

ARTIGO

CONTRIBUIÇÕES DA HISTÓRIA ORAL PARA UMA DISCUSSÃO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ADOECIMENTO FEMININO

TÂNIA MARIA GOMES DA SILVA

Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Maringá (Unicesumar). Bolsista produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-9968>

MÁRIO WESLEY FERREIRA

Graduando em Medicina pela Universidade de Maringá (Unicesumar).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-855X>

NÁDIA MARIA GUARIZA

Doutora em História pela Universidade Federal do Paraná. Professora adjunta da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3319-370>

RESUMO: O artigo apresenta uma discussão sobre violência doméstica de gênero e adoecimento feminino. Embora, em geral, o tema esteja presente nas Ciências Humanas, é pouco explorado no campo historiográfico. Reconhecendo a violência de gênero como o resultado de relações desiguais de poder entre homens e mulheres, apresentamos a história oral de Nair, que viveu a experiência da conjugalidade abusiva. A análise de sua narrativa permite-nos conhecer os impactos da violência doméstica na saúde. Consideramos que as narrativas orais são fontes potentes para o acesso à subjetividade e podem ajudar a fomentar políticas de enfrentamento das violências.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Oralidade; Memória

CONTRIBUTIONS OF ORAL HISTORY TO A DISCUSSION ABOUT DOMESTIC VIOLENCE AND FEMALE DISEASE

ABSTRACT: The article presents a discussion about domestic gender violence and female illness. Although, in general, the theme is present in the Human Sciences, it is little explored in the historiographical field. Recognizing gender violence as the result of unequal power relations between men and women, the oral story of Nair, who lived the experience of abusive conjugality, is presented. Her narrative analysis allows us to know the health impacts of domestic violence on health. We believe that oral narratives are powerful sources for the access to subjectivity and they can help to foster policies of violence confrontation

KEYWORDS: Women's Health; Orality; Memory

Recebido em: 16/02/2021

Aprovado em: 28/07/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2767.2021v72p257-283>

Introdução

A denúncia de que as mulheres sempre estiveram na história, mas não na historiografia não é novidade (PERROT, 2017; RAGO, 1998; SOIHET, 1989). No século XIX, o surgimento da história científica se fez atrelada aos interesses dos Estados nacionais e os historiadores estiveram atentos às questões do âmbito do poder, construindo uma narrativa preocupada majoritariamente com “regimes e administrações, legislações e políticas, diplomacias e relações internacionais, guerras e revoluções” (HIMMELFARB, 2013, p. 205). Sobre as mulheres, que circulavam no âmbito do privado, nas lidas invisíveis da vida cotidiana, o interesse foi tardio (LUNZ, 2018).

No Brasil, a história social das mulheres ganhou força especialmente a partir dos anos 1980, quando surgiram pesquisas sobre mulheres de diferentes classes sociais, escolaridade, geração, entre outros pertencimentos, sempre numa relação muito próxima com a história da família, que, nesta época, estava também em desenvolvimento. Várias razões são apontadas para esse deslocamento de olhar em direção às experiências das mulheres: a crítica ao ideário positivista de que a história do sujeito masculino, branco, europeu e heterossexual abarcava uma experiência universal; a emergência do movimento feminista que denunciou a invisibilidade de seu sexo; o aumento de mulheres-pesquisadoras nas universidades; o crescimento da força laboral feminina que modificou a dinâmica das relações sexuais do trabalho e colocou o sujeito feminino definitivamente na cena pública (SAFFIOTI, 2004; BRUSCHINI; UMBHAUM, 2002).

Deve-se ressaltar, ainda, no âmbito específico da historiografia, a valorização da história social. Embora Bloch e Febvre não tivessem criado de imediato uma história das mulheres, possibilitaram uma ampliação documental decisiva para a visibilidade desse grupo em diferentes momentos dos tempos passado e presente. Assim, cartas, diários, fotografias, receitas, literatura, música, entre outras fontes até então menos usuais, passaram a ser utilizadas com muita propriedade pelos profissionais da área na tentativa de clarear aspectos pouco revelados do universo feminino (SILVA, 2008).

Ao final da década de 80 o surgimento da categoria gênero daria um impulso grande à historiografia das mulheres. Segundo Farge (2015, p. 116), ao demonstrar que aspectos biológicos não davam conta da diversidade do

mundo das mulheres, tornou-se claro que “a diferença dos sexos é uma experimentação, não uma fatalidade” (FARGE, 2015, p. 116). A chegada ao Brasil das discussões da historiadora norte-americana Joan Scott (1985) no texto “Gênero, uma ferramenta útil de análise histórica”, representou uma das mais importantes contribuições para a desnaturalização das experiências das mulheres. O artigo se tornaria um clássico e passado tempo considerável de sua publicação continua frequentemente revisitado.

Contemporaneamente, o feminismo negro, decolonial, tem rompido especialmente com a invisibilidade a que estiveram sujeitas inúmeras mulheres em função de pertencimentos subalternizados, numa revisão crítica consistente do feminismo branco, europeu-estadunidense (LUGONES, 2020), trazendo para o primeiro plano a luta política das mulheres negras e ativistas, como Lélia Gonzales, Sueli Carneiro, Angela Davis, bell hooks, Patrícia Collins, entre outras (BERNARDINO-COSTA, MALDONADO-TORRES, GROSGOUEL, 2019) ou, ainda, conforme estudo recente, Dandara dos Palmares (CAETANO, CASTRO, 2020).

Contudo, há temas que ainda despertam menor interesse dos profissionais da história. Um desses é a violência doméstica de gênero quando numa interface com o processo dialético saúde/adoecimento. Isso não implica em desconsiderar as contribuições de historiadores/as (LOURENÇO, SOCHODOLAK, 2020; CHALLOUTS, TOLEDO, SILVA, 2020; LAGE, NADER, 2012; FOX, 2002, SOIHET, 1989), mas admitir que tem sido prioritariamente os profissionais da sociologia, assistência social, psicologia, direito, além daqueles da área da saúde, os que mais se propõem a discutir como a violência impacta sobre a saúde e a qualidade de vida das mulheres. Assim, o que este artigo argumenta é que faltam discussões que promovam uma interlocução acurada entre violência e o processo saúde/doença, na perspectiva histórica.

Cecília Sardenberg e Márcia Tavares (2016), respectivamente das áreas de antropologia e serviço Social, organizaram uma obra portentosa intitulada “*Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento*” em que estão presentes 21 pesquisadores de diversas áreas, notadamente do Serviço Social (5), do Direito (4), da Psicologia (3) e Ciências Sociais (3), além daqueles da Antropologia, Biologia, Sociologia, Jornalismo, Ciência Política, Musicologia e Saúde Comunitária; mas nenhum historiador/a compôs a coletânea. Também Ana Maria Veiga,

Teresa Kleba Lisboa e Christina Scheibe Wolf (2016) organizaram “*Gênero e Violências: diálogos interdisciplinares*”. Das 29 autoras de capítulos, somente uma era profissional da área de História, com trânsito na Antropologia e no Direito. Wolf, que é historiadora, só aparece na apresentação da obra, em que predominam as áreas de psicologia (8), Serviço Social (5) e Direito (4).

Há ainda outro fato a se considerar. Segundo Farge (2015), o interesse dos profissionais da história pela vida privada levou à análise da morte, doença, divórcio, parto, migrações, violência, todos fenômenos capazes de engendrar grandes sofrimentos, mas sem trabalhar diretamente com o sofrer. Porém, diz a autora, falar sobre acontecimentos que causam o sofrimento não é o mesmo que falar do sofrer.

Considerando-se tal lacuna, o presente artigo se propõe a discutir como a violência de gênero é causa de adoecimento físico e psíquico, tendo como suporte metodológico a história oral de vida de uma mulher, a quem daremos o nome fictício de Nair, que viveu violência psicológica de gênero na relação conjugal. Recuperando Farge (2015) acreditamos que a narrativa de Nair é um relato de tristeza e dor que nos permitiram o acesso ao tema do sofrimento, levando-nos a enveredar pelos caminhos marginais da história.

Para evitar a polissemia do conceito de violência contra as mulheres, este artigo segue a proposta da Organização Mundial da Saúde, que a entende como todo ato de violência baseado no gênero que resulte em dano físico, psicológico, incluindo ameaças, coerção e privação da liberdade, na vida pública ou privada (KRUG *et al.*, 2002).

A violência doméstica de gênero ocorre no ambiente doméstico da vítima e é praticada por pessoa com a qual a vítima mantém relação de parentesco ou afinidade, sendo que os parceiros íntimos, maridos ou companheiros, são os principais responsáveis por essas agressões (SILVA *et al.*, 2019, 2020).

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Utiliza-se a história oral como um procedimento metodológico e epistemológico, resultado de um projeto de pesquisa previamente sistematizado. O acesso aos dados se valeu

da narrativa de Nair, nome fictício de uma moradora de uma cidade de porte médio do Paraná, entrevistada no ano de 2017.

Foram realizados dois encontros. Conquanto Nair fosse uma pessoa tímida, falou com tranquilidade e não se furtou aos questionamentos. O primeiro encontro buscou informar à entrevistada sobre os propósitos da pesquisa, conhecer de maneira generalizada sua história de vida e recolher seus dados sociodemográficos. Ela assentiu em participar do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Enquanto o primeiro encontro teve caráter mais informal, sendo quase uma visita em que entrevistadora e entrevistada conversaram de maneira bastante amigável, o segundo foi marcado por maior formalidade, segundo um modelo de entrevista semiestruturada. Segundo Portelli (2001), dependendo da forma como o entrevistador/a conduz as perguntas ao entrevistado/a pode influenciar a narrativa. Portanto, as perguntas que seriam feitas a Nair foram pensadas com cuidado, a fim de que não levassem a duplo entendimento ou incompreensão.

A entrevista foi individual e realizada em local escolhido pela entrevistada, propiciando-lhe conforto e sigilo. Nair confessou não se sentir tranquila com o uso do gravador e, por isso, suas respostas tiveram de ser anotadas, buscando-se ser tão fiel à fala quanto possível. O procedimento exigiu maior esforço e fez com que, ao contrário da primeira conversa, que teve duração aproximada de uma hora, o segundo encontro tivesse duração aproximada de 90 minutos. Foi preciso estar atento para que nenhuma informação sua escapasse. Nesse aspecto, o fato de a pesquisadora já haver trabalhado como “repórter” num jornal local preparou-a para a rápida tomada de notas.

Após registro, suas falas foram submetidas ao processo de análise de conteúdo, tendo sido lidas e relidas em busca das recorrências. Utilizou-se a análise de conteúdo na perspectiva proposta por Bardin (2016), seguindo as fases estabelecidas pela autora: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase da escolha e organização da documentação a ser trabalhada, período basicamente intuitivo no qual se sistematizam as ideias que fundamentam a interpretação final dos dados. Buscou-se conhecer o material por meio da leitura flutuante, seguida da escolha documental, sendo

cumpridas as regras de exaustividade, homogeneidade e representatividade, evitando que algum documento fosse esquecido na análise e garantindo que todos guardassem correlação com os objetivos propostos. Concluída adequadamente a pré-análise, teve início a exploração do material, em que os resultados brutos foram tratados de maneira a construírem um significado inteligível da narrativa da entrevistada (BARDIN, 2016).

Para Porttelli (2016, 2001), a história oral é um diálogo entre o pesquisador-pesquisado e, ao contrário dos documentos históricos, as fontes orais não são encontradas, mas resultam de uma cocriação do historiador; uma verdadeira troca de olhares. Esta percepção do autor nos leva a considerar que o entrevistador tem uma presença tão ativa na entrevista feita em campo quanto o próprio narrador.

Este último, é sabido, quer sempre agradar e por isso é bastante normal que inicie seu relato tateando na fala e à espreita dos mínimos sinais de agrado/desagrado do ouvinte. Não se pode acreditar que uma pessoa pudesse contar a sua história de vida indiferente quanto ao que pensariam acerca dela, pois mesmo num monólogo não se fala só para si; o outro, ainda que imaginário, está sempre à espreita.

Para evitar as armadilhas inerentes a todo trabalho com a memória e ainda que não se estivesse preso a ele, seguiu-se um roteiro pré-elaborado de perguntas, pois os “documentos só falam quando sabemos interrogá-los e toda investigação histórica supõe, desde seus primeiros passos, que a investigação já tenha uma direção” (FEBVRE, 2001, p. 27).

De fato, Nair oferecia ganchos importantes que mereciam ser acompanhados, conquanto eles não estivessem necessariamente relacionados à sua vida conjugal. Por essa razão, embora o roteiro de entrevista tivesse por objetivo abordar o tema violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo e seus impactos sobre a saúde da entrevistada, a fala de Nair também nos trouxe informações sobre a sua infância e juventude que mereceram atenção.

É importante pontuar que o estudo seguiu a Resolução nº 510/2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética de uma instituição de ensino superior do Estado do Paraná, sob o parecer nº 234.231/2017.

Primeiras aproximações com Nair

A primeira observação a ser feita é que embora as falas de Nair estivessem sujeitas à análise crítica para averiguar sua confiabilidade não se esteve em busca de uma “verdade” (PORTELLI, 2016) ou de um retrato fidedigno dos acontecimentos (VENSON, PEDRO, 2012), mas das representações presentes em sua narrativa.

Trabalhar com história de vida significa lidar eminentemente com a cultura estruturante da vida dos sujeitos, o modo como as pessoas percebem e dão sentido ao vivido. Pode-se dizer que o que se buscava era entender como a realidade era “lida” por Nair.

É importante ressaltar tal posicionamento, visto que diante da afirmativa de que os problemas de saúde que enfrenta são uma consequência da violência conjugal a que esteve exposta o que se buscará nessa discussão é mais validar as representações do vivido trazidas pela entrevistada do que construir uma análise nosográfica legítima. Ou seja, não se está em busca de uma verdade à maneira positivista, mas em busca do que Nair acredita ser a sua verdade. Verdade esta que estará sempre atravessada por crenças e saberes definidos pela pertença a um determinado grupo.

Desse modo, a discussão não se limita a conhecer os acontecimentos (fatos) violentos enfrentados pela narradora, mas apreender como ela entendeu (autoconsciência) e agiu (ação) frente à experiência da violência experimentada na relação conjugal. É sabido que as representações dos relacionamentos conjugais, por mais avanços que a sociedade tenha alcançado no que diz respeito aos papéis de gênero, ainda guardam certa marca da tradição, validando o poder e autoritarismo dos homens sobre as mulheres. Mas que não se pense que representações e práticas sejam sempre uniformes, pois ainda que os papéis de gênero busquem, em maior ou menor grau, cristalizar comportamentos, a cultura tem muito vigor e o “ser mulher” não pressupõe sempre o mesmo comportamento.

Thompson (1998) afirma que a cultura pode ser, a um só tempo, tradicional e rebelde. Nesse aspecto é que a narrativa de Nair ora apresenta comportamentos que podem ser tidos como inerentes ao universo de outras mulheres-vítimas que sofrem abusos de seus parceiros, ora evidencia reações particulares que não se enquadram dentro de estruturas fixas de comportamentos generificados.

Vamos, pois, conhecer a entrevistada.

Nair é uma mulher de cor parda, 65 anos, mãe de quatro filhas, moradora de um bairro da periferia de um município paranaense. Casou-se aos 18 anos com o primeiro namorado, de quem sofreu violência psicológica, isso é, agressões que se efetivam por meio de ofensas verbais e simbólicas e não ao corpo físico (WHO, 2013).

Atualmente vive uma união consensual que dura 18 anos e na qual não há histórico de violência. Afirma ser diabética e hipertensa, ter colesterol alto, problemas cardíacos, depressão, crises temporárias de esquecimento, ataques de pânico e medo de estar em lugares públicos (agorafobia). Seguindo a filósofa Susan Bordo (1997), poderíamos afirmar que estamos diante de um corpo que protesta.

Vejamos como os estudos da área da saúde têm discutido cada uma dessas patologias.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ou simplesmente estresse, passou a ser tratado como entidade nosológica no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) em 1980, em função do grande número de combatentes de guerra que apresentavam essa síndrome psicopatológica, encontrada também em pessoas que tinham vivido algum evento traumático (STREY, PULCHÉRIO, 2010). Os sintomas podem durar de alguns meses a toda vida e embora nem todas as pessoas que passam por vivências traumáticas desenvolvam o transtorno, “a violência doméstica e o abuso sexual têm sido apontados como eventos de alto risco para o desenvolvimento de TEPT entre as mulheres” (STREY, PULCHÉRIO, 2010, p. 26).

O Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV) define o transtorno de pânico pela presença de ataques recorrentes e inesperados de medo e desconforto, seguidos de preocupação persistente sobre possíveis ataques futuros e implicações comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Em relação à agorafobia, o manual a define como ansiedade de estar em locais públicos e de onde seja difícil fugir (BRITTO; DUARTE, 2004).

Ao discutir dominação e opressão masculina, Bordo (1997), seguindo os estudos foucaultianos, pensa o corpo feminino numa dimensão política (biopoder), argumentando a relevância de se analisar as reações desse corpo

aos modelos desiguais de gênero, visíveis por meio de respostas manifestas em ataques de pânico e medo de sair de casa. Segundo ela, feministas americanas e francesas têm buscado demonstrar como o corpo feminino sempre busca exprimir o que não é possível dizer linguisticamente: “[...] na histeria, na agorafobia e na anorexia, o corpo da mulher pode ser visto como uma superfície na qual as construções convencionais da feminilidade são expostas rigidamente ao exame [...]”. (BORDO, 1997, p. 27). Cada mulher, a depender da classe, idade, raça e outros aspectos individuais, reage de uma maneira às opressões de gênero, pois não são todas as que efetivamente podem levar a linguagem da feminilidade até ao que Susan Bordo chama de excesso simbólico, mas sempre o fazem a custo de tremendo sofrimento.

Wottrich, Quintana e Beck (2015) afirmam que os indivíduos compreendem as doenças baseados no mundo simbólico em que se encontram inseridos e que, por isso, a representação da saúde e da doença tem íntima relação com a dimensão social. Especificamente no que diz respeito aos problemas cardíacos, os autores afirmam que os sintomas da doença estão associados à questão de ordem emocional, ou seja, “tanto emoções positivas, quanto negativas, podem ser consideradas pelos sujeitos como vinculadas ao comprometimento da saúde do coração” (2015, p. 213).

As demais queixas mencionadas por Nair (diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia) enquadram-se na classificação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 2008, as DCNTs se constituíram na primeira causa de mortalidade no mundo, sendo responsáveis por 63% das mortes, especialmente nas regiões mais pobres. No Brasil, em 2014, a estimativa foi de 77,2%. A maior prevalência de DCNTs resulta de um processo de transição epidemiológica em que a alta morbidade por doenças infectocontagiosas deu lugar à morbidade por doenças crônicas (MELO *et al.*, 2019).

Uma análise quantitativa do impacto de um único fator atuando isoladamente sobre determinada doença é um desafio de alta complexidade. Em outras palavras, não é simples quantificar isoladamente a influência da violência contra as mulheres no desenvolvimento de novas doenças. Porém, é possível compreender qualitativamente como as agressões se relacionam diretamente com as doenças crônicas metabólicas que, regularmente, possuem em sua etiologia componentes genéticos e biológicos, influenciados

ainda por fatores psicossociais. Nesse contexto, as vítimas de violência têm, de fato, maior predisposição ao adoecimento (MINAYO, SOUZA, SILVA, 2018).

Conquanto hoje o modelo biomédico tenha perdido um pouco de supremacia e aspectos biopsicossociais já sejam uma realidade aceita na interpretação do binômio saúde-doença, somente na década de 1990 a OMS declarou oficialmente que a violência gerava adoecimento. Desde então, passou a considerar este fenômeno como uma questão de saúde pública e de violação de direitos humanos (KRUG *et al.*, 2002).

Esta conquista não pode deixar de ser creditada também ao Movimento Feminista. Desde a década de 1960 as feministas têm feito reiteradas denúncias de violência contra as mulheres, especialmente no ambiente doméstico, tornando o assunto uma pauta ainda mais evidenciada nos anos 1970, década que foi dedicada ao feminino. Assim, vale ressaltar, entre outras conquistas, a Cedaw – Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e que, certamente influenciou a área da saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Em 1996, na 49ª Assembleia Mundial da Saúde, por meio da Resolução WHA 49.25, a OMS conclamou todos os governantes ao efetivo enfrentamento das diferentes formas de violência e destacou as mulheres como um dos grupos mais vulneráveis a ela. Na sequência dessas reflexões, em 2001, a OMS lançou o Relatório Mundial de Violência e Saúde, onde enumerou várias doenças decorrentes da violência: as lesões abdominais e torácicas, síndrome da dor crônica, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais, cefaleias, síndrome do intestino irritável, fadiga crônica, mudanças bruscas de peso, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo, doenças sexualmente transmissíveis (inclusive HIV/aids), retardo no desenvolvimento intra-uterino, morte fetal e materna, depressão, distúrbios da alimentação e do sono, fobias, baixa autoestima, distúrbios de estresse pós traumático, tabagismo, comportamentos suicidas, suicídios, autoflagelo, entre outras sequelas (KRUG *et al.*, 2002).

Além desses, admite-se, ainda, que mulheres que vivem em situação de violência de gênero ficam mais dias de cama; passam por mais cirurgias, realizam mais consultas médicas e internações, têm maior número de idas a farmácias e consultas de saúde mental do que as que não são sofrem violência (SCHRAIBER *et al.*, 2005; SCHRAIBER; D´OLIVEIRA; COUTO, 2003). Mais

recentemente, estudo de Lima (2010) também argumentou que mulheres que rompem com o modelo discursivo de feminilidade tendem a ter sentimento de culpa e que este pode levar ao desenvolvimento de lúpus, com sintomas de fadiga, dores articulares, rigidez muscular, lesões na pele, dores no peito, etc.

Frente a tais evidências, o Brasil, que já vinha seguindo a tendência mundial de enfrentamento da violência contra as mulheres, entre outros procedimentos, por meio de ações como a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, das delegacias da mulher, do endosso à Convenção de Belém do Pará e da promulgação das Leis Maria da Penha (11.340/2006) e do Femicídio (13.104/2015), passou a tomar medidas mais específicas à área da saúde (SILVA et al., 2020).

Um agravante na luta pelo enfrentamento da violência contra as mulheres, segundo Lage e Nader (2012) é que o país sempre esteve regido sobre uma ideologia patriarcal que banalizou e, mais do que isso, justificou diversas formas de violência contra as mulheres, tornando a sociedade tolerante a práticas de agressões físicas e psicológicas que, só muito recentemente, passaram a ser tipificadas como crimes nos códigos penais.

Uma série de medidas têm sido tomadas no Brasil para o enfrentamento da violência, e isto muito em função da pressão dos movimentos feministas e dos grupos de mulheres, mas a luta ainda está por ser ganha. De todo modo, em concordância com Lage e Nader (2012) se aceita como verdadeiro que desde a segunda metade do século XX a condição de vulnerabilidade das mulheres vem sendo questionada. As autoras citam como medidas importantes a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que resultou na Campanha Nacional contra a Violência contra a Mulher, em 1985; a Campanha Nacional de Delegadas, em 1986, o papel das mulheres como deputadas na Constituição de 1988, a participação do Brasil na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1985; a Criação da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), em 2003.

Em 2001, o presidente Luís Inácio Lula da Silva (PT) promulgou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), atentando tanto para a violência resultante de fenômenos imprevistos quanto intencionais, como é o caso da violência contra as mulheres. Esse esforço seria ampliado nos anos subsequentes, com destaque

para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006. A PNPS definiu gênero como um determinante social de saúde, propondo a cultura da paz e dos direitos humanos como ações promotoras de saúde (MINAYO, SOUZA, SILVA, 2018). Ainda segundo estas autoras, os princípios que fundamentam a PNRMAV são os mesmos que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde como um direito fundamental e requisito para o desenvolvimento social e econômico, o respeito à vida como um valor universal e ético e a promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências.

Outra medida significativa foi a obrigatoriedade da notificação de casos de violência contra mulheres pelos serviços de saúde públicos e privados (Lei 10.778/2003), instrumento importante para se conhecer o perfil da violência e traçar políticas de enfrentamento do problema (LAWRENZ, 2018).

Contudo, embora não se neguem avanços, a subnotificação ainda é um problema, porque muitos profissionais da área da saúde têm dificuldade de lidar com a violência contra as mulheres, seja devido aos estereótipos de gênero que validam o entendimento de que “*em briga de marido e mulher não se mete a colher*”, seja por considerar que essa não é uma demanda específica do setor (SCHRAIBER *et al*, 2005).

Por fim, ressalte-se promulgação da Lei Maria da Penha (11.340/2006), considerada um dos instrumentos legislativos mais potentes para enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil.

A Lei Maria da Penha trouxe importantes contribuições, entre elas:

[...] define e caracteriza a violência doméstica e familiar contra a mulher segundo as considerações das convenções internacionais; classifica as formas de violência doméstica contra a mulher – física, psicológica, sexual, patrimonial e assédio moral; extingue as penas pecuniárias, pagas com cesta básica ou multas; determina que a violência doméstica independe de sua orientação sexual; retira dos juizados especiais a competência para apreciar os crimes de violência doméstica contra a mulher; prescreve a criação de juizados especiais de violência doméstica e familiar contra as mulheres, com competência cível e criminal para abranger as questões familiares decorrentes da violência contra a mulher; altera o código do processo penal para permitir ao juiz a decretação de prisão preventiva diante de riscos à integridade física ou moral da mulher e possibilita a prisão em flagrante; aumenta a pena do crime de violência doméstica para de três meses para três anos altera a lei de execuções penais para possibilitar que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de educação e reabilitação (SARDENBERG, TAVARES, GOMES, 2016, p. 45).

Se as contribuições desta Lei são incontestáveis no campo político e jurídico, como afirmam as autoras, pode-se deduzir que lançou reflexos também no campo da saúde das mulheres, notadamente no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde é um conceito utilizado desde há mais de três décadas para se referir a ações e políticas que atuam sobre condições de vida dos sujeitos. Convém, assim, distinguir promoção da saúde de prevenção, este último tendo caráter mais epidemiológico. As primeiras abordagens da promoção da saúde estiveram muito limitadas ao seu entendimento como sendo um processo resultante de mudanças individuais e desresponsabilizando o Estado quanto à saúde dos indivíduos. Ao desconsiderar aspectos políticos, econômicos, educacionais, urbanísticos, de desigualdades raciais e de gênero, notadamente resultantes do neoliberalismo que intensifica a pobreza e a exclusão, as discussões originais sobre promoção da saúde enfatizaram comportamentos individuais. Essa foi a tendência em voga nos anos 80 e 90, período em que o neoliberalismo ainda não havia mostrado todas as suas deficiências, mas, nas últimas décadas, um discurso menos ingênuo tem evidenciado a importância da implantação de políticas públicas mais abrangentes para a efetiva promoção da saúde, levando em consideração os determinantes sociais de saúde (FERNANDEZ, 2019).

Embora a PNPS (2018) proponha a promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, validando as variáveis gênero, classe, etnia, etc, ainda o faz de maneira utópica. No documento não há clareza quanto o que deve ser feito para que o mundo seja menos violento para as mulheres e demais minorias. Por exemplo, não condiciona a obrigatoriedade da desconstrução de modelo hegemônicos de masculinidade e nem tampouco na igualdade de gênero como formas efetivas de promover saúde das mulheres. Se as mulheres ocupam posições de subalternidade no mundo político e do trabalho, é natural que isto também ocorra na esfera familiar e privada.

Assim, a questão que se coloca é: pode-se ter saúde vivendo num país que, desde os primeiros momentos da colonização até os dias atuais, traz na sua história a marca da opressão de gênero, validado de forma legal o total abuso de poder dos homens sobre as mulheres? Pode-se ter saúde numa ideologia patriarcal que “fez do espaço do lar um *lócus* privilegiado para a

violência contra a mulher, tida como necessária para a manutenção da família e o bom funcionamento da sociedade”? (LAGE, NADER, 2012, p. 287)”.

Desse modo, qualquer reflexão sobre a saúde da mulher numa perspectiva real não pode desprezar o fato de que o Brasil está entre os 5 países que mais matam mulheres em função do pertencimento de gênero; que apenas em 2018, 4.519 brasileiras foram assassinadas, 38,9% delas dentro de suas casas; 68% negras (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2020). Não fosse isso, em 2019, quase 60% da população brasileira afirmou ter visto acontecer algum ato de violência contra as mulheres em seu bairro ou comunidade e, mais uma vez, as vítimas principais foram as mulheres negras (NEME, SOBRAL, 2019).

Em pleno século XXI, em consequência de uma anatomia em comum, as mulheres brasileiras, especialmente as negras e pobres, experimentam a barbárie.

Mas voltemos à Nair, pois sua história nos espera.

A infância de Nair

Nair nasceu em Garanhuns, Pernambuco. Desde menina trabalhou colhendo algodão com o pai e os irmãos. Uma vida como a de inúmeras outras meninas nascidas na região. Aos cinco se mudou com a família para o Paraná, onde, dizia o pai, as pessoas enriqueciam facilmente, dormindo pobres e acordando ricas. De acordo com Ângelo Priori (2012), essa foi uma ideia bastante recorrente entre muitas famílias de diferentes regiões do país e que, na segunda metade do século XX, buscaram a região paranaense em busca de um sonho que, para a maioria, jamais se realizou.

Nair não concluiu o que hoje se denomina Ensino Fundamental I e que constitui uma das etapas da educação básica no Brasil. Abandonou a escola não porque os pais a impedissem de estudar, como era comum às meninas da época, mas pela dificuldade em aprender. Descreve o pai como um homem bom, mas queixa-se dele ter sido muito rígido, embora não violento, isso é, não agredia fisicamente as mulheres da família. Informa que as filhas não podiam usar batom, roupas sem mangas ou calças compridas. Também não deixava que namorassem, mas não demonstra entender esses comportamentos como violência, mas como um legítimo direito paterno.

Quando Nair se interessou por um rapaz foi preciso um penoso exercício de convencimento para que o namoro fosse aceito e ela esperou dois anos até que pudesse ficar sozinha com o rapaz. Antes disso, o pai o recebia na sala da casa nas noites de visita, enquanto ela aguardava no quarto junto às outras mulheres da casa que não tinham permissão para participar da conversa.

Aos 18 anos se casou e aos 22 o casal se mudou para São Paulo. Nessa época ela tinha 4 filhos, porque “não tomava remédio, não tinha dinheiro para anticoncepcional”. A situação mudou quando chegando em São Paulo arrumou um emprego: “porque aí eu já tinha dinheiro e comprava”.

Segundo a historiadora Joana Maria Pedro (2003), no Brasil e na América Latina, a pílula integrou as políticas internacionais que visavam a redução populacional e no início dos anos 60 eram comercializadas livremente. Alguns setores do governo se opunham por questões morais e religiosas ao controle natalista, mas uma ala seguia as orientações dos Estados Unidos que incentivavam o uso das pílulas, vendo no controle da natalidade uma maneira de conter futuros embriões revolucionários, como Cuba. A resistência católica, no entanto, era igualmente ativa.

Nos anos 70, foram vendidas no Brasil 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais e este número subiu para 40,9 milhões nos anos 80, evidenciando a plena aceitação do método, notadamente entre mulheres das camadas médias que tinham condições financeiras de comprar o medicamento. Embora no Brasil a Sociedade do Bem-Estar Familiar (BEMFAM) distribuísse o medicamento gratuitamente às mulheres das camadas populares, muitas não tinham informação precisa sobre isso e, como Nair, terminavam não fazendo uso do medicamento. De todo modo, é inegável os impactos na taxa de fecundidade no país, que passou de 6,28 filhos em 1960 para 4,35, em 1980 (PEDRO, 2003) e, em 2015, decaiu a 1,72; abaixo, portanto, da taxa de reposição populacional (2,1 filhos por mulher) (IBGE, 2021).

A chegada dos filhos tornou a vida de Nair mais corrida devido ao cuidado exigido pelas crianças, mas ela informa que o marido, no início, era bom, e foi somente quando ele começou a fazer uso de bebidas alcólicas que se tornou agressivo: “Ele quase não trabalhava mais, só fumava e bebia. Eu vivia no ar”.

Estudos têm demonstrado a relação entre uso abusivo de álcool e outras drogas e a violência contra as mulheres. É o que se depreende, por exemplo, na leitura de Vieira *et al.* (2014, p. 370), onde se lê que:

Em um mundo envolto por brigas, humilhações, agressões, sofrimento, submissão e opressão, parece que o uso abusivo de álcool e outras drogas pelo companheiro potencializou a violência vivida pelas mulheres. Tais questões anunciam a importância de se considerar os nexos entre a saúde das mulheres e a saúde mental. Além de buscar qualificar a atenção à saúde mental das mulheres no contexto da violência, uma vez que essa condição agrava substancialmente sua saúde em todas as dimensões, torna-se imprescindível articular a atenção às mulheres em situação de violência com ações de prevenção do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas pelos companheiros.

Nair confessa que quando ia dando o final de tarde, horário em que o marido retornava do trabalho, ela já começava a ficar nervosa e começava a sentir calafrios pelo corpo:

Às vezes estava aquele calorzão. Eu pegava paletó porque eu tremia, tremia. Ele chegava quebrando tudo: mesa, cadeira, rádio, televisão. Lá em casa não ficava nada. [...] No início do casamento ele já bebia, mas não era bravo.

Importante atentar para a angústia explícita na fala dessa mulher. Embora ela ria enquanto rememora estas dores passadas que o tempo parece querer transformar em algo menor, é sabido que as consequências dessa experiência não desaparecem tão facilmente quanto ela parece acreditar ou nos querer fazer acreditar. Estudos de Schraiber *et al.* (2005), reforçam o fato de que os efeitos da violência sobre a saúde das mulheres não cessam mesmo quando os abusos são interrompidos.

Outro fato ainda a se destacar é que a subalternidade tem sido usada pelas mulheres como uma maneira de se proteger da violência dos homens. Mulher que obedece é mulher que não apanha? Sabemos perfeitamente que não, mas em contrapartida, a mulher que não obedece está num nível de vulnerabilidade muito maior, porque afronta a honra masculina. Quando a mulher reage é ainda mais responsabilizada pela violência, porque com o seu comportamento “desobediente” termina, ao final, fazendo com que “o homem perca a cabeça”.

Por isso, Nair acredita que o marido nunca a agrediu fisicamente porque ela não esboçava qualquer reação diante das agressões dele: “Segurava tudo calada”. Mas foi nessa época que ela teve os primeiros sintomas de depressão: “acho até que foi por causa...”, silencia. Percebe-se que a entrevistada é titubeante quanto a associar seus males às ações do marido, o que só faz à medida que ganha confiança. Aí, então, estabelece uma relação clara entre violência que viveu no relacionamento conjugal e seus problemas atuais de saúde.

Sobre a depressão, um dos seus maiores sofrimentos, informa que esta era uma condição frequente. Além disso, sentia medo e não conseguia sair de casa. Quando visitava a mãe e começavam a conversar, qualquer coisa a fazia chorar. Recorda-se de o irmão ter lhe dito um dia: “Vai chorar lá na sua casa, ao invés de ficar aqui incomodando a mãe”. A falta de sensibilidade do irmão não chegava a lhe surpreender porque, diz, “os homens são assim mesmo, insensíveis”. Mais uma vez, os comportamentos são naturalizados e servem como desculpas, já que insensibilidade, assim como violência, compõem o modelo de masculinidade culturalmente validado.

Oralidade e memória

O discurso da entrevistada é feito de ideias contraditórias, como é normal ocorrer no trabalho com a memória, quando passado e presente não são instantes que se contrapõem, mas, ao contrário, se misturam (PORTELLI, 2016). Ao ser indagada sobre episódios de violência que tenha vivido, Nair foi obrigada a repensar os acontecimentos pretéritos de sua vida procurando indícios de tais situações e, ao mesmo tempo, definir para si o que seria violência. Durante a sua narrativa, há momentos em que ela é enfática quanto aos episódios de violência a que esteve exposta durante o casamento, alternando com tentativas de minimizar esses episódios ou, ainda, não classificando determinados abusos como sendo efetivamente violência.

A incerteza de Nair para definir violência reproduz uma dificuldade que é de toda sociedade, justamente por se tratar de um fenômeno polissêmico e que comporta diferentes interpretações de acordo com o tempo e a cultura. Ao dizer que o marido não lhe maltratava, mas lhe causava medo, nota-se que a entrevistada parece associar violência apenas a maus tratos físicos; o que

poderia levar a se considerar, erroneamente, como sendo uma representação da violência muito limitada. Ideia enganosa, porque há partes do seu relato em que demonstra uma análise mais aprimorada: “Bater, estuprar é violência, mas também é errado falta de respeito”.

Foi importante perceber que Nair sempre que se referiu ao marido usou os termos “doido, perdia a cabeça”, o que contribui para naturalizar comportamentos masculinos violentos. Também fica evidenciado que ela enfrentou todas as adversidades sozinha. Somente quando já estava separada e viúva resolveu tomar coragem e confidenciou ao pai as aflições vividas com o ex-marido. O pai, surpreso, quis saber porque ela nunca havia contado nada à família e ela confessou que tinha medo: “Se o pai soubesse podia ir lá arrumar confusão”. Portanto, o que Nair temia eram masculinidades se degladiando.

Confessa ainda que para a mãe também não falava, pois esta não poderia ajudar em nada. Pode-se supor, enganosamente, e sem maiores aprofundamentos sobre o seu procedimento, que ela apenas não queria que a família tomasse conhecimento de suas dores, não havendo aí nenhum estereótipo de gênero. Mero engano, pois em sua fala se destaca que, para ela, o pai-homem é o sujeito da ação (transcendência) enquanto a mãe é o sujeito da não-ação (imanência) (BEAUVOIR, 1980). Trata-se de uma oposição absolutamente gendrada porque se a mãe/mulher não poderia fazer nada para ajudá-la, o pai, ao contrário, certamente iria tirar satisfações com o genro, terminando por se envolver numa briga física, matar ou morrer. O que se depreende de sua fala é que nas agressões à filha a honra do pai também é posta em jogo.

Segundo Nair, quando recorda a violência sofrida suas filhas lhe dizem: “Mãe, esquece”. Para essa mulher a vida é um duplo dilema em que lembrar e esquecer são continuamente acionados, evidenciando a dinâmica da memória.

Segundo Pollak (1989), o silenciamento do passado ocorre com mais frequência entre os grupos minoritários e não se explica apenas por razões políticas. Muitas vezes o que se quer é poupar alguém das memórias traumáticas, buscando o ocultamento de acontecimentos que podem romper com uma narrativa harmônica do passado. Portanto, nas memórias

dos indivíduos existem zonas de sombra, de silêncios e de não ditos que não possuem fronteiras definidas entre o esquecimento definitivo.

Como em todo relato oral, a narrativa da entrevistada não seguiu uma linearidade, mas passeou com idas e vindas entre o passado (tanto o muito distante, relacionado à infância, à vida com o marido, as filhas pequenas, os primeiros sinais das doenças) e o presente (o companheiro atual, a saúde).

Dando continuidade à narrativa, ficamos sabendo que Nair seguiu não reagindo à violência do marido até que a filha mais nova completou seis anos de idade. Nesse momento foi que tomou coragem para uma ação que vinha há muito protelando, a de separar-se do companheiro. Confessa que essa tomada de decisão não foi nada fácil porque emocionalmente se achava ainda muito ligada a ele. Além disso, tinha os filhos que ela acreditava precisar de um pai. Por fim, somado a isso, havia o fato de que o marido se encontrava desempregado e ela se sentia culpada por deixá-lo num momento tão difícil. Mas, frente ao fato de que não via possibilidades de o companheiro mudar de comportamento, tomou a decisão de romper o casamento e comunicou a decisão a ele “Eu falei: “Eu te ajudo, mando coisa”, temendo que ele não conseguisse se manter. “Eu já trabalhava sozinha para cuidar dos meus filhos. Saí e arrumei uma casinha. Mas eu gostava muito dele, foi meu primeiro namorado”.

Passados sete anos da separação, já viúva, arrumou novo companheiro. Ele não é violento, “mas é homem, e homem quer mandar”. Mais uma vez se percebe que os significados do que é ser homem e ser mulher são pré-determinados e fixos. De todo modo, Nair não estabelece uma rígida relação de causalidade homem/manda e mulher/obedece, pois afirma que todos devem ter os mesmos direitos e “machismo eu não aceito”. Seria interessante, em momento posterior, buscar conhecer melhor suas representações sobre machismo. No que diz respeito ao feminismo, ela afirma que se trata de mulheres que gostam de outras mulheres (sic).

Esta confusão de Nair é outra ponta do novelo que merece uma reflexão mais acurada. Na análise da realidade social os sujeitos elaboram múltiplas representações em que cada sujeito se apropria de uma maneira de “ler” o mundo e decifrar as coisas desse mundo, como percebemos na busca de Nair em dar um sentido sobre o que seja o feminismo.

O movimento feminista é conceituado em diferentes áreas disciplinares, mas não fica circunscrito a essa análise dotada de cientificidade. Trata-se de um conceito científico que “está no ar”, sendo discutido nas novelas, nas revistas, nos programas populares de TV, na internet e nas conversas cotidianas. Assim sua apropriação se dá também pelo senso comum, resultado da articulação de vários níveis de compreensão: opiniões, crenças, valores, mediante os processos de ancoragem e objetivação das representações sociais, proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici. Para esse autor, ancorar é classificar e nomear algo desconhecido, transformando-o em familiar; dando ensejo a uma nova representação, enquanto a objetivação é o mecanismo, segundo o qual a representação se torna realidade concreta, física. Ambos são mecanismos geradores de representações sociais que permitem aos indivíduos construir um entendimento sobre o mundo (apud SILVA *et al.*, 2020).

Retornando às questões relativas à saúde de Nair é importante frisar que, nos últimos anos, ela voltou a ter depressão e perda de memória. O médico lhe perguntou se ela passava “nervoso” e ela contou da violência de que foi vítima pelo primeiro marido. Embora tenha decidido falar sobre o assunto, informa que os profissionais da saúde, de forma deliberada, nunca lhe questionaram sobre a possibilidade da vivência de uma conjugalidade violenta. Acredita que a situação de estresse e medo a que esteve submetida no primeiro relacionamento pode ter comprometido a sua saúde para sempre, mas nunca, até então, havia falado sobre isso com os profissionais de saúde com as quais esteve em consulta.

Diz ainda que a depressão lhe provoca dor em todo o corpo, “como se eu tivesse levado uma surra”, mas sua fala aponta, mais uma vez, para a fatalidade: “a vida é assim mesmo”. Apesar dessa aparente conformidade, há momentos em que as palavras de Nair ganham outro destino e ela é enfática na defesa dos direitos femininos. O mundo das mulheres mudou e Nair mudou com ele, apesar de não ser fácil se livrar do peso de antigas crenças, num discurso em que o novo e o velho se entrelaçam.

Uma das grandes mudanças contemporâneas tem sido justamente um novo modelo interpretativo do processo saúde-doença. Admite-se hoje que ambos são processos históricos e, portanto, adoecer não é sempre a mesma coisa para todos os indivíduos. Justamente o questionamento da primazia do

modelo biomédico e a crescente validação do modelo biopsicossocial vem contribuindo para que os determinantes sociais, como gênero, raça, etnia, sexualidade, escolaridade, passem a compor uma interpretação mais abrangente sobre as doenças (SILVA *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, vale lembrar Merchán-Hamann e Costa (2000, p.19), para quem o enfoque de gênero é “uma das mais importantes contribuições para desnaturalizar os fenômenos e os eventos ligados ao processo saúde-doença, ao questionar a assimetria das relações mediante a releitura de sua mediação cultural e de sua determinação macroestrutural”. Para as autoras, a visão de gênero enriqueceu a análise da saúde, levando em conta as vulnerabilidades possíveis, a exemplo da violência doméstica, das questões reprodutivas e de desigualdade no mercado de trabalho. Consideram, dessa forma, que o serviço de saúde pode ser um aliado das mulheres.

Conclusão

Por meio das reminiscências de Nair conseguimos ter acesso às experiências de uma conjugalidade marcada pelas agressões e os consideráveis impactos dessa vivência opressiva sobre a sua saúde. Percebemos que, a despeito de viver um relacionamento não violento com um novo companheiro, o passado emoldura o seu tempo presente.

Considerando-se que o número de mulheres que são vítimas de violência em todos os anos, quer em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, bem como a conscientização de que essas agressões têm um alto potencial de adoecimento, como mostraram os estudos discutidos neste artigo, parece-nos imperativo que o enfrentamento da violência seja transformado em bandeira de luta de governos e da sociedade civil em geral, envolvendo homens e mulheres.

Nesse aspecto, conhecer as experiências de uma mulher que sofreu violência psicológica de gênero e que sofre ainda hoje as consequências desses abusos, é uma forma de, por meio de subjetividades individuais, adquirir conhecimentos capazes de instrumentalizar políticas públicas de amplo alcance. Ademais, se o interesse pela história de vida de mulheres comuns é uma das propostas mais louváveis que irrompeu no campo da pesquisa histórica, ouvir as narrativas daquelas que viveram situações de

violência praticadas pelos parceiros íntimos nos ajuda a compreender a dinâmica do adoecimento feminino numa perspectiva mais abrangente, compreendendo que o adoecer não é um aspecto exclusivamente biológico.

A história e seus praticantes podem, assim, ajudar na luta contra opressões históricas de gênero que têm vitimado as mulheres no Brasil ao longo de toda a sua história, comprometendo, decisivamente, o preceito basilar de um Estado Democrático de Direito, que é a dignidade humana.

Portanto, o emprego da história oral de vida de Nair mostrou-se não apenas um suporte metodológico na análise histórica sobre os efeitos da violência de gênero no processo saúde-adoecimento, mas permitiu perceber os silenciamentos e as interpretações que a entrevistada fez de sua própria experiência. Outrossim, permitiu analisar as relações complexas entre violência, gênero, adoecimento e a construção das subjetividades.

Por meio da narrativa de Nair, percebemos a fragilidade das mulheres que vivem em situação de violência praticada por companheiros com os quais sonharam construir uma vida de amor e comunhão. Nesse sentido, futuros trabalhos historiográficos que enveredem para a compreensão sobre as relações entre violência contra as mulheres e adoecimento podem valer-se da contribuição da fonte oral para, assim, registrar histórias que marcam os corpos e as almas femininas.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério da Economia. 2020. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. A experiência vivida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TOERRES; GROSGOUEL, R. (Orgs.). Introdução: **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

BORDO, S.R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (Ed.). Tradução FREITAS, B.L. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997, pp. 19-41.

BRITTO, I. A. G. de S.; DUARTE, Â. M. M. Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 6, n. 2, pp. 165-172, dez. 2004.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Trabalho, educação e rendimento das mulheres no Brasil em anos recentes. **Organização, Trabalho e Gênero**. HIRATA, H. e SEGNINI, L. (Orgs.). São Paulo: Editora Senac, 2008.

CAETANO, Janaína Oliveira; CASTRO, Helena Carla. Dandara dos Palmares: uma proposta para introduzir uma heroína negra no ambiente escolar. **Revista Eletrônica de História em Reflexão**. Dossiê Ensino de História, História das Mulheres e Desigualdades Sociais no Brasil.

CHALLOUTS, C. U.; TOLEDO, E.T.; SILVA, T.M.G. A violência, a pandemia e as mulheres: (in)certezas em tempos de Covid-19. **Olhares interdisciplinares sobre a pandemia de Covid-19: abordagens para a promoção da saúde**. SILVA, T.M.G.; BERNUCI, M.P. (Orgs.). Maringá, PR: Massoni, 2020, pp. 93-114.

DEL PRIORE, M. História das mulheres: as vozes do silêncio. **Historiografia brasileira em perspectiva**. FREITAS, M.C. (Org.). São Paulo: Contexto, 1998, pp. 217-235

FARGE, A. **Lugares para a história**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

FERNANDEZ, J.C.A. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI M.C.F.; MIALHE, F.L. (Ed.). Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2019, pp. 337-346- 512.

FOX, V. C. Historical perspectives on violence against women. **Journal of International Women's studies**. V. 4, n. 1, november, 2002. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/48829196.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de Fecundidade Total - Brasil 2000 a 2015. **Brasil em Síntese**. 2021. Disponível em <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>.

KRUG, E. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002. Disponível em <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 10/10/2019.

LAGE, L.; NADER, M.B. Violência contra a mulher: da legitimação à condenação social. In: PINSKI, C. B.; PEDRO, J. M. (Org.). **Nova História das Mulheres**. São Paulo: Contexto, 2012. pp. 286-312.

LAWRENZ, Priscila et al. Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 34, e34428, 2018. Disponível <<http://www.scielo.br/sci>.

LIMA, N.R.L.B. O adoecer feminino e a culpabilidade discursiva: considerações sobre a incidência de lúpus em mulheres. **Gênero & Saúde.** STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R. Porto Alegre: Ed. Edipucrs, 2010, pp. 255-278.

LOURENÇO, A.; SOCHODOLAK, H. Masculinidades e violência contra a mulher no sudeste do Paraná em tempos de pandemia. **Olhares interdisciplinares sobre a pandemia de Covid-19:** abordagens para a promoção da saúde. SILVA, T.M.G.; BERNUCI, M.P. (Orgs.). Maringá, PR: Massoni, 2020, pp. 115-146.

LUGONES, M. Colonialidade e gênero. Por um feminismo afro-latino-americano. **Pensamento feminista hoje.** Perspectivas decoloniais. HOLLANDA, H. B. (Org.). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020, pp.52-83.

LUNZ, Leandro da Silva. Mulher e história: da invisibilidade à sujeito de análise. **Revista Eletrônica História em Reflexão.** Dourados, MS. v. 12. n. 23. pp. 49-67. jan./jun. 2018.

MARTINS, A.P. V. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **Hist. cienc. saude.** Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, pp. 241-264, Mar. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702020000100241&lng=en&nrm=iso

MARTINS, A.P.V.; FREIRE, M. M.L. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. **História da Saúde no Brasil.** PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Orgs.). São Paulo: Hucite, 2018, pp. 182-224.

MELO, S. P. S. C. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n. 8, pp. 3159-3168, 2019. Disponível em <https://scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n8/3159-3168/pt>. Acesso em: 08/03/2018.

MÉRCHÁN-HAMANN, E.; COSTA, A.M. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. **Saúde, equidade e gênero:** um desafio para as políticas públicas. MÉRCHÁN-HAMANN, E.; COSTA, A.M; TAJER, D. (Orgs.). Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000, pp. 19-34.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

NEME, C.; SOBRAL, I. Principais resultados. **Visível e Invisível.** A vitimização de mulheres no Brasil. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto Data Folha, 2019.

PEDRO, J.M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 23, n. 45, pp.239-260, julho de 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882003000100010&lng=en&nrm=iso>

PERROT, M. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2017.

PERROT, M. **As mulheres e os silêncios da história**. Trad. Viviane Ribeiro Bauru: Edusc, 2005.

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, pp. 3-15, 1989.

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

PORTELLI, A. História oral como gênero. **Projeto História**, São Paulo, v. 22, jun, 2001.

PRIORI, A. et al. Relações de trabalho: colonos, parceiros e camaradas. PRIORI, A. et al. **História do Paraná: séculos XIX e XX**. Maringá: Ed. da Eduem, 2012. pp. 105-114.

REIS, Marcus Vinicius; CARGNELUTTI, Camila Marchesan. Silenciamentos sobre gênero na historiografia brasileira: Inquisição e feitiçaria na América portuguesa. **Topoi (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 44, pp. 331-349, agosto de 2020.

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

SARDENBERG, C.M.B.; TAVARES, M. S. (Orgs.). **Violência de gênero contra mulheres**. Suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Salvador: EDUFBA, 2016.

SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F. P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica: Projeto Gênero, violência e Direitos Humanos. **Novas Questões para o Campo da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Fundação Ford; CREMESP, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. da UNESP, 2005.

SILVA et al., Violência praticada por parceiros íntimos e saúde: representações de mulheres de um município do Paraná. **Rev. Saúde**. v. 46, n. 1, jan-abr, 2020. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41999>.

SILVA, T.M. G. Trajetória da Historiografia das Mulheres. **Politéia**. História e Sociedade. V.8, n. 1. UESB, 2008. Disponível em <https://periodicos2.uesb.br/index.php/politeia/article/view/3871>.

SOIHET, R. **Condição Feminina e Formas de Violência**: mulheres pobres e ordem urbana, 1890-1920. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

STREY, M.N.; PULCHÉRIO, G. As tramas de gênero na saúde. **Gênero e Saúde**. STREY, M. N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R. (Orgs.). Porto Alegre: Edipucrs, 2010, pp. 11-34.

THOMPSON, E. **Costumes em comum**. Estudos sobre a cultura popular tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

VEIGA, A.M.; LISBOA, T.K. ; WOLF, C. S. (Orgs.). **Gênero e violências**. Diálogos Interdisciplinares. Florianópolis: Edições do Bosque, 2016

VENSON, A.M.; PEDRO, J. M. Memórias como fonte de pesquisa em história e antropologia. **História Oral**. V. 15, n. 2, pp. 125-139, jul. dez., 2012. Disponível em <https://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&path%5B%5D=261&path%5B%5D=293>.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm**. 2014 Mai-Jun; 67(3):366-72. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300366.

WORDL HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf. Acesso em: 17/01/2020.

WOTTRICH, S. H.; QUINTANA, A. M.; CAMARGO, V. P.; BECK, C. L. C. Manifestos do Coração: significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, pp. 213-219, 2015. Disponível em: 10.1590/0102-37722015021127213219