

PODE-SE TER SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E DESRESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS? UMA REFLEXÃO À LUZ DOS ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÊNERO

DOI: 10.5935/2177-6644.20180019

CAN WE HAVE HEALTH AND
QUALITY OF LIFE IN A SITUATION
OF VIOLENCE AND DISRESPECT TO
HUMAN RIGHTS? A REFLECTION
TO THE LIGHT OF FEMINIST AND
GENDER STUDIES

¿PUEDE TIENE SALUD Y CALIDAD
DE VIDA EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA Y DESESPECTO A LOS
DERECHOS HUMANOS? UNA
REFLEXIÓN A LA LUZ DE LOS
ESTUDIOS FEMENINOS Y DE
GÉNERO

Tania Maria Gomes da Silva *

Andréa Grano Marques **

Cláudia Priori ***

Georgiane Garabely Heil ****

Resumo: Buscou-se nesse artigo refletir sobre uma das formas de violência contra mulher: o assédio sexual verbal. Tal reflexão se ampara em bases teóricas nos estudos de gênero e na teoria feminista, em seus aspectos históricos e sociológicos. Nesse sentido, o debate apresentado possui característica interdisciplinar na medida em que almejou discutir o tema tangenciando campos historiográficos, sociológicos e a grande área de saúde. Este estudo, de abordagem qualitativa, apresenta uma reflexão sobre o assédio sexual caracterizado como violência psicológica, um tipo de violência que compromete a saúde feminina e leva ao adoecimento, além de se configurar numa violação dos direitos das mulheres. Em termos metodológicos, a pesquisa se ampara nas premissas da História Oral e foi realizada a partir de um estudo de caso, ou seja, uma entrevista semiestruturada com uma vítima de assédio. A análise da entrevista valeu-se do conceito de representação social. Concluiu-se pela necessidade de políticas públicas de enfrentamento a toda forma de desigualdade de gênero como ferramenta promotora da saúde e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Assédio sexual. Violência de gênero. Saúde das mulheres.

* Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora do Mestrado em Promoção da Saúde e Tecnologias Limpas do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar. Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI/UNICESUMAR). E-mail: tania.gomes@unicesumar.edu.br

** Psicóloga. Doutora em ciências pela Universidade Federal de São Paulo – USP. Professora do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar. Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI/UNICESUMAR). E-mail: andreagrano298@hotmail.com

*** Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora do curso de História e do mestrado profissional em Ensino de História – ProfHistória da Universidade Estadual do Paraná – Unespar. E-mail: claudiapriori@bol.com.br

**** Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora do curso de História e do Mestrado em História da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. E-mail: profgeorgiane@hotmail.com

Abstract: This article sought to reflect on one of the forms of violence against women: verbal sexual harassment. Such reflection is based on theoretical bases in the studies of gender and in feminist theory, in its historical and sociological aspects. In this sense, the presented debate has an interdisciplinary characteristic in the measure that aimed to discuss the topic, touching historiographical, sociological fields and the great area of health, understanding, therefore, the verbal violence as one of the potential causers of illness. This qualitative study presents a reflection on sexual harassment characterized as psychological violence, a type of violence that compromises women's health and leads to illness, in addition to being a violation of women's rights. In methodological terms, the research relies on the premises of Oral History and was based on a case study, that is, a semi-structured interview with a victim of harassment. The analysis of the interview was based on the concept of social representation. It was concluded that there is a need for public policies to address all forms of gender inequality as a tool to promote health and quality of life.

Keywords: Sexual harassment. Gender violence. Women's Health.

Resumen: Se buscó en ese artículo reflexionar sobre una de las formas de violencia contra la mujer: el acoso sexual verbal. Tal reflexión se ampara en bases teóricas en los estudios de género y en la teoría feminista, en sus aspectos históricos y sociológicos. En ese sentido, el debate presentado posee característica interdisciplinaria en la medida en que anheló discutir el tema tangenciando campos historiográficos, sociológicos y la gran área de salud. Este estudio, de abordaje cualitativo, presenta una reflexión sobre el acoso sexual caracterizado como violencia psicológica, un tipo de violencia que compromete la salud femenina y lleva al enfermo, además de configurarse en una violación de los derechos de las mujeres. En términos metodológicos, la investigación se ampara en las premisas de la Historia Oral y se realizó a partir de un estudio de caso, es decir, una entrevista semiestructurada con una víctima de acoso. El análisis de la entrevista se valió del concepto de representación social. Se concluyó por la necesidad de políticas públicas de enfrentamiento a toda forma de desigualdad de género como herramienta promotora de la salud y de la calidad de vida.

Palabras clave: Acoso sexual. Violencia de género. Salud de las mujeres.

Introdução

Este artigo apresenta uma discussão sobre o comprometimento da saúde e da qualidade de vida de mulheres, em situação de violência psicológica, provocada pelas desigualdades de gênero em nossa sociedade, e relações assimétricas de poder historicamente estabelecidas que sempre colocaram as mulheres numa condição de subalternidade no espaço público e privado.

A Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que completa 12 anos em 2018, estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres (BRASIL, 2006). Em consonância com a Constituição Federal e com Tratados internacionais, tais como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, esta Lei trouxe muitos avanços na identificação e tipificação dos tipos variados de violência contra as mulheres e levou ao conhecimento da sociedade práticas que não podem mais ser silenciadas. Porém, ainda há muito a se avançar devido às fragilidades que se apresentam na sua efetiva implementação, seja pela precariedade do

atendimento dos profissionais para as questões da violência de gênero, seja pela inexistência dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nos municípios para atendimento de mulheres em situação de violência.

A Lei Maria da Penha dispõe sobre as várias formas de violência doméstica e familiar que atingem as mulheres, tais como a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e violência moral. Nesse artigo, nos atentamos para um tipo específico, que é a violência psicológica, considerada uma das formas mais difíceis de ser identificada pelas próprias mulheres que estão vivendo essa situação, pois muitas vezes esta está tão naturalizada socialmente que dificulta o reconhecimento e a identificação por parte das vítimas. Na legislação mencionada,

[...] a violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima às mulheres, que lhes 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 (BRASIL, 2006).

Geralmente, numa relação violenta de gênero, a agressão psicológica está arraigada no convívio familiar e doméstico, sendo acompanhada muitas vezes de violência moral, sexual e física. A violência psicológica acompanha as mulheres em vários espaços sociais, seja desqualificando-as em suas capacidades intelectuais, cognitivas, profissionais, pela condição de seu gênero; ou ameaçando-as, constrangendo e insultando. Elas são vigiadas, proibidas de ir e vir, de usar determinadas roupas, de se comportar livremente, vivendo, por vezes, anos a fio em relacionamentos abusivos.

Outra faceta da violência psicológica é o assédio sexual, caracterizado por atitudes verbais ou físicas, que acontecem em variados espaços, como salas de aulas, ambientes de trabalho, nas ruas, nos transportes públicos, nos consultórios médicos, nas igrejas e templos religiosos, enfim, em todos os lugares, com ou sem testemunhas. O assédio comumente é visto pela sociedade de herança patriarcal e sexista como algo naturalizado, como se o corpo e a vida das mulheres fossem de posse e propriedade dos homens, algo público, que pode ser tocado sem permissão, abusado; como se as mulheres estivessem

sempre disponíveis a “cantadas”, a abordagens sexuais nas ruas, no ambiente de trabalho, e outros locais por onde elas transitam.

O assédio sexual, muitas vezes é justificado como sendo uma mera “cantada”, ou então um “elogio” por parte de quem o pratica, porém, não é nem uma coisa e nem outra, pois constrange a mulher ameaçando-a ou invadindo-a em sua liberdade sexual, seja mediante palavras, sons, gestos ou atitudes. O assédio sexual é crime e está previsto em lei, portanto, passível de punição. Previsto na Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941) é assim caracterizado: “Importunar alguém, em lugar público ou acessível ao público, de modo ofensivo ao pudor”, sob a pena de multa. Já no artigo 216 do Código Penal, alterado pela Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001, dispõe que assédio sexual caracteriza-se por causar constrangimento a alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de cargo ou função. A pena é de detenção de 1 (um) a 2 (dois) anos. No Código Penal, no artigo 233, também está previsto o Ato Obsceno que “consiste na prática de obscenidade em lugar público, ou aberto ou exposto ao público”. A pena é de detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa (BRASIL, 2001). Assim, nota-se que o assédio sexual acontece em diversos espaços e tem práticas variadas no cotidiano.

A expressão assédio sexual (*sexual harassment*) foi usado pela primeira vez nos anos 1970 por feministas norte-americanas para se referir a práticas masculinas observadas nas relações de trabalho com os homens. Dos Estados Unidos a discussão alcançou a Europa, onde as pesquisas se orientaram no sentido de conhecer o problema, avaliar sua incidência e as formas assumidas. Algumas feministas norte-americanas questionaram o fato de que a definição do termo ficasse circunscrita às relações de trabalho, acreditando tratar-se de uma forma de relação de poder do homem sobre a mulher que se exercia também em outras situações. Somente nos anos 1980 o debate alcançou maior efetividade e diferentes países reivindicaram sanções legais contra o assédio. Em 1987, a Comissão Europeia definiu-o como sendo uma conduta verbal ou física de natureza sexual que é ofensiva à vítima, porém, mais uma vez, a ênfase recaiu sobre o assédio em ambiente de trabalho (ALEMAY, 2009).

Uma das mobilizações mais conhecidas contra o assédio é a Marcha das Vadias, protesto feminista iniciada em 2011, em Toronto, no Canadá, por ocasião da declaração de um policial que alegou que os estupros no campus universitário eram resultado do fato das mulheres se vestirem como putas. As redes sociais foram fundamentais para que a

indignação se alastrasse pelo mundo inteiro e a marcha surgisse como uma contra resposta ao machismo evidente do discurso policial (GOMES, SORJ, 2014).

Esse estudo problematiza a o assédio, considerado uma violência contra as mulheres. Não desconsidera que homens também podem ser vítimas de assédio, mas leva em conta que, em todo o mundo, as maiores vítimas são as mulheres, em virtude das desigualdades de gênero que permeiam as relações sociais tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (MINAYO, 2005, SAFFIOTI, 2004).

Violência e saúde numa perspectiva de gênero

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) reconhece a violência como um problema de saúde pública, entendendo-a como qualquer ato que resulte em ferimento, morte, dano psicológico e prejuízo no desenvolvimento do ser humano. Trata-se de um elemento profundamente tensionador da vida dos sujeitos.

A violência contra as mulheres é considerada como uma questão de saúde pública e de violação explícita dos direitos humanos (BRASIL/MS, 2006, MINAYO, 2003). O Brasil ocupa o quinto lugar no mundo nesse tipo de crime (BANDEIRA, 2014).

Em 2013, 4.762 mulheres foram vítimas de homicídio no país; uma taxa de 4,8 por mil, com média de 13 feminicídios/dia. Em virtude da Lei Maria da Penha ocorreu uma queda de 4,2 para 3,9 mortes por grupo de mil mulheres, em 2007; mas logo em seguida voltou a ultrapassar os índices de 2006. Em 2010 apresentou nova retratação. Brasileiras de todas as idades são vítimas de violência doméstica, sexual, física ou psicológica: 54% são meninas; 65% são adolescentes; 70% são jovens, 71% são adultas e 54% são idosas. Considerando-se os tipos temos: 48,7% são vítimas de violência física (jovens e adultas); 23% de violência psicológica (jovens em diante) e 11,9% de violência sexual (29% até 11 anos de idade e 24,3% adolescentes). Os agressores são principalmente parentes próximos, parceiros ou ex-parceiro (WALSELFIZ, 2015).

Considerando-se os estupros, tanto aqueles praticados por desconhecidos quanto os que são cometidos por pessoas do círculo íntimo das vítimas, inclusive os próprios maridos ou companheiros, temos uma elevação expressiva de mulheres vitimadas. Facuri et. al (2013), citando dados do Departamento de Informática do SUS-2004, informam que uma média diária de 21,9% de mulheres procuravam atendimento em serviços de saúde por violência sexual, sendo 14,2% notificadas como vítimas de estupro.

Estavam certas Gomes e Minayo (2005) quando afirmaram que, no Brasil, a violência causa mais morte do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Contudo, o que dizer/fazer se considerarmos os comportamentos que sequer são identificados como configurando práticas de violência? É o caso do assédio sexual, cometido de diversas formas, o machismo explícito nas músicas de conteúdo misógino; as violências obstétricas; os estupros conjugais; além das práticas de beleza normativas extremamente agressivas ao corpo feminino, porém igualmente deletérias, e que, no imaginário social, são vistas como procedimentos que não se enquadram necessariamente no rol das violências.

Consideramos, assim, ser necessária a existência de formas abrangentes para identificar e qualificar as violências. Contemporaneamente, uma maneira de se ampliar a discussão da violência contra as mulheres é compreendê-la como uma violência de gênero (GOMES, MINAYO, 2005), isto é, algo que ocorre unicamente porque a pessoa ofendida pertence a um dado sexo, no caso, o feminino. Embora a violência de gênero possa ter como vítima um homem agredido por uma mulher, isso é menos usual que ocorra, dado o caráter patriarcal e androcêntrico que dita as regras na sociedade brasileira desde os tempos coloniais. Na área da saúde, o conceito de gênero é utilizado para determinar características próprias aos comportamentos de sujeitos sociais, demarcando diferenças entre feminino-masculino no âmbito social e “que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde” (BARATA, 2009, p.9).

Nessa perspectiva, o gênero é visto como determinante da saúde, da compreensão do processo saúde-doença e das relações entre as diferentes formas de organização social, exercendo influência também no sistema de atendimento dos serviços de saúde, uma vez que as campanhas, os exames médicos de rotina, o acompanhamento médico diagnosticado está quase sempre voltado para a saúde das mulheres, em detrimento de uma política para a saúde dos homens. Se por um lado, isso favorece a saúde feminina e as condições específicas da vida das mulheres, pois há um rastreamento rotineiro de sua saúde, por outro lado, o corpo feminino se torna passível de interdições, de tratamento, sendo examinado, diagnosticado, considerado frágil e doente, algo que precisa ser controlado e vigiado.

Para Ferraz e Araujo (2004), nas sociedades onde as relações são hierarquicamente organizadas pelos marcadores de gênero, raça e classe, os indivíduos, homens e mulheres,

pessoas brancas e negras, ricos e pobres, não têm as mesmas oportunidades de acesso aos serviços e devem receber atenção diferenciada pelos sistemas de saúde.

A prevalência de modelos estritamente biomédicos para a análise da saúde tem feito com que não se leve em conta a relevância de fatores econômicos e sociais, dentre eles a questão de gênero, classe, raça, geração e sexualidade, como elementos que têm um significado quando se analisa a relação saúde e adoecimento. A depressão, por exemplo, mais incidente nas mulheres, pode estar associada, além das mudanças hormonais, também às desigualdades de gênero. Episódios de humilhação, subordinação e depreciação aos quais as mulheres em situação de violência são submetidas deixam-nas muito mais vulneráveis a transtornos psíquicos, principalmente a depressão, a ansiedade e o estresse pós-traumático (FERRAZ, ARAUJO, 2016). Há que se destacar que as mulheres negras são as principais vítimas de violência no Brasil, portanto, as que são mais suscetíveis em recorrer aos atendimentos médicos em postos de saúde e hospitais. Também as mulheres lésbicas e transexuais, que estão constantemente em situação de violência. Todavia, nem sempre os/as profissionais da saúde estão preparados para lidar com as questões da violência de gênero e suas interseccionalidades com a classe, raça e sexualidade.

Bordo (1997), por exemplo, vê em desordens como a histeria, a agorafobia e a anorexia uma reação aos modelos de feminilidade a que as mulheres têm estado expostas, manifestações, ainda que inconscientes, da insatisfação com um ou vários aspectos de suas vidas. A anorexia é caracterizada pela perda de peso intencional por meio de dietas altamente restritivas, busca desenfreada pela magreza, recusa em manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade, amenorreia (ausência de menstruações) e distorção da imagem corporal. A bulimia caracteriza-se por grande ingestão de alimentos, variando de 1.436 a 25.755 calorias em um curto período de tempo. Entre as causas predisponentes, estão, fatores biológicos e socioculturais, o abuso sexual e a fuga dos conflitos, entre outras. Trata-se de um transtorno tipicamente feminino: aproximadamente 8 por 100 mil mulheres sofrem de transtornos alimentares, enquanto para os homens estima-se que seja menos de 0,5 por 100 mil por ano (CARMO, PEREIRA, CÂNDIDO, 2014).

Em 1986, a Carta de Otawa, que resultou da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, afirmou oficialmente que os principais determinantes da saúde eram exteriores ao sistema de tratamento (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013, p.68). Nesse sentido, as enfermidades psicossomáticas, como dores de cabeça, depressão,

estresse, anorexia, bulimia, bem como doenças autoimunes, como lúpus e fibromialgia, começaram ser pensadas como uma resposta do corpo feminino às violências imputadas pelas desigualdades sociais, políticas e econômicas que incidem sobre o sujeito feminino (MARQUES, 2010; BARATA, 2009; BORDO, 2007). O mesmo se dá com o lúpus, que acomete 13 mulheres para cada homem e que tem sido relacionado com a culpa, um sentimento historicamente associado ao feminino (LIMA, 2010).

Embora a desigualdade de gênero mereça ser pensada como uma forma de violência psicológica foi somente com a Lei Maria da Penha que se efetivou esse entendimento. Até então não havia “em nenhum outro nível legal brasileiro conceito semelhante no que tange à completude e à complexidade de definição” (MACHADO, 2017, p. 66). Essa lei definiu como violência psicológica uma variedade de práticas desqualificantes e depreciantes do feminino, como já destacado, e essa interpretação abrangente da violência foi importante para a proteção de milhares de mulheres que passaram a encontrar respaldo legal para suas aflições e sofrimentos (MACHADO, 2017, 2016; NICHNING, 2016).

Outro passo importante foi dado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). Conquanto as agressões físicas ainda chamem mais atenção de médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, fisioterapeutas, e outros profissionais desse campo, a OMS considerou os danos psicológicos como resultado da violência, deixando de contemplar somente o modelo biomédico, “que classifica os seres humanos como saudáveis ou doentes, como se tal conceituação fosse objetiva, com base apenas no grau de eficiência das funções biológicas” (LAGUNA, ABREU, 2017, p.2).

Igualdade de gênero, saúde e qualidade de vida

Em consonância com os estudos feministas, definimos a violência de gênero como qualquer agressão que atinge as mulheres unicamente em função de pertencerem ao sexo feminino (VEIGA, LISBOA, WOLF, 2016; ACHARYA, STEVENATO, 2005; ARAUJO, MARTINS, SANTOS, 2004).

A formação cultural do Brasil, que encontra sustentação no sistema patriarcal, dá aos homens o poder sobre suas mulheres e legitima, inclusive, o uso da violência. Essa divisão binária é profundamente naturalizada na sociedade, encontrando-se presente em práticas e discursos que retroalimentam a opressão. No processo colonizatório, a

subalternidade feminina, notadamente de mulheres indígenas, escravas, negras forras e brancas pobres, ajudou a sedimentar no país uma cultura de opressão e de violência que séculos de existência ainda não foram capazes de desconstruir (SAFIOTTI, 2004; FREIRE, 2000, DIAS, 1994). Os movimentos feministas, em diferentes temporalidades, têm buscado reverter essa organização social, o que implica pensar as relações de gênero a partir de uma lógica de igualdade (ARAUJO, MATTIOLI, 2004; SCOTT, 1994), objetivando a melhoria da qualidade de vida das mulheres e, conseqüentemente, a promoção da saúde (DIAS, 2018; BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (1995 apud SILVA, et. al, 2010) conceitua a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida cultural, na realização de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Seguindo essa lógica, questionamos: como as mulheres podem ter qualidade de vida se um simples caminhar pelas ruas as coloca expostas ao abuso verbal, aos comentários sexistas sobre a aparência física, às frases ofensivas e de duplo sentido, às alusões grosseiras, aos elogios atrevidos e às insinuações sexuais inconvenientes, às passadas de mãos sobre o seu corpo?

O assédio, seja sexual, verbal, moral, é sempre uma violência contra as mulheres. Não pensamos a violência contra as mulheres apenas como atos de agressão contra seus corpos, e sim todo ato ou conduta que fira sua dignidade humana, sua liberdade de escolha, suas vontades e desejos. A violência está no dia-a-dia, enraizada no imaginário social coletivo de homens, e também de mulheres, legitimando a subordinação por meio da nossa linguagem cotidiana e que tornam a violência de gênero prática comum que passa despercebida (SILVA, 2010).

Desse modo, a elaboração e a implementação de políticas públicas de proteção às mulheres em todos os espaços de convivência públicos e privados, devem ser pensadas como medidas fundamentais para a promoção da saúde feminina. Alguns países europeus, como a França desde 2012, ou como a Bélgica desde 2015, aprovaram a criminalização do assédio sexual cometido contra as mulheres em espaços públicos, incluindo pagamento de multas e/ou prisão, para quem o praticar, como é o caso da França. Outros países como o Egito e o Peru, também têm legislação que pune o assédio sexual em espaço público e tipifica o que é caracterizado como tais práticas, inclusive as “cantadas”. Na Argentina, há três projetos tramitando no Congresso Nacional que prevê punição de multa e/ou prisão para quem cometer assédio sexual em locais públicos. Já países como o Brasil, Índia e Reino Unido, embora haja legislação que criminaliza o assédio sexual, são leis muito

genéricas, que não definem quais são essas práticas (PAÍSES MULTAM CANTADA, 2015).

Assim, é perceptível que precisamos de campanhas educativas de combate a toda forma de discriminação de gênero, a elaboração de políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, além de práticas de educação em saúde, principalmente em grupos de profissionais de atenção primária, que mostrem os efeitos deletérios da desigualdade de gênero como elemento comprometedor da saúde (LAGUNA, ABREU, 2017).

A violência contra as mulheres: narrativa

À luz das teorias feministas e dos estudos de gênero analisamos as narrativas acerca da violência vivenciada por uma mulher jovem, de 23 anos, moradora de uma cidade do interior do Paraná, entrevistada no período de agosto a setembro de 2017. Suas narrativas nos permitem entrar em contato com suas vivências numa situação de violência. Apoiando-nos na abordagem qualitativa conseguimos traçar elementos importantes que aparecem em sua narrativa, tais como a representação da violência e como essa assume lugar e significado em sua vida, como a violência afeta a subjetividade e intersubjetividade, atinge suas vivências e comportamento social.

A pesquisa narrativa é enraizada em diferentes disciplinas das ciências humanas e sociais aplicadas. Pesquisadoras e pesquisadores coletam histórias de indivíduos sobre as experiências vividas, havendo uma interação e pressupondo uma relação dialógica entre entrevistador/a-entrevistado/a. Como método, ela começa com as experiências expressas nas histórias contadas pelas pessoas entrevistadas. Os procedimentos para implantar esse tipo de pesquisa consistem em “focar no estudo de um ou dois indivíduos, reunir dados por meio de coletas das suas histórias, relatar suas experiências individuais e ordenar cronologicamente o significado [...]” (CRESWELL, 2014, p. 68).

A entrevista ocorreu em 12 de setembro de 2017 e teve duração aproximada de 90 minutos. Foi precedida de três encontros informais para melhor conhecimento da situação e explicação dos objetivos da pesquisa. A entrevistada, que será identificada como Maria Joana tem 23 anos, é negra, separada, sem filhos, mora com a mãe, o pai, irmãs e irmãos, cursa o último ano do ensino médio na Escola de Jovens e Adultos (EJA) e sua condição econômico-social é de baixa renda, portanto, com pouco poder aquisitivo.

A escolha de Maria Joana se deu pelo fato da mesma integrar um projeto social desenvolvido com famílias em situação de vulnerabilidade, promovido por uma entidade social filantrópica. A jovem havia participado meses antes de um trabalho que envolveu leituras e discussão de textos sobre a violência, produção de pequenos textos acerca dos diferentes tipos de violência e exposição de fotografias que retratavam situações violentas contra as mulheres, assim como temas acerca do racismo e homofobia.

Segundo Alberti (2008), entrevistas são fontes que exigem interpretação e análise, funcionando como um recurso terapêutico para favorecer a afirmação da identidade dos sujeitos participantes. Analisamos a fala de nossa entrevistada tomando como base a teoria de representação social, que tem profundas raízes nos estudos sociológicos e antropológicos, mas é principalmente na psicologia social, notadamente em Serge Moscovici, que esse modelo teórico passou a ser adotado pelas áreas de saúde e da educação, atingindo também os estudos feministas. Reflete sobre as formas como os indivíduos (re) elaboram suas visões particulares de mundo tomando como substrato a interação entre sujeito e sociedade para compreender/agir no mundo (BANDEIRA, 2014). Nossa interpretação da verdade não é, portanto, feita dentro de uma perspectiva positivista, que busca acima de tudo a “verdade” dos fatos (PORTELLI, 2016).

Nesse sentido, também são válidas as reflexões de Joel Candau (2014), quando ao abordar os conceitos de memória e identidade, argumenta que é necessário reconhecer que a memória (fonte de pesquisa desse estudo) é, acima de tudo, uma reconstrução continuamente atualizada das experiências passadas.

Candau (2014), em diálogo com Ricoeur, acredita que existe uma reprodução ininterrupta de lembranças que estão em reconfiguração permanente. Para Candau, a memória fornece uma espécie de “conservação de si” ao longo do tempo, e suas articulações e interdição de esquecimentos são fatores centrais na configuração de nossas subjetividades. Sem a memória, o “sujeito” é aniquilado. Porém, a memória não fornece o passado em si, mas reconfigurações narrativas sobre o passado.

É a partir dessa base de interpretação teórica e metodológica que esse estudo apresenta a entrevista com Maria Joana. Sua narrativa de assédio e violência sexual psicológica mescla elementos de medo, vergonha e, ao mesmo tempo, de atitude e agencia feminina diante da opressão. Ouvi-la e analisa-la é, também, acrescentar a grande narrativa histórica as vozes e vidas de parte da população que foi durante muito tempo silenciada, não apenas pela sociedade mas também pela própria historiografia (PERROT, 2007).

As narrativas de Maria Joana demonstram como foi sua vivência com uma situação de violência, e como essa experiência afetou sua vida, tanto no âmbito privado quanto no público. Segundo a entrevistada, no mês de fevereiro de 2017, ela começou a ser importunada, na volta da escola, por um guarda municipal que a chamava de “gostosa”, “delícia”, dizia querer colocá-la no colo, além de persegui-la por várias quadras até a sua casa, o que lhe causava, reproduzindo suas palavras, *“um sentimento de pavor”*. Segundo Minayo e Souza (1998), o medo é uma das manifestações da violência.

Diante do assédio, Maria Joana pediu a um colega do sexo masculino que, ao término das aulas, por volta das 22h30m, ele a acompanhasse até próximo de sua casa. Entretanto, mesmo nessas ocasiões o agressor conseguiu surpreendê-la, pois ao se sentir mais segura por estar próxima de casa e se despedir do acompanhante, foi surpreendida logo adiante pelo agressor que surgiu inesperadamente por detrás de uma árvore, dando-lhe um grande susto: *“Acho que ele ia seguindo eu com meu colega e a gente não percebeu. Quando eu dei tchau para o meu amigo é que ele apareceu”*.

Ela chegou em casa e não teve coragem de contar para o pai e para a mãe. Por serem pessoas simples e que não davam valor ao estudo, ela acreditava que lhe diriam para deixar a escola. O irmão mais velho já tinha envolvimento com a polícia devido ao uso de drogas e ela temia colocar-lhes mais um problema. Assim, optou em ficar calada.

Essa situação vivenciada e narrada pela entrevistada revela o sentimento de medo, de “pavor” que ela sente ao ser assediada pelo guarda municipal, pois a abordagem desagradável, as palavras ofensivas, a perseguição sofrida, a colocava numa condição de impotência. Maria Joana se sentia coagida e desamparada, tanto que busca uma companhia masculina que a acompanhe até sua casa ao término das aulas. Outro aspecto presente em sua narrativa é o silenciamento, pois não conta para sua família o assédio sexual que estava sofrendo. Geralmente, o silenciamento das mulheres em situação de violência se atribui, ao medo da culpabilização, medo de que as outras pessoas a julgassem como culpada, o que comumente acontece na sociedade. Percebemos que para poupar a família de mais um problema, Maria Joana opta em silenciar, sofrendo calada. Isso revela também uma desigualdade de gênero, pois desde criança ensina-se às mulheres que devem ficar quietas, não trazer problemas para os familiares. Esse tipo de educação impede, muitas vezes, as mulheres de denunciarem os abusos sexuais, as violências sofridas, seja no leito conjugal, nas ruas, no trabalho, etc.

Maria Joana relata que transcorreu uma semana entre o primeiro assédio e o momento em que ela, embora relutante, aceitou procurar a polícia por orientação de profissionais da entidade que ela frequentava, para efetivar a denúncia. Apesar do tempo relativamente curto, o assédio vivido por ela lhe provocou dores de cabeça, crises de choro e de insônia. Ela se sentia amedrontada especialmente porque o rapaz conhecia toda sua vida particular: as ruas pelas quais ela havia passado em semanas anteriores, as atividades que ela havia realizado, deixando evidente que ele a perseguia a mais tempo do que ela pudera perceber.

Maria Joana sofreu também ameaças do agressor, uma vez que o mesmo alegava que sabia que seu irmão estava envolvido com drogas e, se dizendo amigo de policiais, afirmava ter meios de ajudar ou criar maiores problemas para o rapaz. Nisso, percebe-se como o guarda municipal a constrangia e a ameaçava. A jovem não se sentia a vontade com essa abordagem, se sentindo insegura e amedrontada, sentimento normal nas vítimas de assédio.

Na entrevista, ela informou que o homem não usava palavras de baixo calão e somente uma vez tentou tocá-la, mas a situação, de todo modo, lhe causando medo e aflição.

Começou a me incomodar o jeito que ele falava, o jeito que ele estava olhando. Eu ficava parada, [tentando] não prestar atenção no que ele falava. Eu ficava assim: “eu só vou escutar ele e vou começar a andar rápido”. Tipo, quando eu ver que ele terminou de falar eu vou atravessar a rua rápido para não dar tempo dele começar a falar de novo, mas aí como ele começou a ir de moto do meu lado não tinha jeito.

Maria Joana tem aspecto bastante frágil, mede, aproximadamente, 1,50m e quando o rapaz dizia que ela parecia uma criança, que queria colocá-la no colo e brincar com ela isto lhe causava mal estar “porque eu ficava pensando que se ele tivesse uma criança ali o que ele faria?”

Os assédios sexuais dos quais as mulheres são vítimas cotidianamente, geralmente ocorrem no espaço público e na grande maioria é praticado por desconhecidos; o que o diferencia da violência doméstica, cujos autores, em torno de 40%, são maridos ou companheiros (MACHADO, 2016). Embora haja legislação nacional que pune essa prática, as mulheres terminam, por desconhecimento, vergonha ou descrédito na justiça, não denunciando o assédio sexual. As subnotificações dificultam uma tomada de

consciência da sociedade e comprometem a elaboração de políticas públicas sociais e de saúde capazes de proteger as vítimas.

Os efeitos do assédio sexual e da perseguição sofrida por Maria Joana ficam evidentes em suas narrativas quando a mesma afirma que ao se aproximar o horário do término da aula começava a ter crises de ansiedade: “Eu ficava assim: “Como é que eu vou passar naquela calçada? Por onde eu vou passar? Eu ficava imaginando um jeito de escapar dele”. Então, ia para o banheiro da escola e chorava. Chegando em casa sua reação era comer porque “Quando eu fico nervosa eu como bastante”.

O Ministério da Saúde considera que o assédio sexual traz implicações variadas sobre a saúde feminina: estresse emocional, sentimento de culpa, perda do poder de concentração, ansiedade, insegurança, baixa auto-estima, perda de produtividade e falta de motivação (BRASIL/MS, 2011). Fica evidente, que o assédio sexual praticado de várias formas, seja verbal, por gestos, sons ou por meio de palavras provocam nas vítimas uma situação que humilha, desvaloriza e intimida, colocando-as numa posição coisificada, objetificada, à mercê dos desejos e vontades alheias.

Essa falta de respeito à liberdade feminina, assim como poder andar com segurança à noite na saída da escola, por exemplo, ficam explícitas na narrativa da entrevistada quando ela conta que numa noite o rapaz subiu com a moto na calçada e a impediu de continuar seu trajeto. Segundo ela, foi a única vez em que ele a tocou, ainda que levemente numa das mãos. Mesmo assim, afirma que sentiu o coração acelerar porque era tarde, a rua estava deserta e o posicionamento da moto a impedia de correr. Ela começou a ter taquicardia.

Durante a entrevista, por duas vezes, ela chora demonstrando ainda grande nervosismo. Esfregando as mãos insistentemente uma na outra ela nos relata tímida:

às vezes me dava raiva, às vezes eu ficava olhando assim para mim pra ver se eu estava com uma roupa, aí eu comecei a vestir uma roupa mais folgada, camiseta mais fechada, assim, tipo assim para ver se a roupa era a causa dele estar me parando assim na rua.

Como ocorre com a maioria das mulheres vítimas de assédio sexual, a primeira atitude é o sentimento de culpabilização, já mencionado. Machado (2016) nos traz pesquisa do IPEA-2014 que indica que pelo menos 25% da população brasileira acredita que uma mulher com roupas curtas merece ser estuprada, mostrando que estamos diante

de um problema de caráter estrutural. As mulheres, de modo geral, se autoresponsabilizam ou a outra mulher pelas violências que lhes são infringidas.

A jovem foi orientada a procurar a Delegacia de Polícia Civil do município, o que fez com muita insegurança. No momento da queixa, o atendente de plantão desqualificou a reclamação. Segundo ele: “*É direito do homem mexer com a mulher*”. Além disso, enfatizou, cabia à jovem apenas mudar sua trajetória para casa, evitando passar perto do ofensor “**se**” (sic), efetivamente, se sentia desconfortável com o assédio.

Emerge aqui uma situação em que a mulher se vê responsabilizada, culpabilizada pelo mal que a violência perpetrada por um homem lhe causou. Sofre, nesse caso, uma dupla violência, por parte do assediador e por parte do representante do Estado que, em tese, deveria lhe dar respaldo e acolher sua queixa sem julgamentos. Ocorre que a polícia, a justiça – por falta de preparo e formação para atender mulheres em situação de violência de gênero - não consegue identificar os variados tipos de violência, banalizando o sofrimento das mulheres e o direito delas de denunciarem e terem as queixas apuradas.

Além disso, o policial que recebeu a denúncia mencionou que o irmão da jovem era um conhecido usuário de droga na cidade, constringendo-a, pois isso não tinha nada a ver com o caso em questão. Tal tentativa de intimidação se configura em nítida violência institucional, pois negava à Maria Joana o direito de denunciar e ter acesso à justiça. Essa tem sido uma estratégia comum da polícia, da justiça e da sociedade: busca-se transformar a mulher-vítima em culpada, seja questionando o seu horário de estar na rua, seja fazendo comentários desabonadores sobre a sua vestimenta ou, como no caso em questão, fazendo referências à má conduta de seus familiares.

Para Minayo (2003), a violência psicológica, por ser em geral verbal, dificilmente é compreendida por agentes da lei. Apesar da sustentação que a Lei Maria da Penha proporcionou às mulheres em situação de violência, Bandeira (2014) também afirma que o encaminhamento dos processos de violência psicológica ainda é um dos maiores desafios a serem enfrentados devido à estrutura dos sistemas de Justiça e Segurança. Citando pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz, esta autora afirma que, especialmente nos casos de violência psicológica, é comum que muitos policiais se recusem a fazer o termo de ocorrência. Foi o que ocorreu com Maria Joana, pois o agente se negou a lavrar o boletim de ocorrência, sendo preciso aguardar a chegada do delegado que, enfim, deu a devida atenção ao caso.

A pouca credibilidade ao depoimento das vítimas, o atendimento inadequado e o fato de muitos funcionários que atuam no judiciário considerarem a violência contra as mulheres como assunto não prioritário terminam desestimulando muitas delas a procurarem por seus direitos. Além disso, há uma grande desigualdade no atendimento de homens e mulheres, “acrescida de um desconhecimento sobre uma subjetividade própria que deve ser levada em consideração no tratamento às mulheres em situação de violência” (LISBOA, 2014, p.262).

Lipovetsky, afirma que muitas mulheres se excedem nas reclamações:

Nos anos 60-70, o feminismo se empenhava em emancipar a sexualidade das normas morais, em fazer regredir a influência do social sobre a vida privada; em nossos dias, ao contrário, o feminismo reivindica cada vez mais controle público sobre a vida privada: leis sobre o assédio sexual, códigos de comportamento e de linguagem corretos, exigência de proibição da pornografia, todas orientações intervencionistas que são frequentemente denunciadas como um novo terrorismo intelectual e moral a ameaçar a ordem liberal de nossas sociedades (LIPOVTSKY, 2010, p.76).

Entretanto, qualquer tipologia de assédio contra as mulheres as colocam numa posição passiva de objeto e causa-lhes muito sofrimento e sentimento de insegurança. Os assédios e quaisquer outros tipos de violência não são “excessos caricaturais”, como define o autor, nem é vitimismo. Todo tipo de violência contra as mulheres são violações dos direitos humanos, e portanto, devem ser combatidas e erradicadas. Não concordamos, portanto, com Lipovetsky, e reforçamos que a violência contra as mulheres causa danos à saúde feminina. Dentro dessa nova perspectiva do olhar, defendemos o combate ao machismo como uma forma de promoção da saúde e o direito a viver uma vida sem opressões sexistas um meio de se alcançar melhor qualidade de vida. O discurso patriarcal, ao promover a coisificação feminina, produz efeito de sentido, inclusive com implicações no corpo/adoecimento das mulheres (LIMA, 2010).

O entendimento de promoção de saúde não se restringe à ausência de doença (LAGUNA, ABREU, 2017; SICOLI, NASCIMENTO 2013). A violência contra as mulheres é um problema social que causa um grande impacto sobre o sistema de assistência à saúde, aumentando os gastos com estruturas hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos que terminam sendo mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Entretanto, segundo Minayo (2006), a inclusão da violência na pauta do setor de saúde ainda vem ocorrendo muito lentamente.

Quando se vincula violência ao setor saúde é quase sempre se pensando em ações que causem traumas físicos aos indivíduos enquanto as consequências psicológicas são subestimadas. Mas é preciso considerar que a mulher vítima de assédio sexual também está sendo violentada e que isso gera impactos negativos sobre a sua saúde e a sua qualidade de vida. Esses impactos precisam ser analisados numa abordagem inter e transdisciplinar que incluam uma visão quantitativa e qualitativa do fenômeno, pois não basta quantificar os dados, mas entender a magnitude do fenômeno, os seus sentidos, de modo a se formular programas de promoção e de prevenção propostos pelo setor saúde.

No caso de Maria Joana ficou evidente que o assédio sexual estava lhe causando vários danos, entre eles o estresse, a ansiedade e a falta de motivação para o estudo. Além disso, conforme demonstrou, ela sentia certo sentimento de culpa, como se estivesse sendo mal-educada com o guarda a cada vez que ele, dirigindo a ela “palavras ternas”, a exemplo de “eu queria você no meu colo”, era respondido com uma negativa. A maneira como ela foi tratada na delegacia local só fez aumentar essa sensação de responsabilidade pelo ocorrido. De fato, ela poderia passar por outras ruas, dar voltas e aumentar o seu caminho, a fim de que não passasse necessariamente pelo local onde o guarda noturno ficava. Contudo, questionamos: em pleno século XXI as mulheres continuam sendo públicas somente por estarem no espaço público?

Conclusão

Esse texto buscou mostrar que a violência contra as mulheres precisa ser entendida de uma maneira mais holística, de modo a contemplar não somente as agressões que vitimam o corpo, mas também aquelas que afetam a alma. Nessa busca por um alargamento conceitual do que seja um ato promotor de violência psicológica, discutimos, particularmente, o assédio sexual, em suas variadas formas, por considerá-lo uma agressão profundamente naturalizada na sociedade brasileira, conquanto configure flagrante desrespeito aos direitos humanos e, como tal, capaz de comprometer de maneira decisiva a qualidade de vida e incidir negativamente sobre a saúde.

Desse modo, os estudos de gênero têm contribuído para a ampliação da ótica acerca das relações violentas, percebendo como as questões de gênero e suas interseccionalidades com classe, raça, sexualidade e geração afeta a vida e saúde das mulheres. Nesse sentido,

a luta pela igualdade de gênero e o fim de toda forma de desrespeito aos direitos das mulheres são práticas emancipadoras da saúde feminina.

Referências

ACHARYA, Arun Kumai; STEVANATO, Adriana Salas. Violência y trafico de mujeres em Mexico: uma perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. 13 (3), set/dez, 2005, p. 512 –524.

ALBERTI, Verena. ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

ALEMANY, Carme. Assédio sexual. **Dicionário Crítico do Feminismo**. Helena Hirata et. al. (Orgs). São Paulo: Editora Unesp, 2009, p.25-30.

ARAÚJO, Maria de Fátima; MARTINS, Edna Júlia Scombatti; SANTOS, Ana Lúcia dos. **Violência de gênero e violência contra a mulher**. Maria de Fátima Araujo, Olga Cecioliato Mattioli (Orgs). São Paulo: Arte & Ciência, 2004, p. 17-35.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. Estado.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. **Gênero, corpo, conhecimento**. Alison M. Jaggar, Susan Bordo (Orgs). Tradução Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997, p.19-41.

BRASIL. **Assédio**. Violência e sofrimento no ambiente de trabalho. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei n.º11.340**, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde** (versão preliminar). Brasília: MS; 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.224**, de 15 de maio de 2001. Disponível em <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/42/2001/10224.htm>

BRASIL. **Decreto Lei n. 3.688**, de 3 de outubro de 1941. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm. Acesso em 15 de março de 2018.

CANDAU, J. **Memória e identidade**. São Paulo: Contexto, 2014.

CARMO, Cristina Costa do; PEREIRA, Priscila Moreira de Lima; CÂNDIDO, Ana Paula Carlos. Transtornos alimentares: Uma revisão etiológica e das principais complicações clínicas. **Hu Revista**. Juiz de Fora, v. 40, n. 30, p.173-181, jul/dez, 2014.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**. Escolhendo entre cinco abordagens. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Penso, 2014.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. **Quotidiano e poder em São Paulo no séc. XIX**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

DIAS, Maria Socorro de Araujo. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Col.** 23 (1), jan. 2018.

DORA, Denise Dourado. Conferência. Violência contra a mulher: um breve histórico no Brasil. **Gênero e violências**. Diálogos interdisciplinares. Ana Maria Veiga, Teresa Kleba Lisboa, Cristina Scheibe Wolff (Orgs). Florianópolis: Edições do Bosque, DFH, UFSC, 2016, p.264-278.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, Maio, 2013.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; ARAUJO, Maria de Fátima. Gênero e saúde mental: desigualdades e iniquidades. **Gênero e violência**. Olga Ceciliato Mattioli (Orgs). São Paulo: Arte & Ciência, 2004, p. 53-67.

FREIRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**. Rio de Janeiro: Recordo, 2000.

GOMES, Carla; SORJ, Bila. Corpo, geração e identidade: a Marcha das vadias no Brasil. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 433-447, Ago, 2014.

GOMES, Romeu. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. **Violência sob o olhar da saúde**. MINAYO, Maria Cecília de Souza, Edinilsa Ramos de Souza (Orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 199-222.

LAGUNA, Maria do Rosário Cerávolo; ABREU, Maria Theresa Laguna Abreu. Educação em saúde: abordagens conceituais. **Educação em saúde e enfermagem**. Álvaro S. Santos, Vânia Del'Arco Paschol. Barueri, São Paulo: Manole, 2017, p. 1-24.

LIMA, Nadia Regina Loureiro de Barros. O adoecer feminino e a culpabilidade discursiva: considerações sobre a incidência do lúpus em mulheres. **Gênero e Saúde**. Diálogo Ibero-brasileiros. Marlene Strey, Conceição Nogueira, Mariana Ruwer de Azambuja (Orgs). Porto Alegre: Edipucrs, 2010, 256-278.

LIPOVESTSKY, Gilles. **A terceira mulher**. Permanência e revolução do feminino. Tradução Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

LISBOA, Teresa Kleba. Igualdade ou equivalência de direito frente às situações que discriminam as mulheres. **Políticas e fronteiras: desafios feministas**. V. 2 Luzinete Simões Minella, Gláucia de Oliveira Assis, Susana Bornéo Funck (orgs). Tubarão, Santa Catarina, Copiart, 2014, p.253-277.

MACHADO, Isadora Vier. **Da dor no corpo à dor na alma**: uma leitura do conceito de violência psicológica da Lei Maria da Penha. Belo Horizonte: Editora D' Plácido, 2017.

_____. Lei Maria da Penha: conquistas e desafios. **Gênero e violências**. Diálogos interdisciplinares. Ana Maria Veiga, Teresa Kleba Lisboa, Cristina Scheibe Wolff (Orgs). Florianópolis: Edições do Bosque, DFH, UFSC, 2016, p. 08-26.

MARQUES, Antônio Manuel. Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. **Gênero e saúde**: diálogos ibero-brasileiros. NEVES, Marlene; AZAMBUJA, Mariana Ruwer. Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 35-58.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência dramatiza causas. **Violência sob o olhar da saúde**. Infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Maria Cecília de Souza Minayo et. al. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.23-48.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, SOUZA, Ednilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, ciências, saúde**. Manguinhos, IV (3), fev, 1998, p. 513-53.

NICHNIG, Claudia Regina. Experiências e práticas no combate à violência a partir da Lei Maria da Penha. **Gênero e violências**. Diálogos interdisciplinares. Ana Maria Veiga, Teresa Kleba Lisboa, Cristina Scheibe Wolff (Orgs). Florianópolis: Edições do Bosque, DFH, UFSC, 2016, p. 27-48.

PEREIRA, Érico Felden, TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr/jin, 2012.

PERROT, Michelle. **Minha História das Mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.

PORTELLI, Alessandro. **A história oral como a arte da escuta**. São Paulo: Letra Voz, 2016

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004 (Coleção Brasil Urgente).

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, Feb. 2003.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 556-571, Setembro 2010.

“PAÍSES multam cantadas de rua em até R\$ 160 mil; veja leis” – Terra, 16 de junho de 2015. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/multas-por-cantadas-podem-chegar-a-r-160-mil-em-paises,0921213dbaab2a004a6f1224d34948a9wr5kRCRD.html>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

WALSELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2015**. Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF, 2005. Disponível em www.mapadaviolencia.org.br. Acesso em 23 de agosto de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: WHO, 2013.

Recebido em: 14 de junho de 2018.

Aprovado em: 09 de novembro de 2018.