

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, SAÚDE MENTAL E COLETIVA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE**

**Violência doméstica na Atenção Primária à Saúde: percepções de mulheres do campo  
sobre a construção de uma rede de apoio**

Ana Clara Arantes Gonçalves

**Ouro Preto, MG**

**2022**

Ana Clara Arantes Gonçalves

**Violência doméstica na Atenção Primária à Saúde: percepções de mulheres do campo sobre a construção de uma rede de apoio**

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade.

Área de concentração: Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Orientadora: Gabriela Gouveia Calil

Ouro Preto, MG

2022

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

G635v Goncalves, Ana Clara Arantes.

Violência doméstica na atenção primária à saúde [manuscrito]:  
percepções de mulheres do campo sobre a construção de uma rede de  
apoio. / Ana Clara Arantes Goncalves. - 2022.  
37 f.: il.: tab..

Orientadora: Esp. Gabriela Gouveia Calil.  
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro  
Preto. Escola de Medicina.

1. Violência doméstica. 2. Saúde da mulher. 3. Saúde da população  
rural. 4. Atenção primária à saúde. I. Calil, Gabriela Gouveia. II.  
Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
REITORIA  
ESCOLA DE MEDICINA  
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM  
RESIDENCIA MEDICA



**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Ana Clara Arantes**

**Violência doméstica na Atenção Primária à Saúde: percepções de mulheres do campo sobre a construção de uma rede de apoio.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2022.

**Membros da banca**

Especialista - Gabriela Gouveia Calil - Orientadora - Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto  
Psicóloga - Gilmar de Fátima Cardoso - Clínica Ânima - Ouro Preto  
Especialista - Mayara Floss - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Gabriela Gouveia Calil, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 16 de fevereiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valdares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 09/03/2022, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0289143** e o código CRC **3BA805AA**.

Dedico esse trabalho às mulheres das comunidades de Amarantina, Maracujá e Coelhos.

## AGRADECIMENTOS

A Alessandra, Aline, Ana Maria, Ariana, Cida, Eliana, Erça, Giselle, Leila, Livia, Margareth, Nelmar (*in memoriam*), Rosi, Simone, Rodrigo e Francisco, das UBS Amarantina, Maracujá e Coelhos, pela colaboração durante a coleta de dados, sem a qual esse trabalho não teria sido possível.

Ao Fábio, meu preceptor, cuja sensibilidade foi determinante para a escolha do tema deste trabalho.

À Gabriela Calil, minha orientadora, por possuir um olhar diferenciado sobre todas as coisas e pela confiança depositada em todas as etapas desse processo.

À Nayra, pelas dúvidas sanadas, pelo apoio através de conselhos cuidadosos e por ser um modelo de Médica de Família para mim.

Às pacientes, porque aprendi com elas quando confiaram a mim parte de seus cuidados em saúde e de suas histórias tão difíceis.

Aos meus pais e irmãos, pela compreensão com minhas ausências, por serem minha inspiração e meus principais incentivadores. Em especial à minha irmã, Maria Eugênia, meu primeiro exemplo de professora na vida, que encarou comigo desde o treinamento para as entrevistas até a revisão final do trabalho.

Aos amigos que, mesmo à distância, impulsionaram o trabalho árduo com interesse, afeto e apoio sempre que puderam, em especial Eduarda, Natani, Letícia, Maria Tereza, Anna Luísa, Isabella e Flávia.

## RESUMO

O presente estudo se trata de uma pesquisa de método clínico-qualitativo, transversal e exploratório, realizada com a finalidade de conhecer as percepções de mulheres do campo sobre a rede de apoio que constroem a partir de uma situação de violência doméstica, bem como impacto que viver em zona rural pode ter sobre esse processo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, com o objetivo de compreender a situação de violência vivida; a percepção de violência por parte das entrevistadas; a busca pela rede de apoio; o papel da Unidade Básica de saúde na rede de apoio e, por fim, o impacto da moradia em zona rural sobre a busca por ajuda. Foram entrevistadas cinco mulheres em situação de violência, moradoras da zona rural de Ouro Preto - MG, que relataram em consulta médica, no período de março a junho de 2021, estarem sofrendo violência por parte do cônjuge. Todos os tipos de violência doméstica foram relatados, e a maioria das entrevistadas percebe violência doméstica principalmente como agressão física. A busca por ajuda teve início com familiares e amigos, e apenas posteriormente se acionou a polícia e outros serviços públicos. A Unidade Básica de Saúde foi descrita como um ponto da rede de apoio que oferece sigilo, acolhimento e orientações. As entrevistadas relataram receio de buscar ajuda em outros locais por medo de sofrerem ameaças do agressor, de desestabilizarem a estrutura familiar ou de não terem suporte para sair da relação. Ainda, a maioria delas pouco conhece quais são os serviços públicos de defesa da mulher.

Descritores: Violência Doméstica; Saúde da Mulher; Saúde da População Rural; Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

This study is a clinical and qualitative research, which aims to understand the building of a support network from women surviving violence in a rural context in Primary Care. Data were obtained through semi-structured questionnaires, aiming to comprehend the episode of violence; perception of violence from these women; the search for a support network; Primary Care Facilities' role and, ultimately, the impact of living in a rural area in the search for help. Altogether, five women were interviewed. They lived in a rural community at Ouro Preto - Minas Gerais and told at a medical appointment between March and June, 2021, they were surviving domestic violence from their intimate partners. It was possible to observe that all types of domestic violence were reported, and that most of these women related intimate partner violence to physical aggression. The search for help has started inside family or with friends, evolving to calling the police and other public services for women's defense. Primary Care Facility was taken as a safe and inviting place, as well as a place to give information, in the support network. The participants reported apprehensiveness when asking for help in other locations because they feared to be threatened or to harm their family structure. Most of them know only a few about what public facilities are available for the defense of women.

Key words: Domestic Violence; Women's health; Rural Health; Primary Health Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
2.1 Objetivos	15
2.2 Objetivo Geral	15
2.3 Objetivos específicos	15
3 METODOLOGIA	16
3.1 Sujeitos da Pesquisa, critérios de Inclusão e Exclusão	16
3.2 Análise dos Dados	16
3.3 Aspectos Éticos	17
4 RESULTADOS	20
4.1 O episódio, o conceito de violência e as principais dificuldades para sair desse cenário	20
4.2 Acionando a rede de apoio e seus desdobramentos	23
4.3 Acionando a rede com a Unidade Básica de Saúde como rede de apoio e compreendendo seu papel no cuidado à mulher vítima de violência	26
4.4 Relação da vivência de violência doméstica com a rede de apoio à mulher na zona rural	28
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	34
7 REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas semiestruturadas	37

## 1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica é definida, no artigo 5º da Lei 11.340/2006, como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. É classificada em cinco tipos, de acordo com a Lei Maria da Penha, sendo eles a violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. De acordo com o Instituto Maria da Penha, esses tipos de violência não ocorrem de forma isolada um do outro. A percepção da maioria das mulheres, em se tratando do tema, é que a violência se expressa primeiramente através da agressão física. Em seguida, pelas violências moral e psicológica (DATASENADO, 2022).

Está assegurada pelo Estado, através do § 8º do artigo 226 da Constituição federal, a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica (BRASIL, 1988). Houve avanço desses mecanismos nos últimos anos, especialmente após a sanção da Lei Maria da Penha, com fortalecimento de medidas de prevenção, assistência, combate e enfrentamento (BRASIL, 2006). Apesar disso, o enfrentamento ainda se trata de uma tarefa complexa, dado o caráter multidimensional da violência contra as mulheres, que perpassa o âmbito da saúde, da educação e da segurança pública, por exemplo (BRASIL, 2011). Nesse sentido, hoje existem órgãos especializados para assistência, como as delegacias da mulher, os Centros de Referência Especializada da Assistência Social e as Unidades Básicas de Saúde, além de estratégias de educação em saúde e dos movimentos sociais. A articulação desses recursos configura, em grande parte, a rede de apoio da mulher no enfrentamento à violência.

Apesar do que já se conquistou através da luta das mulheres (ONU, 2011), ainda é significativa a incidência de violência doméstica no Brasil. De acordo com o Painel de Violência Contra Mulheres de 2019, os altos índices de agressão e até de feminicídio, ainda, contrastam com um número baixo de notificações e de boletins de ocorrência registrados.

Os casos de violência contra a mulher costumam ter um fator perpetuador em comum. As relações dessas mulheres com o cônjuge assumem um caráter cíclico que foi observado por \_\_\_\_\_. O ciclo da violência no casal caracteriza-se por três fases. A primeira, é a de tensão, em que incidentes de violência brandos e contínuos acontecem entre o homem e a mulher. É seguida pelo incidente de violência propriamente dito, uma fase mais breve e o momento em que a tensão acumulada na fase um é extravasada em forma de um incidente de violência mais grave, no qual parece não haver controle das emoções de ambas as partes. A fase três, por fim, é a fase do apaziguamento, em que o agressor percebe o que fez e assume comportamento mais calmo, pacífico e carinhoso, com a finalidade de fazer as pazes. A mulher, nessa última fase, passa a

acreditar que não sofrerá mais violência. Conforme o ciclo se repete, a relação entre os dois se torna mais próxima e interdependente, tornando cada vez mais difícil a separação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2002).

A violência, no entanto, não afeta as mulheres de forma homogênea. Aspectos raciais, territoriais e de classe interferem na incidência desses casos (INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2017; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). De acordo com o Data Senado, a violência ainda é majoritariamente praticada contra as mulheres negras, que são também as que mais sofrem agressão física, quando comparadas às mulheres brancas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). Somado a isso, daquelas que declararam ter sofrido violência, a maioria não era empregada e tinha renda média de até dois salários mínimos por mês (INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2017). Essas particularidades podem tornar ainda mais complexa a construção de uma rede de cuidados adequada.

A territorialidade, nesse contexto, é mais uma dessas particularidades. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta,

as populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA, 2013, p. 22).

As mulheres do campo e da floresta que estão em situação de violência, nesse sentido, são fortemente marcadas pela territorialidade e, conseqüentemente, têm barreiras culturais e geográficas importantes para o enfrentamento da violência (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011). Muitas vezes, estão isoladas também emocionalmente por estarem em ambiente que naturaliza essa forma de agressão, bem como deparam-se com equipes de saúde pouco qualificadas para realizar escuta e acolhimento quando necessário (MARTINS et. al, 2016). Existem poucos estudos voltados para essa população, o que limita ainda mais as medidas de combate à violência nas comunidades rurais (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).

A população do campo, por possuir uma dinâmica própria em suas relações interpessoais, de trabalho e em relação aos determinantes de saúde, precisa também de políticas de saúde que sejam específicas para suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Considerando a vulnerabilidade que usualmente se encontra nessas comunidades, é fundamental que exista acesso ao sistema público de saúde. A assistência a essa população passa, necessariamente, pelas políticas do SUS, que devem prezar pela assistência à saúde contínua, integral e de qualidade em qualquer nível de atenção.

A Atenção Primária à Saúde, configura-se como local privilegiado na assistência a mulheres na zona rural, principalmente porque é o único nível de atenção que permite a construção de uma relação ao longo do tempo, em que um segundo encontro com o paciente é sempre possível (LOPES; DIAS, 2019). Essa possibilidade de uma segunda chance na relação é uma característica da APS, não acontecendo em outros níveis do sistema de saúde. O Médico de Família e Comunidade, que atua nas Unidades Básicas de Saúde, reforça esse vínculo através de ferramentas próprias da especialidade. Uma dessas ferramentas é o Método clínico centrado na pessoa, técnica que busca apreender, da melhor maneira possível, a experiência da pessoa com o adoecer. Paralelamente, a mesma técnica pode apreender a experiência da mulher com a situação de violência. Assim, o profissional da saúde está aberto a lidar com os diferentes sentimentos que podem emergir no encontro clínico, bem como com os determinantes de saúde que atuam sobre aquela paciente (LOPES; DIAS, 2019).

A equipe multidisciplinar que atua nas Unidades Básicas de Saúde desempenha diferentes papéis, seja estabelecendo vínculo; seja fornecendo a privacidade necessária em consulta médica ou de enfermagem, ou mesmo promovendo grupos de mulheres para empoderamento feminino (COSTA; LOPES, 2012). Apesar disso, de acordo com Martins *et. al.*, a minoria dos profissionais atuantes nessas unidades é capacitada para realizar o acolhimento dessas pacientes. Devido à falta de qualificação, muitos deles podem ser tomados pela sensação de impotência, e outros acabam por priorizar os aspectos biológicos do processo saúde doença em detrimento de outras questões.

Fazer pesquisa com mulheres que sofreram ou ainda sofrem violência doméstica é, primeiramente, colaborar com ferramentas de prevenção da violência, preconizadas pela Lei 11.340/2006. Mas, além disso, no âmbito da saúde, é uma forma de compreender os conflitos vividos por elas, de maneira que seja possível, através desses esclarecimentos, reduzir a sensação de impotência da equipe de saúde no acolhimento e fornecer um lugar seguro de escuta e cuidado. Objetivamos, portanto, descrever parte da experiência da mulher rural vítima de violência doméstica sobre o episódio de violência e sobre a busca por ajuda, passando pela relação da mesma com a equipe de saúde e como está composta sua rede de apoio.

## **2 JUSTIFICATIVA**

De acordo com o Painel de Violência Contra Mulheres, 4.928 mulheres morreram em decorrência de violência no ano de 2017. Destas, 60% eram pardas, 30% brancas e 6% pretas. As mulheres solteiras eram a maioria, em 64% do grupo, seguidas por 18% de mulheres casadas. O estado de Minas Gerais registrou 3,6 homicídios a cada 100 mil mulheres no ano de 2017. Dos casos de violência doméstica no Brasil em 2017, 51,8% dos casos ocorreram com mulheres, em sua maioria pardas ou pretas (OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA, 2019).

Dentre as mulheres vítimas de violência doméstica, a maioria teve como opressor pessoa do sexo oposto sem laços consanguíneos e escolhida por elas para conviver intimamente (INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2015). A maioria delas buscou apoio primeiramente na família, e uma minoria realizou denúncia em delegacia da mulher (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).

O estado de Minas Gerais foi o 6º estado com mais notificações de violência contra a mulher em 2017 (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011). O município de Ouro Preto-MG, no ano de 2019 realizou seis notificações de violência interpessoal a pessoas do sexo feminino por cônjuge, contrastando com 7.594 em todo o estado de Minas Gerais no mesmo ano. Das seis notificações, em cinco a vítima era mulher parda, e uma mulher era preta (DATASUS, 2021).

Em relação à população rural, os dados tornam-se mais escassos. Isso se deve ao fato de que a maioria das publicações não diferenciam as mulheres pela territorialidade (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011). Os dados mais robustos, de acordo com as Diretrizes e Ações Nacionais para Mulheres do Campo e da Floresta, foram obtidos pela central de atendimento à mulher que registrou, em 2011, que de todos os atendimentos realizados no ano, 2,4% eram de mulheres que se denominaram originárias de zona rural.

Os estabelecimentos de saúde foram responsáveis por 220.514 notificações de violência contra a mulher no ano de 2017. Estes são locais que facilitam o sigilo e também são de acesso mais próximo a muitas mulheres que, quando em zona rural, não contam com atenção especializada, como Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) ou Delegacia da Mulher.

Expandir essa área de estudo no âmbito da saúde torna-se urgente, pela escassez de dados existentes. Ademais, o estudo permite acessar parte do universo, muitas vezes solitário, da mulher rural que sofre violência. Dessa maneira, pode-se sensibilizar as equipes de APS (que em alguns casos são o dispositivo mais próximo, senão o único) quanto ao seu papel para o acolhimento às mulheres, e fortalecer a equipe de saúde como rede de apoio segura e confiável a ela.

## 2.1 Objetivos

### 2.2 Objetivo Geral

Conhecer as percepções sobre a rede de apoio das mulheres rurais na área adscrita da UBS Amarantina, distrito do município de Ouro Preto-MG, que relataram sofrer violência doméstica.

### 2.3 Objetivos Específicos

- Compreender o que pensa cada mulher sobre sua situação de violência;
- Compreender do que é composta a rede de apoio da mulher rural vítima de violência doméstica na área adscrita da UBS Amarantina, distrito do município de Ouro Preto-MG;
- Compreender a percepção de segurança das mulheres com os dispositivos disponíveis em sua área de moradia;
- Compreender o papel da APS na percepção das mulheres entrevistadas;
- Identificar se residir em zona rural impacta a busca por ajuda;
- Identificar os desdobramentos por ter acionado a rede de apoio após o episódio de violência.

### 3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa, do tipo transversal, descritiva e exploratória para o estudo das percepções de pacientes que relataram em consulta médica estarem em situação de violência doméstica. A pesquisa abordou a formação de sua rede de apoio após o ocorrido, bem como os desdobramentos após ter sido acionada essa rede e o significado de violência para cada mulher que a vivenciou.

O método qualitativo busca compreender os fenômenos, de forma que se aplica a variáveis que não podem ser quantificadas (MINAYO, 1994). Em relação aos cuidados em saúde, tratam-se de questões pessoais, muitas vezes de foro íntimo, que demandam técnicas apropriadas para serem investigadas e não podem ser quantificadas ou reduzidas a números (TURATO, 2000).

O método clínico-qualitativo preza pela busca da compreensão dos fenômenos em seu ambiente natural, entendendo que nele as questões complexas do indivíduo podem aflorar com mais naturalidade. Não é, portanto, seu objetivo criar um ambiente artificial com fórmulas quantificáveis e reprodutíveis. Pelo contrário, busca apreender o mundo particular, recebendo os fenômenos da forma como surgem para posteriormente interpretá-los. O pesquisador, nesse caso, é motivado a acolher as angústias e ansiedades da pessoa em estudo (TURATO, 2000). Para Triviños, a função principal deste método não é identificar causas ou consequências de um fenômeno, senão apenas descrevê-lo.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores. Os sujeitos foram mulheres moradoras da área adscrita das UBS Amarantina, Maracujá e Coelhos, pertencentes ao município de Ouro Preto, em Minas Gerais, que sofreram violência doméstica.

Amarantina é um distrito localizado a cerca de 30 quilômetros de Ouro Preto – Minas Gerais. A comunidade local se estabeleceu ali devido à agricultura e, hoje, parte da população está ligada também ao extrativismo mineral, através de uma pedreira instalada no local. Ainda, possui dois subdistritos, Coelhos e Maracujá. Cada um desses locais conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e, no total, a população adscrita a essas unidades totaliza 4.576 pessoas, de acordo com o cadastro do sistema eletrônico do SUS.

Este método de coleta de dados foi utilizado para conferir mais fluidez à entrevista, que fica próxima de uma conversa, utilizando eixos norteadores para guiar o entrevistador em sua condução. Dessa maneira, o entrevistado pode falar com mais liberdade e trazer mais riqueza de informações para serem exploradas. Segundo Triviños, a entrevista semiestruturada favorece

a descrição de fenômenos sociais, de sua explicação e da compreensão de sua totalidade. Possibilita ainda direcionar a conversa para os elementos que o pesquisador deseja descrever.

Esses elementos são os eixos norteadores da conversa e serão definidos *a priori*. Nesta pesquisa, foram elencados os seguintes eixos norteadores, visando alcançar os objetivos anteriormente propostos:

1. O episódio, o conceito de violência e as principais dificuldades para sair desse cenário;
2. Acionando a rede de apoio e seus desdobramentos;
3. Acionando a rede através da Unidade Básica de Saúde como rede de apoio e compreendendo seu papel no cuidado à mulher vítima de violência;
4. Relação da vivência de violência doméstica com a rede de apoio à mulher na zona rural.

### 3.1 Sujeitos da Pesquisa, critérios de inclusão e critérios de exclusão

As participantes foram escolhidas de forma intencional, sendo elas mulheres adultas que residem na área adscrita das UBS Amarantina, Maracujá ou Coelhos, e que tenham relatado em consulta médica, com a pesquisadora, ter sofrido violência doméstica por parte do cônjuge. Ainda, que tenham sido atendidas em consulta médica no período de março a junho de 2021 e trazido a temática da violência em consulta.

Foram selecionadas 6 mulheres, das quais 5 tiveram disponibilidade para a entrevista. Uma das participantes não teve disponibilidade de horário no período delimitado para a coleta de dados. Não houve nenhuma participante procedente da UBS Maracujá.

Em relação ao perfil racial dessas mulheres, 2 eram mulheres pretas, 2 brancas e 1 parda, de acordo com consulta de cadastro no sistema eletrônico do SUS. A predominância de mulheres negras reafirma os dados encontrados no painel nacional (OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA, 2019) e com os dados relacionados ao município de Ouro Preto (INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2015).

O contato com as participantes se deu através de contato telefônico, via aplicativos de mensagem instantânea e por busca ativa realizada presencialmente pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das UBS Amarantina e Coelhos. Para garantir o sigilo, o motivo da busca ativa não foi explicitado pela pesquisadora, sendo solicitado apenas presença em uma consulta médica. Foram excluídas da pesquisa aquelas que não relataram sobre o assunto em consulta médica; aquelas não pertencentes à área adscrita das UBS Amarantina, Coelhos ou Maracujá; as que se recusaram a participar ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; as que

não aceitaram uso de gravador nas entrevistas, as que não tiveram disponibilidade de horário no período da coleta de dados ou aquelas com as quais não foi obtido contato.

O contato com as participantes se deu frente à aprovação da “Direção de ensino e pesquisa” e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CEP - UFOP).

### 3.2 Análise dos dados

As entrevistas foram submetidas a análise qualitativa de conteúdo. Esta é uma técnica de investigação cujo objetivo é descrever os elementos expressos na comunicação proposta por Bardin (TRIVIÑOS, 1987). Segundo essa autora, a técnica de análise de conteúdo é composta por três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação.

Através da análise de conteúdo o pesquisador busca categorizar os elementos em comum nas entrevistas, que se repetem e podem posteriormente ser organizados em categorias. Segundo a proposta de Bardin, o texto pode ser desmembrado em unidades ou categorias. As categorias foram, então, definidas *a posteriori*, pois se basearam na análise das falas das mulheres (TRIVIÑOS, 1987).

### 3.3 Aspectos éticos

Foi considerada a ética e a preservação da identidade das participantes, não oferecendo riscos ou perdas para esses, conforme a Resolução de 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que regulamenta as condições da pesquisa envolvendo seres humanos.

As participantes foram abordadas para apresentação do projeto e do método do estudo. As entrevistas foram gravadas em áudio, com prévio consentimento da participante, e posteriormente transcritas e analisadas. Para preservar a identidade das mulheres, na transcrição das gravações os nomes das entrevistadas foram substituídos por códigos. Os dados obtidos serão utilizados somente para fins de pesquisa e armazenados junto à pesquisadora responsável por um período de cinco anos.

As mulheres não foram remuneradas por sua participação na pesquisa e não tiveram nenhum gasto com a mesma. Foi esclarecido também que teriam autonomia para abandoná-la a qualquer momento sem que isso implicasse em nenhuma forma de prejuízo para as mesmas.

Com aquelas que concordaram em participar da pesquisa, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, depois, solicitada a assinatura do termo e início da

entrevista. O contato da Unidade de Saúde foi disponibilizado às entrevistadas caso surgisse alguma dúvida em relação à pesquisa.

## **4 RESULTADOS**

Com base nas entrevistas coletadas, as falas foram organizadas em quatro categorias, apresentadas a seguir. Os trechos de entrevistas estão identificados pela letra “P”, seguidos pelo número correspondente à entrevista.

### **4.1 O episódio, o conceito de violência e as principais dificuldades para sair desse cenário**

#### **O início da relação**

Para a maioria das entrevistadas, o início da relação era bom. Os relatos mostram que, nessa fase, o parceiro era mais cordial e carinhoso. A percepção das entrevistadas é que todo início pode ser bom, e a violência parece surgir gradualmente com o passar do tempo.

“Mas quando eu conheci, ele era uma pessoa muito amorosa, atenciosa, carinhoso, a gente sentava e conversava, me dava muita atenção.” (P2)

“No começo tudo é bom, né? Mas depois, quando vai morar a dois você já vai conhecendo o outro lado da pessoa.” (P3)

“Ah, no começo foi ... foi bom, tudo no começo é bom né (risos) agora no final é... nós briga muito, nós briga demais.” (P4)

“No início era até normal, sabe? Era uma relação tranquila, mas com o passar do tempo ele começou a dar sinais, só que a gente não percebe, né? Pra gente é tudo normal...” (P5)

#### **O episódio de violência**

Os episódios de violência consistiram em violência verbal, sexual, exploração financeira e de bens materiais, bem como violência psicológica. Percebe-se, na maioria dos relatos, que o início da relação guardava expectativas de paz e tranquilidade. As agressões se instalaram de forma insidiosa e sem justificativa aparente, iniciando-se com a violência verbal ou psicológica e culminando em atos concretos como a agressão física ou o abuso sexual. Foi possível perceber que todos os tipos de violência doméstica, de acordo com o classificado na Lei Maria da Penha, estavam presentes dentre os relatos.

“[sobre relações sexuais] que ele quer relação comigo e eu não. Ele não espera a hora que eu quero, ele não me respeita nesse momento.” (P1)

“Ele às vezes me xinga” (P1)

“Se eu saio e demoro três, quatro horas, acabou: ‘ah, tá andando à toa’, ‘você não tem pressa pra nada’, ‘você é preguiçosa mesmo’, ‘porque você é isso aqui mesmo’ ... sempre tem um defeito pra por e alguma coisa pra falar, nunca pra por pra cima, sempre pra puxar pra baixo” (P2)

“Com ele não tem conversa, ele é grosso, não gosta de escutar, se começa a falar ele já tá xingando, começa a responder ‘você é burra’, ‘você é retardada’, não tem paciência de me explicar nada...” (P2)

“Aí ele também chegou a me bater, quatro vezes” (P2)

“Ele me batia, deixava marca em mim.” (P3)

“Aí ele chegou me agredindo, do nada... e eu sem saber. Aí eu tava grávida de oito meses quase, aí ele me jogou no chão... aí eu pedi pra parar, só que ele não parou. E por aí foi, foi acontecendo outras e outras...” (P3)

“Ele me agrediu com socos na cabeça, puxão de cabelo, é isso... e as agressões dele eram sempre assim, com socos na cabeça, enforcamento...” (P5)

“Porque eu não tinha feito nada, os meninos não tinham feito nada. Foi só por questionar o porquê ele estava daquele jeito e ele começou a agredir, sabe?” (P5)

“[sobre dinheiro] acaba que eu tiro dos meus pais, ao invés de eu tirar pra mim, pra tipo me arrumar um dente, que eu tenho que acabar de arrumar meus dentes, eu tenho muita coisa que tenho pra fazer pra mim, deixo de fazer pra mim, pra fazer pra ele...” (P2)

Em alguns casos, a prática de violência esteve relacionada ao uso de drogas pelo companheiro, sejam elas lícitas ou ilícitas. Quando o uso de drogas não está presente, a incidência dos conflitos parece diminuir. Por outro lado, para as mulheres entrevistadas, o uso constante das substâncias pode ser um agravante e perpetuador de situações de violência já existentes.

“A última vez que ele me bateu, a gente veio aqui na choperia e descobri também que ele tinha cheirado pó...” (P2)

“Então, só quando ele bebe que fica meio nervoso..., mas tirando isso, ele volta de boa. Mas quando ele tá nervoso ele quer me agredir.” (P3)

“Ele gosta de sair muito né, ele gosta de ficar em bar, bebendo, essas coisas, então eu não aceito, entendeu? Aí nos tava brigando por essas coisas” (P4)

“Agora que ele melhorou – um pouco –, sem beber ele é de boa, quando bebe... só não bate, quando ele bebe só discute, mas bater não bate mais não.” (P3)

## **A relação atual**

Atualmente, a partir do que foi observado nos relatos, os parceiros pouco dialogam, apresentam ciúme excessivo e causam raiva e medo nas companheiras. Há o desejo, pelas mulheres, de que o cenário seja melhor, mas, por outro lado, por não conseguirem resolver o problema, pode surgir um sentimento de fracasso. Algumas entrevistadas sentem que não deveriam estar passando por isso e não entendem o motivo de continuarem em uma situação que lhes é prejudicial. Uma delas chegou a considerar-se culpada pela situação vivida:

“Eu não tenho respeito por ele, eu tenho medo.” (P2)

“É tipo conversar também não tem como conversar com ele, a gente às vezes conversa quando ele tá disponível, ele conversa, mas isso é raridade, isso é raridade (...) É mais aquela pessoa assim, seca mesmo, que não tá nem aí mesmo pra nada.” (P2)

“Ah, é muitas brigas, né? (Risos) nós ‘briga’ muito.” (P4)

“Uma relação muito abusiva mesmo.” (P4)

“Ah, ciúmes também, muito ciúmes dele, da parte dele também.” (P4)

“É por ciúmes mesmo, essas coisas, ciúmes, coisa da cabeça da pessoa, não sei, aí vem me agredir...” (P4)

“Quero sim que ele venha a ficar bem, levantar a mão pra me dar carinho e não pra me bater (risos), né?” (P2)

“Eu acho que eu não tenho que ficar passando por isso, eu não devo ficar passando por isso” (P2)

“Eu não sei como sair, entendeu?” (P4)

“[em relação a como se sente] fracassada, né?” (P4)

“Eu fico pensando pra quê que eu tô com uma pessoa que me faz tão mal...” (P4)

“O problema podia estar em mim, porque era isso que ele falava, que o problema era eu (começa a chorar)” (P5)

“Às vezes eu fico nervosa e xingo ele, no meu baixinho, no meu ego, eu mato ele, mas se chegar pessoalmente mesmo pra fazer alguma coisa eu não tenho coragem não.” (P2)

### **Conceito de violência**

O conceito de violência, para as participantes, está intimamente relacionado às suas vivências com o relacionamento atual ou os prévios. No imaginário dessas mulheres, a agressão física é a expressão mais concreta da violência. No entanto, mesmo quando não são agredidas fisicamente, algumas delas ainda assim se sentem violentadas e, por isso, passam a considerar as outras formas de agressão, como a psicológica, a sexual e a verbal, como violência doméstica. Em alguns relatos, as entrevistadas sentiram-se menos prejudicadas por nunca terem sido violentadas fisicamente pelos seus parceiros. A violência patrimonial foi relatada, mas não percebida diretamente por elas como um tipo de violência.

“[sobre dinheiro] Eu vou ficar chateada, porque eu fiz sacrifício pra passar pra ele e ele não teve sacrifício na hora de passar por outro” (P2)

“Porque aí eu vou ter que tá pedindo dinheiro pra ele pra ‘mim’ sair, aí ele ia perguntar onde que já vou, o que vou fazer...” (P3)

“Violência doméstica, bater, levantar a mão pra mim, ele nunca levantou, graças a Deus” (P1)

“Eu acho que não respeitar a hora da mulher eu acho que também é uma violência, acho que se não tá respeitando, pra mim já é uma violência, porque eu já sofri estupro. Então pra mim é violência.” (P1)

“Eu acho que [a violência] começa em uma palavra mal dita, né, se xinga... igual eu te falei do meu ex-marido, ele não me batia, mas as palavras que ele me falava me feria muito mais do que se ele me batesse, porque o tapa ele passa, ele vai doer ali, eu vou chorar, vou ficar sentida, mas aquilo ali passa. Mas dependendo da palavra que você fala, ela não passa, fica ali na sua cabeça.” (P2)

“Pra mim é a partir do momento que a pessoa levantar a mão pra pessoa. E aí já não pode.” (P3)

“Às vezes na relação sexual a pessoa fala que não quer e a outra pessoa ainda insiste, pra mim isso é violência...” (P3)

“É o que envolve não só violência física, mas também psicológica, o abuso emocional... tudo isso, agressão verbal...” (P5)

### **Principais dificuldades**

Motivos diversos foram relatados pelas mulheres para que elas permanecessem na relação com o parceiro. Algumas mulheres não têm coragem de sair por medo, seja ele da reação do companheiro, da reação dos familiares, ou mesmo o medo da solidão. Em relação ao parceiro, houve sentimento de pena e uma busca por justificar o comportamento dele. Além disso, há também a situação de dependência financeira; vergonha da situação vivida; preocupação com a estrutura familiar ou ainda com as consequências para os filhos. Em alguns casos, a esperança de um cenário melhor faz a entrevistada persistir no relacionamento. Essas várias razões estão ilustradas nos exemplos a seguir.

“Porque não tenho pra onde ir, então tenho que viver com ele até o dia que der certo. Ele tem aonde ficar, tem o serviço dele, aonde ele pode trabalhar, pode morar. E eu tenho meu irmão, tenho meus dois filhos, então não tenho pra onde ir, então tem que ficar até quando dar certo...” (P1)

“Mas quando eu vou falar pra ele “vai embora, que eu não preciso mais de você”, eu tenho medo da reação dele, porque assim, eu vou chegar e vou mandar ele embora, ele vai voltar e vai me bater. Ou então ele vai falar assim “eu vou embora” e ficar ameaçando com as coisas, tentar entrar, né?” (P2)

“ [sobre sair da relação] E: Medo que alguma coisa ruim pudesse acontecer com ele ou com você? P: Comigo. ” (P4)

“Mas a gente é de carne, né? Não tem jeito, a gente acaba sentindo falta também, sentindo muito sozinha, porque às vezes a gente tá acompanhada e pensa “ah não, sozinha é melhor”, mas solidão também é muito ruim. Solidão também é muito ruim. ” (P2)

“Elas [cunhadas] ‘falou’ assim pra mim “a gente conhece o irmão que a gente, então se você sentir que ele tá te agredindo e que você tem que vir a fazer isso [denunciar] , com raiva de você a gente não vai ficar não, porque a gente não tem raiva das outras... porque acaba que é um jeito de defender, você vai ficar apanhando pro resto da vida por causa da gente? Não é certo...” (P2)

“Ah, mas isso é de família, é criação’ e acaba que lá da casa dele ele é o mais diferente de todos, né? Então os outros alega que é a criação, que é a mãe que tinha que ensinar a ser assim e não ensinou, toda vida ele foi muito paparicado né pela mãe (...) aí sinto vontade de deixar ele, mas tenho dó! ” (P2)

“Porque aí eu vou ter que tá pedindo dinheiro pra ele pra ‘mim’ sair, aí ele ia perguntar onde que já vou, o que vou fazer...” (P3)

"Eu fico com dó, eu sou boba, eu fico com dó, com medo... nós deve ter um coração muito bom, não sei. ” (P4)

“Ah, é porque eu acho que eu sou boba, boba mesmo. Eu acho que eu tenho coração bom, fico muito... não sei...” (P4)

## **4.2 acionando a rede de apoio e seus desdobramentos**

### **Acionando a rede de apoio**

A maioria das participantes buscou apoio primeiramente nos amigos e nos familiares. Uma das entrevistadas encontrava o principal apoio na religião, e para uma delas não era uma

opção contar para as pessoas mais próximas, por falta de confiança.

"Meu irmão me ajudou, porque depois que ele veio pra cá eu estava sofrendo com isso. A [ACS] também me ajudou muito. Muitas pessoas me ajudaram, com conselhos também, me davam conselhos demais." (P1)

"Falava com parentes" (P3)

"As pessoas não, porque eu não conto as coisas pras pessoas." (P3)

"Ah, com Deus, né? Muita fé em Deus." (P4)

"A gente procura muito amigos, né? Na verdade, eles aparecem, os que são de verdade mesmo eles vêm... E uma amiga minha chegou a me levar em psicólogo." (P5) "Quando eu procurei eu senti que se não procurasse ajuda podia ser pior, podia acontecer algo pior, aí eu procurei." (P3)

Para duas das entrevistadas, pedir ajuda a essas mesmas pessoas gerou constrangimento. Segundo elas, desde a primeira vez em que se queixaram, sentiram que os familiares e amigos criaram uma expectativa pela resolução do problema. A partir disso, e uma vez que não conseguiram deixar o companheiro, pensaram ter gerado neles uma descrença, bem como falta de compreensão. Dessa maneira, elas parecem ter medo de ser julgadas na próxima vez que falarem sobre o assunto.

"E a minha vontade naquela hora é de sair correndo mesmo e gritar pra todo mundo ouvir. Mas assim não vai resolver, né? Vai ficar pior, as pessoas vão no meio, acaba que vim de amizade pra todo mundo e também nunca tive também aquela coisa de chegar perto da minha sobrinha, perto das pessoas e contar. Eu pensava assim "eles vão me julgar" e vai falar comigo "por quê que você tá com ele?" (P2)

"Pelo menos eu penso, que eu não tinha mais credibilidade com família, com amigos, porque como não foi a primeira vez, né... a gente já teve três episódios e eu sempre acabei voltando, cedendo às chantagens emocionais, psicológicas, então eu acho que a gente perde um pouco da credibilidade." (P5)

Um outro recurso utilizado foi a polícia, que representou uma ferramenta de proteção em situações de ameaça ou risco de vida. Por outro lado, acionar a polícia parece gerar um medo de tomadas de atitudes definitivas, como a prisão do companheiro. Algumas das entrevistadas relataram medo de ameaças por parte do companheiro após a intervenção da polícia, e a possível destruição da estrutura familiar. Uma das participantes se sentiu deslocada e intimidada ao ter que adentrar uma delegacia, e precisou ser encorajada por uma amiga para conseguir denunciar. Apenas em um caso houve medida protetiva contra o companheiro, mas a sensação de estar em perigo permaneceu. A sensação de impunidade, nesse sentido, desestimulou a procurar ajuda novamente.

"E quando eu cheguei lá [na delegacia], a sensação de "o quê que eu to fazendo aqui?", sabe? É muito estranho... E se você não tiver alguém pra te dar um apoio e te falar que você tá no caminho certo, acho que você não consegue prosseguir, é bem difícil." (P5)

"Cheguei a ter e inclusive ele não respeitava as medidas protetivas. Ele me cercava na

rua e eu ligava pra polícia e quando ele percebia que eu tava ligando, ele saía de perto, ele corria e enfim, nunca dava. A polícia nunca chegava a tempo. ” (P5)  
“A polícia chegou a ir lá em casa no dia, só que eu não deixei, eu tinha muito medo, a gente sente muito medo (...) porque ele me falava que se ele fosse preso ele pagava pra sair e quando saísse me matava, colocava fogo na casa com todo mundo dentro, ameaças, né? E a gente sabe que a justiça é bem falha, medida protetiva não protege nada...”(P5)

“E: O que que pode acontecer se você fizer alguma coisa? (...) P: Dele ir preso, a única coisa que eu acho que ele vai ir preso, eu não sei, ou não pode acontecer nada, né? Porque a polícia no Brasil não vale nada, pode ficar solto por aí, normal... mesma coisa de não ter acontecido nada. ” (P4)

“Eu tenho muito medo de perder os meus filhos. Eu tenho medo também de prender ele, depois ele ser solto e vingar de mim, querer fazer alguma coisa comigo... então polícia eu não tenho coragem não. ” (P1)

“Mas esconder assim, porque eu acho que esconder eu tô protegendo, porque tipo assim, se eu contasse pros meus filhos eles iam cair em cima dele, iam brigar com ele, não ia acontecer coisas boas e eu não queria por meus filhos em perigo, porque a gente que é mãe... amo meus filhos de paixão e não queria mal pros meus filhos.” (P2)

Não há conhecimento suficiente, por parte das entrevistadas, de todas as unidades públicas que podem dar suporte à mulher em situação de violência. As únicas instituições reconhecidas foram a polícia e o CRAS. Em uma das entrevistas, o CRAS não foi identificado enquanto instituição de suporte à mulher em um primeiro momento, mas, quando perguntado ativamente, a entrevistada relatou já ter acionado o serviço. Uma das mulheres relatou dificuldade de acesso a essas instituições, pois isso poderia exigir que ela pedisse dinheiro ao parceiro.

“E: Uhum. Além da polícia você conhece outros locais que dá para pedir ajuda?

P: Não, conheço não. ” (P4) “No Cras, eu sei que no Cras eles costuma acolher, né? Mas eu não sei direito como funciona. ” (P5)

“E: Você conhece algum órgão público que pode ajudar as mulheres nessas horas?

P: Não.

E: Você tinha conversado com o CRAS, né?

P: É, conversei uma vez.” (P1)

“Porque aí eu vou ter que tá pedindo dinheiro pra ele pra ‘mim’ sair, aí ele ia perguntar onde que já vou, o que vou fazer...” (P3)

“Só uma vez eu conversei com um policial, aí ele falou assim que eu podia ir acho que na Defesa Civil lá em Ouro Preto, acho que era isso mesmo... só. Mas eu não fui. ” (P4)

De um modo geral, o medo de acionar a rede de apoio, seja ela pessoal ou institucional, parece gerar em todas as entrevistadas o medo de uma possível quebra de sigilo. Para elas, se o parceiro souber da denúncia realizada contra ele, pode se vingar praticando mais ameaças. Denunciar pode representar um risco de se intensificar a situação de violência já vivenciada.

“Se sair daqui e ele souber eu tô perdida ...” (P2)

“Eu tenho medo também de prender ele, depois ele ser solto e vingar de mim, querer fazer alguma coisa comigo...” (P1)

“Não, porque sempre que eu falava com outras pessoas chegava no ouvido dele. Então depois eu parei de falar o que acontecia dentro de casa.” (P3)

“Porque às vezes se eu comentasse com outras pessoas podia chegar no ouvido dele e ia ser pior, podia ser pior.” (P3)

“Pode chegar perto dele e contar pra ele, entendeu? ‘Você faz, ela finge que é sua esposa, mas ela passa sua vida pra todo mundo...’. Porque às vezes quando eu tô conversando no telefone, tem coisa assim que ele escuta essas coisas e ele fica assim ‘você fica lavando a roupa suja da gente com os outros’. Então deu pra perceber que ele não gosta, se ele souber que eu comento, é pior.” (P2)

### **Desdobramentos após ter acionado rede de apoio**

Após terem acionado os recursos institucionais para defesa nas situações de violência, o desdobramento mais comum foi a sensação de impunidade, dado que a tentativa de enfrentamento pouco modificou a realidade vivida pelas participantes. Em um dos casos, o companheiro chegou a ser preso. Em outros, gerou medida protetiva. Em dois dos relatos, a mudança esteve relacionada principalmente à agressão física, que parou de acontecer, mas os outros tipos de violência persistiram.

“Mas pra mim depois que passa, não adianta mais de nada, porque eu fiquei no mesmo lugar.” (P1)

“E uma vez ele já foi preso, porque ele me bateu” (P3)

“Nada, mudou nada.” (P4)

“Cheguei a ter e inclusive ele não respeitava as medidas protetivas.” (P5)

“Ele não tem me agredido fisicamente, mas psicologicamente eu sinto ainda um desconforto muito grande.” (P5)

“Hoje só quando ele bebe que levanta a voz. Mas não bate” (P1)

“Ele continua bem possessivo, sabe, não gosta que eu saia, não gosta que eu faça nada de diferente” (P5)

“Porque já me agrediu e como ele tem Maria da Penha, se eu chamar a polícia pra ele, agora ele não vai sair tão cedo...” (P2)

Em um dos relatos, a entrevistada passou a desencorajar o parceiro quando este ia cometer algum ato violento contra ela, porque ameaçou chamar a polícia. Ter buscado ajuda uma vez pareceu facilitar que ela busque ajuda novamente caso precise, uma vez que já conheceu o caminho a ser percorrido. Há um relato de aumento na sensação de segurança e de que há uma rede de apoio mais bem estabelecida desde então.

“Mudou muitas coisas, a violência, em relação aos meus filhos... mudou muita coisa. Tanto que uma vez, tem um tempão já, que ele agrediu, nós chamou a polícia e a polícia não foi, aí ele ficou com medo.” (P1)

“Hoje eu sinto que se acontecer alguma coisa eu tenho um apoio, sabe?” (P3)

### **4.3 Acionando a Unidade Básica de Saúde como rede de apoio e compreendendo seu papel no cuidado à mulher vítima de violência**

A Unidade Básica de Saúde (UBS), comumente chamada de “posto de saúde” ou apenas “posto” pelas participantes, foi citada por todas elas como um local encontrado para desabafar. Houve relato de que, devido a um grande sofrimento, precisavam procurar um local para contar o que estava se passando. Todas elas relataram o ocorrido em consulta médica, mas duas relataram conversar sobre o assunto com as Agentes Comunitárias de Saúde.

“Porque eu tava abafada por dentro, tava sofrendo muito. E não tinha ninguém pra desabafar, tinha muita gente me abafando, então conversar aqui no posto é muito bom também. E lá em casa eu não tenho com quem desabafar, conversar certas coisas. Entendeu? Algumas coisas que eu não posso conversar. Então aqui me ajudou muito mesmo.” (P1)

“[A ACS] você e algumas outras meninas que eu conversei me ajudou muito mesmo.” (P1)

“Se a gente tiver sofrendo alguma coisa igual eu tava, igual você fez pra mim algumas perguntas e eu te respondi. Então pra mim ajuda bastante, me desabafa né, então me ajuda.” (P1)

“Mas só que por outro lado, eu não posso guardar isso pra mim porque senão eu não vou aguentar, vou ter que conversar, vou ter que desabafar.” (P2)

“Se eu guardar pra mim é pior, porque eu fico muito abafada, entendeu? Só que aquilo ali vai me explodir, porque acaba que a gente vai recolhendo aquilo pra gente, né? Então, quando eu conversava com vocês, eu me sentia bem! Eu ficava aliviada, tipo “contei pra alguém”. (P2)

“Às vezes é bom a pessoa desabafar, sabe? Quando guarda só pra ele acaba ficando triste.” (P3)

“Não, foi bom falar.” (P4)

“Porque no meu caso, eu vim mesmo pra fazer um desabafo” (P5)

“E aí me veio na mente de procurar ajuda aqui, pra desabafar, pra saber se... não sei, porque a cabeça da gente fica muito confusa às vezes, né?” (P5)

A UBS também foi considerada um local para fornecer orientações. Algumas vezes, a equipe da UBS direcionou as entrevistadas para outros serviços de apoio à mulher em situação de violência, em outras, resolveu dúvidas pontuais no mesmo local de cuidado, sem necessidade de referenciar. Esse apoio foi realizado por todos os profissionais da UBS - duas das entrevistadas citaram as Agentes Comunitárias de Saúde, uma delas se refere a toda a equipe, e uma das entrevistadas citou o psicólogo. Uma das entrevistadas referiu que, junto com a família, o posto também é um ponto de apoio.

“Ajuda muito. Ajuda pra dar um conselho, pra perguntar alguma coisa, tirar alguma dúvida.” (P1)

“É, nessa parte eu me sinto acolhida, porque tipo assim, se eu encontro com a [ACS], ela para e me escuta, né? Aí ela vem embora e eu já me sinto mais aliviada ‘nossa, conversei...’”. (P2)

“[sobre a ACS] é uma ótima psicóloga, eu falei com ela que ela tinha que ser psicóloga, pra gente tratar com ela!” (P2)

“Eu comentei aqui no posto, que me ajudou, procurou psicólogo. Aí o psicólogo me

dava conselhos...” (P3)

“[ sobre rede de apoio] mas tem o posto, tem meus filhos...” (P3)

“Eu me senti mais aliviada e até acolhida também (...) a gente se sente acolhida, a gente sabe pra onde correr, né?” (P5)

“ [sobre a equipe de saúde] ‘eles’ me aconselhou” (P3)

“Por enquanto o posto foi suficiente sim. ” (P3)

O principal motivo para a procura pelo serviço de saúde disponível no bairro, no entanto, foi a manutenção do sigilo. Das cinco entrevistadas, quatro falaram explicitamente sobre esse ter sido um dos motivos para recorrerem ao posto de saúde.

“A gente se sente mais segura, né? Eu vou falar aqui, vai ficar aqui, daqui não vai sair. Porque dependendo da pessoa que a gente fala, fala assim “eu não vou contar”, mas quando você for ver, seu nome tá todo na rua né, ou então ele ia chegar me agredindo, falando assim “você foi falar pros outros o que eu fiz com você” (P2)

“Eles falaram que era sigilo, né? Falava que ficava por aqui. ” (P3)

“E aí às vezes é bom também a gente falar com alguém que não sabe da história, sabe? Não sabe de tudo o que acontece. ” (P5)

#### **4.4 Relação da vivência de violência doméstica com a rede de apoio à mulher na zona rural**

Quando questionadas se o fato de residirem em zona rural fez alguma diferença na busca por apoio, a maioria das entrevistadas referiu que influenciou positivamente, já que a zona rural é tida como o local do lar, onde há pessoas conhecidas e onde está fixada sua rede de apoio. Uma das entrevistadas relatou que, no local em que morava antes de se mudar para Amarantina, se sentia menos acolhida. Duas das entrevistadas se mudaram para a zona rural para morar com o parceiro.

“Pra mim fez. Porque aonde eu tava morando, muita gente me condenava. Condenava assim, ficava só falando o meu nome, coisas que a gente não fazia, não falava... eles ficavam falando da gente. Não só de mim, mas tem mais gente que eles falam né, pode ser gente que pode chegar lá a qualquer dia e eles começam a falar. Gente que é linguarudo. Então pra mim mudou bastante, aqui ninguém fala de mim, entendeu? Muita gente me acha uma pessoa legal” (P1)

“Faz [diferença], porque a gente se sente protegida e sente que tem alguém com a gente, né? Ali lutando com a gente, que a gente não tá sozinha” (P2)

“[sobre impacto de morar na zona rural] não sei. ” (P3)

“Mais fácil, né? Não dificulta em nenhuma coisa. ” (P4)

“E: Por exemplo, se você morasse em Ouro Preto, seria diferente?

P: Acho que não, seria a mesma coisa. ” (P4)

“[sobre impacto de morar na zona rural] não, eu acho que não. ” (P5)

Durante a entrevista, a situação hipotética de morar no centro urbano, nesse caso Ouro Preto, não necessariamente foi tida como algo melhor. Morar no centro urbano pode significar

estar longe da rede de apoio, em um lugar desconhecido onde não saberia procurar ajuda caso necessário.

“Pra mim seria muito diferente, porque lá [em Ouro Preto] eu não conheço nada, não conheço ninguém... só conheço lá o mercado, alguma lanchonete, o negócio que eu passei quando eu tava grávida e é só isso, o resto eu não conheço quase nada.” (P1)

Foi considerado, entre as mulheres da pesquisa, que morar em zona urbana, comparado à zona rural, poderia oferecer mais liberdade para ir e vir. Também foi citado, em uma das entrevistas, que a oferta de serviços diversos é melhor em áreas urbanas. Ainda, para uma das entrevistadas, o deslocamento pode ser um dificultador caso seja necessário buscar ajuda na área urbana.

“Porque eu ia ter a minha liberdade, né? A hora que eu ‘querer’ sair pra passear com os meus meninos eu ia ‘puder’...aqui eu não posso sair sozinha, né?! Pra sair eu tenho que avisar... que é o certo, né? Se a gente tem uma pessoa, a gente tem que avisar ela quando a gente vai sair. Então morando sozinha eu ia sair e não ia avisar ninguém, eu puder sair a hora que eu ‘queresse’, de noite também não podia né, porque eu tinha que ter responsabilidade. Então ia ser uma liberdade pra mim.” (P1)

“Lá você tem tudo e a hora que você quer. Aqui não, aqui tudo é mais difícil, eu acho aqui tudo mais difícil, então eu tô aqui mesmo por causa dos meus pais, porque senão fosse por causa dos meus pais eu não tava aqui mais não, já tinha ido embora.” (P2)

“É, de alguma forma, complica sim. Só de a gente ter que deslocar daqui, né?” (P5)

“Uma pessoa que não tem carro e tem filho pequeno, não tem com quem deixar, não tem com quem contar... É complicado sim.” (P5)

## 5 DISCUSSÃO

As mulheres deste estudo vivenciaram todos os tipos de violência classificados pela Lei Maria da Penha. Há formas individuais de viver esse processo, mas, apesar disso, pontos em comum podem ser identificados entre as entrevistadas. A maioria delas apenas percebeu a situação de violência diante de uma agressão física e, de fato, de acordo com o Instituto de Pesquisa Data Senado, de 2017, para a maioria das mulheres, a violência doméstica se configura primariamente como agressão física. No entanto, elas já vinham sendo violentadas, seja através de palavras, de violência patrimonial ou de atitudes controladoras do parceiro.

As mulheres entrevistadas têm diferentes pontos de vista sobre a relação atual com seus parceiros, e passam por uma ambivalência importante. Algumas parecem expressar inconformidade, por não entenderem como a relação evoluiu para esse ponto; outras sentem tristeza, medo e culpa, porque ao mesmo tempo em que se sentem ameaçadas, consideram-se responsáveis por viverem essa situação. A frustração é muito presente entre aquelas que já tentaram buscar ajuda em diferentes locais, mas não conseguiram melhorar ou romper relações com o companheiro. Ao mesmo tempo, a relação atual pode significar estabilidade financeira, para a família, proteção para a mulher ou ainda um dever a ser cumprido. Parece, por outro lado, existir esperança de que o parceiro pare de cometer agressões e se torne uma pessoa melhor, bem como a esperança de viver uma vida melhor longe das ameaças do cônjuge.

A rede de apoio dessas mulheres começa a ser acionada com o objetivo de defender a mulher ou de ajudá-la a sair da relação. Inicialmente, o mais comum foi a busca por pessoas do convívio próximo, como familiares e amigos, o que vai ao encontro das referências existentes sobre o assunto no Painel de Violência contra Mulheres publicado pelo Senado Federal, em 2019. Após as primeiras tentativas, acionar a polícia parece ter sido um segundo recurso, mas não foi acionado por todas as entrevistadas. Serviços como CREAS, CRAS e delegacia da mulher parecem pouco conhecidos, e foram acionados geralmente por terceiros.

Acionar a rede de apoio parece ter trazido algumas dificuldades, como, principalmente, a sensação de não estar segura. Um dos desafios mais citados foi a quebra de sigilo que está envolvida no processo de buscar ajuda, e o medo do que o parceiro pode fazer a partir do momento em que sabe que foi exposto ou denunciado. Diante dos relatos obtidos, foi possível observar que a mulher teme consequências para si caso decida expor a situação. Isso acontece porque, caso não consiga romper relações com o parceiro após ter exposto o caso para outras pessoas, pode passar a ser ainda mais ameaçada e violentada pelo parceiro. De acordo com a pesquisa do Data Senado, o principal motivo para subnotificação dos casos de violência é o

medo do agressor, e esse número é baixo tanto no cenário nacional quanto no município de Ouro Preto - MG (DATASENADO, 2015; OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA, 2019). Em alguns casos, mesmo sob medida protetiva, uma das entrevistadas continuou sofrendo ameaças, e outras manifestaram a percepção de que esses serviços são ineficazes para promover a segurança. De acordo com a pesquisa de Violência Contra a Mulher do Senado Federal, de 2015, dentre os principais motivos para não se fazer nada diante da violência estavam o medo de ameaças, achar que seria a última vez e acreditar na impunidade do agressor.

Aliadas à quebra de sigilo, estão as barreiras culturais e geográficas como dificultadores na construção da rede de apoio. Os amigos e familiares, por exemplo, correm o risco de reproduzir valores da comunidade e de exercer um julgamento sobre as mulheres em situação de violência quando elas persistem no relacionamento. Da mesma forma, o ambiente da delegacia ou de outros serviços públicos pode parecer desconhecido e ameaçador e, por isso, passa a ser evitado. A barreira geográfica passou a existir quando as mulheres relataram não ter procurado o serviço social ou a polícia devido aos custos para o deslocamento.

A Unidade Básica de Saúde de referência, local procurado por todas as entrevistadas, parece oferecer recursos diferentes em relação aos outros componentes da rede de apoio, principalmente devido ao sigilo. Consultas com profissionais de saúde envolvem a segurança da informação ali revelada, além de um local de privacidade. Dessa forma, as entrevistadas se sentiram seguras de que a informação não chegaria até o parceiro e, conseqüentemente, de que não sofreriam ameaças por terem exposto o ocorrido para outras pessoas. Ainda, a rede de apoio que a UBS rural oferece não foi buscada, necessariamente, na expectativa de que o posto resolvesse a situação de violência, diferente do que as entrevistadas esperavam do CRAS e da polícia.

A busca por ajuda na Unidade Básica de Saúde foi baseada também em uma necessidade de elaborar sentimentos e na relação de confiança com a equipe, explicitada principalmente através do vínculo com as Agentes Comunitárias de Saúde. Uma vez tendo sucesso nessa busca, a UBS pode ser tida como referência de um local acolhedor para caso a paciente sofra agressão novamente, já que, nesse contexto, ela não se sentirá pressionada para tomar alguma atitude, e estará menos sujeita a julgamentos. O que foi observado no estudo é diferente do que se concluiu na pesquisa de Martins *et. al*, em que as mulheres se depararam com equipes de saúde pouco qualificadas para realizar o atendimento.

As mulheres do campo tendem a estar mais isoladas dos serviços de suporte à mulher

em situação de violência doméstica (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011). Isso se confirma diante de algumas dificuldades, como as citadas anteriormente. Apesar disso, na compreensão da maioria das entrevistadas, morar em zona rural não prejudicou a busca por ajuda. Para as mulheres do estudo, a busca pelo posto de saúde na comunidade pareceu suficiente como rede de apoio dentro do que elas esperavam, bem como a busca por ajuda entre familiares e amigos. Além disso, a zona rural é a comunidade à qual elas pertencem e onde se encontram as pessoas próximas que podem lhe dar suporte, em um ambiente mais conhecido e acolhedor. A equipe de saúde da UBS rural também já é conhecida por elas. Duas das entrevistadas, ainda, viviam em condições piores em outra cidade antes de se mudar para a zona rural, onde moram atualmente, e consideram que passaram a ter mais qualidade de vida depois disso.

Legalmente, as estruturas de apoio à mulher em situação de violência têm se fortalecido, e as mulheres do campo e da floresta, paralelamente, têm conquistado maior visibilidade na conquista de seus direitos (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011). Apesar disso, o enfrentamento é um processo de alta complexidade porque envolve o âmbito da saúde, da educação e da segurança pública, além da própria experiência vivida de forma única por cada mulher. Nesse sentido, a UBS ocupa, além de seu papel no cuidado em saúde, um lugar na transformação social, e deve reunir os esforços em conjunto com a defesa civil e a assistência social para prover às mulheres informação, segurança e acompanhamento ao longo do tempo.

Após acionar os recursos mais conhecidos para defesa das mulheres em situação de violência, as consequências podem ser diversas, inclusive a de piorar a situação da vítima por medo de ameaças, como observado nos relatos. Um dos motivos para que mulheres não acionem a polícia, por exemplo, é o medo de represálias por parte do agressor (INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2015) Diante dos dados encontrados, é preciso ampliar a sensação de segurança dessas mulheres para que elas sejam encorajadas a quebrar o ciclo de violência. A UBS, nesse contexto, parece ser uma ferramenta de enfrentamento de grande relevância, pois participa do processo de elaboração da mulher em relação à situação vivida e não gera nela, necessariamente, o mesmo medo de ameaça e insegurança que outras pessoas ou serviços poderiam trazer, já que garante o sigilo. O próprio acolhimento realizado, centrado na pessoa, e com acesso garantido, pode se bastar como rede de apoio, ou mesmo ser uma ponte para se acionar posteriormente o CRAS ou a delegacia da mulher, fazendo-o de forma anônima.

Por este motivo, qualificar a equipe de saúde para o atendimento a esses casos deve ser parte fundamental da assistência, como forma de integrar e fortalecer a rede de serviços públicos, mas mais ainda como um caminho para se reduzir uma situação de profundo sofrimento vivenciada pelas mulheres em suas comunidades rurais.

## 6 CONCLUSÃO

As mulheres da zona rural que estão vivendo em situação de violência têm uma rede de apoio precária e encontram na Unidade Básica de Saúde um local de acolhimento importante, que faz parte dos seus mecanismos de enfrentamento. A maioria das mulheres não considera que morar em zona rural seja um fator limitante para a busca de ajuda. O que não significa, necessariamente, que elas se sintam protegidas ou que sua rede de apoio esteja bem estabelecida. Por isso, a equipe multidisciplinar das UBS rurais deve levar em consideração que a situação de violência é um forte determinante social de saúde na vida dessas mulheres.

Diante das dificuldades que podem surgir na busca por ajuda, e do pouco conhecimento que ainda existe sobre os serviços públicos de defesa da mulher, é importante que as equipes de saúde das UBS rurais compreendam que possuem um papel privilegiado. Espera-se que o posto de saúde seja um local com menos barreiras geográficas e, de acordo com a gestão da unidade, com acesso facilitado para as mulheres de sua comunidade, com apoio da equipe multidisciplinar. Mas, mais do que isso, é o fato de garantir o sigilo que pode ser um fator determinante para uma mulher buscar ou não ajuda com o serviço de saúde. Essas ferramentas fortalecem não só a equipe de saúde, mas um ponto muito presente na rede de apoio das mulheres que sofrem violência.

Já os serviços como CRAS, CREAS e delegacia da mulher poderiam alcançar ainda mais a população caso buscassem capilarizar suas ações até as comunidades mais distantes da sede. Dessa forma, podem ampliar a sensação de segurança para mulheres que estejam prontas para enfrentar uma situação de violência através da rede de suporte institucional, bem como aumentar a confiança nos serviços disponíveis para defesa da mulher. Do contrário, não se caminhará de forma consistente em direção ao combate a essa iniquidade social, conforme preconizado na lei e nas políticas públicas para as mulheres no Brasil.

É preciso compreender, em última instância, que a mulher rural que sofre violência pertence a uma dinâmica de relações sociais e de valores que podem diferir daquelas dos centros maiores ou da cidade sede. Para elas, morar em zona rural não causa prejuízo no enfrentamento à violência, mas é preciso levar em conta que algumas limitações fazem parte de seu cotidiano a ponto de serem naturalizadas por elas. Os serviços públicos criados para defender as mulheres devem, nesse sentido, atuar a partir de onde a comunidade está e olhar de forma crítica suas demandas, não apenas acolhendo, como também lhes apresentando novos horizontes em direção a uma vida digna, autônoma e livre de violências.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm#art226%C2%A78](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#art226%C2%A78). Acesso em: 19 Jan 2022.
2. BRASÍLIA. **Lei nº 22.340**, 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.. Presidência da República: Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 7 ago. 2006. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 10 jan. 2022.
3. COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. **Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012; 46(5):1088-1095. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XskcTvNMGNbcP8ctn5bT7wk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.
4. DATASUS. **Tabnet**. Violência interpessoal/Autoprovocada. Brasil: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 14 mar. 2022.
5. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISAS DATAFOLHA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 3. ed. Brasil: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. 42 p. ISBN: ISBN 978-65-89596-08-0. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2022.
6. IMP - INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Instituto Maria da Penha**. Tipos de violência. [S.l.]. IMP, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.
7. INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. **Senado Federal**. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria de transparência, 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/relatorios/pesquisa-datasenado-2015-relatorio-e-tabelas-descritivas>. Acesso em: 10 jan. 2022.
8. INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. Senado Federal. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Instituto de Pesquisa Data Senado, 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>. Acesso em: 5 jan. 2022.
9. LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, G. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 475-508.
10. MARTINS, L. C. A.; SILVA, E. B.; COSTA, M. C.; COLOMÉ, I.C.S.; FONTANA, D.G.R.; JAHN, A.C. **Violência contra a mulher: acolhimento na estratégia de saúde da família**. Ciência, Cuidado e Saúde 2016 jul. /Set; 15(3):507-514. DOI:

- 10.4025/ciencucidsaude.v15i3.31422. Disponível em:  
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31422/18067>.  
Acesso em: 04 jul. 2021.
11. MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994. Disponível em:  
<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 15 Jan 2021.
  12. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA; DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2013. 47 p. ISBN: ISBN 978-85-334-1985-8. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_cam po.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_cam po.pdf). Acesso em: 6 jan. 2022.
  13. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 98 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 8). ISBN: 85-334-0436-0. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_intrafamiliar\\_cab8.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.
  14. OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA. Senado Federal. **Painel de Violência contra mulheres**. [S.l.]. Senado Federal, 2019. Disponível em:  
<https://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2FPainel%20OMV%20-%20Viol%C3%Aancia%20contra%20Mulheres.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true>. Acesso em: 5 jul. 2021.
  15. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. Disponível em:  
[http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom\\_onu/pdfs/progresso.pdf](http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf). Acesso em: 04 jul. 2021.
  16. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. 1 ed. Brasília: Presidência da República, v. 1, 2011. 44 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 4 jul. 2021.
  17. SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e Ações Nacionais**. 1 ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres / Presidência da República, v. 1, 2011. 48 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mulheres-do-campo-e-da-floresta-diretrizes-e-acoes-nacionais>. Acesso em: 4 jul. 2021.
  18. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.
  19. TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Definição e Principais Características. **Revista Portuguesa de Psicossomática** Vol. 2, nº 1, Jan/jun. 2000. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>. Acesso em 30 jun. 2021.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

### Eixos norteadores:

1. O episódio de violência
2. Acionando a rede de apoio
3. Contato com a Unidade Básica de Saúde
4. Relação da rede de apoio com a moradia em zona rural
4. Principais dificuldades

<p>Compreender o que cada mulher pensa sobre sua situação de violência</p>	<p>O episódio de violência:</p>          <p>Conceito de violência:</p>	<p>Fale sobre como é sua relação com seu parceiro?</p> <p>Você acredita que já sofreu violência do seu parceiro?</p> <p>Como foi o episódio que você sofreu?</p> <p>Como é que você se sentiu nessa época?</p> <p>Você já passou por isso em outros relacionamentos?</p> <p>O que é violência doméstica para você?</p>
<p>Compreender o que a entrevistada entende sobre a rede de apoio à mulher rural vítima de violência doméstica na área adscrita da UBS Amarantina, distrito do município de Ouro Preto-MG</p>	<p>Acionando a rede de apoio:</p>          <p>Contato com a UBS:</p>	<p>Sobre essa vez que você considera que sofreu violência, você procurou ajuda?</p> <p>Como foi para você ter procurado ajuda?</p> <p>Na época eu lembro que você me procurou e veio no posto, como foi esse serviço para você?</p>

	<p>Papel dos outros serviços:</p>	<p>Porque você escolheu vir ao posto pedir ajuda naquela época? Como esperava que o posto poderia te ajudar?</p> <p>Você acha que poderia ter sido feito algo diferente pelo posto naquela época para melhorar seu atendimento?</p> <p>Qual você acha que é o papel do posto de saúde no atendimento a mulheres que passaram por situações de sofrimento como a sua?</p> <p>Você conhece outros serviços que podem ajudar as mulheres nesses casos? Chegou a acionar algum serviço público além do posto de saúde (e: delegacia da mulher, assistente social, polícia)? Se sim como foi a experiência? Se não, porquê?</p> <p>Como você acha que os serviços públicos de atenção a casos de violência contra a mulher podem ajudar?</p> <p>Em que tipo de lugar você gostaria de pedir ajuda?</p>
<p>Compreender a percepção de segurança das mulheres rurais com os dispositivos de apoio disponíveis em sua área de moradia</p>	<p>Percepção de segurança sobre a rede de apoio; compreender se o suporte foi de fato estabelecido.</p>	<p>Você teve algum receio de procurar apoio?</p>

		<p>Hoje em dia você se sente segura de falar sobre isso com as pessoas ou serviços?</p> <p>Você se sentiria segura caso tivesse que acioná-los novamente?</p>
Identificar se residir em zona rural é um empecilho para obter ajuda.	Relação da rede de apoio com a moradia em zona rural; principais Dificuldades	Você acha que por morar em Amarantina, que é considerada zona rural, buscar ajuda teria sido diferente? Por exemplo, se você morasse em Ouro Preto, seria mais fácil pedir ajuda? Por quê?
Compreender os desdobramentos por ter acionado a rede de apoio após o episódio de violência.		O que mudou na sua relação após você ter procurado ajuda nesses lugares?
Encerramento	Promover espaço para expressar emoções que possam ter surgido; acolher.	<p>Como você se sente hoje em dia após ter passado por essas experiências?</p> <p>Você gostaria de falar mais alguma coisa?</p> <p>Como você está se sentindo após essa conversa?</p>