo: USP, 2001, p. 635-642.

GOMES, I. C. Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. **Boletim de Psicologia**. São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, n. 123, p. 177-188, 2005

GROSSI, M P. **Identidade de gênero e sexualidade**. Disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/identidade_genero_revisado.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

GROSSI, P.K.; VINCENSI, J.G. Violência contra as mulheres na família: possíveis estratégias de ruptura. **V Mostra de Pesquisa da Pós- Graduação**. Rio Grande do Sul: Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social. PUCRS.

GUEDES et al. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 362 - 378, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a06.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA DE OPINIÃO PÚBLICA /INSTITUTO AVON. **Percepções e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher**. [São Paulo]: Instituto Avon, 2009.

LIMA, F. R. A renúncia da vítimas e os fatores de risco à violência doméstica: da construção à aplicação do Art. 16 da Lei Maria da Penha. In: _____. **Violência Doméstica: vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multiprofissional**. Rio de Janeiro: Juris, 2010.

MARTINS, M.C.F.N.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.44-57, set./dez. 2004.

MARANHÃO. Governo de Estado do Maranhão. **I Plano de Políticas para as mulheres**. São Luís: Secretaria de Estado da Mulher, 2008.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Mulher. **Combate a violência no Maranhão**. Disponível em: <<http://portalaz.com.br/noticias/maranhao/96151>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

MATTAR. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 9, n.29, p.470-477, 2007.

MEDEIROS. P.F de.; GUARESCHI.N.M F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. 2009.

MENDES, C. H. F. **Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina**. Tese de Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança. FIOCRUZ. 2005.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio v.25 n.5, jan./ jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100->. Acesso em: 12 jan. 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2007.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n. 19, p. 783-791, maio/jun., 2003.

_____. **O diálogo necessário entre a epidemiologia e as ciências sociais e humanas na promoção da saúde**. 2000, v.9, n.4, p. 227-228.

_____. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2005.

MINAYO MC; SANCHES. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 239-262, jul./set., 1993.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, 1998, p. 513-531.

MORAES, C, L. et al. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Revista Saúde Pública**. v.4, n. 44, p. 667-76, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/10.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012.

NOVAIS. D. **Lei Maria da Penha passa a valer mesmo sem denúncia da vítima**. Disponível em: http://camaraempauta.com.br/portal/artigo/ver/id/1830/nome/Lei_Maria_da_Penha_passa_a_valer_mesmo_sem/ADtima>. Acesso em: 10 fev. 2012.

NARVAZ ;KOLLER. **Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). v. 37, n. 1, p. 7-13, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1405/1105>>. Acesso em: 15 ez. 2012.

OLIVEIRA,E.M.; VIANNA,L. A.C. Violência Conjugal na Gravidez.**Revista Estudos Feministas**.ano 1, 1. sem. 1993.

OLIVEIRA, Fátima. Rede Cegonha.**Jornal O Tempo**. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/otempo/colunas/?ldColunaEdicao=14847>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

OLIVEIRA, Fátima. **A Rede Cegonha**. O Tempo. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/otempo/colunas/?ldColunaEdicao=14847,OTEha e a atenção integral à saúde da mulher>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estúdio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer**. Departamento Género y Salud de la Mujer. Ginebra. 2003 Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index1.html >. Acesso em: 1 ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. "Convenção de Belém do Pará", 1994. Disponível em http://www.oas.org/pt/centro_informacao/default.asp>. acesso em: 10 out. 2010.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferencias de las Naciones Unidas sobre la Mujer: Beijing 1995**. Disponível em: <http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/confmujer.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

OPAS. **World Report on Violence and Health**. 2002. Disponível em: www.opas.or.br>. Acesso em: 23 jul. 2010.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 25-32, 1998

PANDJIARJIAN, V. Os estereótipos de gênero nos processos judiciais e a violência contra a mulher na legislação. In: MORAES, Maria Lígia Quartim de; NAVES, Rubens (Org.). **Advocacia em defesa da mulher vítima de violência**. Campinas/São Paulo, UNICAMP/Imprensa Oficial, 2002, p. 75– 106.

PARENTE, E.O; NASCIMENTO, R. O; VIEIRA, J. E. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Revista Estudos Feministas**. v.17, n. 2, p. 445-465. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 maio 2011.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, v. 3, n. 13, p.391-400. Jul./set., 2004.

PESQUISA de opinião pública nacional por telefone. Brasília: Data Senado, 2011.

PESQUISA FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público**. Núcleo de Opinião Pública. São Paulo: [s/Ed], 2010

PORTO D. **O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

PINTO, M. G. C. S. M. G. **A (Des)Construção da Maternidade**. Uniplac/Unifra. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/posteres/GT23-2235--Int.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

QUEIROZ, Fernanda Marques. **Não se rima amor e dor: cenas cotidianas de violência contra a mulher**. Mossoró, RN: UERN, 2008.

RAMOS, S. **O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental**. Disponível em: <C:\Documents and Settings\Administrador\Desktop\artigo gestão\gestão e saúde da mulher.mht>. Acesso em: 12 fev. 2011.

RECHTMAN, M. PHEBO, L. **Pequena história da subordinação da mulher: as raízes da violência de Gênero**. S/D, on line. Acesso em 18 de jan, 2012.

RESENDE, M.M.; SACRAMENTO, L.T. **Violências: lembrando laguns conceito**. São Paulo: UESP, 2006.

RIBEIRO, M.R.C. **Violência contra gestantes: taxas, tipos, perpetradores e fatores associados**, em São Luís, no ano de 2010. 2011. 264 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2011.

ROCHA, L.M.L.N. **Casa-abrigo: no enfrentamento da violência de gênero.** Séries Tema, n. 6, São Paulo:Veras Editora, 2007.

_____. **Violência de gênero e políticas públicas no Brasil:** um estudo sobre as casas-abrigo para mulheres em situação de violência doméstica. 2005. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Curso de Pós-graduação em Políticas públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

_____. **Ministério Público. Orientações sobre acolhimento institucional.** 2009. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/orientacoes_sobre_acolhimento_institucional_-_mp-ro.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2012.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência.** 1.ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <<http://Cadernos Pagu - Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.mht>>. Acesso em: 23 maio 2011.

_____. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva.** 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n4/v13n4a08.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2010.

_____. **Violência de Gênero no Brasil Atual:** estudos feministas, v. 2 (Número Especial), v. 2 (Número Especial), 1994. Disponível em: <www.unb.br/his/gefem/labrys1_2heleieth1.html> . Acesso em: 5 ago. 2008.

SANTOS CM; IZUMINO WP. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil.** 2005. Disponível em: <www.nevusp.org/portuques>. Acesso em: 5 ago. 2010.

SANTOS, A.C.W. MORÉ, C.I.O.O. **Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento.** Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em: 4 Maio 2012.

SÃO PAULO. **Guia de para o Atendimento à mulheres em situação de violência nos centros de Referência de atendimento à Mulher e nos centros de Cidadania da Mulher.** 2009. Disponível em: <http://telecentros.sp.gov.br/img/arquivos/Guia_de_Procedimentos_web.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2012.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. **Guia de procedimentos de atendimento à mulher vítima de violência.** São Paulo: Editor, 2009.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, [São Paulo], v.5, n.8, p.47-60, 2001a.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as Ciências Sociais. In: **Cadernos Pagu**, n.16, p. 137-150, 2001b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SCARANTO, C A A. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra a mulher em Chapecó-SC [Perception of the Communitarian Agent of Health about domestic violence against the woman in Chapecó-SC, Brazil]**. Joaçaba, 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade do Oeste de Santa Catarina-UNOESC. Disponível em: <pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414>. Acesso em: 27 ago. 2008.

SCHRAIBER, L. et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. Interface, v.7, n.12, p.41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a03.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

SCHRAIBER L B.; D'OLIVEIRA. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**.2007. Disponível em: <www.interface.org.br/revista5/ensaio1.pdf>. Acesso em: 24 jul.2010.

SCHRAIBER LB ,DURAND, J G. **Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/02.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2010.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: _____. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, 16, jul./dez. 1990, p. 5-22. (mimeo)

SÃO LUÍS. SEMUS. Site Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:<<http://www.saoluis.ma.gov.br/semus/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SERRA, J.N. Violência simbólica contra idosos. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – UFMA, 2010.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 187-192. p. 2000

SILVA, E.E.D. **Um estudo de gênero e identidade nas ciências sociais e jurídicas**.Disponível em:<<http://www.revistaacademia.ccjs.ufcg.edu.br/anais/artigo3.swf>>. Acesso em: 20 maio 2011.

SILVA, L. L. da; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. de. Violência silenciosa : violência psicológica como condição da violência física doméstica . **Interface**, Botucatu. v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SILVEIRA, L.P. **Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência.**

Disponível em http://www.mpdf.gov.br/pdf/unidades/nucleos/pro_mulher/.

Acesso em: 12 fev. 2012.

SILVA, M.A., et al. **Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de**

violência. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 1, p. 121-127, jan./mar.

2009. Acesso em 14 de Dez, 2011

SOUSA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

TABORDA, J.C. **Breves considerações sobre o patriarcado.** Disponível em:

<http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_31689/artigo_sobre_breves_consideracoes_sobre_o_patriarcado>. Acesso em: 12 mar. 2011.

TAVARES, D. M. C. **Violência doméstica:** uma questão de saúde pública.

2000. Dissertação [Mestrado]. Universidade São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2000.

TEIXEIRA, D.V. Desigualdade de gênero: sobre garantias e responsabilidades

sociais de homens e mulheres. **Revista Direito GV**, São Paulo. p. 253-274.

Jan./jun.2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. Tipos de estudo. In: _____. **Introdução à pesquisa**

em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 109-115.

UNIDADE Mista da área Itaqui Bacanga terá capacidade ampliada na urgência e emergência. **Jornal Pequeno**, São Luís. Disponível

em: <<http://www.jornalpequeno.com.br/2011/1/9/unidade-mista-da-area-itaqui-bacanga-tera-capacidade-ampliada-na-urgencia-e-emergencia>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women: a priority health issue. 1997. Available from: URL: Disponível em:

<http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm>. Acesso em: 12 out. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES: percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA.

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA GESTANTES:** percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA, que tem como objetivo analisar a ocorrência de violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica contra gestantes em acompanhamento pré-natal, usuárias do serviço do ambulatório de obstetrícia e ginecologia, atendidas na Unidade Mista do Itaqui-Bacanga, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís – MA, no período de março a novembro de 2011.

Você poderá contar com a assistência do pesquisador, se necessário e, caso alguma pergunta lhe cause desconforto ou constrangimento, é livre para não responder e terá o direito de abandonar sua participação neste estudo, quando quiser, retirando seu consentimento, sem nenhum prejuízo de seu acompanhamento na Unidade Mista do Itaqui-Bacanga e não pagará nada em nenhum momento.

Os resultados da pesquisa serão publicados, porém será garantido sigilo quanto a sua identificação, bem como as informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto e publicados na dissertação de mestrado/Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP/UFMA, respeitando a confidencialidade e o anonimato das informações. Caso aceite participar do estudo, receberá uma cópia deste termo que está em duas vias iguais e assinadas pelo pesquisador responsável, que rubricará todas as folhas, exceto a última folha que você deverá assinar.

Com a sua participação nesta pesquisa, você estará contribuindo para melhorar a qualidade de vida das mulheres de modo geral, prevenir a violência contra gestantes, em acompanhamento pré-natal, bem como para a efetivação de políticas públicas de saúde eficazes para essa população.

Em caso de dúvida, queixa ou denúncia, você poderá entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário, cujo endereço é Rua Barão de Itapary, 227, Centro, São Luís-MA, telefone 2109-1250, ou com a pesquisadora responsável telefone: **(98) 3301 8665 / 8666**

Eu, _____, finalmente tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado quanto a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e, para isso, eu dou o meu consentimento sem que tenha sido forçado ou obrigado, podendo ligar para o pesquisador responsável ou para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - MA.

Endereço para contatos:

Lourdes Maria Leitão Nunes Rocha

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Av. dos Portugueses s/n Campus do Bacanga - CEP 65085-580 São Luís, MA

Fone: (98) 3301 8665 / 8666

EMAIL: polipub@ufma.br

São Luís, _____/_____/_____

Assinatura do sujeito participante – entrevistada

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Hora da Entrevista: ____:____ **Data:** ____/____/____

1. Dados de Identificação – Socioeconômico

b) Idade: _____

c) **Seu estado civil?** Casada(.....) Solteira (.....) União Estável (.....)
Separada judicialmente(.....) Separada (....) Viúva(.....)**Há quanto tempo?**

d) **Onde você Nasceu?**

Cidade _____ UF: _____ Zona:(.....) Urbana (.....)Rural:

f) **Onde você reside atualmente?**

Bairro: _____ cidade: _____ Estado _____

Zona:(.....) Urbana (.....)Rural

g)**Há quanto tempo você reside neste local?** _____ anos/meses

h) **Até que série e ano você estudou?**

Fundamental:(....) Completo (....) Incompleto

Médio: (....) Completo (....) Incompleto

Superior:(....) Completo (....) Incompleto

l)**Qual a sua ocupação?**

(....) do lar/ dona de casa (....) empregada doméstica

(.....) estudante (....) Trabalhadora de empresa/formal

(....) trabalhadora autônoma (.....) tabalhadora esporádica

(.....)desempregada (.....) funcionária pública (....) Outros

j) **Qual a cor da sua pele/etnia?**

Branca (....) Parda (....) Negra (.....) indígena(...) Outras (...)

l) **Qual religião você pratica?**

(.....) Católica(.....) Evangélica (....) Espírita (....) umbandista (....).Candomblé

(....) Outras (.....)Não pratica

m) **Com relação a onde você mora:**

(...) casa(...) apartamento (.....) quarto (.....) cortiço (....) barraco

n) **Você considera o local onde você mora:**

(...) bairro (....) favela (.....) conjunto habitacional (...) casa polpular (.....) outros

o) **Em que tipo de casa você mora?**

(...) alvenaria (...) taipa (.....) papelão(...) madeira

p) O local onde você mora é:

(.....) próprio (...) alugado (.....) cedido (...) ocupado (...) instituição (.....) mora no emprego
(....) outros

2. Quanto ao parceiro íntimo atual

a) Você está?

(...) Vivendo com o companheiro. Há quanto tempo? _____
(....) tem um parceiro/namorado/mantendo relação sexual, mas não vive junto. Há quanto tempo? _____
(....) tem um parceiro/namorado, sem relação sexual. Há quanto tempo? _____
(....) Não está casada, não está vivendo com alguém e nem mamorando. Há quanto tempo? _____

b) Qual a idade de seu companheiro? _____ anos.

c). Até que série ou ano ele estudou?

Fundamental:(....) Completo (....) Incompleto

Médio: (....) Completo (....) Incompleto

Superior:(....) Completo (....) Incompleto

Não sabe (....)

d). Qual a ocupação de seu companheiro?

(....) Doméstico (cozinheiro, copeiro, jardineiro, etc)

(....) estudante (....) Trabalhador de empresa/formal

(....) trabalhador autônomo (.....) trabalhador esporádico

(.....)desempregado (.....) funcionário público (....) Outros (...) Não sabe

3. Em relação à classificação- classe econômica

a) Quem é o chefe da família ou quem sustenta a casa?

(....) Você? () Outra pessoa? Quem? _____

:

b) Qual a escolaridade do chefe da família?

Analfabeto/ Até 3ª série do ensino Fundamental/ Até 3º Série do 1º Grau	O pontos
4ª Série do Ensino Fundamental/ Até a 4ª Série/1º Grau	1 ponto
Ensino Fundamental Incompleto/ 1º Grau Completo/	2 pontos
Ensino Médio Completo/ 2º Grau Completo	4 pontos
Superior Completo	8 pontos

c) Na sua casa tem:

Posse de itens	Tem (Quantidade)				
	Não Tem	1	2	3	4
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	5	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocasse/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer independente	0	2	2	2	2

Classificação socioeconômica: Cálculo (b+c)

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

4. Em relação ao número de filhos:

- a) Quantas vezes você engravidou? _____
 b) Como foi ou foram a(s) sua(s) gestação (ões)? (Pré –natal, acompanhamento familiar ou do marido, etc)

Objetivo 1:

Analisar a interpretação das gestantes sobre violência, violência contra a mulher, a violência doméstica e intrafamiliar, física e psicológica;

- a) O que você entende por violência?
 b) O que significa para você o termo violência contra a mulher?
 c) Paravocê, quando a mulher sofre violência?
 d) Em qual local ou lugar você acha que pode ocorrer esse tipo de violência? (Referência a violência doméstica e intrafamiliar)

Objetivo 2.**5. Analisar as repercussões da violência física e psicológica na vida das gestantes;**

reagia?

d) Atualmente ocorre alguma violência na sua família? (....) Sim (.....) Não.

e) Quem pratica? Só entre parentes? Que tipo de violência acontece?

f) Atualmente, você vem sofrendo violência física ou psicológica? Por alguém?

g) Isto ocorreu em uma gravidez, ou em mais de uma vez?

h) Se a violência foi realizada pelo seu marido ou companheiro, você já saiu da sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência?

(...) sim (.....) Não. Em que situação isso aconteceu? (descreva para onde foi, quanto tempo ficou fora de casa, por que voltou para o companheiro e quais as razões)

5.1 violência física

a) Em quais ocasiões você foi agredida fisicamente?

b) Vou listar algumas situações: sem motivos, quando bêbado, problemas com dinheiro, dificuldades no trabalho, quando desempregado, falta de comida em casa, problemas familiares, gravidez

c) Você acha que isso é ou foi violência física?

d) Em algum momento você percebeu que as brigas podiam chegar a uma agressão?

e) Gostaria de saber mais sobre as lesões que você sofreu em decorrência da violência. (Perceber essas agressões: empurrar, bater, atirar objetos, sacudir, esbofetear, chutar, cuspir, morder, espacar com as mãos, utensílios ou objetos, estrangular, esmagar contra a parede; imobilizar; sequestrar; amarrar; queimar; eletrocutar; rasgar as roupas; jogar ácido, óleo ou água fervente; usar ou ameaçar com arma branca ou de fogo).

f) Sua família tem conhecimento das agressões? Como reage?

g) E a família dele, como se posiciona?

h) Existem ou existiram motivos para que ocorra ou ocorressem a violência física na sua gestação? (descrever se situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez)

i) Alguma pessoa estava presente no momento da agressão? E o que ela fez?

5.2 Violência Psicológica

a) Atualmente, quais as situações e o tratamento recebido por você na sua gravidez?

b) Houve insultos, foi humilhada, fizeram alguma coisa para assustá-la ou intimidá-la de propósito, ameaçou machucá-la ou aconteceu alguma situação que fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? Descreva, como foi, por favor.

c) Você acha que isso é ou foi violência psicológica?

5.3 Quanto à maternidade, violência gestação

a) Como você acha que a violência está afetando a sua saúde física e/ou psicológica na gravidez?

b) Qual a sua opinião sobre o que seria uma boa gravidez?

c) Para você, o que significa maternidade?

d) Quais os seus sentimentos em relação à violência física e psicológica na gestação? Por que ocorre?

6. Identificar as estratégias de enfrentamento construídas pelas gestantes

a) O que você faz para não acontecer mais a violência com você?

b) O que deve acontecer para que não ocorra mais a violência contra a mulher?

c) Com quem você conversou sobre a violência física e psicológica sofrida? Alguém já tentou ajudá-la?

d)O que a levou a buscar ajuda?

e)Você solicitou apoio de alguma pessoa ou instituição de atendimento? Como aconteceu a ajuda?

f)Voce considera que sofreu violência na vida?

ANEXOS

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIR. ADJ. DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL		Nº. do Parecer: 304/11 Registro do CEP: 151/11 Nº do Protocolo: 04839/2011-80 Parecer: APROVADO	
Mestrado - Políticas Públicas (UFMA)			

I - Identificação:

Título do projeto: Análise da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga em São Luís – MA: percepções, repercussões e as estratégias de enfrentamento construídas		
Identificação do Pesquisador Responsável: Profª. Dra. Lourdes Maria Leitão Nunes Rocha		
Identificação da Equipe executora: Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho		
Instituição onde será realizado: Unidade Mista do Itaqui Bacanga -São Luís/MA		
Área temática: III	Multicêntrico: não	Data de recebimento: 16/11/2011
Cooperação estrangeira: não	Patrocinador: não	Data de devolução: 18/11/2010

II – Objetivo:
Geral:

- Analisar a ocorrência de violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes em acompanhamento pré-natal, usuárias do serviço do ambulatório de obstetria e ginecologia atendidas na Unidade Mista do Itaqui Bacanga vinculada a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís – MA, no período de 2011.

Específicos:

- Analisar a interpretação das gestantes sobre a violência física e psicológica doméstica e intrafamiliar na gestação.
- Analisar as repercussões da violência física e psicológica na vida das gestantes.
- Identificar as estratégias de enfrentamento construídas pelas gestantes.

III - Sumário do projeto:

As mulheres ainda são submetidas a diversas formas de violência, dentre as quais: física, sexual, psicológica, econômica, e outras que ocorrem dentro e fora de suas casas. Estatísticas revelam que ainda é premente o número de mulheres vítimas de violência em diferentes formas e modalidades no mundo e no Brasil.

No Brasil, os resultados da pesquisa realizada pelo IBOPE e Instituto Avon apontaram que entre os anos de 2006 e 2009 aumentou de 51% para 55% o número de entrevistados entre homens e mulheres, que declararam conhecer ao menos uma mulher que já sofreu ou sofre agressões de seu parceiro íntimo ou ex-parceiro.

No Maranhão a realidade da violência contra a mulher não é diferente do que é apresentado na esfera nacional. Conforme demonstram os dados do Projeto "O Maranhão no Enfrentamento à Violência Contra a Mulher" (2008), elaborado pela Secretaria de Estado da Mulher, a população feminina convive com a insegurança doméstica, permanecendo em constante estado de alerta. Os dados revelaram que, se os homens cometem e sofrem violências no "espaço público", o "espaço privado" é, para mulheres e meninas, um lugar extremamente violento.

Isto posto, o setor da saúde ao se aproximar do tema da violência não deve tomá-lo como um objeto próprio, mas considerá-lo dentro do conceito ampliado de saúde, no qual, a violência contra a mulher, fundamentada no gênero, deve ser incluída. A ampliação do conceito de saúde vai além do diagnóstico e tratamento das lesões físicas e emocionais e extrapola as ações exclusivas da atenção assistencial.

De acordo com o Manual Pré-Natal e Puerpério, elaborado pelo Ministério da Saúde (2006, p. 134), em se tratando dos impactos da violência na saúde da gestante, o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher. A violência traz conseqüências que podem comprometer a gestação e o desenvolvimento do recém-nascido, sendo mais comum na vida da gestante do que, "a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia". (BRASIL/MS, 2006)

A violência na gestação, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, gera problemas significativos para a saúde tanto da mãe, quanto para o seu filho, como tal: baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuro e até mortes maternas e fetais, conforme estudos revelados pela OMS no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde. (MEDINA e PENNA, 2008, p.796)

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
 Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão
 Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

Diante da complexidade do fenômeno da violência contra a gestante, o objetivo central da presente pesquisa é analisar a violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes em acompanhamento pré-natal, usuárias do Serviço do Ambulatório de obstetria e ginecologia, da Unidade Mista do Itaqui-Bacanga, vinculada a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luís – MA.

IV - Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares:

O protocolo de pesquisa possui a seguinte estrutura: Folha de Rosto, Folhas de identificação, Sumário, Introdução, Fundamentação Teórica, Objetivos, Justificativas, Metodologia, Orçamento, Cronograma, Referência Bibliográficas, Currículo Lattes e TCLE. Portanto, em conformidade com o estabelecido na Res. 196/96 CNS/MS.

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 18 de novembro de 2011


Profª Drª Dorlene Mª Cardoso de Aquino
Coordenadora do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão.
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

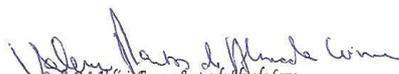
São Luís, 23 de setembro de 2011.

Senhor Superintendente,

Vimos apresentar Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. A referida pesquisadora fará Pesquisa Documental e de Campo com vistas à elaboração de sua Dissertação em Políticas Públicas, com o título: **“Análise da Violência Doméstica e Intrafamiliar física e Psicológica contra Gestantes atendidas na Unidade Mista Itaqui-Bacanga em São Luís-MA: percepções, repercussões e as estratégias de enfrentamento constituídas”**.

Sendo assim, solicitamos que, na medida do possível, lhe seja franqueado o acesso aos dados desta Instituição, necessários ao desenvolvimento de sua Pesquisa, assumindo o compromisso de que a dissertação concluída ficará à disposição de todos os interessados.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Valéria Ferreira Santos de Almada Lima
 Vice-Coordenadora do Programa de Pós
 Graduação em Políticas Públicas-UFMA
 Mat. UFMA - 056235
 Mat. SIAPE - 407146

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Superintendência de Educação e Saúde
 Coordenação de Estudos, Pesquisas e Extensão

 Antonio de Souza Azevedo Neto
AUTORIZADO em 30/09/11

Ilmo. Sr.
 Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco
 Superintendente de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São
 Luís/MA

A Universidade que cresce com
 inovação e inclusão social"

Campus Universitário do Bacanga – Prédio Marechal Castelo Branco
 - Av. dos Portugueses, s/n - São Luís-MA - CEP: 65085-580 -
 Fone(98) 301-8666- 33018665 Fax (98) 3301-8664 - Site: www.ufma.br -
 E-mail: pgpp@ufma.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E
ASSISTÊNCIA SOCIAL/INAMPS

Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher

FICHA PERINATAL

Nº Matrícula _____

NOME _____	IDADE _____
ENDEREÇO _____	ESTADO CIVIL _____
ESCOLARIDADE _____	UNIDADE DE SAÚDE _____
INSTITUIÇÃO _____	DATA ____/____/____

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICO
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
Tuberculose <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Partos: Vaginais _____ Cesáreas _____ Domiciliares _____
Malformações Congênitas <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	Natimortos: _____ Nº de filhos vivos _____
Gemelar <input type="checkbox"/>	Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/>	Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____
Diabete <input type="checkbox"/>	Infertilidade <input type="checkbox"/>	RN Peso (+ 4000g) _____ RN Peso (-2500g) _____
Outros <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
	Outros <input type="checkbox"/>	Intercorrências em gestações anteriores: _____

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO:
Última menstruação ____/____/____	Doses prévias 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data do parto: ____/____/____	Últ. dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Ate 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dúvidas? Quais? _____	Vacinações previstas: _____ realizadas: _____	Mais 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Início da mov. fetal: ____/____/____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁLCOOL: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Obs: _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Frequência: _____
		ÁGUA ENCANADA
		EM CASA Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO			
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Infecção urinária <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Atend. pré-natal de alto risco <input type="checkbox"/>
Toxemia <input type="checkbox"/>	Outras infecções <input type="checkbox"/>	Trab. parto prematuro <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Rotura de membranas <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
Sífilis <input type="checkbox"/>	Isoimunização <input type="checkbox"/>	Virose <input type="checkbox"/>	
Desnutrição <input type="checkbox"/>	Retardo cresc. fetal <input type="checkbox"/>	Parasitose <input type="checkbox"/>	

Ex. físico: Normal Sim Não Obs. _____ Estatura _____ cm

CONTROLE PRÉ-NATAL

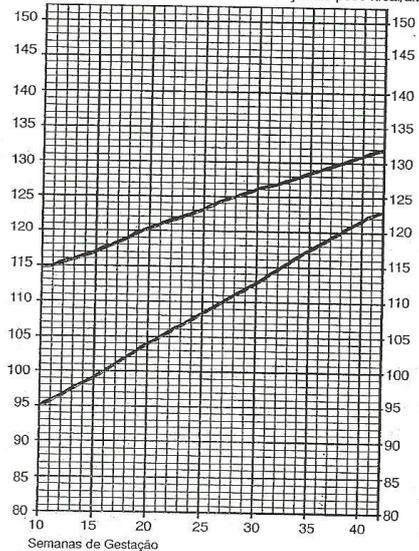
Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apresen- tação	INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES

EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Datas/Resultados	Exame	Datas/Resultados
Tipo Sang.			
Hemoglobina			
V D R L			
Urina I			
Cit. oncótica			

CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL

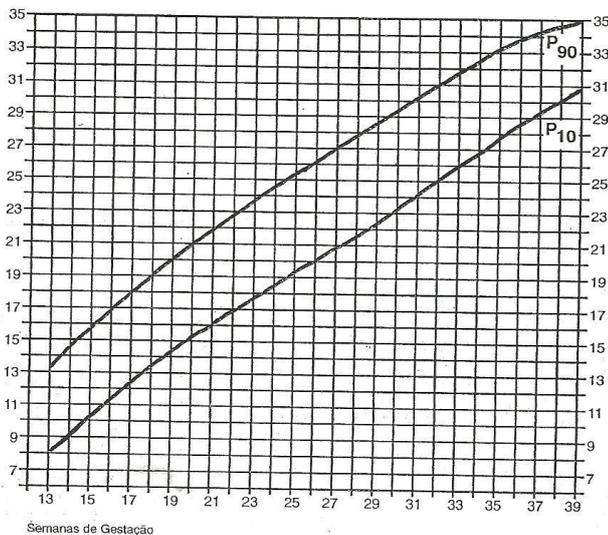
% Percentagem do peso materno em relação ao peso ideal/altura)



A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL

cm (Altura uterina)



Diagnósticos e observações:

PARTO		Data: ____/____/____		Local: _____		Data de Alta ____/____/____	
Espontâneo	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	Intercorrências: _____			
Episiotomia	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>	_____			
Fórceps	<input type="checkbox"/>	Indicação	_____	_____			
RECÉM-NASCIDO							
Vivo	<input type="checkbox"/>	Morto	<input type="checkbox"/>	Sexo: _____	Peso ao nascer _____ g	comprimento _____ cm	
Patologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Apgar 1' _____ 5' _____	Pré-termo _____ sem	Termo _____ sem	Pós termo _____ sem	
Malformações	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Amamentação: _____	Data e peso na alta: _____			
Especificar: _____				Condições de alta _____			
PUERPÉRIO NA MATERNIDADE:							
Hemorragia		<input type="checkbox"/>	Infecção		<input type="checkbox"/>	Mamas _____	
Outros: _____				Data de Alta ____/____/____			
CONSULTA DE PUERPÉRIO:							
Data ____/____/____		Queixas _____					
PA _____	Mucosas _____	Mamas _____	Abdome _____	Perineo _____			
Toque Vaginal _____		Colo Uterino _____					
Ex. A Fresco/Cit. Oncótica _____							
Orientações - Tratamentos - Ex. Laboratoriais - Anticoncepção _____							

