



Pesquisa e Inovação
BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

GABRIELA SILVA E MENDONÇA

**“ESSA DOENÇA TEM NOME E SOBRENOME”: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E
CÂNCER DE MAMA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - BA
2024

GABRIELA SILVA E MENDONÇA

**“ESSA DOENÇA TEM NOME E SOBRENOME”: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suzane Bandeira de Magalhães

**Salvador - BA
2024**

GABRIELA SILVA E MENDONÇA

**“ESSA DOENÇA TEM NOME E SOBRENOME”: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Cristiana de Lima Tavares

Mestra em Perícias Forenses
Universidade de Pernambuco

Marco Aurélio de Carvalho Nascimento

Mestre em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Marilda Castelar

Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador – BA, 5 de dezembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Sandra, por me ensinar todos os dias que o amor é constância e carinho. E que me ensinou, de forma muito cuidadosa, que para quem não sabe o que quer, qualquer coisa basta, e para mim, o pouco não me basta.

À minhas avós, Lêda e Assunção, que como diz o ditado “vó é mãe 2 vezes”. Que mesmo sem nem imaginar, me ensinaram a força e garra que uma mulher deve ter.

À Iure e Ícaro, que não medem esforços para me ajudar e me ensinam todos os dias que o vínculo de irmãos é, no nosso caso, um dos mais eternos e bonitos de se ter.

À Matheus, que pôde acompanhar de perto desde a insegurança do anteprojeto à confiança de colocar os resultados na prática. Obrigada por acolher minha vulnerabilidade quando, nem mesmo eu, sabia que ela poderia ser tão bonita.

À Catarina, que participou e participa da construção do meu caminho, lado a lado, na alegria e na tristeza, entre surtos e conquistas. Sua leveza, felicidade e cumplicidade foram capazes de me mostrar que se vamos juntas, vamos bem.

À Camila, que tantas vezes me mostrou como eu merecia a confiança de realizar um trabalho. Que discutiu, leu e releu tantas palavras e ideias aqui escritas. Obrigada por deixar eu me aconchegar na nossa amizade e levar tanto dos nossos debates para a vida. Você foi essencial.

À Catharina, que me deixou adentrar seu mundo de forma muito cuidadosa e me mostrou a possibilidade de acreditar naquilo que queremos conquistar. Nossas trocas sempre me fizeram te admirar cada vez mais.

À Valéria e Gersa, que sempre souberam se fazer presentes e me mostrar que existe um lugar no mundo para onde sempre poderei voltar, ser bem-vinda e muito amada.

À Anna Elisa, por não soltar minha mão e me mostrar que uma amizade é um espaço seguro,

no qual o compartilhamento de conquistas é sempre muito celebrado. A certeza de ter você ao meu lado fez essa jornada ser muito mais bonita e gostosa de viver.

À Maria Luiza, por me mostrar que o respeito pode ser construído e reconstruído lado a lado, e que as relações podem se renovar quantas vezes forem necessárias. Obrigada por todo amor traduzido em escuta atenciosa e cuidado.

À Júlia, por me ensinar que a delicadeza da vida é aprender aos poucos como vivê-la, Maurício, por me mostrar os lados mais bonitos da academia, Sofia, por me mostrar a força, mas também a doçura e beleza de uma relação, e Stephanie, por me ensinar, de forma muito sublime, a suavidade que a construção de um caminho deve ter. Para além de tudo isso, agradeço por vocês sempre me ensinarem que o amor e a amizade é uma linha horizontal, e que deve ser cultivada de forma leve.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Suzane Bandeira, por deixar minha escrita e criatividade livres para me representarem. Sua gentileza e conhecimento foram essenciais para a conclusão desse processo.

À Prof^ª Dr^ª Mônica Daltro, por apostar tantas fichas no meu trabalho, quando nem mesmo eu imaginava que algo tão admirável poderia ser feito.

Aos meus professores, por discussões tão ricas, pelo cuidado, e principalmente por sempre conseguirem agregar conhecimento a esse trabalho.

Por fim, mas com certeza, não menos importante, agradeço a mim mesma por me desafiar no mundo da pesquisa, conseguir achar tanto encanto nesse fazer e conseguir fazê-la de forma graciosa e extremamente prazerosa. Desistir de mim e dos meus desejos nunca foi uma opção.

“Neste jogo dinâmico, arriscado e promissor, passivo e ativo, de ser cuidado e cuidar, de amar e de ser amado e também de se preocupar com o outro, é realizada a trajetória do ser humano no tempo, no espaço e na história.”

(Boff, 2013, p. 65)

*“Para ouvir suas vozes — as palavras das mulheres —, é preciso
abrir
não somente os livros que falam delas,
os romances que contam sobre elas,
que as imaginam e as perscrutam
— fonte incomparável—,
mas também aqueles que elas escreveram.
Folhear os jornais lançados por elas desde o século XVIII. Por
consequente,
transpor, com elas, os obstáculos que,
durante tanto tempo,
impediram seu acesso à escrita,
fronteira proibida do saber e da criação”*

(Perrot, 2007, p. 31)

“O que significa amar? Amar é escolher. Para amar, é preciso ser livre.”

(Flora Tristan)

“(…) deixe-me falar sobre coisas com as quais você deve ter muito cuidado. Às vezes, ficar zangado e gritar me agrada, pois isso ajuda a manter a vivacidade natural; o que me desagrada é vê-lo se angustiar e levar todas as coisas a sério. Pois é isso, como ensina a medicina, que destrói nosso corpo, muito mais do que qualquer outra coisa.”

(Carta escrita por Lorenzo Sassoli, médico, a um paciente, em 1402)

MENDONÇA, Gabriela Silva e. (2024). “*Essa doença tem nome e sobrenome*”: violência doméstica e câncer de mama (Dissertação de Mestrado). Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador.

RESUMO

Introdução: As mulheres que sofrem violência doméstica e recebem o diagnóstico de câncer de mama encontram-se em duas situações de vulnerabilidade. Além disso, o ciclo da violência pode causar repercussões que influenciam na forma como as pacientes lidam com o tratamento. Observar este público pode trazer informações e discussões que favoreçam a adoção de mecanismos que ajudem a equipe de saúde a manejar a situação de forma adequada. **Objetivos:** Compreender a influência do histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama; descrever sobre o câncer de mama e seus modos de tratamento; discutir os possíveis efeitos da violência doméstica no *ser mulher*; compreender as repercussões da violência doméstica no itinerário do tratamento de câncer de mama; e apresentar uma proposta de fluxograma a ser implementado nas unidades de saúde. **Método:** Pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo. O cenário do estudo é o Hospital Aristides Maltez e o Centro Estadual de Oncologia. As participantes foram contactadas a partir de psicólogas da rede de contatos da pesquisadora, ou das instituições que fazem parte do estudo. **Resultados e discussão:** A partir do levantamento dos dados, foram criadas quatro categorias de análise: do câncer de mama à violência doméstica; o “*ser mulher*”; da perspectiva de vida à perspectiva da violência; e o lugar do hospital. Foi possível perceber que a experiência do câncer de mama e da violência, simultaneamente, faz com que as mulheres reavaliem sua situação de vida e deem novos significados a ela. De acordo com as participantes, o câncer de mama é consequência da violência sofrida e faz com que suas perspectivas de vida diminuam. A violência ocupa um lugar tão doloroso que se sobrepõe ao diagnóstico do câncer de mama, e torna-se assim, um assunto de maior notoriedade do que sua condição de saúde, influenciando, inclusive, a forma como elas se enxergam como mulheres. A falta de apoio do ambiente doméstico também coloca os profissionais da saúde como única rede de apoio. **Conclusão:** Os estudos conduzem a conclusão de que a vivência da violência doméstica causa nas mulheres sintomas físicos e psicológicos que irão repercutir diretamente no itinerário terapêutico do câncer de mama. Torna-se necessária a capacitação de profissionais da saúde para um atendimento especializado, visto que esse é um público que possui demandas específicas.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias; Violência doméstica; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Women who suffer domestic violence and are diagnosed with breast cancer find themselves in two vulnerable situations. In addition, the cycle of violence can have repercussions that influence the way patients deal with treatment. Observing this population can provide information and discussions that favor the adoption of mechanisms that help the health team to manage the situation appropriately. Objectives: To understand the influence of a history of domestic violence on the therapeutic itineraries of women with breast cancer; to describe breast cancer and its treatment methods; to discuss the possible effects of domestic violence on women; to understand the repercussions of domestic violence on the itinerary of breast cancer treatment; and to present a proposal for a flowchart to be implemented in health units. **Method:** Descriptive and exploratory research of a qualitative nature. The study setting is the Aristides Maltez Hospital and the State Oncology Center. Participants were contacted by psychologists from the researcher's network of contacts, or from institutions that are part of the study. **Results and discussion:** Based on the data collected, four categories of analysis were created: from breast cancer to domestic violence; “being a woman”; from the perspective of life to the perspective of violence; and the place of the hospital. It was possible to perceive that the experience of breast cancer and violence, simultaneously, makes women reevaluate their life situation and give it new meanings. According to the participants, breast cancer is a consequence of the violence suffered and causes their life prospects to diminish. Violence occupies such a painful place that it overshadows the diagnosis of breast cancer, and thus becomes a subject of greater notoriety than their health condition, even influencing the way they see themselves as women. The lack of support from the domestic environment also leaves health professionals as the only support network. **Conclusion:** The studies lead to the conclusion that the experience of domestic violence causes physical and psychological symptoms in women that will have a direct impact on the therapeutic itinerary of breast cancer. It is necessary to train health professionals to provide specialized care, since this is a public that has specific demands.

Keywords: Breast neoplasms; Domestic violence; Health professionals.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Câncer de mama: o tratamento e as acometidas	14
3.2 Patriarcado e a evolução dos papéis sociais femininos	21
3.3 Da violência de gênero à violência doméstica	26
3.4 Diferentes mulheres, diferentes violências: raça, classe e faixa etária	31
4. PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1 Desenho do estudo	39
4.2 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados	40
4.3 Aspectos éticos	44
4.4 Procedimento e análise dos dados	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 O câncer de mama e a violência doméstica	46
5.2 Ser mulher	53
5.3 Da perspectiva de vida à perspectiva da violência	58
5.4 O lugar do hospital	63
6. PRODUTO	70
6.1 Mapeamento da cidade de Salvador	70
6.2 Método	73
6.3 Fluxograma	75
7. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA	76
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
9. REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	94
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	96
ANEXO A - Carta de Anuência Institucional	98
ANEXO B - Carta de Anuência Institucional	99
ANEXO C - Carta de Anuência Institucional	101
ANEXO D - Parecer do CEP	102
ANEXO E - Artigo submetido na revista Psico	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM Autoexame das Glândulas Mamárias

AIH Autorização de Internação Hospitalar

BA Bahia

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEJIL Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional

CLADEM Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher

DIJ Diretoria da Infância e Juventude

DO Declaração de óbito

DPM Diretoria de Políticas para as Mulheres

ECM Exame Clínico das Glândulas Mamárias

HAM Hospital Aristides Maltez

IASP Associação Internacional para o Estudo da Dor

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

MMG Mamografia

ONU Organização das Nações Unidas

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSIPN Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra

RM Ressonância Magnética

SES Secretarias Estaduais de Saúde

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIS/SUS Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS Secretarias Municipais de Saúde

SPMJ Secretaria de Políticas para as Mulheres, Infância e Juventude

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIVA Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VIVA-CONTÍNUO Vigilância de Violência Doméstica, Sexual, e/ou Outras Violências

Interpessoais e Autoprovocadas

VIVA-SENTINELA Vigilância de Violências e Acidentes em Emergências Hospitalares

APRESENTAÇÃO

No último ano da graduação, consegui um estágio que se encaixava exatamente na minha área de maior interesse até então: a oncologia. E assim, dentro do Hospital Aristides Maltez, revivi a busca terapêutica de entender as razões de me encantar por uma área considerada tão difícil. Contudo, não tenho dúvidas de que a prática hospitalar me deu a certeza de me encontrar profissionalmente, com a perspectiva de que posso ir ainda mais longe, e ainda, com um pouco da psicologia jurídica que ecoava em mim.

Algumas pacientes que atendi e ouvi foram precursoras do meu projeto de pesquisa. Não apenas porque eu gostaria de mergulhar na história da doença de câncer de mama, de entender um comportamento, a luta pela vida ou o abandono do tratamento, diante de uma vivência de violência. Era outro contexto que somente o estudo aprofundado teria respostas: como estabelecer fluxos, criar instrumentos e preparar profissionais capazes de proporcionar um acolhimento efetivo para essas mulheres?

Durante minha trajetória acadêmica, esse mundo da pesquisa não tinha me chamado tanta atenção. Eu sempre gostei de estar nos bastidores, ali parecia o lugar certo. Ou talvez, o momento certo de sentir o coração bater com tanta vontade de pesquisa fosse esse. Desse modo, a psicóloga que nasce com a graduação, apta ao trabalho prático com pacientes, é também aquela que aspira outros saberes através da pesquisa científica.

Assim, adentrei o mestrado buscando fazer as coisas com a máxima graça possível.

Não acredito que tenha sido fácil. Eram muitas coisas para descobrir, muitos mundos para adentrar, mas acredito que o “estar pronta” é uma escolha.

Durante os 2 anos de mestrado, comecei uma pós-graduação, paralelamente. Tranquei. Comecei outra, de Psicologia Hospitalar, onde pude me encontrar de corpo de alma. Durante esses anos, o estudo foi extremamente almejado na minha vida.

Participei de quantos congressos poderia. Fui banca avaliadora de trabalhos que não eram nem na minha área. Apresentei e palestrei em público algumas vezes, o que era de grande

resistência minha (irônico, não?). Também publiquei um capítulo de livro dentro da área que brilha meus olhos: a Psicologia Hospitalar.

Em suma, foram 2 anos regados de crescimento pessoal, profissional e acadêmico. Ao olhar para trás, vejo que a experiência me ensinou que a jornada é tão importante quanto o destino e que a dedicação e o esforço contínuo são recompensados pela capacidade de fazer a diferença na vida das pessoas.

E que venha, agora, o doutorado.

1. INTRODUÇÃO

Câncer é uma condição que abarca mais de 100 doenças malignas que possuem em comum o desenvolvimento desordenado de células, que podem invadir tecidos ou órgãos. Possui diferentes tipos, que corresponde a cada célula do corpo (Inca, 2022). O cuidado das neoplasias malignas é interdisciplinar e depende principalmente do seu estágio clínico, das características patológicas do tumor e de fatores prognósticos e preditivos (Oliveira et al, 2019).

Nesse contexto, o câncer de mama é a neoplasia de maior incidência e mortalidade em mulheres do mundo todo. De etiologia multifatorial, seu desenvolvimento pode implicar fatores ambientais e endócrinos ligados à vida reprodutiva, ao comportamento e ao estilo de vida. Os fatores de risco mais conhecidos incluem o envelhecimento, a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade ou a idade avançada na gravidez do primeiro filho, o uso prolongado de contraceptivos orais e/ou a terapia hormonal na menopausa, o histórico familiar e a alta densidade do tecido mamário (Inca, 2022).

Receber um diagnóstico de câncer de mama é um momento complexo, pois envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. Além disso, o tratamento pode acarretar impactos significativos na vida da paciente e por isso, deve ser acompanhado por uma equipe interdisciplinar visando o tratamento biopsicossocial. As modalidades terapêuticas são a cirurgia e a radioterapia para tratamento local e a quimioterapia e a hormonioterapia para tratamento sistêmico. A escolha da técnica depende das condições locais intra-operatórias, clínicas e de idade. Além disso, quando se indica uma mastectomia em pacientes com bom prognóstico e boas condições clínicas, pode-se sugerir a reconstrução mamária. Sendo que esta não impacta no prognóstico oncológico das pacientes, porém, pode propiciar um melhor equilíbrio emocional e, conseqüentemente, mais qualidade de vida (Barros et al, 2001).

Entre as implicações psicossociais, destacam-se o medo da morte e preocupações sobre a recuperação (Silva e Santos, 2008), preocupações com relações familiares, reavaliação de crenças, valores, concepções culturais de feminilidade e beleza (Pereira et al., 2006), além de preocupações com a imagem corporal e com relacionamentos amorosos (Barton-Burke & Gustason, 2007), bem como inquietações sobre sexualidade e vida sexual (Cesnik & Santos, 2012).

As mulheres que recebem o diagnóstico de câncer de mama e sofrem violência, durante o tratamento, encontram-se em duas situações de vulnerabilidade. Sendo que, a violência é considerada como qualquer forma de agressão seja física, psicológica ou sexual, podendo incluir desde ameaças e coerção até privação arbitrária de liberdade, ocorrendo tanto em espaços públicos quanto privados. Assim, se caracteriza pelo uso intencional de poder ou força para exercer controle sobre o outro, causando danos físicos ou psicológicos e emocionais (Krug et al., 2012).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, após a implementação do isolamento social para conter a pandemia da COVID-19, o número de registros de lesão corporal devido à violência doméstica diminuiu 7,4%, passando de uma taxa de 229,7 crimes por grupo de 100 mil mulheres para uma taxa de 212,7 por 100 mil. Mesmo considerando a redução, 230.160 mulheres denunciaram casos de violência doméstica em 26 UF, sendo o Ceará o único estado que não forneceu dados. Isso significa que, pelo menos, 630 mulheres procuraram uma delegacia diariamente para denunciar um episódio de violência (de Segurança Pública, 2021).

É importante frisar que embora os números de denúncias tenham reduzido, isso aconteceu devido às barreiras de acesso às redes de proteção das mulheres e aos canais de denúncia, durante o período de isolamento social. Portanto, houve uma redução apenas na realização de denúncias durante o período, e não de acontecimentos. Também é importante destacar que o receio de denunciar ou prosseguir com o processo criminal pode acontecer, principalmente devido à coerção sofrida na relação familiar com o agressor, além do medo de romper os laços familiares e do sentimento de solidão e abandono.

Para compreender a violência contra as mulheres, é essencial reconhecer que o conceito de gênero está presente em todos os estratos sociais e de poder na comunidade, confirmando a subjugação das mulheres e perpetuando circunstâncias que propiciam a violência e a opressão, decorrentes das desigualdades historicamente enraizadas (Mascarenhas, 2020). Nesse contexto, o conceito de gênero diz respeito à construção social do que é ser homem e mulher na sociedade e às relações sociais, que são influenciadas por relações de poder (Butler, 2018). Além disso, a representação social do feminino é uma construção histórica, social e cultural. A mulher, por muitos anos, foi diminuída pela crença

do poder masculino, sufocada em seus desejos, aspirações e realizações (de Queiroz et al., 2014).

A violência doméstica é uma das formas que mais traz consequências para a vida da mulher, tanto fisicamente quanto psicologicamente. Além disso, mulheres que relatam comportamentos controladores e abusivos de seus parceiros apresentam maiores índices de estresse e depressão e menores escores em relação à qualidade de vida, o que pode impactar diretamente no tratamento oncológico (Coker, 2017).

Até os anos 1970, a violência doméstica contra a mulher não era entendida, no Brasil, como um problema público, e sim, considerada natural e restrita à esfera privada (Machado, 2017). Porém, em 2003, representantes de órgãos públicos uniram-se com organizações do movimento feminista, com o objetivo de elaborar um projeto para uma nova lei, resultando na aprovação da Lei n. 11.340/2006 (Mendonça, 2023).

Ao abordar a violência contra as mulheres, mesmo sabendo que ela não escolhe classe social, idade, escolaridade ou qualquer outra característica, deve-se considerar a forma como as relações foram estabelecidas no Brasil e principalmente a presença do racismo, que permeia todas as relações sociais, como um fator de análise e como agravante da vulnerabilidade. Da mesma forma, os principais determinantes sociais que emergem nos estudos de sobrevivência por câncer de mama são a posição social, medida de diferentes maneiras, e a raça/cor (Nogueira et al, 2018).

Nas investigações em saúde, são poucos os estudos que levam em consideração a forma como fatores econômicos, geracionais, de gênero e de raça/cor afetam os sujeitos e suas experiências. Assim, deve-se utilizar uma abordagem interseccional, na qual compreende as várias dimensões das desigualdades, que moldam e influenciam posições sociais e relações de poder estabelecidas na sociedade (Oliveira, Couto, Separavich & Luiz, 2020).

Observar este público pode trazer informações e discussões que favoreçam a adoção de mecanismos que ajudem a equipe de saúde a identificar, entender e manejar a situação de forma adequada, para acolher e promover ações que possibilitem restabelecer o bem-estar clínico e a qualidade de vida das pacientes.

Nesse contexto, este trabalho objetiva compreender a influência do histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama, a fim de propor estudos e discussões necessárias para construção de mecanismos que orientem a equipe de saúde a identificar e manejar as situações de forma adequada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Analisar a influência do histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama

2.2 Objetivos específicos:

1. Descrever sobre o câncer de mama e seus modos de tratamento;
2. Discutir os possíveis efeitos da violência doméstica no *ser mulher*;
3. Compreender as repercussões da violência doméstica no itinerário do tratamento de câncer de mama;
4. Apresentar uma proposta de fluxograma a ser implementado nas unidades de saúde, visando dar subsídios para que os profissionais possam identificar e manejar as situações de violência doméstica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer de mama: o tratamento e as acometidas

“Você não deve tentar curar os olhos sem curar a cabeça, ou curar a cabeça, sem curar os olhos, nem deve tentar curar o corpo sem curar a alma, e esta... é a razão porque a cura de tantas doenças é desconhecida para os médicos de Hélade Porque eles ignoram o todo, que também deve ser estudado; pois as partes não podem ficar bem a não ser que o todo esteja bem”
(Platão)

Atualmente, as principais causas de adoecimento e óbito na população mundial são as doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Através de dados epidemiológicos e demográficos, é possível perceber que os casos de câncer estão se tornando cada vez mais frequentes, sinalizando, assim, um impacto maior para os próximos anos (Oliveira et al, 2020).

De acordo com o Observatório Mundial de Câncer, foi estimada uma incidência de 2.296.840 novos casos no ano de 2022 (Globocan, 2024). No Brasil, estimam-se novos 704 mil casos para cada ano entre 2024 e 2025 (Inca, 2022).

O câncer de mama acontece quando há uma multiplicação exacerbada das células, ou seja, uma proliferação rápida e desordenada que pode ocorrer por fatores ambientais e genéticos. Além disso, o aumento de estrogênio resulta em um potencial aumento de modificações genéticas, o que, conseqüentemente, eleva seu risco de desenvolvimento (Oliveira et al, 2020).

Os fatores de risco mais relacionados à doença são a idade avançada, as características reprodutivas, a história familiar e pessoal, os costumes de vida e as influências ambientais. O câncer hereditário é identificado quando diversos membros da mesma família são acometidos pela doença, independentemente do grau de parentesco, segundo o modelo mendeliano de herança, isso é, dominante, recessivo ou ligado ao cromossoma X (Ricci & Ambrósio, 2019).

No entanto, o fator de risco mais relevante é o sexo biológico, já que no sexo feminino a doença tem uma maior frequência, chegando à incidência de 100 a 150 vezes superior quando comparado com o sexo masculino. Isso ocorre pela quantidade superior de tecido mamário e exposição ao estrogênio endrógeno nas mulheres (Oliveira et al, 2020).

No que concerne aos aspectos que visam a prevenção do câncer de mama, existe uma separação em primária, secundária e terciária, sendo fundamentada na intervenção e no estágio de evolução da doença. Após a exposição aos fatores de risco, inicia-se o processo patológico, e assim, surgem sinais e sintomas, com progressão para cura ou morte (Thuler, 2003).

Na prevenção primária, a intervenção antecede o início do processo patológico. Busca-se modificar a exposição aos fatores que culminam no surgimento da doença, tendo como objetivo a redução do número de pessoas acometidas, diminuindo assim, o risco do surgimento de novos casos (Oliveira et al, 2020). Embora alguns fatores de risco não possam ser controlados, a produção científica torna-se uma via importante para o conhecimento mais esclarecido sobre o assunto.

A prevenção secundária busca alterar o curso da doença por meio da detecção precoce (Thuler, 2003). Para que a prevenção secundária possa ser realizada, é importante que a população e os profissionais da saúde estejam atentos aos sinais iniciais do câncer de mama.

De acordo com as orientações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o rastreamento do câncer de mama deve ser realizado em mulheres com mais de 40 anos de idade, por meio do exame físico e mamografia anual. Segundo o INCA (2022), o rastreamento deveria restringir-se à idade entre 50 e 69 anos, por meio da mamografia a ultrassonografia em casos de mamas densas, ou à ressonância magnética, naquelas com alto risco familiar (Oliveira et al, 2020). Visando essa detecção precoce, existem três estratégias para o rastreamento do câncer de mama, são eles: mamografia (MMG), exame clínico das glândulas mamárias (ECM), autoexame das glândulas mamárias (AEM) e ressonância magnética (RM).

Já a prevenção terciária ocorre quando se teve o início biológico da doença, assim como dos sintomas. Ela tem como objetivo a recuperação ou a manutenção do equilíbrio funcional. A melhora na qualidade de vida é proporcionada por esta prevenção, já que a doença em si e o tratamento dela trazem frequentemente limitações sensitivas, motoras, cognitivas, dolorosas e psicológicas (Oliveira et al, 2020).

Contextos, vivências, saberes, cultura e valores partilhados pelas acometidas em seus modos de vida, podem, por um lado, implicar uma situação de compreensão e aceitação da doença, e por outro, relacionar-se com a negação da condição de enfermidade, na tentativa de neutralizar os sintomas presentes e de afastar a possibilidade de se ter um diagnóstico e dos problemas físicos, sociais e emocionais atrelados (Machado e Soares, 2017).

O momento do diagnóstico costuma ser muito marcante e, dependendo da forma como é transmitido, pode ocasionar em um trauma que acompanhará a paciente mesmo após o término do tratamento. Segundo estudo de Ricci et al (2007), 70% das pacientes ficam satisfeitas com a forma como o médico comunica sobre o diagnóstico, porém, 20% não tinha conhecimento de que realizariam uma cirurgia de mama no dia seguinte. Além disso, nesse momento inicial, a paciente costuma absorver apenas cerca de 30 a 50% de tudo que foi discutido na consulta (Ricci & Ambrósio, 2019).

Em 2012, entrou em vigor a Lei 12.732/12, conhecida também como Lei dos 60 dias, criada para garantir que pacientes com câncer tenham acesso ao primeiro tratamento em até 60 dias após o diagnóstico. A contagem da data inicia a partir da liberação do laudo patológico (Brasil, 2012).

Nesse contexto, a vivência do câncer de mama é atravessada por sentimentos desde o momento inicial, gerando expectativas e reações nas acometidas e em seus familiares, além de trazer à tona uma análise e reflexão acerca da própria vida e dos significados construídos ao longo das experiências intersubjetivas. Pode ainda remeter a uma perda de controle, tanto sobre o próprio corpo, como sobre a vida e as relações com o mundo (Machado e Soares, 2017).

Além disso, o câncer de mama é responsável pelo maior número de mortes femininas por carcinoma em países em desenvolvimento, como no Brasil. Os principais determinantes sociais que aparecem nos estudos de sobrevivência são a posição social, mensurada de diferentes maneiras, e raça/cor (Nogueira et al, 2018).

As pesquisas epidemiológicas não encaram a raça como um conceito biológico, mas sim como uma construção social moldada pela história e pela cultura humana, com suas origens no colonialismo e na escravidão (Nogueira et al, 2018), que ainda hoje marginaliza a população negra em vários setores. A classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente, divide a relação ao quesito “cor ou raça” em: brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. Sendo que, a população negra é o somatório das populações pardas e pretas e essa identificação é feita por autodeclaração. No ano de 2022, no Brasil, 92,1 milhões de pessoas (ou 45,3% da população do país) se declararam pardas, 88,2 milhões (43,5%) se declararam brancos, 20,6 milhões (10,2%), pretos, 1,7 milhões (0,8%), indígenas e 850,1 mil (0,4%), amarelas (IBGE, 2022).

Diante da desigualdade racial, o Conselho de Saúde suscitou a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN), em 2006. Nela, essa desigualdade é reconhecida como determinante do processo de saúde, doença e cuidado, e o racismo foi reconhecido como um fator que impacta diretamente na saúde (Paulista, Assunção & de Lima, 2019).

Porém, levando-se em consideração a sociedade atual, construída a partir do racismo, são identificadas práticas em saúde pautadas nesse espectro, quando, por exemplo, há uma dificuldade de se obter a informação de cor/raça nos prontuários, pela falta de um campo específico para esse registro, ou, porque, quando presente, não é perguntada ao paciente. No ano de 2021, 23,3% das internações totais do Brasil não tiveram o campo raça/cor informado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (Carvalho et al, 2022). Também é importante destacar as barreiras de acessibilidade ao cuidado, principalmente oncológico, diante de processos de estigmatização racial, que causam danos às condições de vida e ao estado de saúde da população negra (Trad, Castellanos & Guimarães, 2012), sendo que, o prognóstico da doença e a escolha do tratamento também serão afetados.

O tempo de espera prolongado para o acesso ao diagnóstico e o início do tratamento gera grande impacto negativo no prognóstico e sobrevida do câncer de mama. Além disso, as pacientes da rede privada apresentam tempo de espera inferior quando comparado às pacientes da rede pública, o que reforça a necessidade de identificação dos fatores associados com vistas à superação das desigualdades na atenção à saúde (Campos et al, 2022).

Em 2020, com a emergência do SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, houve o decreto de uma pandemia e emergência sanitária, a qual levou a diversas consequências. Entre elas, pode-se relatar o adiamento de programas públicos de rastreamento, incluindo os de câncer de mama, o qual foi relatado por mais de 50% dos países participantes de pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Como possíveis efeitos colaterais desse processo, os atrasos no diagnóstico e no tratamento de cânceres de mama devido ao novo vírus levaram a situações como necessidade de tratamentos mais invasivos e aumento na mortalidade (Furlam, Gomes & Machado, 2023).

Para começar a decisão terapêutica, a partir de 2018, passou a ser exigida a apresentação do perfil imuno-histoquímico, juntamente com a biópsia. O tratamento pode ser realizado de duas formas: tratamento local, aplicado diretamente no tumor da mama, como a cirurgia e a radioterapia; ou o tratamento sistêmico, composto por medicamentos via oral ou pela corrente sanguínea, como quimioterapia, terapia endócrina (hormonioterapia) e imunoterapia (terapia monoclonal) (Ricci & Ambrósio, 2019).

As cirurgias que podem ser feitas são: mastectomia (remoção total da mama); cirurgia conservadora, que podem ser tumorectomia (remoção apenas do tumor e de um pouco do tecido mamário; ou quadrantectomia (remoção de ¼ da mama); e remoção dos linfonodos axilares (Lemos, 2016). A radioterapia evita que ocorra uma eventual recidiva tumoral no local em que o tumor foi removido pela cirurgia.

De acordo com a Lei 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, as mulheres submetidas a retirada parcial ou total do seio, decorrente do câncer de mama, têm direito a realizarem a reconstrução plástica (Brasil, 1999).

A representação da mama na sociedade moderna, estando associada à construção da feminilidade da mulher e sendo também símbolo de sua sexualidade, fertilidade e maternidade, torna essa uma parte do corpo essencial na construção da sua identidade. É necessário considerar a dimensão de todo o prejuízo emocional, físico e mental que acarreta a vida da mulher que está passando por tratamentos invasivos (Oliveira et al, 2023).

Portanto, o câncer de mama é uma doença que se relaciona com as identidades das mulheres, e é capaz de alterar e prejudicar a percepção das pacientes com sua própria imagem (Lopes, Camargo & Maia, 2020). A autoimagem envolve a figuração dos sentidos, representações mentais, emoções e ações oriundas da experiência da mulher com o seu corpo. Ao tratar de mulheres com câncer de mama, é importante considerar a autoimagem como uma construção dinâmica e que se modifica constantemente, sendo assim, passível de resignificação ao longo do tratamento (Machado, Soares & Oliveira, 2017).

A perda dos cabelos como consequência do tratamento oncológico é esperada pela maioria das pacientes. Entretanto, o conhecimento da perda dos pelos das demais partes do corpo como sobrancelha, pelos axilares e das pernas, não é tão público, sendo, na maioria das vezes, uma surpresa para as mulheres (Lopes, Camargo & Maia, 2020). Além disso, a ideia de morte também continua associada ao câncer e permanece na sociedade como tabu, podendo influenciar as formas como as pacientes pensam sobre si e sobre a sua vida durante o tratamento (Pereira & Calhão, 2020).

Neste contexto desafiador, as mulheres enfrentam não apenas o impacto físico do tratamento, mas também uma reorganização significativa de suas vidas. A sobrecarga de múltiplos papéis sociais e familiares que assumem se intensifica com o diagnóstico de câncer, levando muitas acometidas a perderem suas atividades profissionais e a reestruturarem os papéis familiares, vivenciando situações estressantes (Cabral, de Souza, Barbosa & Bezerra, 2021).

O tratamento também é capaz de afetar sua sexualidade, e sobretudo, sua atividade sexual. Portanto, ainda que as pacientes compreendam o tratamento como único meio para cura e prevenção da recidiva, os prejuízos dos efeitos colaterais não deixam de ser avaliados por elas (de Oliveira & de Souza Ribeiro, 2023). A mastectomia compreende o tratamento do câncer de mama com maior impacto no âmbito social, físico e emocional dessas pacientes, o que pode gerar uma maior exclusão social e repercussões nas relações amorosas (Borges et al, 2023).

Quando um membro da família adoece, os papéis desempenhados pelos familiares são reexaminados, o que pode resultar em acúmulo ou mudanças nas responsabilidades, impactando a dinâmica familiar. Conforme Elias (1994), as interações entre as pessoas são moldadas pelas estruturas e normas sociais, sendo necessário considerar a estrutura como um todo para compreender como se formam as partes individuais, ou seja, como as pessoas agem inseridas em uma realidade social. Assim, torna-se importante contextualizar como os papéis sociais se formam na sociedade, para que haja entendimento sobre as relações das mulheres acometidas por câncer de mama.

Na época de 1929, pesquisas no Brasil difundiram as teorias médicas sobre o corpo e a sexualidade feminina. Essas teorias argumentavam a inferioridade física, moral e intelectual da mulher em comparação ao homem, o que justificava sua submissão e seu papel exclusivo como reprodutora (Rago, 2002). É nesse contexto que Batinder (1985) chega à conclusão de que o instinto maternal é um mito que foi historicamente construído pelos diversos discursos que o sustentaram ao longo de muitos séculos, pois não existe um comportamento materno que seja universal e biologicamente sustentável.

Os corpos das mulheres foram controlados pela sociedade e especificamente pelos homens. Porém, o corpo acometido por uma doença torna-se um novo corpo, tomado por uma nova identidade e novos padrões sociais são impostos a ele. A doença em si é uma perda de

previsibilidade e identidade. Portanto, a realização do tratamento de um câncer de mama é uma nova aprendizagem, para a mulher, a viver nesse novo corpo.

A compreensão das desigualdades e submissões que foram e ainda são vivenciadas pelas mulheres requer uma análise mais aprofundada da complexa história do patriarcado e do sistema de estratificação de gênero que permeia as sociedades.

3.2 Patriarcado e a evolução dos papéis sociais femininos

“Os muros e as paredes da cidade estão saturados de imagens de mulheres. Mas o que se diz sobre sua vida e seus desejos? (...) é praticamente impossível para essas épocas antigas, alcançar o olhar das mulheres, pois elas são ‘construção do imaginário dos homens.’”
(Perrot, 2007, p. 23)

Estudos antropológicos de Engels (2019), que investigam os primórdios da história humana, apontam que as sociedades primitivas eram matrilineares, com um foco central na figura feminina por conta da sua função reprodutiva. No entanto, a necessidade de caça de grandes animais para sobrevivência e a competição entre grupos tornaram a força física um atributo valorizado, elevando a importância da figura masculina, especialmente dos guerreiros, diante da ideia de fragilidade das mulheres. A instituição da propriedade privada também desempenhou um papel crucial na promoção de relações monogâmicas, visando garantir a transmissão de herança aos filhos e resultando no controle sobre o corpo e a sexualidade das mulheres. Foi nesse cenário que a cultura humana evoluiu em direção ao patriarcado, legitimando processos socioculturais que sustentavam a superioridade masculina (Balbinotti, 2018; Narvaz & Koller, 2006; Saffioti, 2010).

No século XX, o homem era encarregado de sustentar sua família, enquanto a mulher era incumbida de preservar a virgindade até o casamento e a fidelidade depois de casar-se. A industrialização no Brasil provocou mudanças significativas no que diz respeito à entrada massiva da mulher no mercado de trabalho e sua contribuição para mudanças nas relações dentro das famílias, além de promover novas formas de compreensão das mulheres sobre os valores familiares (Nader, 2008).

Em uma breve retrospectiva histórica sobre o significado do casamento na vida da mulher, observa-se que o reconhecimento desse ato passou por variações ao longo do tempo e do espaço, e a historiografia sobre o tema remete a vários e diferentes conceitos.

Para as famílias de elite da colônia brasileira, o casamento de suas filhas muitas vezes significava a manutenção do poder, já para as de classes mais baixas, o casamento representava uma oportunidade de sobrevivência (Zimmermann, 2011). Inicialmente concebido como uma união legal, o casamento evoluiu para desempenhar um papel crucial na transferência de riqueza e nas dinâmicas familiares. Assim, predominava a autoridade masculina, manifestada na instituição do patriarcado, consolidando o domínio do chefe de família que exercia controle sobre todos os membros do lar, especialmente as mulheres. Desse modo, o patriarcado fortaleceu a supremacia masculina sobre as mulheres ao longo dos tempos (Nader, 2008).

Aliado a isso, a vida cotidiana da mulher, desde a infância, foi incentivada pela Igreja e pela cultura a girar em torno do ideal de manter a família cristã, levando-a a acreditar que seu propósito era casar-se. Assim, tanto a educação doméstica, quanto a escolar, instruíam a mulher a aceitar viver ao lado de um homem, dedicando-lhe sua vida, seu corpo e sua força de trabalho, assumindo, assim, o papel de esposa (Nader, 2008).

É fundamental destacar que as estruturas de poder estabelecidas durante o período colonial continuaram a moldar hierarquias nas relações amorosas e sexuais, cujos impactos ainda são visíveis. No contexto das teorias sobre o amor, as feministas negras também proporcionaram contribuições significativas ao examinar sua natureza política, situando-o em uma sociedade patriarcal permeada por desigualdades de gênero e profundamente influenciada pelo racismo. Ao considerar que raça e gênero são interligados, essas interseções também influenciam o campo das relações afetivas (Carnaúba de Castro, Santos Rocha Gonzaga & Silva Junqueira, 2020).

Ao abordar a solidão das mulheres negras na Bahia, Pacheco (2013) destaca as diferenças nas posições sociais atribuídas a mulheres brancas e negras na escolha de parceiros românticos: as mulheres negras são associadas aos estereótipos da sexualidade e do trabalho doméstico, herdados do pensamento escravocrata, enquanto as mulheres brancas são vistas

como símbolos do casamento e das uniões estáveis (Carnaúba de Castro, Santos Rocha Gonzaga & Silva Junqueira, 2020).

O amor romântico é um modelo de relacionamento que combina paixão sexual, emoção, casamento e procriação. Os indivíduos se preocupam excessivamente com seu próprio bem-estar, impulsionados pela busca da certeza de que encontraram uma pessoa única e eterna, em meio ao individualismo e às normas burguesas. Assim, o ideal de amor romântico e a busca pela felicidade se tornaram os principais motivadores do casamento e das relações afetivas (Santos, Farias, Pereira & Barros, 2014).

De acordo com Giddens (1993), o amor romântico entrou em conflito com as mudanças sociais, já que estas procuravam romper com os discursos sobre a feminilidade, proclamando a busca pela autonomia e pela emancipação sexual das mulheres. Assim, é promovido como algo capaz de se sustentar sozinho, tanto emocional quanto sexualmente, colocando as mulheres numa posição de submissão aos homens, encorajadas a se sacrificarem pelos relacionamentos com seus parceiros. Enquanto isso, os homens assumem o papel de provedores financeiros, mantendo-se distantes emocionalmente (Santos, Farias, Pereira & Barros, 2014).

Butler (2020) contesta os debates sobre a existência de culturas matriarcais ou matrilineares anteriores ao patriarcado, argumentando que essa concepção é defendida tanto por antifeministas quanto por certas correntes do feminismo. Para a autora, essas ideias perpetuam um contexto pré-histórico imaginário que serve para legitimar as estruturas atuais e projetar um futuro idealizado, justificando o presente e o futuro sob uma perspectiva feminista ou antifeminista.

O conceito de patriarcado está intrinsecamente ligado ao sistema de poder, caracterizando várias civilizações antigas. Para compreendê-lo, é essencial explorar o conceito de poder, a fim de entender as complexidades de um sistema de dominação que permeia as relações em escalas micro e macro, ao longo de milênios na história humana (Vicente & de Siqueira, 2022).

Nesse sentido, o filósofo Michel Foucault, pontua que o poder funciona e se exerce como uma rede, que passa de indivíduo para indivíduo. Assim, o corpo, os gestos, a fala e seus

desejos, são linhas de transmissão do poder que ele constituiu. Por isso, há sempre aquele que exerce e aquele que sofre da ação (Foucault, 1981).

De acordo com Weber (1964, p. 184) o patriarcalismo é a dominação exercida por uma pessoa de acordo com determinadas regras hereditárias fixas, que geralmente estão associadas à uma situação econômica e familiar. Assim, o patriarcado não se limita ao domínio do pai; implica no poder masculino como uma categoria social com direito sobre a mulher.

No patriarcado moderno, especialmente no contexto do sistema capitalista, o domínio conjugal dos homens sobre as mulheres persiste entrelaçado com questões de gênero, classe e etnia, o que, segundo algumas correntes feministas, explica a origem das violências contra as mulheres (Saffioti, 2013).

No Brasil, durante a colonização, os maridos administravam o patrimônio da família, e as mulheres eram consideradas um bem econômico (Mendonça, 2023). A família patriarcal brasileira durante o período colonial se baseava no modo de vida cristão, com uma grande prole, agregados e escravos. A "casa grande" era governada pelo patriarca, que exercia autoridade sobre todos os outros membros da família (Faria & Barbosa, 2015).

Nesse contexto, o Código Civil de 1916 promovia um modelo jurídico baseado no patriarcado, com uma hierarquia familiar explícita, onde o homem era o chefe e a mulher sua dependente, portanto, submissa e inferiorizada (Mendonça, 2023), sendo que, tal diploma legal só foi atualizado no ano de 2002.

A preservação do casamento foi um tema recorrente ao longo do século XX, à medida que os costumes e a vida social passavam por mudanças constantes. Com as mulheres sendo incentivadas pelo feminismo a serem independentes e preocupadas com suas carreiras e liberdade, o casamento tradicional foi questionado como repressivo e discriminatório, embora o divórcio, visto como um meio de emancipação feminina, também fosse estigmatizado como destruidor da família e do indivíduo (Beiguelman, 1985).

As relações entre homens e mulheres, e assim, a posição social que a mulher exercia na família e na sociedade em geral estão inseridas em um sistema de dominação (Saffioti, 2013). Portanto, é crucial examinar como o poder estava organizado e distribuído na sociedade

escravocrata brasileira, período durante o qual se desenvolveram certas estruturas sociais, que ainda são justificadas hoje em nome da tradição.

A história da formação social do Brasil está ligada à escravidão e às suas consequências: racismo, mito da democracia racial e ideologia da mestiçagem. A escravidão foi o motor da colonização brasileira e persistiu por quase quatro séculos. Além de ser um modo de produção, era uma forma de sociabilidade e uma mentalidade coletiva que regulava as práticas sociais (Lima, 2022).

Portanto, no Brasil, a divisão de classes permitia uma ascensão social individual, ao contrário das sociedades de castas. Como as diferenças de posição econômica correspondiam a diferenças de posição social, justificava-se essa diferenciação em termos de raça e cor. Ser escravo significava ser um instrumento de trabalho sem direitos de qualquer espécie; ser, essencialmente, e uma coisa socialmente (Saffioti, 2013).

É importante reconhecer, dentro desse contexto, os papéis que as mulheres negras eram obrigadas a desempenhar. Como indivíduos “coisificados”, ou seja, que não eram sujeitos de direitos, as mulheres escravizadas eram vistas apenas como unidades de trabalho lucrativas. Para os proprietários de escravos, elas poderiam ser desprovidas de gênero, sendo que, os diferentes estereótipos relacionados às mulheres negras são construídos com base em percepções sobre sua sexualidade. A imposição de trabalhos fisicamente exaustivos, até mesmo para as gestantes e aquelas que estavam amamentando, indica que, para as mulheres escravizadas, não existiam estereótipos que remetesse a uma fragilidade feminina, e a percepção de uma diferença biológica entre homens e mulheres escravizados/as não era suficiente, em si, para determinar diferenças significativas na inserção produtiva segundo o gênero (Davis, 2016; Pereira, 2016).

Nesse sentido, segundo Bernardes (2020), a consciência humana é atravessada e formada por discursos de poder cambiantes que falam pelas mulheres negras. Assim, elas não possuem o poder absoluto da formação das suas subjetividade e identidades. Sendo que, o processo de subjetivação não ocorre de modo simétrico, e os corpos são hierarquizados a partir da raça e do gênero, além de outros marcadores, facilitando ou impedindo o acesso aos recursos materiais e simbólicos (Bernardes, 2020).

Portanto, as feministas negras denunciam que a branquitude também exerce esse poder: apenas os corpos negros são marcados, apenas eles têm raça e são subordinados ao sujeito branco. Nessa dinâmica racial de poder, a categoria "mulher" atua como um substituto do sujeito universal, permitindo que mulheres negras sejam objetificadas e subalternizadas (Bernardes, 2020). Embora homens e mulheres escravizados compartilhassem componentes existenciais similares, às funções diferentes que foram forçados a desempenhar conferiram a eles papéis de importância diferenciada na construção da ordem social.

Na época da escravidão, a autoridade dos senhores precisava ser constantemente reafirmada, excluindo as mulheres do funcionamento do poder. Quando elas eram incluídas, a autoridade emanava do senhor e o padrão de dominação deveria ser mantido. Assim como na escravidão, as interseções entre gênero, etnia/cor e condição, criavam jogos de poder que utilizavam esses conceitos, simbolicamente associando masculino/feminino a poder/submissão, branco/negro, senhor/escravo (Reis, 2001).

O patriarcado ainda persiste atualmente, mantendo os homens em posições privilegiadas e assim, perpetuando a desigualdade de gênero na sociedade e nas famílias. Isso acontece por meio da disparidade salarial, do controle do poder e da hierarquização na divisão de papéis, bem como das diversas formas de violência perpetradas contra as mulheres (Narvaz & Koller, 2006).

Assim, cabe uma discussão mais aprofundada sobre como o sistema patriarcal influenciou e ainda influencia as diversas formas de violência contra a mulher, até à violência doméstica.

3.3 Da violência de gênero à violência doméstica

“Em nossa cultura, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprendem a amar; sobretudo, e principalmente, os homens.”
(Zanello, 2020, p.46)

A busca por investigações históricas que esclareçam as dinâmicas entre os gêneros, baseadas na estrutura patriarcal, acontece desde antes da integração do feminismo com os

estudos acadêmicos. Contrariamente ao que se presume, não foi uma mulher a originadora do conceito de gênero. O pioneiro a abordar e definir o gênero foi Robert Stoller (1968). Entretanto, a conceituação não ganhou impulso imediato, o que aconteceu somente a partir de 1975, com Gayle Rubin. No Brasil, o conceito propagou-se rapidamente nos anos 1990 (Nader & Morgante, 2019; Saffioti, 2013).

A narrativa das relações de gênero surge da investigação das representações dos papéis sociais de homens e mulheres e como essas construções influenciam seus relacionamentos. Isso significa que esses conceitos se refletem na prática a partir das representações sociais do que é ser homem ou mulher (Nader & Morgante, 2019).

Em suas pesquisas, Judith Butler destaca que o gênero está constantemente sendo produzido nas práticas cotidianas, refletindo-se nas performances de homens e mulheres conforme os padrões dominantes do que é ser homem ou mulher. Essa abordagem de construção de gênero está intimamente ligada à capacidade da linguagem de agir no mundo (de Freitas, 2013). Segundo a ótica de Butler (2018), a capacidade dos gêneros de se formarem pela linguagem é baseada em uma visão performativa. Assim, os discursos, enquanto prescrevem papéis e identidades, também executam comportamentos e estilos de ser.

Porém, os meios pelos quais homens e mulheres têm acesso, respectivamente, à masculinidade e à feminilidade diferem fundamentalmente. A ocorrência do primeiro ciclo menstrual de uma menina automaticamente a coloca na categoria de “mulher”, do ponto de vista social. A ausência de um evento relacionado ao ciclo biológico do homem levou à criação de rituais de passagem que, em sua maioria, são marcados pela brutalidade e violência (Nader & Morgante, 2019). Assim, a masculinidade precisa ser constantemente reafirmada.

Nesse contexto, a violência de gênero é uma classificação abrangente, podendo manifestar-se contra homens ou contra mulheres. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher caracteriza a agressão de gênero como uma violação da dignidade humana e uma expressão das relações de poder historicamente desigual entre mulheres e homens (ONU, 1979).

Além disso, as diversas formas de violência física, sexual, emocional, moral e patrimonial não ocorrem isoladamente. Como exposto, a construção patriarcal de uma masculinidade dominante superior tem sido a principal motivação por trás da violência contra

as mulheres, pois coloca os corpos femininos como propriedade masculina, conferindo-lhes controle através da força, um atributo culturalmente associado à masculinidade (Nader & Morgante, 2019).

Assim, a violência é socialmente justificada pela ideia de controle sobre o corpo, sexualidade e diversidade da mulher, dando subsídios para que os homens exerçam sua força, poder e dominação. Porém, o consentimento social para que transformem sua agressividade em violência não prejudica apenas as mulheres, mas também a eles mesmos (Saffioti, 2015; Mendonça, 2023).

No Brasil, os primeiros avanços do movimento feminista para introduzir políticas públicas contra a violência às mulheres começaram nos anos 80. Em 1985, durante a Década da Mulher, designada pela ONU, foi inaugurada a primeira Delegacia de Proteção à Mulher em São Paulo e estabelecido o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), por meio da lei 7353/85. No ano seguinte, em 1986, a Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo inaugurou a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de perigo iminente (Queiroz, 2023). Essas três importantes conquistas do movimento feminista brasileiro são os principais pilares das ações estatais voltadas para a promoção dos direitos das mulheres no combate à violência (Brasil, 2011).

O conceito de violência contra as mulheres adotado pela Política Nacional baseia-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), que define a violência contra a mulher como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado" (ONU, 1993, art. 1º).

Como exposto, a violência ocorre em diversos contextos. Além disso, na esfera familiar, a subordinação feminina é transmitida de uma geração para outra através da reprodução dos papéis de gênero. Na maioria dos casos, a violência é empregada como meio de inferiorizar a mulher, havendo situações em que é usada como punição. Em outros casos, é utilizada pelo agressor como instrumento para manter o controle na relação (Bigliardi & Antunes, 2018).

Uma forma particular de violência que contribui para a vulnerabilidade da mulher é a maneira como a sociedade a culpa pela agressão que sofre. Especialmente nos casos de abuso

sexual e estupro, as mulheres são responsabilizadas pela forma como se vestem e se comportam, mesmo quando uma criança é abusada.

Além disso, quando a violência ocorre por parte de parceiros íntimos, são utilizadas justificativas para tal, e o ato é, muitas vezes, fundamentado até mesmo em uma suposta desobediência feminina. Portanto, muitas vezes, independentemente da situação que desencadeou a agressão, as mulheres são culpadas por provocarem a situação (Watts & Zimmerman, 2002).

De acordo com uma pesquisa conduzida pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e pelo Datafolha, 33,4% das mulheres brasileiras com 16 anos ou mais, sofreram violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo ao longo da vida. 24,5% relataram ter sofrido agressões físicas como tapas, socos e chutes, e 21,1% foram obrigadas a manter relações sexuais contra a sua vontade. Se incluídas as mulheres que relataram ter sofrido violência psicológica, como humilhações, xingamentos e insultos repetidos, o percentual chega a 43% (Bueno et al, 2023).

Ademais, de acordo com a Secretaria de Políticas para Mulheres, as mulheres são vítimas de 74% dos casos de violência doméstica registrados em hospitais públicos. Parte da dificuldade em compreender os contornos desse problema decorre do fato de que essa violência não se manifesta apenas em incidentes isolados, mas em situações continuadas, nas quais a gravidade não deve ser medida apenas pela intensidade do dano físico, mas também pelo grau de vulnerabilidade e isolamento imposto a ela (de Oliveira, Bernardes & de Souza Costa, 2016).

Embora os números sejam alarmantes, foi a partir da ocorrência envolvendo Maria da Penha Fernandes, que sofreu uma tentativa de homicídio por parte do marido em 1983, deixando-a paraplégica, para que, 15 anos depois, com o agressor ainda não julgado, Maria da Penha, apoiada por movimentos sociais feministas, denunciasse o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, através do Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL) e pelo Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), tornando internacional a violência perpetrada pelo Estado brasileiro, devido à impunidade do agressor (Almeida & Borba, 2022).

Após essa denúncia, o governo brasileiro foi condenado internacionalmente pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), conforme o Relatório 54 de 2001

(Fernandes, 2012). Complementarmente a essa condenação, em 2003, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher recomendou que o governo brasileiro promulgasse uma lei adequada para proteger as mulheres.

O Projeto de Lei foi promulgado em 07 de agosto de 2006, resultando na Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, classificada como uma legislação de "segunda geração", que busca garantir que as mulheres possam viver sem violência (Pasinato, 2015, p. 534). Maria da Penha tornou-se um símbolo das diversas representações da realidade sociocultural brasileira, ainda enraizada em certas regiões na estrutura patriarcal (de domínio familiar) e, de maneira difusa fora das áreas metropolitanas (Guimarães & Moreira, 2017).

A Lei Maria da Penha, ao definir e especificar as diversas formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, permitiu uma tipificação mais eficiente dos crimes já previstos na legislação. De acordo com a Lei, a violência doméstica pode ser dividida em: violência física, aquela que atinge a integridade física ou a saúde corporal; violência psicológica, que causa danos emocionais ou prejudica o desenvolvimento pessoal por ameaça, humilhação, manipulação, perseguição, vigilância constante, insulto ou chantagem; violência sexual, que constrange a mulher a participar, manter ou presenciar uma relação sexual não desejada, podendo ser mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, além da limitação ou anulação do exercício de direitos sexuais e reprodutivos; violência moral, aquela que configure calúnia, difamação ou injúria, como por exemplo, acusações constantes de traição; e violência patrimonial, considerada como a retenção, subtração ou destruição parcial ou total de bens, documentos pessoais e de valor para a mulher (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006).

A complexidade da violência doméstica é evidenciada por uma dinâmica de relacionamento que alimenta e perpetua a violência, e que geralmente segue um ciclo relacional e progressivo. No início, ocorrem pequenos incidentes, considerados aceitáveis pela mulher e sob controle do agressor; então, ele perde o controle e a violência aumenta, tornando-se brutal e extrema; contudo, na fase de reestruturação do relacionamento, o agressor mostra-se arrependido e promete não repetir o ato. Alguns chegam a justificar seus atos "por amor", levando a mulher a acreditar que houve uma razão válida e que isso não se repetirá. É nesse processo que ela muitas vezes desenvolve uma dependência emocional, além de, muitas vezes, acreditar que merece a violência. O amor, a esperança, as responsabilidades com os filhos,

questões financeiras e o medo de uma violência ainda maior contribuem para a sensação de impotência da mulher diante da situação, mantendo-a na relação abusiva.

Frequentemente, as mulheres se submetem às normas impostas socialmente pelos homens por medo da violência e, assim, permanecem em relacionamentos abusivos ou agressivos por longos períodos. Essa submissão às normas masculinas perpetua as relações de desigualdade entre homens e mulheres e contribui para a manutenção da vulnerabilidade das mulheres, que alimenta o ciclo de violência (Watts & Zimmerman, 2002).

A discussão sobre a relação entre gênero e outras formas de desigualdade, como as originadas por estruturas raciais e de classe, é fundamental, especialmente considerando as dificuldades enfrentadas pelas mulheres não brancas e pobres. Kimberle Crenshaw (2013) argumenta que só é possível avaliar a vulnerabilidade dos indivíduos interseccionais, moldados pelas subordinações de "classe/gênero/raça", a partir da compreensão da mulher branca/rica, por exemplo. Ou seja, não haverá enfrentamento da discriminação de gênero a partir de um embasamento apenas na redistribuição de recursos ou em medidas de reconhecimento cultural (de Oliveira, Bernardes & de Souza Costa, 2016).

Em Salvador, Bahia, entre 2021 e 2022, o número de feminicídios aumentou em 50% e o de lesões corporais dolosas, em 58%. Além disso, 46,7% e 45% das mulheres assistidas nos Centros de Referência e Atenção à Mulher são pretas e pardas, respectivamente (SPMJ, 2022). Esses dados são relevantes para o entendimento das diferentes formas de violência enfrentadas por diferentes mulheres.

3.4 Diferentes mulheres, diferentes violências: raça, classe e faixa etária

*“Não se nasce mulher, torna-se
mulher;
afinal, a mulher não é definida nem
por seus hormônios
nem por instintos misteriosos,
mas pela maneira pela qual ela
recupera,
por meio de consciências alheias,
seu corpo*

e sua relação com o mundo”
(Simone de Beauvoir, 1949, p. 16)

A vida social é estruturada em um conjunto de relações que lhe dão sentido. Os determinantes desses sistemas de relações são as classes sociais, os gêneros, as idades/gerações e as raças/etnias. Estes constituem-se, então, numa dimensão básica da vida social, mas nenhum deles, analisado isoladamente, dá conta de sua complexidade (da Mota, 1999).

A questão de gênero se manifesta de forma distinta, e tratá-la de forma homogênea suscita a ideia de que todas as mulheres estão unidas pela mesma problemática (Toledo, 2001). Por isso, é importante levar em consideração os atravessamentos das questões raciais, geracionais e sociais.

O termo “raça” possuiu diferentes significados ao longo do contexto histórico. Segundo Bethencourt (2018), sua origem surgiu na Idade Média, utilizado como sinônimo de casta e fazendo referência a plantas e animais. Após o final do período medieval, passou a fazer referência às linhagens nobres da Itália e da França e assumiu a ideia de “impureza do sangue” entre cristãos na Península Ibérica, especialmente no que diz respeito aos judeus e muçulmanos. Posteriormente, a expressão foi utilizada para referenciar-se aos nativos africanos (Lima, 2019).

Apesar dos diferentes significados assumidos ao longo do tempo, raça é um conceito associado à ideia de que a humanidade pode ser subdividida em diferentes grupos, e, portanto, possui características inatas e compartilhadas entre cada um. Porém, ainda que características físicas fossem um elemento importante para sua caracterização, não eram imprescindíveis. Nos Estados Unidos, até a primeira metade do século XX, uma pessoa era considerada negra não apenas de acordo com a cor de sua pele ou seus traços físicos, mas se possuísse algum descendente negro. Foi a partir da expansão europeia que as características físicas se tornaram um aspecto importante para identificação das raças, utilizadas para reforçar as ideias de hierarquia (Lima, 2019).

Durante as décadas de 1960 e 1970, as ativistas afrodescendentes dos Estados Unidos se viram diante do desafio de resistência nos movimentos sociais antirracistas sobre emprego, educação, ocupação e acesso à saúde, no feminismo e nos sindicatos voltados para os direitos trabalhistas. Como mulheres negras e trabalhadoras, elas enfrentaram limitações devido a desigualdade social, que deixava pouco espaço para os problemas sociais que enfrentavam. As

questões específicas que as impactavam permaneciam distantes dos movimentos, já que nenhum deles, por si só, poderia enfrentar todas as formas de discriminação que elas experimentavam. Assim, as mulheres negras adotaram a intersecção como uma ferramenta analítica para responder a esses desafios (Collins & Bilge, 2021).

A política nacional brasileira em relação à raça e democracia estava em conflito com esse ativismo. O Brasil negava oficialmente a existência do termo “raças”. Portanto, ao não reconhecer categorias raciais, não oficializava a existência das diferentes raças ou reconhecia os negros como um grupo socialmente identificado por "raça".

Isso porque, o mito da identidade nacional brasileira anulava as questões raciais visando promover uma narrativa de democracia racial na qual a brasilidade superava outras identidades, como as étnico-raciais. Assim, em um contexto em que os direitos das mulheres eram vistos apenas sob a perspectiva das necessidades das mulheres brancas e a população negra enfrentava o racismo sob uma suposta democracia racial, as afro-brasileiras eram tratadas de maneira desigual tanto no movimento feminista quanto no movimento negro (Collins & Bilge, 2021).

Nesse contexto, as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham são, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Determinantes Sociais de Saúde (DSS). No âmbito da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde do Brasil, os DSS são caracterizados como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Furlan, Cezar & Pizzinato, 2023). Entre os fatores sócio-históricos e étnico-raciais que moldam as condições de vida de grande parte da população das Américas, a colonização exploradora e especialmente os vestígios dos processos de escravidão estão presentes como exemplos de elementos dos DSS e da vulnerabilização de populações negras (Souza, 1983).

A vulnerabilidade pode ser definida como a fragilidade moral e material de indivíduos ou grupos marginalizados de uma sociedade, como é frequentemente o caso das populações negras. A vulnerabilização de um indivíduo inclui aspectos que determinam suas condições pessoais para lidar com eventos estressantes diversos, assim como externos, representados por fatores sociais e ambientais com os quais não conseguem lidar. Quando esses aspectos ocorrem simultaneamente, aumentam as dificuldades para enfrentar problemas e acessar direitos universais, como a saúde (Marques et al., 2019).

A sociedade brasileira na época colonial, marcada por formas de dominação patriarcal e racista, cultivava um imaginário onde as mulheres negras eram subjugadas por sua condição racial e de gênero, o que se refletia nas formas de tratamento dispensadas pelos colonizadores: enquanto as mulheres brancas recebiam "galanteios" e palavras amorosas, gestos mais diretos e uma linguagem vulgar eram destinados às mulheres negras (Castro & Gonzaga, 2019). É essencial analisar as hierarquias construídas dentro das relações afetivas para compreender como se delineou o ideal de amor para as mulheres.

Diante de uma sociedade em que as mulheres brancas eram confinadas ao casamento e à maternidade, às mulheres negras foi atribuída a liberação sexual dos homens, uma ação validada por discursos que reforçam estereótipos sobre essas mulheres (Nascimento, 1990). Portanto, os discursos da ideologia machista e racista são fundamentais para o problema da solidão da mulher negra, que foi vista por muito tempo como mera mercadoria. Sob essa ótica, a imagem da mulher negra não estava vinculada à afetividade, mas apenas à erotização, prostituição e escravidão (Messias & Amorim, 2019).

Segundo Zanello (2020) há no imaginário social, uma "prateleira do amor" para as mulheres, regida por um ideal estético europeu, ou seja: branca, loura, jovem e magra. Quanto mais ela for diferente dessa caracterização, maior impacto terá sobre sua autoestima. Assim, maiores são as chances de não arranjar um parceiro(a). Portanto, as mulheres negras são as mais afetadas por esse ideal, já que na configuração cultural são as mais rejeitadas, principalmente por conta do racismo (Zanello, 2020).

Considerando esse ideal de beleza e status social, as mulheres negras tornam-se sujeitas incapazes de se relacionarem (Messias & Amorim, 2019). Assim, a solidão não está necessariamente ligada a uma experiência única e individual, podendo ser encontrada em esferas coletivas e na vida em comunidade. Essa solidão permeia todas as etapas da vida, desde a infância até a velhice (Vieira, 2020).

Portanto, o impacto causado pelo não reconhecimento do lugar da mulher negra em suas relações afetivo-sexuais pode resultar em uma perda social e um dano psicológico. Essa mulher é atingida pelas dores da solidão, sendo o desprezo nessas relações um dos fatores determinantes para a perda de identidade dessas mulheres, que acabam se submetendo a relacionamentos abusivos e violentos (Martins, Pinho & Souza, 2023).

Reconhecer as circunstâncias sócio-históricas e culturais às quais as mulheres negras no Brasil estiveram e estão sujeitas - e que geralmente permanecem invisibilizadas quando a análise se concentra apenas em gênero ou raça individualmente - é uma maneira de compreender o significado das violências sofridas e entrelaçadas contra esse grupo de mulheres. É também uma maneira de compreender a conexão dessas violências com a posição racial e de gênero subalterna que ocupam e que, em grande parte de suas experiências, ainda está entrelaçada com a posição socioeconômica inferior.

Assim, enquanto as mulheres brancas vivenciam esse tipo de violência com base em sua condição de gênero, as mulheres negras a vivenciam também por sua condição racial, uma vez que os insultos, ofensas e agressões que recebem, adquirem sentido também a partir de seus traços distintivos, que as remetem a um longo histórico de opressão iniciado com a escravidão e sua constante objetificação. Paralelamente, essa violência pode ser aceita por muitas dessas mulheres como justificável, pois coincide com o sentimento de inferioridade moldado nas interações sociais e internalizado por elas (de Almeida & Pereira, 2012).

Nesse contexto, as categorias relacionais mais influentes referem-se principalmente ao biossocial: o gênero, a geração e a etnia são intrínsecas ao corpo e à cultura como manifestações do sexo, idade e cor. A classe, enquanto categoria dominante, está estritamente ligada ao aspecto social, embora permaneça como uma coletividade teórica, política e prática que se materializa em indivíduos de diferentes faixas etárias e etnias. O estudo de cada uma dessas categorias conduz a uma análise das relações de poder (da Mota, 1999).

Após os grandes movimentos feministas das décadas de 1960 e 1970 as discussões migraram das ruas para as salas de aula universitárias. Sob a liderança de correntes de classe média e intelectuais, sem a ampla participação das mulheres trabalhadoras, o movimento feminista assumiu uma postura ainda mais reformista, contentando-se em expandir os espaços das mulheres na democracia burguesa (Toledo, 2001).

Nessa conjuntura, a situação social das mulheres é marcada pela desigualdade, e o trabalho está no cerne de qualquer uma das particularidades dessa desigualdade, pois está intimamente ligado à maneira como a mulher trabalhadora concilia sua função como reprodutora do capital e sua condição de força de trabalho (Toledo, 2001). Ao ouvir a expressão "mulher que trabalha", geralmente se imagina que ela está envolvida em uma atividade fora do ambiente doméstico. No entanto, muitas vezes, negligencia-se o fato de que sua participação na

esfera pública exclui o trabalho doméstico da definição de trabalho, embora este último absorva muitas horas do seu dia. Essa distinção separa as mulheres que desempenham atividades formais de trabalho daquelas que se dedicam ao trabalho doméstico, perpetuando a ideia de que o trabalho produtivo é realizado fora de casa, enquanto o doméstico é visto como algo privado e improdutivo (Zimmermann, 2011).

A atividade realizada fora de casa era considerada secundária em relação às responsabilidades domésticas e subordinada ao trabalho dos homens após a Segunda Guerra Mundial. A diferença de poder entre mulheres e homens e o ocultamento do trabalho não remunerado das mulheres por trás do disfarce da “inferioridade natural” permitiram ao capitalismo usar o salário (masculino) para acumular trabalho feminino. Em muitos casos, serviram também para desviar o antagonismo de classe para um antagonismo entre homens e mulheres. Dessa forma, a acumulação primitiva foi, sobretudo, uma acumulação de diferenças, desigualdades, hierarquias e divisões (Federici, 2023).

Além da segregação no mercado de trabalho, as mulheres enfrentavam dificuldades para acessar a educação, o que limitava suas opções profissionais e reforçava a segregação ocupacional. O magistério é um exemplo dessa segregação, visto como uma profissão naturalmente feminina e aceita pelos padrões culturais que definiam o papel da mulher no ambiente doméstico, pois era considerada uma extensão das atividades realizadas dentro do lar (Zimmermann, 2011).

A classe social e o gênero não são os únicos sistemas que moldam a sociedade. O racismo também desempenha um papel crucial. O período escravista foi parte do processo de acumulação primitiva do capitalismo e de seu desenvolvimento. Justificado pela suposta inferioridade do negro, o racismo aumenta a disponibilidade de mão de obra para os salários mais baixos, aumentando a violência e o preconceito. É na interação entre capitalismo, patriarcado e racismo que se baseia a singularidade da questão social no Brasil e onde se manifesta a opressão e exploração da classe trabalhadora (Oliveira, 2022).

O trabalho desempenha um papel fundamental na vida das mulheres, proporcionando não apenas sua subsistência, mas também sua independência. Nesse contexto, durante o tratamento quimioterápico, por exemplo, o afastamento do trabalho não afeta apenas o poder de compra das pacientes, mas também sua autonomia como mulheres detentoras de direitos e economicamente ativas (Frazão & Skaba, 2013).

Seja por razões de saúde própria ou de um familiar, pelas demandas e necessidades decorrentes do tratamento, essas mulheres frequentemente são demitidas de seus empregos assalariados ou são forçadas a abandonar atividades autônomas, o que tem um impacto significativo em suas condições. Além disso, grande parte dos trabalhadores no Brasil está na informalidade, ou seja, não contribuem para a previdência social, o que os impede de acessar benefícios como auxílio-doença ou aposentadoria (Oliveira, 2022).

Diante do exposto, é possível perceber que a interseção entre classe e raça tem um impacto desproporcionalmente negativo sobre as mulheres pretas e pardas, tornando-as mais vulneráveis à violência doméstica, uma vez que muitas delas estão economicamente ligadas aos agressores e têm menos recursos educacionais para entrar no mercado de trabalho em posições melhores - obstáculos estes que se somam à discriminação. Elas também enfrentam restrições em seus direitos básicos de cidadania e dependem mais dos serviços públicos, que frequentemente são precários em relação ao combate à violência (de Almeida & Pereira, 2012).

Portanto, embora a violência afete diferentes estratos sociais e grupos raciais, as mulheres economicamente privilegiadas têm mais recursos para lidarem com a situação por meio dos canais institucionalizados e conhecidos. Como as mulheres pretas e pardas estão predominantemente entre os mais pobres, elas estão mais expostas ao risco de violência e têm menos recursos para enfrentá-lo publicamente (Suárez, 1998).

Além disso, a categoria idade/geração também é manifestada no contexto das dinâmicas sociais de poder. As fases da vida representam um fator crucial na organização social, com posições e situações definidas em todas as sociedades, e diferentes níveis de formalização e reconhecimento institucional (da Mota, 1999). As diversas gerações estabelecem interações que moldam campos de poder em conflito, de forma similar às interações em outras esferas sociais, como aquelas relacionadas ao gênero, raça e classe social (Sardenberg & Tavares, 2016).

O processo biológico do ciclo de vida foi simbolicamente apropriado para definir a idade cronológica, que ao longo da história tem sido utilizada para marcar as fronteiras que delimitam suas diferentes fases, estágios ou períodos culturalmente significativos, estabelecendo permissões e proibições para cada uma delas (Azevedo, 2016). A extensão e o fundamento do poder atribuído a cada estágio do ciclo de vida são determinados pela natureza das implicações da disputa entre as gerações (Lenoir, 1998). E é nesse sentido que Bourdieu (1983, p. 112) também argumenta que a estrutura que categoriza as idades, assim como aquela

de gênero e classe social, são estruturas de poder que "acabam sempre por impor limites e estabelecer uma ordem na qual cada indivíduo deve permanecer em seu lugar".

O cenário global de envelhecimento populacional, onde a expectativa média de vida aumentou em 20 anos desde 1950, com uma projeção de mais 10 anos até 2050, tem sido caracterizado por sua especificidade nos países em desenvolvimento, devido à notável rapidez com que vem ocorrendo. Nestas populações, espera-se um aumento de 8% para 15% das pessoas com mais de 60 anos entre 1998 e 2025. No Brasil, assim como em toda a América Latina, prevê-se que o grupo etário considerado idoso deverá quadruplicar até 2050 (Azevedo, 2016).

Idades/gerações também representam elementos estruturantes da vida social. Além disso, a violência perpetrada contra mulheres também é expressão e resultado de experiências ou conflitos que ocorrem, essencialmente, no âmbito das relações entre gerações. Portanto, é essencial analisar os eventos no contexto articulado dessas duas dimensões, de gênero e geração (Motta, 2009).

É importante destacar que o acometimento do câncer de mama em mulheres jovens e idosas possui questões específicas para cada faixa etária. Em mulheres a partir dos 50 anos, questões como perda da juventude, entrada no climério e início ou fim da menopausa e suas relações afetivas tornam-se atravessamentos do itinerário terapêutico.

Portanto, ao pensar em saúde, é necessário reconhecer a influência de fatores socioculturais que têm um forte impacto nas experiências de pacientes, seus familiares e comunidade. Por exemplo, a taxa de mortalidade devido ao câncer de mama é maior entre as mulheres negras. Além disso, Renna Júnior e Silva (2018) observaram que mulheres pretas e pardas tendem a iniciar o tratamento oncológico mais tarde em comparação com mulheres brancas (Gurung, 2010; Silva, Araújo & Câmara, 2017).

Como exposto, o sofrimento da mulher negra pode surgir diante de uma sociedade estruturalmente racista, na qual seus corpos são subjugados às expectativas do homem branco, vista como um objeto sexual destinado à solidão (Serpa et al, 2022). A mulher, com base apenas na perspectiva de gênero, é vista socialmente como a principal cuidadora, porém, quando a tonalidade da pele dessa mulher é negra, suas condições socioeconômicas são baixas, e sua idade mais avançada, a interseccionalidade opera suas lógicas de opressão, resultando de

maneira categórica em barreiras de acesso ao cuidado oncológico, especialmente ao câncer de mama (Eldridge & Berrigan, 2022).

Diante das especificidades de cada contexto em que as mulheres estão inseridas, torna-se necessária uma discussão aprofundada que leve em consideração as diferentes formas de *ser mulher*, a violência e suas repercussões no tratamento do câncer de mama.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

“Escrever a história das mulheres é sair do silêncio em que elas estavam confinadas.”
(Perrot, 2007, p. 16)

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho qualitativo. Segundo Creswell (2014, p. 229), a abordagem qualitativa deriva do pensamento compreensivista weberiano, sendo um processo de investigação “que explora o problema social ou humano”, dentro de um quadro holístico completo, devendo analisar as palavras e relatar as visões dos participantes, chegando ao estudo de um conteúdo natural.

Adota-se a tipologia de pesquisa exploratória buscando conhecer com maior profundidade a temática proposta, de modo a torná-la mais clara ou construir questões importantes para condução do estudo, proporcionando, portanto, uma visão geral acerca de determinado fato (Gil, 2008). A historicidade do processo investigativo e a peculiar forma de investigar o social, ao levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais oferecidas pela pesquisa qualitativa, é imprescindível, visando considerar as classes sociais, as ideologias e visões de mundo dominante, além das especificidades do modo de produção influenciando tanto a organização dos sistemas de saúde como as estratégias que se estabelecem entre agrupamentos e classes sociais diante do fenômeno saúde e doença (Minayo, 2014).

Para analisar dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, que parte de uma leitura de primeiro plano das falas e depoimentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material (Minayo, 2014).

4.1.1 Campo de pesquisa

Uma parte do estudo foi realizada no Hospital Aristides Maltez (HAM), em Salvador, Bahia (ANEXO A), onde as participantes estavam realizando, ou tinham realizado, o tratamento para câncer de mama. Nesse ambiente, ocorreram entrevistas com 5 pacientes, residentes da cidade de Salvador.

O HAM é um hospital oncológico e sem fins lucrativos. Foi criado no dia 2 de fevereiro do ano de 1952 e atende exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, por ser um hospital de referência no estado, recebe pacientes de quase todos os municípios da Bahia.

O SUS é o maior sistema público de saúde do mundo, criado no Brasil a partir da Constituição de 1988 e regulamentado em 1990. Foi concebido com o objetivo de garantir um acesso universal, gratuito e de equidade. Além disso, possui um papel importante na promoção e prevenção em saúde e vigilância sanitária (Ministério da Saúde, 2021).

Outra parte do estudo foi realizada no Centro Estadual de Oncologia (CICAN), em Salvador, Bahia (ANEXO C), onde as participantes também estavam realizando o tratamento para câncer de mama. Neste ambiente ocorreu 1 entrevista.

Antigamente chamado de Centro Integrado de Controle do Câncer, foi criado em junho de 1974, tendo como finalidade o atendimento à mulher nas áreas de planejamento familiar, infecção sexualmente transmissíveis (IST), prevenção e detecção do câncer cérvico-uterino. Porém, passou a ser chamado Centro Estadual de Oncologia visando ampliar a assistência para todos os tipos de cânceres da população do Estado da Bahia.

Além disso, uma entrevista também ocorreu em formato online, abarcando uma participante residente da cidade de Ilhéus, Bahia.

4.1.2 Participantes da pesquisa

Foram entrevistadas 7 mulheres. No que se refere à autodeclaração de raça/cor, entrevistou-se: 2 pretas, 2 pardas e 3 brancas. Quanto a idade das participantes, a média geral

foi de 55 anos, sendo que as entrevistadas possuíam entre 28 e 74 anos. Em relação à escolaridade, 3 possuíam ensino superior completo, e as outras 4 não concluíram o ensino fundamental. No tocante à dinâmica familiar, 6 entrevistadas possuíam 2 ou mais filhos, 3 delas estavam morando sozinhas no momento da entrevista, 3 moravam com seus companheiros e 1 morava com seus pais e seus filhos.

Em relação ao câncer e tratamento, 5 fizeram quimioterapia, todas realizaram radioterapia, 4 realizaram mastectomia e 5 estavam, no momento da entrevista, realizando hormonioterapia. 2 participantes já haviam encerrado o ciclo da hormonioterapia há 1 ano e não estavam, no momento da entrevista, realizando nenhum tipo de tratamento.

Em relação à violência sofrida, todas as 7 entrevistadas sofreram violência verbal, psicológica, moral e sexual, 4 sofreram violência patrimonial e 5 sofreram violência física. As violências partiram, contra todas as participantes, dos seus cônjuges, advindas de relacionamentos heteronormativos. 1 entrevistada também sofria violência dos filhos, 1 sofreu violência do enteado e 1 sofreu violência do pai.

No que concerne aos seus relacionamentos amorosos, 4 estavam casadas no momento da entrevista, 3 estavam solteiras e 1 estava namorando, sendo que 3 participantes terminaram suas relações durante o tratamento do câncer de mama.

4.1.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres, maiores de dezoito anos, que estavam em acompanhamento psicológico durante a pesquisa, que realizaram ou estavam realizando tratamento para câncer de mama e que sofreram violência doméstica durante o itinerário terapêutico.

Foram excluídas aquelas admitidas em unidades de internação e Cuidados Paliativos.

4.2 Instrumento e Procedimentos para coleta dos dados

O presente estudo iniciou no dia 31 de janeiro do ano de 2024, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ANEXO A) e foi utilizado o critério de saturação para encerramento das entrevistas, de acordo com a repetição

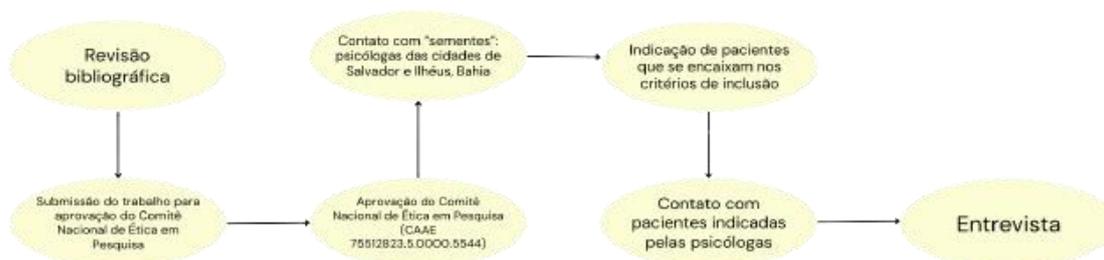
de dados.

O instrumento de coleta utilizado foi entrevista individual (APÊNDICE B). No roteiro, constaram itens considerados essenciais para o delineamento do estudo: dados sociodemográficos; trajetória de vida; dados clínicos; relacionamentos interpessoais, percepções sobre o ser mulher e sobre as repercussões da violência no tratamento do câncer de mama.

A entrevista é uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, do símbolo e do signo, aspectos privilegiados das relações humanas, através dos quais os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade (Simões & Sapeta, 2018). Uma entrevista fornece informações em duas dimensões: fatos e percepções. As duas dimensões de informações são importantes para uma pesquisa qualitativa, entretanto a segunda contribui para a construção de significados a partir de vivências que podem determinar padrões de comportamento dos atores sociais de forma mais ampla (Russo & Da Silva, 2019).

As participantes foram contactadas a partir de “sementes” ou “informantes-chaves”, sendo estas, psicólogas da rede de contatos da pesquisadora que trabalham em clínicas ou hospitais com tratamento para câncer de mama.

Foram contactadas, a partir de convites enviados via *Whatsapp* e *e-mail*, ao todo, 15 psicólogas da rede privada e pública da cidade de Salvador, sendo estas, 3 psicólogas do Hospital Aristides Maltez, 1 psicóloga da CICAN e 1 psicóloga da rede privada da cidade de Ilhéus, Bahia, totalizando 17 psicólogas contactadas, conforme ilustração:



Das psicólogas contactadas, 4 realizaram a indicação de pacientes para entrevista, 6 informaram que não possuíam pacientes que se encaixavam na amostra, 3 não poderiam realizar a indicação de pacientes pois seria obrigatória a vinculação institucional ao campo onde trabalhavam, 2 não obtiveram respostas do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que trabalhavam e 1 instituição não considerou o estudo como relevante. Além disso, 1 psicóloga contactada se ofereceu para realizar a entrevista, pois respondia aos critérios de inclusão da amostra.

As entrevistas foram agendadas previamente, sendo que 5 ocorreram na instituição participante, em salas que garantiam a privacidade das entrevistadas. 2 entrevistas ocorreram no formato online, pela plataforma Google Meet.

As entrevistas duraram, em média, 55 minutos. O local e horário foram definidos conforme a preferência da entrevistada. Todas as entrevistadas consentiram a gravação da entrevista, realizada pelo celular da pesquisadora.

A revisão de literatura foi elaborada desde o princípio da pesquisa. O estudo teórico deu embasamento para a elaboração do conteúdo abordado.

Além disso, após a etapa das entrevistas com as participantes e da discussão dos resultados, foi elaborado um Projeto do Produto Técnico como um dos resultados desta pesquisa, que compõe-se em um diagrama de fluxo, apresentado nos resultados da pesquisa.

O material consiste em um produto que será fixado para a equipe de profissionais dos hospitais que fazem parte do estudo, e teve como objetivo guiá-los para que possam reconhecer e saber manejar situações de violência doméstica em contexto hospitalar, ao longo dos atendimentos.

4.3 Aspectos éticos

Por trabalhar com seres humanos, obedeceu às exigências da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa, da instituição envolvida, em outubro do ano de 2023. Além disso, o estudo faz parte de um projeto maior intitulado Dimensões do Cuidado, Comunicação, e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial, com o número de CAAE 75512823.5.0000.5544. As pacientes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e os dados só foram colhidos das pacientes que consentiram assinando o termo.

Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, houve, inclusive, o envio online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras das Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016, que dispõe sobre Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e da Resolução 466/12 do CNS. Disponibilizou-se um momento para leitura do documento encaminhado antes do início das entrevistas, oportunidade em que foram esclarecidas as dúvidas a respeito. Ainda em conformidade com a referida resolução, antes de iniciar a gravação, foi informado e solicitado autorização para as participantes.

Também é importante destacar que os nomes das participantes foram preservados, sendo criados nomes fictícios para cada uma, de modo a preservar o anonimato. Os nomes foram retirados do livro “A mãe da mãe de sua mãe e suas filhas”, escrito por Maria José Silveira. O romance conta a história de uma linhagem de mulheres da mesma família, ao mesmo tempo em que faz um aparato histórico do Brasil. São ao todo 21 mulheres que alternam entre o papel de mães e filhas (Silveira, 2019).

4.3.1 Riscos

Esta pesquisa envolveu riscos que se baseiam na possibilidade de haver constrangimento, por parte da entrevistada, ao responder alguma questão. Explicou-se às participantes que estas poderiam optar por não responder qualquer questão, não participar da pesquisa e mesmo, iniciar a entrevista, mas interrompê-la a qualquer momento.

Durante toda a pesquisa os possíveis riscos foram continuamente minimizados. O respeito à pessoa foi o princípio fundamental, o que garante a autonomia da participante. Além disso, caso o relato trouxesse riscos para a saúde psíquica, a pesquisadora iria garantir o acompanhamento psicológico e facilitaria os devidos encaminhamentos externos, conforme necessidade.

4.4 Procedimento e análise dos dados

O procedimento de analisar os dados teve como eixo norteador a análise de conteúdo, com foco na análise categorial, que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tal escolha se deu por ser um método composto por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que possibilita compreender a mensagem além de seus significados imediatos. Possui duas funções que coexistem: a função heurística, que objetiva explorar e aumentar a propensão à descoberta, e a função de prova, quando busca confirmar uma questão (Schiavini & Garrido, 2018).

Desse modo, a partir dos objetivos da pesquisa e seguindo as etapas de análise, buscou-se, a partir dos conteúdos das falas em articulação com a fundamentação teórica da pesquisa, criar as categorias segundo Minayo (2016), identificadas da seguinte forma:

- a) ***O câncer de mama e a violência doméstica:*** apresenta a percepção, por parte das participantes, do nexos causal entre o diagnóstico do câncer de mama e a violência sofrida, assim como a relação do *sentir dor* com o estresse e os danos psicológicos advindos da violência.

- b) ***Ser mulher:*** levanta questões acerca da criação da subjetividade da mulher a partir da

validação e olhar do homem, fazendo com que as entrevistadas atribuíssem suas condições do que é ser mulher a partir da violência, o desejo das participantes de serem enxergadas de forma *transparente* e o amor como uma construção unilateral, dentro da relação conjugal.

- c) ***Da perspectiva de vida à perspectiva da violência:*** discute o impacto da violência na falta e/ou diminuição da perspectiva de vida das entrevistadas, e conseqüentemente, no seu tratamento, abordando o lugar doloroso da violência, muitas vezes se sobrepondo ao câncer de mama, e tornando-se assim, um assunto de maior notoriedade do que sua condição de saúde.

- d) ***O lugar do hospital:*** debate a importância que as entrevistadas dão ao hospital e à equipe de saúde, colocando-os como única rede de apoio.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O câncer de mama e a violência doméstica

Considerando uma abordagem integral do ser humano, na qual o sujeito é impactado não apenas fisicamente, mas também mental e emocionalmente, de acordo com Leshan (1992) a história emocional de um sujeito afeta tanto a probabilidade de desenvolver um câncer quanto o seu curso após o diagnóstico.

O nexos causal entre a violência doméstica e o desenvolvimento do câncer é narrado nas entrevistas por 5 participantes, como destacado nos trechos:

*“Foi uma mágoa tão grande que eu carreguei por esses anos que eu acho que isso se transformou nesse câncer”
(Guilhermina, psicóloga, 54 anos, branca).*

“Eu acho que se as coisas tivessem sido diferentes, eu teria uma saúde melhor. Mas, mediante a escravidão que eu vivi, a exploração (...), eu acho que seria outra vida. Eu acho que eu

não ficava doente não.” (Maria, desempregada, 74 anos, branca).

“Por causa dele, é que eu estou doente. (...) por causa disso, desses maus tratos, dessa minha vida tão ruim com ele, que eu adquiri esse câncer de mama.” (Ana, 64 anos, desempregada, preta).

Em consonância com as falas das participantes, de acordo com estudos realizados com mulheres que possuem câncer de mama e que sofreram violência doméstica, a maioria das mulheres tende a acreditar que a causa do diagnóstico é a violência sofrida durante muitos anos (Sheikhnezhad et al, 2023; Sawin, 2009; Gandhi et al, 2010).

É importante destacar que o papel feminino é representado pela crença da renúncia dos desejos das mulheres em prol dos outros. Ou seja, estar pronta para servir aos outros, sob uma ótica de amor e cuidado, é uma tarefa das mulheres. Assim, a mulher é vista como a geradora do cuidado, seja ele familiar ou ampliado na rede social, o que, ao longo da vida, acaba por desgastar sua saúde física e psíquica.

Esse constante desgaste, tanto emocional, quanto físico, pode gerar repercussões na sua saúde, principalmente o estresse. De acordo com estudos, o estresse psicológico crônico é comumente relatado por pacientes com câncer, o que, acrescido à violência, está associado a alterações fisiológicas nas funções cerebrais e corporais, podendo influenciar indiretamente o risco da doença. O conceito de estresse foi desenvolvido pelo endocrinologista Hans Selye, em 1936, definido como um amplo processo de interações indivíduo-ambiente, que acarreta modificações fisiológicas necessárias à adaptação frente a eventos potencialmente nocivos ao indivíduo. Por conta desse desequilíbrio, a resposta emocional a acontecimentos adversos tende a aumentar, causando direta ou indiretamente resultados negativos na saúde da mulher (Cormanique et al., 2015; Selye, 1976; Beydoun & Saftlas, 2008; Chang et al., 2005; Coker et al., 2009).

Assim, a vivência de acontecimentos estressantes ao longo da vida, como a violência, pode afetar o estado emocional de um indivíduo. O estresse psicológico ocorre quando o sistema nervoso central é ativado através de mecanismos cognitivos sem contato com o

organismo, sendo que, a reação dele aos agentes estressores tem um propósito evolutivo e cíclico (Kornblith et al, 2001; Bauer, 2002).

Assim, inicialmente, o corpo identifica o estímulo estressante e aciona o sistema neuroendócrino para preparar o organismo para a ação. Em seguida, o organismo procura reparar os danos causados pela resposta inicial e normaliza os níveis hormonais. No entanto, se o estresse persiste, pode ocorrer uma alteração nas defesas imunológicas, o que pode resultar no desenvolvimento de uma doença, relacionada à condição estressante (Bauer, 2002).

O processo de enfrentamento do estresse se manifesta de modo diferente em diferentes indivíduos. Sendo que, as mulheres têm sido sobrecarregadas pela multiplicidade de papéis sociais e familiares que assumem, corroborando para um maior nível de estresse psicológico (Calais et al., 2007; Neuber et al., 2007).

É fundamental ressaltar, como já mencionado, que não se pode abordar a questão de gênero de maneira universal. Portanto, o impacto da desigualdade social, por exemplo, acarreta limitações de oportunidades de mobilidade e maior exposição a fatores prejudiciais ao longo da vida. Além disso, as disparidades raciais no Brasil também influenciam os padrões de saúde e doença entre diferentes estratos sociais (Chor & Lima, 2005; Laguardia, 2004).

É possível observar, nesse contexto, a relação da violência doméstica e à questão racial, pois ela pressupõe, como estabelece Gonzalez (2020), uma supremacia racial e cultural que coloca em lados opostos a “superioridade branca” e a “inferioridade negra”. Logo, os corpos de mulheres negras tornam-se mais vulneráveis, estando interligados pelo racismo e sexismo, principalmente levando-se em consideração a discriminação como um fator por si só, estressante.

Além disso, as maiores fontes de estresse apontadas pelas mulheres com câncer estão ligadas a relações e conflitos familiares. Sendo que, os problemas perpassados por elas são compreendidos como fontes prolongadas de estresse, cujo enfrentamento exige esforços contínuos e repetidos no cotidiano (Neme & Kato, 2003).

No que tange à saúde física, a violência pode ocasionar inflamações, contusões e hematomas em várias partes do corpo, fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e

pernas, em geral, por consequência de agressões, bem como agravamento dos sintomas da menopausa e aumento do risco de desenvolver diabetes (Sheikhnezhad et al, 2023; Stubbs & Szoeki, 2021).

Dessa forma, mulheres que sofreram violência apresentam problemas tanto na sua integridade física quanto mental, e assim, podem acreditar que o impacto sofrido foi prejudicial para seu corpo, causando o câncer de mama. Porém, de acordo com Simonetti (2018), é importante desvencilhar a necessidade imaginária de se provar uma causa, física ou psicológica, para o desenvolvimento de uma doença. Assim, a violência pode funcionar como um desencadeador do processo latente do câncer, e não como razão. Da mesma forma, deve-se trabalhar com o significado que o sujeito dá ao seu adoecimento, independentemente daquilo que o causou.

Ademais, foram relatados transtornos somatoformes e queixas psicossomáticas em estudos que indicam dor de estômago, dor de cabeça, tontura, dor muscular e sintomas ginecológicos associados a um histórico de violência (Avdibegović e Sinanović, 2006; Nicolaidis et al, 2009; Scheffer Lindgren e Renck, 2008). Loxton et al (2006), relataram que a dor teve uma das maiores associações com a violência de todos os sintomas físicos estudados.

De forma corroborativa com os estudos, dores na mama também aparecem nas falas das participantes como provenientes da violência verbal e psicológica:

“(...) comecei a ficar muito assim, sentindo coisas, sentindo dores. Eles (os filhos e marido) tentam botar na minha cabeça que é da doença, mas não é. Eu sei que não é da doença, se ela está controlada. Então, chega um ponto que a mente da gente não aguenta. Qualquer coisa, eu já fico com o emocional abalado. Sinto muitas dores. Chega um ponto que a gente não aguenta. E dessa vez, eu não aguardei não. O lado esquerdo do meu corpo adormeceu.” (Belmira, 51 anos, desempregada, preta).

“(...) foi muita angústia. Muitas angústias, muitas. (...), quando eu me estresso assim, sinto dor. Não sei por quê. Não

sei se contrai algum músculo, não sei. Mas dói. (...) Não aguentei não! Não tinha mais como ficar. Era muita humilhação. Qualquer refeição que eu fosse fazer, eu ia para o quarto. Chegava lá no cantinho.” (Ana).

De acordo com Mello Filho (2002) toda doença é psicossomática, uma vez que acomete um indivíduo que possui soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente. Assim, vias de integração corpo-mente são construídas com a intenção de ir além das perspectivas biomédicas, fundamentando-se neuroendocrinológicas e psicoimunológicas, correlacionando variáveis psicossociais com padrões imunológicos (Castiel, 1993).

Em 2020, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a conceituou como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (IASP, 2020).

Especificamente a dor oncológica, aquela sentida alicerçada diretamente em relação a doença, pode estar associada a inúmeros aspectos do adoecimento, tais como: o tumor em si ou os sintomas advindos da quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, e da proliferação da doença no organismo, o que pode acontecer por meio das metástases ou do surgimento de novos cânceres (Freire et al, 2016). Porém, a percepção do sintoma de dor vai além da sensação álgica no corpo, perpassando também por suas experiências afetivas e emocionais, assim como idade, etnia, cultura e suporte social (Costa et al, 2017). Assim, para que seja efetivamente controlada, a dor deve ser compreendida em sua complexidade e multidimensionalidade.

Sob essa mesma perspectiva, Cicely Saunders (1960), a partir da sua prática como enfermeira e de pesquisas sobre a administração de morfina, percebeu que seus pacientes apresentavam um complexo estado de sentimentos dolorosos. Isso porque, eles não apresentavam apenas a dor física, mas também a dor psicológica, como o medo do sofrimento e da morte, a raiva, a tristeza, a insegurança, o desespero e a depressão. Além disso, incluíam a dor social, como a rejeição, a dependência, a sensação de inutilidade e a perda de papéis ocupacionais. E ainda a dor espiritual, caracterizada pela falta de sentido na vida e na morte, o medo do pós-morte e sentimento de culpa diante de Deus. A partir dessa compreensão, propôs o conceito de "Dor Total", que se refere a um fenômeno capaz de impactar significativamente todos os aspectos da vida dos indivíduos.

Assim, a sensação e intensidade da dor estão associadas à história e à vida de cada paciente, enfatizando a importância de escutar sua narrativa e entender sua experiência de maneira subjetiva e abrangente (Saunders, 1990). Por conseguinte, de acordo com Clark (1999), a dor física, os aspectos mentais e o seu controle apresentam ligações como algo que vai além do físico.

Em suma, considerar a dor como um fenômeno social e cultural, significa dizer que o corpo não existe sem o social e, portanto, há um significado que a ele é atribuído pela coletividade. Ou seja, “o corpo é ‘feito’, ‘produzido’ em cultura e em sociedade” (Sarti, 2002, p.4). Assim, as vivências dos indivíduos, seus comportamentos emocionais e atitudes são moldados pelos padrões sociais aos quais estão inseridos. Portanto, conforme Sarti (2002) argumenta, considerar a dor como uma experiência pessoal significa compreendê-la como uma interação entre o sujeito e seu contexto social.

Nesse sentido, a compreensão da dor também deve levar em conta as desigualdades estruturais que permeiam o contexto social e econômico, de acordo com a posição da mulher dentro da hierarquia familiar, econômica e social. Sendo relevante destacar, portanto, que o amparo econômico é consolidado e delegado à figura masculina e, assim, a inserção da mulher no mundo está sempre intermediada por figuras familiares - pais, marido ou filhos (Salem, 2006).

De acordo com essas circunstâncias, é importante destacar que segundo achados na literatura, devido a dependências financeiras (Tausch, 2019) e à violência patrimonial, muitas mulheres não conseguem encerrar a relação. Tal contexto também foi relatado nas falas das participantes:

“E eu sofro ainda, porque eu dependo dele. Então, ele se aproveita disso. Em questão de sexo, mesmo, eu não tenho mais vontade de fazer sexo com ele, então ele me pega a força, isso é agressão. Então, ele diz ‘eu estou lhe dando isso, então você tem que fazer isso por mim’.” (Belmira).

“(...) ele começou a pagar tudo. E ele jogava isso na minha cara... tanto que quando eu quis me separar, a primeira coisa que ele fez foi cancelar meu plano de saúde (...) ele queria ter esse controle sobre mim. E ele tinha, né.” (Jacira, desempregada, 47 anos, parda).

Segundo estudos, mulheres com mais idade, em particular, têm menos probabilidades de terminarem seus relacionamentos, em comparação com mulheres mais jovens. Isso porque elas tendem a ser mais isoladas e não procuram apoio externo. No entanto, mulheres forçadas a deixar seus parceiros abusivos ficam ainda mais vulneráveis devido a questões como problemas financeiros e questões de custódia (Sawin & Parker, 2011; Sawin, Laughon, Parker & Steeves, 2009).

Embora, de acordo com a literatura, algumas mulheres acometidas por câncer de mama tendam a se isolar do convívio social e familiar, a violência doméstica também é causa de manifestações sociais que podem incluir isolamento e mudanças frequentes de emprego ou moradia (Araújo & Fernandes, 2008; Brasil, 2002). Portanto, muitas mulheres, assim como as participantes das entrevistas, já vivenciam o afastamento da sua rede de apoio externa à família, previamente ao diagnóstico.

Antes do advento do Estatuto da Mulher Casada, os bens da mulher respondiam pelas dívidas do marido e ela não poderia constituir patrimônio próprio, além de não poder trabalhar sem a anuência do cônjuge (Dias, 2016). Diante de tal construção social, a lesão ao patrimônio da mulher, como uma forma de violência, tem aspectos menos evidentes do que a agressão física direta, e por isso, muitas vezes ocorre de forma despercebida.

Segundo Delgado (2021) a violência patrimonial que mais ocorre é a destruição de bens materiais, como móveis, paredes ou eletrodomésticos, e objetos pessoais, como celular, roupas e documentos; ou a sua retenção indevida, nos casos de separação de fato, na intenção de forçar a mulher a retomar ou a manter-se na convivência conjugal, como na história de Jacira.

Muitas vezes, há uma dificuldade de reconhecimento da violência enquanto violência, e conseqüentemente, uma dificuldade de nomeá-la, já que muitas mulheres consideram a coação sexual dentro da relação uma parte da interação sexual natural dos relacionamentos, ou mesmo

um direito do homem (Dantas-Berger & Giffin, 2005). Assim, embora tenha sido explicitada na fala de Belmira a compreensão da agressão a qual a participante estava submetida, é possível que muitas mulheres não constatem a dupla situação de violência que estão vivendo. Além disso, de acordo com Sadock (1996), é comum para a mulher que sofre uma violação carregar sentimentos de vergonha, humilhação, medo e raiva.

É importante ressaltar que o gênero muitas vezes também é atravessado pelo silêncio, o que nem sempre é levado em consideração. Como em casos de estupro, por exemplo, em que a mulher se sente desvalorizada, e a vergonha que deveria recair sobre o agressor, acaba voltando-se contra ela, que é silenciada e se vê presa em um sistema que perpetua a opressão (Zuwick, 2001; Zanello, 2023).

Também é significativo acrescentar a dor da perda da integridade física, que intensificará as repercussões psíquicas. Assim, levando-se em consideração um corpo violado dentro de um contexto social que dita e dignifica os corpos das mulheres, é importante levantar o questionamento a respeito do que elas pensam sobre si mesmas, considerando que a própria percepção corporal também é construída socialmente.

5.2 Ser mulher

A representação social de mulheres e homens é distinta por sua própria condição social, uma vez que cada gênero é afetado de forma diferente pelos fatores sociais (Moscovici, 1961). A experiência do câncer de mama afeta toda a identidade da mulher, pois a mama é um órgão que, socialmente, pertence à maternidade, sexualidade e feminilidade (Holanda Brito et al, 2022).

O corpo e a subjetividade são construídos historicamente, ou seja, cada sociedade tem seu modelo de corpo e cada época tem seu modo particular de representá-lo. De acordo com Bourdieu (1995), o corpo masculino e o corpo feminino, principalmente os órgãos sexuais, são caracterizados por meio de todas as percepções, pensamentos e ações da sociedade.

Diante do exposto, foi possível perceber que os corpos assumem papéis simbólicos carregados de significados e valores que socialmente refletem uma perspectiva que promove a superioridade masculina. Assim, utilizando-se de relações de poder historicamente produzidas

e de construções ideológicas, o homem mantém o domínio, naturalizado socialmente, sobre os corpos femininos (Guillaumin, 2014).

Diante de tal perspectiva, ao serem questionadas sobre como a violência impactou seus modos de *ser mulher*, as entrevistadas falaram sobre a construção de suas identidades:

“Acho que é uma sensação que faz a gente se sentir desvalorizada, como se eu fosse menos mulher, sabe? Não ter os seios bonitos, não ser desejada. (...) A gente já tem uma pressão muito grande sobre o nosso corpo e ter alguém sempre te diminuindo, mesmo que sem falar nada, faz a gente se sentir pior ainda. Ainda mais como mulher.” (Guilhermina).

“Eu me sinto a pior das mulheres. Sem conseguir me identificar, como mulher. Me vejo como uma mulher defasada. Não me vejo como uma mulher (...)” (Ana).

“Quando eu ainda não era separada, eu me via da forma como ele fazia eu me enxergar, sabe? Então, eu achava que eu era feia, que eu era estúpida, que era insuficiente (...) ele xingava, falava que eu estava podre, que eu não servia mais pra nada, e eu acreditava.” (Jacira).

Pensando em mulheres negras, com as especificidades do lugar social reservado e dos simbolismos associados, hooks (2006) reflete acerca da perda da autoestima em um contexto alimentado pela indústria da cinematografia. Para a autora, há uma enorme dor para mulheres negras por não conseguirem controlar como se veem e são vistas.

Lélia Gonzalez (2020) em análise sobre as representações dessa população pela mídia brasileira, discute sobre como, ainda que no campo político, atores ativistas atuem para desarticular estereótipos à negritude, canais de televisão insistem em reproduzir tais representações. Assim, o negro é definido no âmbito público e privado, e entre essas imagens, o elemento comum é que mulheres negras são vistas como objeto de entretenimento em que

seus corpos são animalizados e destituídos de humanidade. Portanto, a construção do *ser mulher* para mulheres negras é definida por outras pessoas, e esta definição sempre será em benefício delas próprias (Lorde, 2019).

Portanto, deve-se defender a existência de uma mulher que se fez mulher historicamente, em um contexto de dominação e resistência. Para Judith Butler, as mulheres reconstroem no público a sua condição primeira de mulher, interagindo com outras condições, deixando de ser “só mulher” (Butler, 2020).

Desse modo, *ser mulher*, no Brasil, sempre foi um papel carregado de representações simbólicas formadas a partir das visões dos homens. Assim, suas identidades foram constituídas a partir das imagens de filha, esposa e mãe. Por exemplo, foi apenas em 1988, com a Constituição Federal, que a mulher teve sua posição reconhecida legalmente como cidadã de direitos. A partir de então, foi dissociando sua identidade às funções sociais do gênero normativo (Silva, 2018).

Porém, embora os direitos das mulheres tenham sido conquistados na década de 80, é possível perceber, pelas falas das participantes, que a forma como elas se enxergam e constituem suas identidades ainda está ligada à forma como os homens e a sociedade as classificam. Em razão disso, observa-se como o patriarcado está enraizado e como influencia na construção da concepção da mulher em dizer quem é. Portanto, as mulheres nunca puderam ser “somente” mulheres, sem haver um conceito por trás do que elas deveriam ser.

Ademais, há, para as participantes, uma grande influência na forma como o homem enxerga seu corpo, com sua autoestima. Como pontuam as entrevistadas:

“A pessoa fala ‘está gorda’ ‘está com um barrigão’, tudo isso machuca. Tudo isso faz a gente se sentir mal, principalmente mulher, né? Como ele fala mesmo ‘você está com um barrigão, está com os cabelos feios’.” (Belmira).

“Eu acho assim, eu me sentia diminuída (...) isso para mim, foi algo que como mulher, foi muito ruim. Eu não ter, em muitos momentos, o que uma mulher poderia ter. Eu achava

que eu era menos mulher, sabe?” (Rosa, 73 anos, desempregada, branca).

De acordo com Lynch (2000), e em consonância com as falas das participantes, mulheres que sofreram violência possuem uma autopercepção desvalorizada, falta de esperança e sentimento de impotência. Dessa forma, se posicionam como pessoas sem poder e direitos, além de apresentar problemas no desenvolvimento da intimidade e sexualidade. Além disso, de acordo com Sawin (2016), mulheres nesse contexto e que, simultaneamente, estavam em tratamento de câncer de mama, possuem mudanças na imagem corporal mais frequentemente, em comparação com pacientes que não sofrem violência.

Também é importante levar em consideração que, de acordo com a cultura, muitas mulheres se subjetivam a partir da escolha do homem sobre elas. Ou seja, “sua autoestima é construída e validada pela possibilidade de ser escolhida por um homem” (Zanello, 2023, p. 41). E é, na maioria das vezes, a partir da escolha conjugal, hetenormativa, que se constrói uma relação amorosa (Zanello, 2023).

Frequentemente caracterizado como feminino, o amor aparece, muitas vezes, referenciado como sendo um sentimento das mulheres. Assim, as qualidades expressivas do amor são reconhecidas como preocupações femininas, manifestadas através de fatores emocionais intensos, tais como a gratificação, afirmação e prestação de cuidados (Neves, 2007). Ou seja, as mulheres são ensinadas a acreditarem que são naturais provedoras de amor. Assim, são tidas como naturalmente sentimentais, e os homens tidos como naturalmente racionais (hooks, 2020).

O amor aparece para as entrevistadas como um lugar fantasioso e construído como algo unilateral:

“Eu não vivia sem ele. Hoje a gente dorme separado, ele dorme separado da minha cama. Eu pergunto a ele “eu estou fedendo?”, pergunto a ele o que é que eu tenho (...), mas, eu fui me acostumando. Aprendi a amar sem ser amada.” (Maria).

“O amor para mim é o suficiente. Você ser amada, entendeu? Porque, eu amo as pessoas. Então, é isso que eu queria, mas eu aprendi a amar e não ser amada, entendeu? É só isso que eu preciso. E eu não me sinto uma pessoa amada.” (Ana).

O amor idealizado, que não é correspondido, é doloroso; e aquele que é violento, dói mais ainda. Sendo assim, amor e violência são termos antagônicos, ainda que ambos se conectem apropriadamente, como por exemplo, na expressão popular “amor rima com dor”, no qual as relações violentas parecem chegar às últimas consequências (dos Santos et al, 2014).

Realizando uma análise histórica, também é importante destacar que a dedicação laboral da “*mãe preta*” para com a família do senhor de escravos por vezes foi descrita como um dos grandes exemplos de “amor infinito”. A partir desse imaginário, a mulher negra se dedicava a garantir o cuidado e a sobrevivência das crianças brancas, e assim, dedicava uma vida de renúncia e lealdade às famílias dos seus senhores (Lopes, 2020), embora suas funções não fossem exercidas por amor ou bondade, mas sim pelas imposições da escravidão.

De acordo com hooks (2015), é importante considerar esses atravessamentos da escravidão na arte de amar para pessoas negras, pois eles causarão um impacto crucial. Isso porque, o fim da escravidão não significou que a liberdade para se amar e amar aos outros já fosse um caminho conhecido de longa data. Quando a capacidade das pessoas de amar é afetada, sistemas de dominação se beneficiam. Por isso, uma sociedade supremacista branca, o auto ódio e o racismo internalizado ficam no caminho do amor (hooks, 2015).

A ideologia amorosa, ou seja, o amor “incondicional”, sinônimo de uma servidão voluntária, consagra a ideia de que a mulher corresponde ao “ser para os outros”. Ou seja, a concepção de que é por amor que as mulheres dispõem sua vida para os outros (Lagarde, 2016).

Diante do exposto, é importante destacar que quando a mulher minimiza suas capacidades, negando suas habilidades e abandonando sua própria existência para se conformar apenas com o que o outro considera correto, renuncia a sua identidade, o que corrobora com os resultados das entrevistas.

5.3 Da perspectiva de vida à perspectiva a violência

A experiência do câncer de mama e da violência, simultaneamente, faz com que as mulheres reavaliem sua situação de vida e deem novos significados a ela (Taylor-Brown et al, 2000). Porém, as participantes indicam uma menor perspectiva de vida, diante da vivência de uma violência, além de imaginarem que o tratamento seria diferente, caso não estivessem sofrendo violência:

“Ele me maltrata. Então, se eu tivesse uma vida mais tranquila, eu seria mais feliz. E também, eu teria vontade de continuar. E às vezes eu não tenho. Evitaria eu estar me estressando e eu acho que eu passando por esse momento, não é legal, né? Seria mais fácil.” (Maria Flor, 28 anos, desempregada, preta).

“Eu tentava me colocar sempre em primeiro lugar. Mas, eu acho que teria sido tão mais leve... porque, eu já estava tão fraca! E a pessoa só fazendo o de tudo para as coisas piorarem. Não foi fácil não.” (Jacira).

“(...) a gente que está doente, a gente quer se sentir bem, né? Então, a gente quer receber uma palavra de conforto, um carinho, de um filho. (...) A gente fica mal. Quando ele vê que eu estou abatida, ele não me levanta. Então, as coisas poderiam ser diferentes. Eu poderia viver até mais alegre, sem eles. Porque... eu não vivo alegre. Então, assim, se tivesse mais coisa boa na minha vida, dava para eu viver tranquila, sossegada, para eu fazer meu tratamento” (Belmira).

Ludermir (2008) destaca que os sintomas psicológicos encontrados nas mulheres que sofreram violência doméstica são: insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite, e até surgimento de transtornos mentais como a depressão, ansiedade, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, além de comportamentos que causam prejuízo a vida como o uso de álcool e drogas ou tentativas de suicídio.

Estes estados emocionais, quando não são amparados, podem colaborar para ampliar as dificuldades no conflito à situação vivida e até desenvolver quadros psiquiátricos (Oliveira, 2007). Além disso, sentimentos de fragilidade emocional e desamparo afetam a saúde mental e reduzem a capacidade dessas mulheres de lidar com adversidades.

Portanto, é necessário levar em consideração que, para além do enfrentamento da doença, a carga emocional da violência se constitui como algo exaustivo o suficiente para que a mulher revise o desejo de seguir com o tratamento.

Além disso, o impacto emocional intenso causado pela doença, juntamente com as mudanças significativas na rotina das mulheres e as perdas, tanto simbólicas quanto tangíveis, experimentadas ao longo do processo de adoecimento, são os principais desencadeadores de estresse (Alves, Santos & Fernandes, 2012), o que influencia diretamente no tratamento oncológico.

A falta e apoio dos familiares também foi narrada nas entrevistas:

“Ele mesmo (o marido), nunca deu atenção à doença. Nunca foi de chegar em casa e perguntar como é que foi, está sentindo o que? Nada, nada disso, nunca quis saber. Eu tentava explicar para ele, mas ele não dava atenção. Então, tudo isso eu guardo para mim, eu sinto as dores e guardo para mim. Se ninguém vai me ajudar?”
(Belmira).

“Dele, eu não tive apoio nenhum. Nenhum, nenhum. O apoio dele era chegar em casa bêbado, passava a noite toda falando, não me deixava dormir. Certa vez eu estava fazendo radioterapia, cheguei em casa, tomei banho e deitei, as sessões de radioterapia são todos os dias, né? Aí, deitei. E ele chegou bêbado falando “um dia você vai morrer”. Eu já estava tão arrasada, tão acabada.”
(Ana).

“Eu procurava acompanhante e não achava. Primeiro que eu não podia pagar uma pessoa, e minha condição financeira... tudo é gasto, né? Eu não tinha esse apoio assim, para vir (para o hospital).” (Maria).

Muitas pacientes esperam que sua família seja a fonte de apoio mais valiosa durante o itinerário terapêutico do câncer. Além disso, a qualidade dos seus relacionamentos afeta a maneira como ela lida com o diagnóstico. Portanto, ter um parceiro que não a apoia ou filhos que a agredem, pode prejudicar a forma como a paciente passa pelo tratamento (Manne & Glassman, 2000; Ballantyne, 2004). Dessa forma, muitas vezes a dor de uma família e/ou cônjuge violentos, se sobrepõe a dor do diagnóstico de uma doença.

Assim, as participantes trouxeram em suas falas a violência como um assunto mais significativo que a doença:

“Era como se fosse uma situação maior do que a doença que eu estava enfrentando. E aquilo não era certo. Não era para ser dessa forma. Minha saúde deveria vir em primeiro lugar.” (Guilhermina).

“Logo quando recebi a notícia (do diagnóstico) foi um impacto, uma decepção e uma preocupação. Mas, o que me aflige, me machuca e me maltrata são outras coisas, não é nem tanto a enfermidade. A vida a dois, que nunca foi assim... uma vida.” (Maria).

“Mas, eu não costumo falar tanto do câncer. Eu sei que é importante, mas eu costumo falar mais do problema da família” (Ana).

As mulheres com câncer de mama tendem a buscar apoio social em amigos, grupos, na própria comunidade ou em locais que costuma frequentar (Turner-Cobb et al., 2004). No entanto, para pacientes em idade mais avançada, essas redes de apoio social são reduzidas,

muitas vezes pela morte de amigos ao longo dos anos ou do isolamento social que a faixa etária implica (Straka & Montminy, 2006), tornando o apoio da esfera doméstica mais importante.

Porém, algumas mulheres que sofreram violência são relutantes em buscar outras redes de apoio, pela idealização de que as pessoas do convívio doméstico é que deveriam realizar esse papel. Isso porque, o meio doméstico e mais especificamente, a família, é visto socialmente como um grupo social estável, que possui uma estrutura fixa (Campos & Matta, 2007).

Assim, a ideia de família é um espaço que acalma e que possui trocas recíprocas, refletida na escolha do cônjuge (Campos & Matta, 2007). O peso da “escolha” e a idealização da família tornam-se, portanto, algo mais doloroso que a doença, ainda que esta possua estigmas a respeito da morte. Cabe ressaltar que a violência não se encaixa apenas como falta de apoio, mas como um mecanismo ainda mais complexo que utiliza da força e da manipulação para impor poder sobre a mulher.

Nesse contexto, a tentativa ou ideação suicida também apareceram em algumas falas:

“Aí depois que me separei dele, eu tomei uma cartela toda de remédio, porque... assim... não tinha mais sentido, sabe? Eu já estava passando por um tratamento complicado, que enfraquece a gente, e em casa eu só sentia mais dor.” (Jacira)

“(...) tem 16 anos que estou com ele, já sofri agressão de botar arma na minha cabeça, de me agredir. E, fui abusada também. Sofri tantos tipos de violência, que eu já tentei até... dar fim, em mim mesma, e tomei uma cartela de Diazepam.” (Ana)

A depressão é uma das principais consequências da violência conjugal para as mulheres, pois observa-se que as parceiras que continuam no relacionamento violento estão mais predispostas a desencadear a doença. Jacobucci e Cabral (2004) destacam sintomas associados à violência doméstica, tais como sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa autoestima e baixa autoconfiança.

Segundo o Relatório Mundial sobre Saúde Mental (2002), a prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais parece não ser diferente entre homens e mulheres, embora os transtornos de ansiedade e depressivos sejam mais comuns no gênero feminino. Uma razão apontada como favorável a essa indicação diz respeito, inclusive, à violência doméstica, considerando as ocorrências traumáticas propulsoras de alterações psíquicas que desencadearão os transtornos depressivos.

Em análise sobre repercussões na saúde, Heise (1994) menciona um estudo do Banco Mundial que conclui que, em economias de mercado consolidadas, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física de mulheres de 15 a 44 anos são atribuíveis à violência de gênero. Assim, os impactos do estupro e da violência doméstica na saúde das mulheres, mundialmente, medidos dessa maneira, superam os efeitos de todos os tipos de câncer e são ligeiramente inferiores aos das doenças cardiovasculares.

Também é importante destacar os impactos culturais e religiosos da violência, nas mulheres, pois, ainda que as entrevistadas verbalizassem sobre a tristeza e a angústia dos conflitos vividos no ambiente doméstico, a figura de Deus aparece relacionada a um conformismo e passividade diante da situação:

“Boto na mão de Deus, vou fazendo meu tratamento e seja o que Deus quiser.” (Belmira)

“Estou vivendo até o dia que Deus quiser. O tempo passou, então, o que é que eu espero hoje? Que Deus me deixe viver mais uns dias, mas em paz. Agora, eu só busco a paz.” (Ana)

“Mas, eu tenho um Deus lá em cima. (...) a gente vai vivendo a vida, eu estou de pé.” (Maria)

De acordo com Góis (2008), as pessoas oprimidas criam estratégias de sobrevivência para enfrentar a realidade opressora. Além disso, esses indivíduos são portadores de potencialidades que podem ser enfraquecidas. Portanto, deve-se ter a mesma compreensão para identidade que é constituída de processos de mudança, mas que pode ser envolta por estratégias

de cerceamento, como por exemplo, a partir de práticas de dominação masculina da identidade social estigmatizada da mulher.

Em estudos sobre pobreza e suas implicações sociais, Cidade, Moura Jr e Ximenes (2012), salientam que o papel social de crente em Deus como responsável por tudo seria uma estratégia de enfraquecimento da capacidade ativa do indivíduo, como também, de adaptação a essa realidade de opressão. Portanto, a fé religiosa, nesse contexto, dificultaria a compreensão crítica da realidade na qual o sujeito está, tornando-o passivo e acreditando que seu destino estaria traçado pela fé, submissão e atos de obediência a Deus, a partir de uma espécie de conformismo.

5.4 O lugar do hospital

A princípio, a violência foi estabelecida como objeto de pesquisa nas ciências humanas e sociais, e na filosofia. Assim, os profissionais da saúde passaram a acreditar que sua atuação se restringiria apenas às consequências físicas ou mentais da violência, mas o enfrentamento deste problema está inserido em outros campos (Mandela et al, 2003).

No campo da saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), apesar de representar grande avanço e colocar luz sobre os agravos à saúde da mulher, não abarcou de imediato, em suas diretrizes, a categoria “violência”. Sendo assim, o Programa estava, a princípio, voltado para questões de reprodução humana, a partir de críticas ao lugar das mulheres na saúde (Pedrosa & Spink, 2011).

De acordo com Stubbs e Szoeki (2022), mulheres que sofreram violência correm um risco significativamente maior de desenvolverem problemas de saúde, e exigem um atendimento especializado e individual. Porém, a área da saúde enfrenta desafios ao lidar com questões vistas como culturais, sociais e até psicológicas. Além disso, a abordagem à violência deve ser realizada com cautela e preparação, pois pode acabar sendo tida como um problema "não-médico", ou, pode ser vista como uma patologia (Schraiber & d'Oliveira, 1999).

Mesmo diante desse cenário, as participantes relatam que o hospital é visto como principal lugar de apoio na rota de enfrentamento tanto da violência, como do câncer, pois além de afastá-las do agressor, implica em suporte e apoio que vão além do tratamento:

“Eu já cheguei a falar que eu queria ficar aqui no hospital internada! Pelas coisas que em casa eu não tinha.” (Ana).

“Eu confesso que quando eu estava na UTI, eu ficava triste porque não tinha visita dos meus filhos, mas eu também ficava aliviada, de verdade... porque eu estava distante dele. Eu estava sendo cuidada.” (Jacira).

O processo de cuidado acontece entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, e se desenvolve através de disponibilidade, receptividade e confiança. As mulheres que sofrem violência doméstica estão inseridas em um contexto de negligência e abuso, onde o afeto, o respeito e a dignidade são precários. Assim, no hospital, o suporte oferecido pela equipe de saúde pode assumir um significado maior.

Isso pode acontecer, não necessariamente, por conta da qualidade superior dos cuidados prestados, mas sim, por conta do contraste com a experiência cotidiana de desamparo e agressão. Dessa forma, a valorização dos cuidados recebidos no ambiente hospitalar pode ser vista como uma necessidade de amparo que essas mulheres possuem.

Nesse contexto, muitas organizações públicas foram criadas com o intuito de garantir os direitos humanos das mulheres, todas elas incluindo o combate à violência como uma de suas ações. A Bahia e Salvador, em particular, estão inseridas nessa realidade. Por conseguinte, os movimentos feministas e de mulheres de Salvador e da Região Metropolitana têm trabalhado em conjunto com representantes de serviços de várias áreas da sociedade no enfrentamento à violência contra a mulher (Santos, 2016).

A Secretaria de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude (SPMJ), estabelecida pela Lei nº 9186, de 29 de dezembro de 2016, é o órgão que formula e monitora as políticas públicas em Salvador, além de apoiar iniciativas relacionadas às mulheres e à juventude. Dividida entre a Diretoria de Políticas para Mulheres (DPM) e a Diretoria da Infância e Juventude (DIJ), a SPMJ supervisiona e implementa ações para promover a igualdade de gênero e a cidadania feminina (Secretaria de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude, 2022).

Nesse cenário, uma das ações da SPMJ foi a criação do Programa “Alerta Salvador”, oficializado como política pública municipal pelo Decreto n.º 35.220, de 04 de março de 2022. Este programa tem como meta a erradicação da violência contra a mulher e a criação do Observatório Municipal da Violência contra a Mulher de Salvador (SPMJ, 2022).

Nesse âmbito, embora o Centro de Referência de Atenção à Mulher tenha aparecido em uma entrevista, o hospital continua sendo colocado como lugar de apoio e enfrentamento à violência, como explicitado na fala:

“Muitas pessoas me falam ‘ah, vá na delegacia das mulheres’, eu não fui na delegacia das mulheres, mas eu saí de casa e eu falo sobre isso (o assunto da violência). Então, aqui no hospital, com as psicólogas, têm também ali na Ribeira, o Centro de Atendimento, eu frequento lá, já estive em vários postos de saúde, assistente social, advogado, entendeu?” (Ana).

O conceito de rede de combate à violência contra as mulheres envolve a cooperação entre organizações governamentais, não governamentais e a comunidade, com o objetivo de criar estratégias eficazes de prevenção e políticas que assegurem a proteção e promoção dos direitos humanos das mulheres, a responsabilização dos agressores e o fornecimento de assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de acolhimento se refere ao conjunto de iniciativas e recursos de diversos setores (especialmente assistência social, justiça, segurança pública e saúde), visando melhorar a qualidade do atendimento, identificar e encaminhar adequadamente as mulheres em situação de violência, e garantir um atendimento integral e humanizado. A formação da rede de enfrentamento busca abordar a complexidade da violência contra as mulheres e sua natureza multidimensional, abrangendo áreas como saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça, cultura, entre outras (SPMJ, 2022).

É importante frisar que as repercussões na saúde, provenientes da violência, são frequentes nas consultas médicas em todos os níveis de cuidado, porém muitas vezes não são reconhecidas e abordadas (Pedrosa & Spink, 2011). Isso porque, a especialização profissional tende a afastar os profissionais de saúde das pacientes, que são percebidas não como indivíduos, mas como manifestações de uma doença ou condição, que necessitam de tratamento, resultando em uma desconexão com suas realidades sociais (Aragaki & Spink, 2009).

Nesse contexto, ao serem perguntadas sobre o que gostariam que as pessoas do hospital enxergassem nelas, as participantes da pesquisa expressaram o desejo de serem vistas em sua totalidade, como sujeitos. Segundo elas:

“Pediria para prestarem mais atenção em mim.” (Maria Flor).

“Quero que vejam quem eu sou, né? Transparente. Que me enxerguem como eu sou, transparente.” (Maria).

“Eu gostaria que me enxergassem, sabe? Principalmente agora que eu sei quem eu sou.” (Guilhermina).

De acordo com Guillaumin (2014), as mulheres são vistas como um bem material, um objeto que pertence aos outros. Portanto, elas não são reconhecidas como sujeitos, mas como uma posse. Assim, os homens desapropriam as mulheres delas mesmas, e lhes dão um novo status de “coisa” (Guillaumin, 2014).

Sob a mesma perspectiva, Safiotti (2015) discute o fato de que as mulheres foram ignoradas enquanto sujeito durante muitos anos da história. Isso acontece porque a participação em movimentos sociais e científicos sempre foi majoritariamente masculina, e assim, homens sempre coletaram dados junto a outros homens, invisibilizando as mulheres e deixando de registrar todas suas histórias oficiais. Por isso, de acordo com a autora, é importante que a sociedade recorde sua memória a partir de uma perspectiva feminista (Safiotti, 2015).

Além disso, historicamente, as mulheres também foram invisibilizadas enquanto trabalhadoras. Para além das desigualdades salariais, o trabalho doméstico, desenvolvido por 5,8 milhões de pessoas, sendo estas, 92% mulheres (IBGE, 2022), nunca foi reconhecido enquanto profissão de dignidade.

Em suma, as mulheres sempre foram colocadas por homens para preencherem espaços, muitas vezes, múltiplos, e seus corpos se constituem como o lugar do “dever ser”, ou seja, as mulheres “devem ser” aquilo que lhes for imposto (Lagarde, 2016). Assim, as entrevistadas verbalizam a vontade de serem enxergadas para além dos papéis sociais que são impostos a

elas, para serem reconhecidas como sujeitos que possuem desejos e direitos.

Adicionalmente, a psicologia é o serviço que aparece para as participantes como local onde elas conseguem verbalizar sobre a violência sofrida:

“Se não fosse a psicóloga... eu consigo falar tudo para ela. Para ela, eu conto tudo. E isso ajuda demais, saber que eu vou ter alguém para me ouvir aqui. É um apoio, né?” (Rosa)

“Se eu não tivesse os psicólogos, eu não sei nem se eu estava viva hoje, entendeu?” (Belmira).

Nesse cenário, a psicologia emerge como o único campo onde a subjetividade das pacientes é reconhecida. De acordo com Simonetti (2018), cada vez mais, os médicos se autorizam a olhar apenas para o que tange ao corpo físico das pacientes, principalmente no meio hospitalar. Segundo o autor, a medicina está voltada para a objetividade, e desde o seu curso, na graduação, os estudantes não são ensinados a escutarem aquilo que se refere ao campo da subjetividade.

Assim, para que o tratamento tenha êxito, na concepção da equipe de saúde, que não sejam os psicólogos, estes devem se ater ao seu fazer sem levar em consideração a individualidade do sujeito. Portanto, as relações são construídas apenas com base na doença e no corpo doente, mas não na pessoa.

Entretanto, a dependência exclusiva de um serviço de psicologia para falar sobre as questões de violência não deve ser vista como único recurso, sendo necessária a integração desses aspectos na prática clínica geral dos hospitais. Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde, de todos os setores, sejam capacitados para reconhecer e tratar do assunto da violência e suas implicações emocionais, promovendo uma abordagem multidisciplinar.

Além disso, o momento da entrevista foi colocado como um espaço de desabafar, para todas as participantes:

“Eu me senti bem. É um desabafo, também, né? É bom. Me senti bem.” (Belmira).

“Foi bom para poder desabafar.” (Maria Flor).

“Foi muito bom e bom para poder desabafar.” (Rosa).

Simonetti (2018) discute o fato do interesse médico estar em salvar vidas, mas não em saber o que essa vida significa para o sujeito que vive. Portanto, como explicitado, a subjetividade não é valorizada no âmbito das práticas em saúde, principalmente pela medicina, por considerá-la sem valor científico. Assim, o modelo de atenção às mulheres em situação de violência opera na lógica da racionalidade e reducionismo, reforçando o modelo biomédico na assistência (Vieira, Padoin & Landerdahl, 2009).

D’Oliveira (1996), aponta que devido ao aparato conceitual e técnico do trabalho médico, este reduz o problema da violência a uma questão do corpo individual. Portanto, o mesmo diagnóstico e conduta serão prescritos tanto à mulher que sofreu uma fratura por acidente de automóvel quanto àquela que apresentou uma fratura por espancamento. Ou seja, ambos os corpos retornarão à mesma vida social em que se feriram.

Sendo assim, a violência sofrida por mulheres e seus impactos na vida e na doença não têm meios para ser expressa ou comunicada, já que não são identificadas em termos ou linguagens específicas no campo da saúde e não possuem uma posição reconhecida dentro dessas práticas. Portanto, tornam-se vivências que não são nomeadas como demandas que precisam ser tratadas nas unidades de saúde (Schraiber & d’Oliveira, 1999).

Além disso, a partir do momento em que a mulher decide romper o silêncio, inicia-se uma série de ações. No entanto, essa trajetória não é linear, pois envolve fatores sociais e institucionais que podem dificultar o processo (de Souza Pessoa et al., 2023). Portanto, a violência precisa ser acolhida, tratada com respeito e mantida em sigilo estrito.

Existe um grande risco de se presumir imediatamente um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para "curar" o problema. Se a violência é um problema com sérias consequências para a saúde, também é uma situação que vai muito além disso e continua

sendo uma situação de vida, com toda a complexidade que isso implica (Schraiber e d'Oliveira, 1999).

Segundo Saffioti (2001), é desafiador para a mulher encerrar um relacionamento abusivo sem auxílio externo. Por conseguinte, é crucial que os serviços estejam interligados e possuam profissionais capacitados. O acolhimento é o momento em que se estabelecem laços e se criam condições para que o cuidado possa emergir. Isso proporciona um espaço para a escuta, que é uma ferramenta essencial para compartilhar o sofrimento e reavaliar a situação. Assim sendo, a capacitação profissional é fundamental (Paixão, 2018).

Porém, os profissionais adotam uma postura que valoriza o poder do conhecimento e a legitimidade institucional desse saber como forma de interação com os pacientes, desconsiderando o saber das usuárias. Essa combinação de opressão de saberes e de gênero pode distanciar os profissionais das pacientes e impedir a compreensão da realidade social e cultural em que estão inseridas (Pedrosa & Spink, 2011).

Por outro lado, a mobilização emocional durante o atendimento que aborda o tema da violência gera muitos sentimentos, principalmente porque esse é um assunto que costuma causar estranheza, horror e indignação, tanto nas pessoas envolvidas, quanto nos profissionais que entram em contato com elas (Angelin & Diniz, 2003).

Assim, é fundamental reconhecer a importância de promover uma reflexão mais ampla e crítica entre os profissionais de saúde, para que possam reconhecer que suas visões são permeadas por ideologias específicas. É somente a partir do comprometimento com as transformações significativas a minorias e ao mundo contemporâneo que intervenções poderão ser realizadas.

A discussão sobre o assunto da violência doméstica nos hospitais precisa ser feita de forma profissional e com embasamento na ciência, visto a complexidade do tema. Dessa forma, propõe-se a implementação de um fluxograma como ferramenta para qualificação, diálogo e reflexão dos profissionais da rede de atenção primária, secundária e terciária.

6. PRODUTO

6.1 Mapeamento da cidade de Salvador: os riscos à mulher e as unidades de saúde

“Cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social.”

(Boff, 2013, p. 29)

As primeiras cidades do Brasil surgiram durante o período colonial e foram uma das formas pelas quais os portugueses disseminaram sua cultura. Geralmente localizadas no litoral, essas cidades tinham uma economia voltada para o mercantilismo, sendo centros de comércio de exportação de mercadorias da colônia e de importação de escravos (Manzi & Anjos, 2022). Salvador, capital da Bahia, foi fundada em 29 de março de 1549, sendo a primeira capital do país. Atualmente é a quinta maior capital brasileira (IBGE, 2022). Segundo o Censo Demográfico de 2022, a população da cidade era de 2.417.678 pessoas, sendo 45,6% do gênero masculino e 54,4% do gênero feminino (IBGE, 2022).

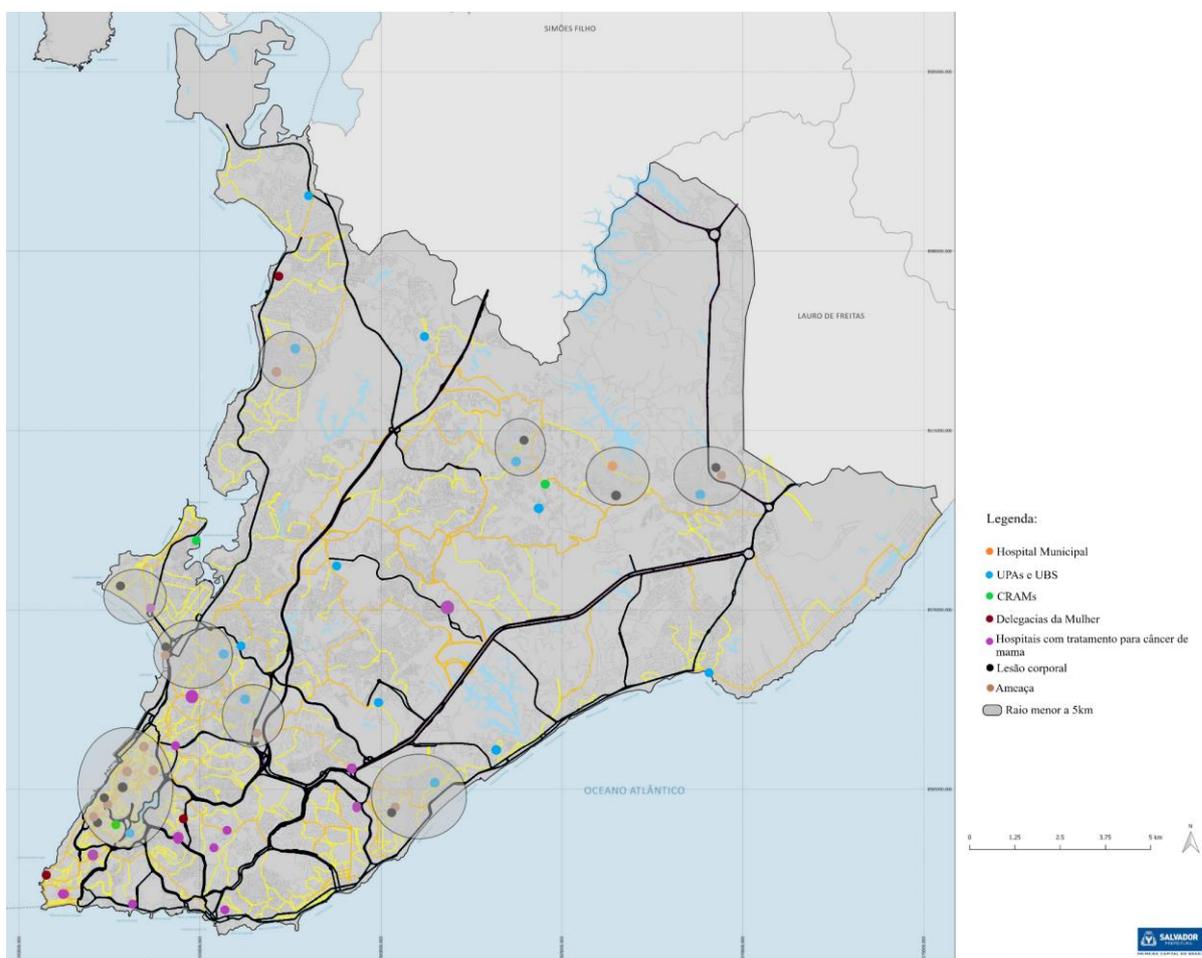
A cidade de Salvador é marcada por desigualdades, incluindo precarização do trabalho, concentração de renda e riqueza, disparidades nos rendimentos do trabalho, acesso desigual a recursos como vegetação, água, habitação, serviços e infraestrutura urbana, violência, insegurança alimentar, e acesso diferenciado a investimentos públicos. Além disso, os bairros com rendas mais altas e uma população predominantemente branca, possui uma posição privilegiada, enquanto bairros com rendas mais baixas, considerados periféricos e com maior proporção de pessoas negras, possui maiores dificuldades e infraestrutura (Sousa & Benevides, 2022).

Ao avaliar a segurança pública em Salvador, Benevides et al. (2022) afirmam que a sensação de segurança e insegurança varia em cada bairro da cidade. Enquanto nos bairros considerados "nobres" o medo está relacionado a crimes contra o patrimônio, nos bairros tidos como "periféricos", são os homicídios que preocupam a população. Portanto, a violência urbana se manifesta de maneiras diferentes em cada bairro, influenciada por uma série de fatores que incluem a discriminação, gestão e qualificação da polícia, preocupações eleitorais, interesses comerciais e governança da segurança urbana, entre outros (Sousa & Benevides, 2022).

Com base nos dados do Observatório da Mulher, estabelecido na Política Pública do programa “Alerta Salvador”, foi possível identificar os bairros da cidade com maior número de fatores de risco para mulheres em situação de lesão corporal e ameaça. Em relação à lesão corporal, os bairros mapeados, em ordem de maior para menor risco, são: Jardim Armação, Centro Histórico, Fazenda Grande 4, Barris, Calçada, Centro, Cajazeiras X, Boa Viagem, Santo Antônio e Jardim das Margaridas. Já em relação às ameaças, apenas dois bairros são diferentes: Fazenda Grande 4 e Cajazeiras X. Em sua substituição, surgem Praia Grande e Granjas Rurais Presidente Vargas.

A partir do mapeamento desses bairros, foram levantados outros dados: Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS); Delegacias e Superintendência Especial de Políticas para As Mulheres; Centros de Referência e Atenção à Mulher; Hospitais Municipais e hospitais que possuem tratamento de câncer de mama.

Mapa 1: Os riscos à mulher e as unidades de saúde da cidade de Salvador - BA



Fonte: Prefeitura de Salvador (2023); elaborado pela autora (2024).

A análise do mapa revela que os bairros com maior risco de violência doméstica têm unidades de saúde a uma distância inferior a 5 quilômetros, o que não acontece com os centros de atendimento e acolhimento para essas mulheres, assim como as delegacias.

Diante desse cenário, os serviços de saúde desempenham um papel crucial no combate à violência, podendo agir na identificação e no acolhimento das mulheres antes que ocorram sequelas ou incidentes mais graves. No entanto, uma parcela significativa dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível dentro dessas unidades. Muitas vezes, as mulheres não denunciam às autoridades as agressões, pois estas são geralmente cometidas por pessoas próximas, e por receio de como serão tratadas, temendo críticas e julgamentos (Moreira, Galvão, Melo & Azevedo, 2008; dos Reis et al., 2023).

O perfil das violências que ocorriam no Brasil era traçado por meio da análise dos dados da declaração de óbito (DO), da autorização de internação em hospitais públicos ou autorização de internação hospitalar (AIH), fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Porém, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), objetivando analisar de forma mais ampla o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país (Brasil, 2011).

A implementação deste sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das mulheres e dos (as) prováveis autores (as) das violências (Escola de Enfermagem, 2022).

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois estas informações deverão subsidiar o Poder

Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Assim, a notificação é uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde (Escola de Enfermagem, 2022).

Além disso, o enfrentamento da violência contra mulher requer a consideração de diversos aspectos políticos, jurídicos e especialmente culturais. Nesse sentido, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778, que determina que os serviços de saúde públicos ou privados devem, obrigatoriamente, comunicar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer tipo contra as mulheres. Conforme essa legislação, entidades públicas ou privadas têm a obrigação de relatar tais incidentes, o que inclui profissionais de saúde em geral e estabelecimentos que prestam assistência às vítimas (Brasil, 2003).

Diante do exposto, torna-se imprescindível a sensibilização, a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde, a fim de identificar e comunicar as violências observadas, uma vez que a legislação e os sistemas de registro não garantem automaticamente que essas notificações sejam realizadas.

6.2 Método

6.2.1 Tipo do produto

O presente estudo desenvolveu, como produto, um fluxograma que busca dar direcionamento para que profissionais das unidades de saúde possam saber identificar e manejar as situações de violência doméstica, de maneira adequada.

O objetivo de criar um fluxograma é traduzir os resultados das entrevistas em um guia visual e prático para os atendimentos. Assim, ele servirá como uma ferramenta de referência para os profissionais, buscando garantir que as práticas de atendimento estejam alinhadas com as necessidades identificadas durante a pesquisa.

Além disso, o mapeamento realizado na cidade de Salvador demonstrou que as unidades de saúde estão localizadas na rota de enfrentamento à violência. Esse dado é essencial, pois

mostra que os profissionais de saúde se encontram em uma posição estratégica para identificar e acolher mulheres em situação de violência. Contudo, isso exige capacitação para abordar o assunto.

6.2.2 Construção

A construção do produto se deu, inicialmente, a partir de leituras e do levantamento do referencial bibliográfico acerca dos temas: câncer de mama e saúde da mulher, violência doméstica e interseccionalidade; a partir de então, da articulação dos resultados e da discussão da pesquisa, juntamente com as principais demandas que surgiram nas entrevistas.

6.2.3 Plano de ação

- a) Apresentação do fluxograma para diretoria do hospital, justificando sua importância a partir da identificação da demanda;
- b) Breve palestra para os profissionais acerca do tema da violência doméstica e as interseções com a saúde;
- c) Apresentação do fluxograma para equipe;
- d) Impressão e fixação do fluxograma em local onde os profissionais possam recorrer.

6.2.4 Aplicabilidade

Simonetti (2018) destaca que a padronização é um modelo a ser seguido no ambiente hospitalar, justificado pela ideia de eficácia e aumento de segurança, mas que produz também uma “des-subjetivação”. Isso porque, no “passo a passo” não há lugar para a individualidade, pois essa, assim como a subjetividade, são “desestruturantes e desarrumantes” (Simonetti, 2018, p. 61), e o mais almejado em um ambiente de unidade de saúde é o máximo de arrumação possível.

Portanto, é importante destacar que o fluxograma não deve ser aplicado de forma técnica, visto que cada caso é um caso, e muitas especificidades podem ocorrer em um atendimento no âmbito da saúde.

Além disso, ele também pode ser realizado ao longo dos atendimentos e não deve ser restrito apenas ao momento da admissão, assim como, o profissional deve-se ater, ao longo do atendimento, ao estado emocional da paciente.

6.3 Fluxograma



7. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA

O percurso metodológico apresentou limitações em relação ao procedimento para coleta de dados. A especificidade dos critérios de inclusão, que embora sejam importantes serem delimitados, restringiram a amostra de participantes a serem entrevistadas.

Além disso, a falta de espaço para falar sobre a violência no contexto da saúde também evoca nos profissionais a crença de que esse fenômeno não existe. Assim, houve uma dificuldade de identificação das participantes em situação de violência doméstica por parte da equipe de saúde.

Da mesma forma, pelo fato de o tema da violência ser considerado delicado para adentrar nas unidades de saúde, este estudo também apresentou limitações para realização das entrevistas e discussão em algumas instituições de saúde.

Portanto, torna-se necessária uma pesquisa que abarque para além das usuárias dos serviços de saúde, também os profissionais que neles atuam. É importante verificar, em estudos posteriores, a forma como o assunto é abordado, ou não é abordado, durante a formação em saúde, para que possam ser pensados mecanismos capazes de elucidar o tema da violência, visando a saúde e a proteção das mulheres.

A discussão com a literatura também encontrou limitações devido à escassez de estudos que abordem a violência doméstica em paralelo com o câncer e especificamente o câncer de mama.

Além disso, embora a violência sofrida por diferentes pessoas do convívio doméstico como filhos, enteado e pai, tenham aparecido nas entrevistas, há uma escassez de produções científicas que abordem esses casos específicos, restringindo a discussão para a violência perpetrada por parceiro íntimo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a violência doméstica seja um tema que vem se tornando cada vez mais notório

diante de produções acadêmicas, do movimento feminista, da política e da mídia, o âmbito da saúde ainda encontra dificuldade em reconhecê-la como um problema de saúde pública. Além disso, a sociedade patriarcal e ainda machista que perpetua na atualidade dificulta o acesso e o acolhimento às mulheres que sofreram e sofrem violência doméstica.

A pesquisa pontuou, ao longo do texto, as repercussões do câncer de mama na saúde física e psicológica da mulher, assim como seus modos de tratamento. Além disso, também apresentou a forma como os corpos das mulheres foram tratados, controlados e validados pelos olhares de homens, o que implica diretamente no “ser mulher”, levando-se em consideração que “mulheres” não é um grupo igualitário. Portanto, a raça, a classe e a faixa etária são questões interseccionais que especificam complexidades e marcadores sociais.

Os estudos conduzem à conclusão de que a vivência da violência doméstica causa nas mulheres sintomas físicos e psicológicos que irão repercutir diretamente no itinerário terapêutico de uma doença potencialmente fatal e que implica em questões de feminilidade e sexualidade, como o câncer de mama. Assim, urge o reconhecimento e o amparo da pesquisa e do olhar, nos espaços de saúde, à categoria “violência”, a partir das intersecções de gênero, raça, geração e classe.

De acordo com os aspectos evidenciados, torna-se necessária a capacitação de profissionais da saúde para um atendimento especializado à essas mulheres, nos hospitais, visto que esse é um público que possui demandas específicas.

Visando dar subsídios para que os profissionais possam identificar e manejar as situações de violência doméstica, a pesquisa realizou a construção de um fluxograma em que explica como abordar a questão “violência” dentro de uma unidade de saúde, e o que fazer diante do assunto.

Ferramentas de triagem também precisam ser construídas e implementadas para que encaminhamentos possam ser feitos de forma efetiva. Além disso, quando se tratando de um hospital oncológico, em que as pacientes realizam os tratamentos, às vezes por anos, no mesmo lugar, torna-se mais importante que haja um reconhecimento da equipe como rede de apoio a essa mulher.

Para além da rede de apoio, também é necessário que os profissionais possam se reconhecer na rota de enfrentamento à violência. Porém, partindo-se do pressuposto que tal acolhimento e reconhecimento dependem de como os profissionais atribuem sentidos à violência e como estruturam suas práticas para seu acolhimento, faz-se imprescindível a inclusão da temática da violência na estrutura curricular dos cursos de saúde como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, visto a importância das especialidades explorarem o conhecimento na intersecção dos eixos temáticos: saúde da mulher, doenças e violências.

9. REFERÊNCIAS

Almeida, E. V. L., & Borba, F. (2022). A Lei Maria da Penha: uma política pública brasileira de combate à desigualdade de gênero. *Debate feminista*, 64, 144-165.

Aragaki, S. S., & Spink, M. J. P. (2009). Os lugares da psicologia na educação médica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 85-98.

Araújo, I. M. D. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery*, 12, 664-671.

Avdibegović, E., & Sinanović, O. (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 47(5), 730-741.

Azevedo, E. L. (2016). Violência de gênero na trama geracional. TAVARES, Márcia S.(org.). *Violência de Gênero Contra Mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento*. Salvador: EDUFBA.

Badinter, E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. In *Um amor conquistado: o mito do amor materno*.

Balbinotti, I. (2018). A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Revista da ESMESC*, 25(31), 239-264.

Ballantyne, P. J. (2004). Social context and outcomes for the ageing breast cancer patient: considerations for clinical practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 11-21.

Barros, A. C. S. D., Barbosa, E. M., Gebrim, L. H., Anelli, A., Figueira Filho, A., & Del Giglio, A. (2001). Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. *AMB/CFM-Projeto Diretrizes*, 1-15.

Barton-Burke, M., & Gustason, C. J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 531-554.

Bauer, M. E. (2002). Estresse. *Ciência hoje*, 30(179), 20-25.

Beiguelman, P. (1985). Outra face do feminismo: Maria Lacerda de Moura. *Cadernos de Pesquisa*, (53), 76-78.

Benevides, T., Santos, E., Borja, P. C., Moraes, L. R. S., Oliveira, N. D., Pedrassoli, J. C., & Fróes, F. (2022). QUALISalvador: qualidade do ambiente urbano na cidade da Bahia.

Bernardes, M. N. (2020). Questões de raça na luta contra a violência de gênero: processos de subalternização em torno da Lei Maria da Penha. *Revista Direito GV*, 16.

Bethencourt, Francisco (2018). *Racismos: Das Cruzadas ao Século XX*. São Paulo: Companhia das Letras.

Beydoun H. A., Saftlas A. F. (2008). Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: A review of recent evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22, 438-466.

Bigliardi, A. M., & Antunes, M. C. (2018). Violência Contra Mulheres: a vulnerabilidade feminina e o perfil dos agressores. *Curitiba: Juruá*, 38.

Boff, L. (2013). O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro.

Bourdieu, P. (1983) Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero. p. 112-121.

Bourdieu, P. F. (1995). A dominação masculina. *Educação & realidade*, 20(2).

Brasil. (1999). Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Diário oficial. Retirado de: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19797.htm#:~:text=Art.,direito%20a%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20reconstrutiva.&text=de%202023\)%20Vig%C3%A2ncia-,Art.,de%20cento%20e%20oitenta%20dias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19797.htm#:~:text=Art.,direito%20a%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20reconstrutiva.&text=de%202023)%20Vig%C3%A2ncia-,Art.,de%20cento%20e%20oitenta%20dias).

Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço* (No. 8). Editora MS.

Brasil. (2003). Lei no. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm

Brasil. (2011). Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília. Secretaria de Política para as Mulheres.

Brasil (2012). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2022. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 2012.

Brasil. (2015). Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. *Diário Oficial*.

Borges, B. S., Frade, A. L., de Almeida, L. O., Barreto, C. L., de Lima Tavares, C., & de Lacerda Vidal, A. K. (2023). Estudo qualitativo sobre implicações emocionais, percepção de tratamentos e sobrevivência ao câncer de mama feminino. *Research, Society and Development*, 12(6), e19212641694-e19212641694.

Bueno, S. Martins, J. Brandão, J. Sobral, I. & Lagreca, A. (2023). Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 4ª edição – 2023.

Burlamaque, A. V., & da Silva Benincá, C. R. (2021). Experiência da escrita: intervenção psicoterapêutica com mulheres em tratamento do câncer de mama. *Revista Desenredo*, 17(3).

Butler, J. (2020). *Corpos que importam: os limites discursivos do "sexo"*. n-1 edições.

Butler, J. (2018). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Editora José Olympio.

Cabral, M., de Souza, S., Barbosa, L. N. F., & Bezerra, F. G. L. O. (2021). Mulheres diagnosticadas com câncer de mama: índices de estresse durante tratamento quimioterápico. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 24(1), 16-27.

Calais, S. L., Carrara, K., Brum, M. M., Batista, K., Yamada, J. K., & Oliveira, J. R. S. (2007). Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 69-77.

Campos, M. R. D. M., & Matta, G. C. (2007). A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. EPSJV.

Campos, A. A. L., Guerra, M. R., Fayer, V. A., Ervilha, R. R., Cintra, J. R. D., Medeiros, I. R. D., ... & Bustamante-Teixeira, M. T. (2022). Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210103.

Carnaúba de Castro, I. V., Santos Rocha Gonzaga, S. R., & Silva Junqueira, T. L. (2020). Gênero, amor, violência e saúde a partir do diálogo com mulheres usuárias de uma UBS. *Revista Feminismos*, 8(2).

Carvalho, C., Viacava, F., Oliveira, R., Martins, M., & Abrahão, L. (2022). Boletim Informativo do PROADESS, nº 10, dez./2022: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor.

Castiel, L. D. (1993). O Buraco e o avestruz: ensaios sobre a singularidade do adoecer humano: uma crítica à epidemiologia moderna.

Castro, E. (2019). Razão decolonial, experiência social e fronteiras epistemológicas. *Pensamento crítico latino-americano*. São Paulo: Editora Annablume/Editora CLACSO, 35-62.

Castro, I. V. C. D., & Gonzaga, S. R. S. R. (2019). Gênero, amor, violência e saúde a partir do diálogo com mulheres usuárias de uma UBS.

Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda - Agência de Notícias. (Dezembro, 22, 2023). Agência de Notícias - IBGE. Retirado de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>

Centro Estadual de Oncologia. CICAN. Retirado de: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/cican/historico-cican/>. Acesso 14 de ago 2024.

Chang J. C., Cluss P. A., Ranieri L., Hawker L., Buranosky R., Dado D. & Scholle S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues*, 15, 21-30.

Chor, D., & Lima, C. R. D. A. (2005). Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1586-1594.

Cidade, E. C., Junior, J. F. M., & Ximenes, V. M. (2012). Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latinoamericano. *Psicologia Argumento*, 30(68).

Clark, D. (1999). Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social science & medicine*, 49(6), 727-736.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Boitempo Editorial.

Cormanique, T. F., Almeida, L. E. D. F. D., Rech, C. A., Rech, D., Herrera, A. C. D. S. D. A., & Panis, C. (2015). Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. *einstein (São Paulo)*, 13, 352-356.

Costa, W. A., Monteiro, M. N., Queiroz, J. F., & Gonçalves, A. K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758-763.

Coker A. L., Hopenhayn C., DeSimone C. P., Bush H. M. & Crofford L. (2009). Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 18, 1179-1185.

Coker, AL, Follingstad, DR, Garcia, LS, & Bush, HM (2017). Comportamentos interferentes do parceiro que afetam a qualidade de vida do câncer. *Psycho-Oncology*, 26 (8), 1205-1214.

Crenshaw, K. (2013). Desmarginalizando a intersecção de raça e sexo: Uma crítica feminista negra da doutrina antidiscriminação, teoria feminista e política antirracista. Em *Teorias jurídicas feministas* (pp. 23-51). Routledge.

Dantas-Berger, S. M., & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 417-425.

Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo Editorial.

da Motta, A. B. (1999). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos pagu*, (13), 191-221.

de Almeida, T. M. C., & Pereira, B. C. J. (2012). Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas latino-americanos. *Crítica e Sociedade*, 2(2), 42-63.

de Beauvoir, S. (1949). Woman as other. *Social theory*.

de Freitas, L. G. (2013). *Violência de Gênero, Linguagem e Direito: Serviço Social*. Paco Editorial.

Delgado, M. L. (2021). A violência patrimonial contra a mulher nos litígios de família. *Conselho de Administração-Diretor Norte: Zeno Veloso (PA); Diretor Nordeste: Paulo Luiz Netto Lôbo (AL); Diretora Centro-Oeste: Eliene Ferreira Bastos (DF); Diretora Sul: Ana Carla Harmatiuk Matos (PR); Diretora Sudeste: Giselda Maria Fernandes Novaes Hironaka (SP); Comissões-Científica: Giselda Maria Fernandes Novaes Hironaka (SP); Vice: João Batista de Oliveira Cândido (MG); Direito das Sucessões: Zeno Veloso (PA); 1ª vice: Tatiana de Almeida Rego Saboya (RJ); 2º Vice: Flavio Murilo Tartuce, 99.*

de Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. Casa do Psicólogo.

de Segurança Pública, A. B. (2021). Fórum brasileiro de segurança pública. *São Paulo, 14*.

de Oliveira, A. V., Bernardes, M. N., & de Souza Costa, R. (2016). *Violência doméstica, discriminação de gênero e medidas protetivas de urgência*. Juruá Editora.

de Oliveira, M. V. D., & de Souza Ribeiro, J. F. (2023). Os desafios dos relacionamentos amorosos de mulheres mastectomizadas. *Revista Mosaico, 14(2)*, 256-267.

de Queiroz, C. D. L. T., Soriano, E. P., de Carvalho, M. V. D., de Miranda Coelho, L. G. T., Tavares, N. R. D. A. L., & Batista, M. I. D. H. M. (2014). Câncer de mama e violência conjugal perpetrada por parceiro. *Derecho y Cambio Social, 11(37)*, 19-13.

de Souza Pessoa, D. M., de Oliveira, T. J., de Souza, B. J., Bessa, M. M., Barreto, F. A., Ferreira, V. O., ... & de Freitas, R. J. M. (2023). Atenção à saúde das mulheres vítimas de violência no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 16(8)*, 13560-13575.

Dias, M. B. (2016). A mulher no Código Civil. *Portal Jurídico Investidura*.

d'Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M. D., Sousa, P. C. D., & Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 24*.

do Pará, C. D. B. (1994). Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.

dos Reis, R. B., Henriques, A. C. D., Martins, H. C., de Luca, L. M., de Abreu Pinto, N., Nogueira, K. T., & de Barba, M. L. (2023). Violência doméstica contra a mulher em contexto de fragilidade social no serviço primário de atenção à saúde: revisão da literatura e relato de caso. *Brazilian Journal of Development, 9(3)*, 10799-10815.

dos Santos, A. C., Farias, D. T. M., dos Santos Pereira, R. F., & de Barros, A. (2014). A violência contra a mulher e o mito do amor romântico.

Elias, N. (1994). *A Sociedade dos Indivíduos*. Zahar.

Eldridge, L., & Berrigan, D. (2022). Structural racism and triple-negative breast cancer among black and white women in the United States. *Health Equity, 6(1)*, 116-123.

- Engels, F. (2019). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. BOD GmbH DE.
- Escola de Enfermagem. (2022). *Aplicativo NotiViva*. Minas Gerais: UFMG.
- Federici, S. (2023). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Editora Elefante.
- Fernandes, Maria da Penha Maia. (2012). *Sobrevivi...: Posso Contar* (2a ed.). Fortaleza: Armazém da Cultura.
- Foucault, M. (1981). Microfísica do poder. *Rio de Janeiro: Graal, 183-184*.
- Furlan, L., Cezar, M. M., & Pizzinato, A. (2024). Determinantes Sociais de Saúde e vulnerabilização de populações negras: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia em Pesquisa, 1*(18), 1-28.
- Furlam, T. D. O., Gomes, L. M., & Machado, C. J. (2023). COVID-19 e rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma análise comparativa dos períodos pré-pandêmico e pandêmico. *Ciência & Saúde Coletiva, 28*, 223-230.
- Frazão, A., & Skaba, M. M. F. V. (2013). Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia, 59*(3), 427-435.
- Freire, M. E. M.; Costa, S. F. G.; Lima, R. A. G.; & Sawada, N. O. (2018). Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto & Contexto - Enfermagem, 27*(2), e5420016.
- Gandhi, S., Rovi, S., Vega, M., Johnson, M. S., Ferrante, J., & Chen, P. H. (2010). Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 23*(3), 343-353.
- Giddens, A. (2003). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Unesp.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.
- Globocan. (2024). *Cancer Today*. Iarc.fr. Retirado de: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=20&group_population_s=0&sexes=2
- Góis, C. W. D. L. (2008). Saúde comunitária pensar e fazer.
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afrolatinoamericano*. 1a ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Guillaumin, C. (2014). Prática do poder e ideia de natureza. *Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu, 27-100*.

Guimarães, I. S., & de Andrade Moreira, R. (2017). *A Lei Maria da Penha: aspectos criminológicos, de política criminal e do procedimento penal*. Curitiba: editora Juruá.

Gurung, R. A. R. (2010). *Health psychology. A cultural approach*. Wadsworth: Cengage Learning.

Heise, L. (1993). Violence against women: the hidden health burden.

Holanda Brito, P. K., de Farias Carneiro, A., Gadelha de Lima, M. A., Araújo Dantas, A. R., Alves Barbalho, I. L., & Costa Fernandes, M. (2022). Saberes e sentimentos de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3).

Hooks, b. (2020). *Ensinando Pensamento Crítico: Sabedoria Prática*. Editora Elefante.

Hooks, b. (2006). *Outlaw culture: Resisting representations*. Routledge.

Hooks, B. (2014). Sisters of the yam: Black women and self-recovery.

Hospital Aristides Maltez. HAM. Disponível em: <https://www.aristidesmaltez.org.br/ham/>. Acesso em 5 de jul 2024.

Instituto Nacional do Câncer. (2022). *O que é câncer?* Instituto Nacional de Câncer - INCA. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/>. Acesso em 20 jun 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022). Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Salvador (BA). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama/> Acesso em 08 jul 2024.

International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology-Pain. 2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>. Acesso em 20 jun 2024.

Jacobucci, P. G., & Cabral, M. A. A. (2004). Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 215-215.

Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., ... & Cancer and Leukemia Group B. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <http://www.opas.org.br/relatoriomundialsobre-violencia-e-saude>.

Lagarde, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores México.

Laguardia, J. (2004). O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, 14, 197-234.

- Lemos, T. M. R. (2016). Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia.
- Lenoir, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P. (Org.). Iniciação à prática sociológica. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 59-106.
- Leshan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. Grupo Editorial Summus.
- Lima, E. F. (2019). Racismo no plural: um ensaio sobre o conceito de racismos. *Ensaio sobre racismos*.
- Lima, N. D. F. (2022). Preto é o lugar onde eu moro: o racismo patriarcal brasileiro. *Revista Katálysis*, 25, 242-251.
- Lopes, A. P., Camargo, C. A. C. M., & Maia, M. A. C. (2020). Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (52), e3556-e3556.
- Lopes, J. A. (2020). Constitucionalismo brasileiro em pretuguês: Trabalhadoras domésticas e lutas por direitos.
- Lorde, A. (2019). *Irmã outsider: ensaios e conferências*. Autêntica Editora.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., & Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence against women*, 12(8), 715-731.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 (3), 451-467.
- Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence against women*, 6(2), 178-197.
- Machado, M. X., Soares, D. A., & Oliveira, S. B. (2017). Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 433-451.
- Mandela, N. B., Krug, G. H., Dahlberg, E., Mercy, L. L., Zwi, J. A., Anthony Lozano, R., & World Health Organization. (2003). World report on violence and health.
- Manne, S., & Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spousal unsupportive behaviors and psychological distress. *Health psychology*, 19(2), 155.
- Manzi, M., & Anjos, M. E. D. S. C. D. (2022). O corpo, a casa e a cidade: territorialidades de mulheres negras no Brasil. *revista brasileira de estudos urbanos e regionais*, 23, 202132.

Martins, M. E. B., Pinho, E. F. M., & de Sousa, J. C. (2023). A solidão da mulher negra e o seu não lugar diante das relações afetivo-sexuais. *Facit Business and Technology Journal*, 1(43).

Marques, T. S., Saraiva, M. M., Matos, F. L. D., Maia, A. C., Ribeiro, D., Ferreira, M., & Amante, A. (2019). Assessing territorial vulnerabilities and spatial inequalities: the case of Portugal. [Paper presentation] Planning for transition: book of papers. AESOP Annual Congress. Venice.

Mascarenhas, S. (2020). Violência conjugal contra a mulher negra: um estudo das declarações das vítimas e indiciados x intervenção policial e a Lei Maria da Penha. *Revista Eletrônica Discente História. com*, 7(14), 361-371.

Messias, T. L., & Amorim, M. F. P. (2019). Relações afetivas e mulheres negras: objeto sexual ou solidão. *Revista Espirales*, 2(4), 12-35.

Mendonça, S. M. B. S. (2023). Violência doméstica e justiça restaurativa: para além da cultura jurídica da punição, grupos reflexivos com homens acusados de violência doméstica. Curitiba: Editora Juruá.

Minayo, M. C. D. S. (2000). O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. In *O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 269-269).

Minayo, M. C. D. S. (2005). Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 23-26.

Minayo, M. C. D. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14th ed.). Hucitec.

Ministério da Saúde (2021). *Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos*. Portal Gov.br. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Neste%20domingo%20\(19\)%2C%20o,outras%20emerg%C3%A2ncias%20e%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Neste%20domingo%20(19)%2C%20o,outras%20emerg%C3%A2ncias%20e%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica).

Moura Jr, J. F., & Ximenes, V. M. (2016). A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 76-83.

Moreira, S. D. N. T., Galvão, L. L. L. F., Melo, C. O. M., & Azevedo, G. D. D. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, 1053-1059.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse: son image et son public*. Paris: PUF. Trsl by David Masey as Moscovici, Serge (2008). *Psychoanalysis: its image and its public*.

Motta, A. B. Violência contra as mulheres idosas - questão feminista ou questão de gênero? In: Congresso da Associação de Estudos Latino-Americanos, Rio de Janeiro, 2009. Anais... Rio de Janeiro: LASA, 2009.

Nações Unidas (1993). Declaração sobre a Eliminação da Violência contra Mulheres. Resolução 48/104 de 20 de dezembro de 1993. Disponível em: < <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracaoviolenciamulheres.pdf>

Nader, M. B. (2008). *Paradoxos do progresso: a dialética da relação mulher, casamento e trabalho*. Edufes.

Nader, M. B., & Morgante, M. M. (2019). Identidade masculina: a reprodução da violência contra as mulheres na construção do masculino patriarcal. *GÊNERO*, 111.

Nascimento, B. (1990). A mulher negra e o amor. *Jornal Maioria Falante*, 17,

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18, 49-55.

Neme, C. M. B., & Kato, S. (2003). Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares*, 125-148.

Neuber, L. M. B., Neme, C. M. B., Rodrigues, J. R. P., Pessoa, E. C., Kamiya, C. P., Vespoli, H. M. L., & Uemura, G. (2007). Aspectos psicossociais e afetivo-conjugais em mulheres com e sem câncer da mama. *Revista Brasileira de Mastologia*, 17, 156-162.

Neves, A. S. A. D. (2007). As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor: a caminho do "amor confluyente" ou o retorno ao mito do "amor romântico"? *Revista Estudos Feministas*, 15, 609-627.

Nicolaidis, C., McFarland, B., Curry, M., & Gerrity, M. (2009). Differences in physical and mental health symptoms and mental health utilization associated with intimate-partner violence versus childhood abuse. *Psychosomatics*, 50(4), 340-346.

Nogueira, M. C., Guerra, M. R., Cintra, J. R. D., Corrêa, C. S. L., Fayer, V. A., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2018). Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.

Oliveira, A. L. R., Michelini, F. S., Spada, F. C., Pires, K. G., de Oliveira Costa, L., de Figueiredo, S. B. C., & Lemos, A. (2020). Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(3).

Oliveira, B. V. M. (2022). Mulheres e cuidado: a divisão sexual do trabalho no cotidiano dos cuidados oncológicos.

Oliveira, C. S., & Ruas, M. G. S. S. (2020). O mito da hipersexualização a mulher negra. *Revista Serviço Social em perspectiva*, 2 (especial), 88-97.

Oliveira, D. A. L., de França Silva, L. B., Alves, S. K. M., Gouveia, M. C., Guerra, C., & Ramos, V. P. (2023). Apoio da rede social a mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

Oliveira, E. D., Couto, M. T., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. D. C. (2020). Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24.

Oliveira, P. P. D., Santos, V. E. P., Bezerril, M. D. S., Andrade, F. B. D., Paiva, R. D. M., & Silveira, E. A. A. D. (2019). Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28.

Oliveira, R. C. (2007). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*.

Organização Mundial da Saúde, & Krug, E. G. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 380-380). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Paixão, R. M. F. B. (2018). Violência doméstica contra a mulher: reflexões acerca do cuidado.

Pasinato, Wânia. (2015). Oito anos da lei Maria da Penha. Entre avanços, obstáculos e desafios. *Estudos Feministas*, 23(2), 533-545.

Paulista, J. S., Assunção, P. G., & de Lima, F. L. T. (2019). Acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 65(4).

Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135.

Pereira, A. C. J. (2016). Pensamento social e político do movimento de mulheres negras: o lugar de ialodês, orixás e empregadas domésticas em projetos de justiça social. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Pereira, L. R. R., & Calhão, A. R. P. (2020). Para além do câncer de mama: estudo centrado nas mulheres em tratamento quimioterápico. *Revista do NUFEN*, 12(2), 40-60.

Perrot, M. (2007). *Minha história das mulheres*. Contexto.

Queiroz, C. D. D. (2023). *“Prendam suas cabras porque meu bode está solto”*: análise de Casa-Abrigo para mulheres em situação de violência doméstica a partir da percepção de seus profissionais (Doctoral dissertation).

Rago, M. (1996). O prazer no casamento. *Cadernos Ceru*, 7, 96-111.

Rago, M. (2002). Os mistérios do corpo feminino, ou muitas descobertas do “amor venéreo”. *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, 25.

Reis, A. D. (2001). Gênero, Patriarcado e a história da escravidão no Brasil. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História—ANPUH*. São Paulo.

Renna Junior, N. L., & Silva, G. A. (2018). Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: Análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2),1-13.

República Federativa do Brasil (2015). Lei 13.104 Feminicídio. Disponível em: < https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm >

Ricci, D. M. e Ambrósio, A. (2019). Sexualidade e câncer de mama. São Paulo: Editora Manole.

Ricci, D. M., Silva V. R., Filassi, R. J., Munhoz M. A., Giribela, G. H. A. & Baracat, C. E. (2007). Análise ética do diagnóstico do câncer de mama. *Revista Einstein*.

Russo, R. D. F. S. M., & da Silva, L. F. (2019). Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. *Gestão e Projetos: GeP*, 10(1), 1-6.

Sadock, V. A. (1996). Psicoterapia de grupo com vítimas de estupro e mulheres espancadas. *Compêndio de Psicoterapia de Grupo*, 3.

Saffioti, H. I. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos pagu*, 115-136.

Saffioti, H. I. (2010). *O poder do macho*. Editora Moderna.

Saffioti, H. (2013). A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. Editora Expressão Popular.

Saffioti, H. (2015). *Gênero, patriarcado, violência*. Editora Expressão Popular.

Salem, T. (1981). Mulheres faveladas:«com a venda nos olhos» Perspectivas antropológicas da Mulher.

Santos, E. A. S. D., & Araujo, T. C. C. F. D. (2020). Qualidade de vida de mulheres negras com câncer de mama: uma revisão de literatura. *Mudanças*, 28(2), 43-50.

Santos, A. C. dos, Farias, D. T. M., Pereira, R. F. dos S., & Barros, A. de. (2014). A violência contra a mulher e o mito do amor romântico. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS*, 2(2), 105–120.

Santos, C. R. (2016). Movimento Social no Enfrentamento da Violência contra a Mulher: a experiência de um grupo de trabalho em Salvador e Região Metropolitana/BA. *Revista Feminismos*, 4(1).

Salem, T. (2006). Tensões entre gêneros na classe popular: uma discussão com o paradigma holista. *Mana*, 12, 419-447.

Sardenberg, C., & Tavares, M. S. (2016). *Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento*. EDUFBA.

- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e sociedade*, 10, 3-13.
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *Bmj*, 313(7072), 1599-1601.
- Sawin, E. M., Laughon, K., Parker, B. J., & Steeves, R. H. (2009). Breast cancer in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 686–692.
- Sawin, E. M., & Parker, B. (2011). “If looks would kill then I would be dead”: intimate partner abuse and breast cancer in older women. *Journal of gerontological nursing*, 37(7), 26-35.
- Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). ‘It is still so deep-seated, the fear’: Psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(3), 219-228.
- Schraiber, L. B., & d'Oliveira, A. F. L. P. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 3, 13-26.
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T. (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(suppl 2), s205-s216.
- Schiavini, J. M., & Garrido, I. (2018). Análise de Conteúdo, Discurso ou Conversa? Similaridades e Diferenças entre os Métodos de Análise Qualitativa. *Revista ADM. MADE*, 22(2), 01-12.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres, Infância e Juventude. (2022). *Apresentação*. Retirado de: <https://spmj.salvador.ba.gov.br/>
- Selye, H. A. (1976). *The stress of life* New York: McGraw-Hill.
- Serpa, ED, dos Santos, DL, Trindade, KF, Cardoso, TMPB, da Silva, ABFB, Maciel, RRBT, ... & de Souza, MC (2022). Experiências de mulheres negras ao adoecer por câncer de mama: A imanência do sofrimento e cuidado. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (10), e175111032674-e175111032674.
- Sheikhnezhad, L., Hassankhani, H., Sawin, E. M., Sanaat, Z., & Sahebihagh, M. H. (2023). Intimate partner violence in women with breast and gynaecologic cancers: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 79(4), 1211-1224.
- Silva, A. F. C., Alves, C. G., Machado, G. D., Meine, I. R., da Silva, R. M., & Carlesso, J. P. P. (2020). Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. *Research, Society and Development*, 9(3), e35932363-e35932363.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.
- Silveira, M. J. (2019). *A mãe da mãe de sua mãe e suas filhas*. Globo Livros.
- Simões, Â. S. L., & Sapeta, A. P. G. A. (2018). Entrevista e observação: instrumentos

científicos em investigação qualitativa. *Investigación Cualitativa*, 3(1), 43-57.

Simonetti, A. (2018). A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise. *Belo Horizonte: Artesã*.

Sousa, V. S. D. S., & Benevides, T. M. (2022). Feminicídios em Salvador: caracterização territorial dos casos na escala bairro.

Souza, N. S. (1983). Tornar-se negro: As vicissitudes de identidade do negro brasileiro em ascensão social. Graal.

Stoller, R. (1968). Sexo e Gênero: sobre o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade. *Ciência House: New York City*.

Stubbs, A., & Szoeki, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, (2), 1–16.

Straka, S. M., & Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence against women*, 12(3), 251-267.

Suárez, M. (1998). Violência, gênero e crime no Distrito Federal.

Tausch, A. (2019). Multivariate analyses of the global acceptability rates of male intimate partner violence (IPV) against women based on World Values Survey data. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1155-1194.

Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., & Dorval, M. (2000). Partner abandonment of women with breast cancer: myth or reality?. *Cancer practice*, 8(4), 160-164.

Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista brasileira de cancerologia*, 49(4), 227-238.

Turner-Cobb, J. M., Koopman, C., Rabinowitz, J. D., Terr, A. I., Sephton, S. E., & Spiegel, D. (2004). The interaction of social network size and stressful life events predict delayed-type hypersensitivity among women with metastatic breast cancer. *International Journal of Psychophysiology*, 54(3), 241-249.

Toledo, C. (2001). Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide. *Cadernos Marxistas*.

Vergès, F. (2021). *Uma teoria feminista da violência: Por uma política antirracista da proteção*. Ubu Editora.

Vicente, E. R., & de Siqueira Freitas, E. R. (2022). Vida e morte no feminino: discursos na ordem do patriarcado. *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades-Rev. Pemo*, 4, e49172-e49172.

Vieira, C. G. G. (2020). Experiências de solidão da mulher negra como repercussão do racismo estrutural brasileiro. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 5(10), 291-311.

Vieira, L. B., Padoin, S. M. D. M., & Landerdahl, M. C. (2009). A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30, 609-616.

Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The lancet*, 359(9313), 1232-1237.

Weber, M. (2015). *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Zanello, V. (2020). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Editora Appris.

Zanello, V. (2023). *A prateleira do amor: sobre mulheres, homens e relações*. Editora Appris.

Zimmermann, T. R. (2011). Paradoxos do Progresso: a dialética da relação mulher, casamento e trabalho. *Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero*, 2(1), 151-152.

Zuwick, A. N. (2001). O corpo violado. *Violências e gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber*, 83-94.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição privada sem fins lucrativos, legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa *sobre Dimensões de Cuidado, Comunicação e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial*. Objetivo: Analisar modos de cuidado e de comunicação no contexto hospitalar e ambulatorial. Esta pesquisa se vincula ao Subprojeto: Essa doença tem nome e sobrenome: violência doméstica e câncer de mama. Objetivo: Compreender a influência do histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama.

Sua participação poderá contribuir para ampliar o aprendizado e a comunicação em contextos hospitalares.

Solicitamos a sua colaboração voluntária para responder algumas perguntas sobre a sua percepção sobre violência e câncer de mama. A partir dessa pergunta disparadora, outras perguntas poderão ser geradas; solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e artigos em revista científica sem mencionar seu nome.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas, gravadas em áudio e/ou vídeo e depois guardados em arquivo digital (HD – um tipo de pendrive) em lugar seguro, armário trancado com chave, no banco de dados do grupo de pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMS – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Suzane Bandeira de Magalhães, Tel.: (71) 99972-7046, e-mail: suzanemagalhaes@bahiana.edu.br e da pesquisadora Gabriela Silva e Mendonça, Tel.: (73) 991511581, e-mail: gabrielamendonca.pos@bahiana.edu.br. Tais arquivos serão mantidos em HD externo, durante o período de cinco anos e, após este prazo, excluídos do banco de dados.

As pesquisadoras se comprometem a seguir todas as normas e éticas da Resolução 510/2016 (Pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais), do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados pela presente pesquisa serão utilizados somente para os fins científicos, mantendo-se o sigilo quanto à identificação da participante e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades envolvidas. Por ocasião da publicação dos resultados, **seu nome será mantido em sigilo absoluto**.

Você poderá ser esclarecida em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto, livre para recusar-se a dela participar, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Informamos que esta pesquisa pode apresentar os seguintes riscos: possibilidade de dano à dimensão psíquica e moral; risco de identificação por quebra do anonimato; risco de constrangimento e desconforto pela abordagem da pergunta feita sobre a participação. Por tais motivos, serão tomadas as seguintes medidas para prevenção destes riscos:

Antes do início da pesquisa, serão esclarecidas as dúvidas e se necessário poderá ser prestada assistência jurídica gratuita sobre informações acerca dos seus direitos como direito à

privacidade, ao sigilo, à intimidade, à imagem, à honra e à dignidade da pessoa humana, bem como acerca das medidas judiciais cabíveis caso algum desses direitos venham a ser violados;

Caso você sinta algum desconforto ou constrangimento pela sua participação na pesquisa, será garantida a possibilidade de assistência psicológica. Neste caso, será prestada assistência psicológica gratuita pelas pesquisadoras.

Ainda em caso de desconforto, constrangimento ou qualquer possibilidade de dano à participante em decorrência dos dados coletados, que serão divulgados, você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento e seus dados serão apagados.

Em casos de despesas com transporte e alimentação, estes serão arcados pelas pesquisadoras.

Considerando, que fui informada/o dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, da ausência de contribuição financeira por esta, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Este documento deverá ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo/a convidado/a e pesquisadora; ambas as vias são de igual teor, sendo uma destinada a/ao participante e outra mantida pela pesquisadora responsável^[1]

Eu _____ declaro que estou de acordo com os termos desse documento e concordo em participar da presente pesquisa e que receberei uma via deste documento, o qual irei guardar.

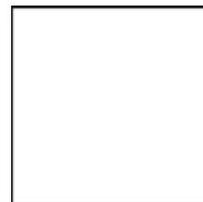
Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Endereço:

Telefone:

Email:



IMPRESSÃO DIGITAL

Assinatura da pesquisadora responsável

PARTICIPANTE

Assinatura da coordenadora da pesquisa

[1] Caso necessite maiores informações sobre o presente estudo além das fornecidas pelas pesquisadoras, ou em caso de denúncia, você também poderá acessar o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Endereço: situada na Av. Dom João VI, 275, Botas, Salvador – Bahia. E-mail: cep@bahiana.edu.br Telefone: (71) 98383-7127 ou procure a Coordenação da Pós-Graduação, localizada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, vide endereço acima.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A PESQUISADORA

Título da Pesquisa: “Essa doença tem nome e sobrenome”: violência doméstica e câncer de mama

DADOS DA PARTICIPANTE:

1. Nome:
2. Idade:
3. Qual a sua cor/raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
4. Naturalidade:
5. Estado Civil:
6. Escolaridade:
7. Profissão:
8. Tratamento realizado:

PERGUNTAS:

1. Me fale um pouco sobre você... quem é você e como chegou até o momento presente;
2. Me conte sobre sua trajetória com o câncer de mama. Como você acha que afetou no seu dia a dia?;
3. Me conte um pouco sobre sua rotina em casa, com suas relações familiares. Como você acha que afetou suas relações?;
4. Você sente que tem o apoio da sua família no seu tratamento? De que forma?;
5. Você acha que as pessoas do seu convívio doméstico poderiam participar de forma mais ativa no cuidado à sua saúde?;
6. Nesse percurso você sofreu algum tipo de violência? Pode me contar como foi?
7. Como essa violência repercutiu em você? No seu ser mulher?
8. Além disso, você acha que ter vivenciado essa situação, influenciou na forma como está lidando com seu tratamento?
9. Você acha que existem outros fatores que também influenciam na forma como você está lidando com seu tratamento?;
10. Para você, qual o papel da equipe de saúde nesse momento da sua vida?
11. Se você pudesse fazer com que todas as pessoas que estão ao seu redor, tanto em casa, como no hospital, enxergassem algo em você, o que seria? Porquê?
12. E se você pudesse falar algo para elas, o que seria?

13. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar, além do que foi respondido aqui?
Gostaria de falar como se sentiu durante as perguntas?

ANEXO A



DECLARAÇÃO

Eu, **Robson Freitas de Moura**, Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, informo que a pesquisa intitulada: "**DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**", tendo o HAM como **INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE** e sob a responsabilidade das Pesquisadoras Responsáveis, **Psi. Suzane Bandeira de Magalhães** e **Psi. Mônica Ramos Daltro**, tramitou administrativamente na Instituição e apresenta condições para a realização no HAM, com a Coorientação do profissional do Serviço de Psicologia, **Psi. Camila Santos de Jesus**.

Salvador, 18/10/21

Dr. Robson Freitas de Moura
Coordenador do Departamento de Ensino e Pesquisa do HAM

ANEXO B



Salvador, 31 de outubro de 2023.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para fins de interesse científico, que autorizamos **Gabriela Silva e Mendonça**, discente do curso Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde, a desenvolver, sob a orientação da **Profa. Suzane Bandeira de Magalhães**, o projeto de pesquisa intitulado “**DIMENSÕES DE CUIDADO, COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**”, que objetiva analisar modos de cuidado e de comunicação no contexto hospitalar e ambulatorial, considerando marcadores sociais de gênero, raça/cor/etnia, idade, classe social.

A instituição tem conhecimento desse estudo científico, bem como ciência da sua responsabilidade em realizar acolhimento aos participantes da pesquisa e posterior encaminhamentos que se fizerem necessários.

Esta autorização fica condicionada à aprovação do referido projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em cumprimento aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o pesquisador a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Ressalta-se que tais dados deverão ser utilizados somente para a realização deste estudo, com acesso restrito, não podendo ser utilizado para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou consentimento livre e esclarecido, a menos que seja novamente submetido ao CEP para futuras análises e/ou estudos.

Atenciosamente,

Atson Carlos de Souza Fernandes
Pró-Reitor de Pesquisa, Inovação e Pós-Graduação Stricto Sensu
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Este documento foi assinado digitalmente por Atson Carlos De Souza Fernandes.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código 2994-D6DE-2B39-9C79.



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2994-D6DE-2B39-9C79> ou vá até o site <https://bahianaeducacao.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2994-D6DE-2B39-9C79



Hash do Documento

DC6C4514BE51F57168E47CCE8FA9FAC86340A0A6BAC2E9830AD80C0CA0CA4F94

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 06/11/2023 é(são) :

- Atson Carlos de Souza Fernandes (Signatário) - ***.995.825-**
em 06/11/2023 11:20 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital



ANEXO C



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Centro Estadual de Oncologia - CICAN

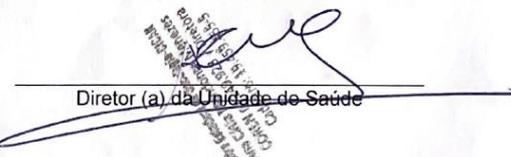
Carta de Anuência

Informo, após as análises de viabilidade e relevância científica pela Comissão Local de Pesquisa, a existência de condições favoráveis nesta Unidade de Saúde ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado

“ Essa doença tem nome e sobrenome: violência doméstica e câncer de mama, sobre responsabilidade do pesquisador orientador Dra. Suzane Bandeira de Magalhães.

O início da execução da pesquisa está condicionada à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução CONEP/CNS Nº 466/2012.

Salvador, 30 de Abril de 2024


Diretor (a) da Unidade de Saúde

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dimensões de Cuidado, Comunicação e Acolhimento ao Sofrimento Psíquico em Contexto Hospitalar e Ambulatorial.

Pesquisador: SUZANE BANDEIRA DE MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75512823.5.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.601.775

Apresentação do Projeto:

No conjunto da análise da literatura e da vivência prática de cuidado em saúde é notório observar que a comunicação é um dos graves problemas no âmbito do cuidado em saúde. Faz-se necessário reconhecer que colocar a comunicação em saúde em pauta configura um importante avanço na direção de promover um cuidado humanizado e ético. No campo da formação em saúde dezenas de cursos e discussões, ainda sem muita efetividade, vêm sendo anunciadas, essas contudo, estão voltados especialmente para a classe médica e profissionais de nível superior, em função da centralidade dada aos diagnósticos e suas consequências, como é o caso da comunicação de uma notícia difícil. No cenário das políticas públicas, o Sistema Único de Saúde destaca em seus princípios a importância da vivência de cuidado na perspectiva interprofissional e de integralidade, e equidade, com isso afirma a natureza complexa implicada nos processos de cuidado. Entretanto observa-se que a subjetividade tem sido, historicamente, deixada de lado em nome de abordagens técnicas e econômicas. Com isso, os investimentos em pesquisa nessa área são também parcos, perspectiva que termina por reforçar uma inexistente lógica de polaridades entre corpo-mente, saúde-doença, cuidado-tecnologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar modos de cuidado e de comunicação no contexto hospitalar e ambulatorial, considerando

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.601.775

marcadores sociais de gênero, raça/cor/etnia, idade, classe social.

Objetivos Secundários:

1. Compreender a influência do histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer;
2. Compreender a percepção de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva sobre os Cuidados Paliativos.
3. Compreender as especificidades da comunicação de notícias difíceis circulantes em contexto hospitalar;
4. Analisar as dinâmicas promotoras de impasses nos modos de cuidado relacionados à marcadores sociais de gênero, raça/cor/etnia, idade e classe social e seus desdobramentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam existir a possibilidade de que o sujeito da pesquisa possa sentir algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica, nesse caso, a entrevista e/ou grupo serão imediatamente interrompidos. Caso os participantes da pesquisa necessitem, poderão ser atendidos (as) pelas pesquisadoras do Projeto Prof^a Mônica Daltro, psicóloga CRP03/942 e Profa. Suzane Bandeira, psicóloga, CRP03/01878, nas dependências de consultório particular na Av. Juracy Magalhães Jr. 2.490, sala 403 – Rio Vermelho ou por via eletrônica através de WhatsApp, caso o participante prefira para acolhimento e encaminhamento especializado, caso seja necessário. Existe a possibilidade de risco de identificação por quebra de anonimato. Nesse caso, dúvidas sobre as informações sobre direitos, confidencialidade, privacidade, honra e dignidade humana são esclarecidas antes do início da pesquisa. Além de questões acerca de medidas judiciais a serem tomadas por violações de qualquer um desses direitos.

Benefícios:

Os pesquisadores relatam que o conjunto dos resultados promoverão capacitação aos participantes e a confecção de estratégias de capacitação e cuidados em saúde mental voltada para profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, cuidadores e pacientes. Além disso, os resultados serão amplamente divulgados em revistas científicas adensando a literatura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse projeto guarda-chuva se desdobra em investigações distintas cujo o percursos metodológico, terão participantes diretos distribuídos em diferentes objetivos específicos, como descritos a

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.601.775

seguir:

Para compreender as relações existentes entre histórico de violência doméstica em itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama, esse estudo está desenhado de estudo é descritivo exploratório de abordagem qualitativa investigará a narrativa de mulheres - pacientes sobre as repercussões das violências no percurso de cuidado da doença. Esse estudo envolverá 50 mulheres, maiores de 18 anos, com câncer de mama. Serão excluídas mulheres internadas e em estado de agravamento do quadro.

Para compreender a percepção de profissionais e as especificidades da comunicação e subjetividades circulantes em contexto hospitalar, esse estudo está desenhado como um estudo observacional exploratório de abordagem etnográfica na tentativa de identificar relações na ocorrência dos fenômenos e discursos que dão sustentação às relações de cuidado no contexto hospitalar. Esse estudo envolve 250 profissionais participantes de

equipes de saúde. Dessa população, serão randomicamente convidados para a realização de uma entrevista individual um número máximo de 50 participantes. Serão excluídos profissionais que estiverem em qualquer tipo de licença quando a coleta da pesquisa estiver sendo realizada.

Para analisar as dinâmicas promotoras de impasses nos modos de cuidado relacionados à marcadores sociais de gênero, raça/cor/etnia, idade e classe social e seus desdobramentos, será feita uma pesquisa ação de natureza participativa. Essa pesquisa envolve 200 profissionais de diferentes níveis de escolaridade que atuam em instituições hospitalares do Estado da Bahia, maiores de 18 anos e que estejam em atividade profissional. Serão excluídos funcionários que não estão em atividade no momento da coleta. A abordagem é de pesquisa qualitativa e permite alcançar resultados aprofundados através da investigação das narrativas de certo número de pessoas, sua natureza exploratória define as peculiaridades dos cenários permitindo a elaboração de uma visão mais profunda e detalhada sobre os fenômenos em estudo que são não mensuráveis ou quantificáveis. O recrutamento dos participantes será realizado a partir do método não probabilístico Snowball (Bola de Neve), no qual se assume que pessoas chaves (sementes) indicarão dentro de sua rede pessoal, outros possíveis participantes da pesquisa, ampliando o tamanho da população como mostra a imagem a seguir. As "sementes" do presente estudo contarão com profissionais de saúde da rede de relacionamentos das pesquisadoras e de informantes considerados por essas, informantes chaves à composição da amostra.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.601.775

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: apresentada com assinatura eletrônica do responsável institucional;

Orçamento: apresentado; consta uma rubrica a mais na versão apresentada no documento "PB_Informações básicas do projeto" denominada "Custeio de alimentação e transporte para entrevistas e grupos focais."

Cronograma: apresentado;

TCLE: reapresentado com os devidos ajustes;

Carta de anuência: apresentada dentro do projeto detalhado

Recomendações:

Compatibilizar os orçamentos apresentados nos documentos

"PB_Informações básicas do projeto" e "Projeto detalhado".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a reanálise bioética com base na Resolução 466/2012 do CNS/MS e documentos afins, observou-se que as inadequações identificadas no Parecer Consubstanciado nº 6.584.913 foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2210041.pdf	20/12/2023 11:09:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/12/2023 11:09:03	Gabriela Silva e Mendonça	Aceito
Outros	RESPOSTAS_PARECER.pdf	20/12/2023 11:08:01	Gabriela Silva e Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_detalhado.pdf	06/11/2023 17:08:04	Gabriela Silva e Mendonça	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.601.775

Investigador	projeto_detalhado.pdf	06/11/2023 17:08:04	Gabriela Silva e Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	06/11/2023 17:03:06	Gabriela Silva e Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Noilton Jorge Dias
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br

ANEXO E

1

**“ESSA DOENÇA TEM NOME E SOBRENOME”: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E
CÂNCER DE MAMA****RESUMO**

Mulheres que sofrem violência doméstica e recebem o diagnóstico de câncer de mama encontram-se em situações de vulnerabilidade. O artigo objetivou compreender a influência do histórico de violência nos itinerários terapêuticos dessas mulheres. A pesquisa, descritiva e exploratória de cunho qualitativo, entrevistou participantes através de psicólogas. A análise gerou quatro categorias: o câncer de mama e a violência doméstica; o “ser mulher”; da perspectiva de vida à perspectiva da violência; e o lugar do hospital. A experiência simultânea de câncer de mama e violência leva as mulheres a reavaliarem suas vidas. Para elas, a violência é tão dolorosa que se sobrepõe ao diagnóstico do câncer. A falta de apoio do ambiente doméstico também coloca os profissionais da saúde como única rede de apoio. Os estudos conduzem à conclusão de que a vivência da violência doméstica causa nas mulheres sintomas que irão repercutir diretamente no itinerário terapêutico do câncer de mama.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias; Violência doméstica; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Women who suffer domestic violence and are diagnosed with breast cancer find themselves in vulnerable situations. The article aimed to understand the influence of the history of violence on the therapeutic itineraries of these women. The descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, interviewed participants through psychologists. The analysis generated four categories: breast cancer and domestic violence; “being a woman”; from the perspective of life to the perspective of violence; and the place of the hospital. The simultaneous experience of breast cancer and violence leads women to reevaluate their lives. For them, violence is so painful that it overrides the cancer diagnosis. The lack of support at home also leaves health professionals as the only support network. The studies lead to the conclusion that the experience of domestic violence causes symptoms in women that will have a direct impact on the therapeutic itinerary of breast cancer.

Keywords: Breast neoplasms; Domestic violence; Health professionals.

INTRODUÇÃO

Câncer é uma condição que abarca mais de 100 doenças malignas que possuem em comum o desenvolvimento desordenado de células (Inca, 2022). O tumor de mama é a neoplasia de maior incidência e mortalidade em mulheres do mundo todo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, para o ano de 2023, foram estimados 73.000 casos novos. A experiência de receber o diagnóstico de câncer de mama é um evento complexo, pois abarca aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. As modalidades terapêuticas são a cirurgia e a radioterapia para tratamento local e a quimioterapia e a hormonioterapia para tratamento sistêmico. A escolha da técnica depende das condições locais intra-operatórias, clínicas e de idade (Barros et al, 2001).

Diante dos desafios psicossociais enfrentados pelas mulheres em tratamento, é essencial também considerar o impacto da violência, que abrange qualquer forma de agressão ou negligência, seja física, psicológica ou sexual. Essas práticas podem incluir desde ameaças e coerção, até privação arbitrária de liberdade, ocorrendo tanto em espaços públicos quanto privados (Krug et al, 2012).

Ao abordar a violência contra as mulheres, mesmo sabendo que ela não escolhe classe social, idade, escolaridade ou qualquer outra característica, deve-se considerar a forma como as relações foram estabelecidas no Brasil e a presença do racismo que permeia todas as relações sociais como um fator de análise e, principalmente, como agravante das vulnerabilidades. Da mesma forma, os principais determinantes sociais que emergem na literatura sobre sobrevivência por câncer de mama são a posição social, medida de diferentes maneiras, e a raça/cor (Nogueira et al, 2018).

As mulheres que sofrem violência e recebem o diagnóstico de câncer, durante o tratamento, encontram-se em duas situações de vulnerabilidade. O ciclo de violência doméstica causa nas mulheres repercussões de ansiedade e depressão, o que afeta diretamente seu itinerário terapêutico. Observar este público pode trazer informações e discussões que favoreçam a adoção de mecanismos que ajudem a equipe de saúde a identificar, entender e manejar a situação de forma adequada, para acolher e promover ações que possibilitem restabelecer o bem-estar clínico e a qualidade de vida das pacientes.

Nesse contexto, este artigo analisa a influência do histórico de violência doméstica em

itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de mama com vistas a discutir estratégias que orientem a equipe de saúde a identificar e manejar as situações de forma adequada.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho qualitativo, realizada com pacientes de um hospital filantrópico e um Centro Estadual de Oncologia de uma capital no nordeste do Brasil. As participantes estavam realizando, ou tinham realizado, o tratamento para câncer de mama. Nesse ambiente de cuidado e tratamento foram realizadas 6 entrevistas presenciais com pacientes, residentes na cidade onde o estudo se realizou. E uma (1) entrevista ocorreu em formato online, com uma participante residente em uma grande cidade do interior do mesmo Estado.

Perfazendo um total de 7 mulheres com um perfil geral diverso. Entre elas, 2 se autodeclararam pretas, 2 pardas e 3 brancas. Quanto a idade das participantes, a média foi de 55 anos, sendo que as entrevistadas possuíam entre 28 e 74 anos. Em relação à escolaridade, 3 entrevistadas possuíam ensino superior completo, e as outras 4 não concluíram o ensino fundamental. No tocante à dinâmica familiar, 6 entrevistadas possuíam 2 ou mais filhos, 3 delas estavam morando sozinhas no momento da entrevista, 3 moravam com seus companheiros e 1 morava com seus pais e seus filhos.

Em relação ao câncer e tratamento, 5 fizeram quimioterapia, todas realizaram radioterapia, 4 realizaram mastectomia e 5 estavam, no momento da entrevista, realizando hormonioterapia. 2 participantes já haviam encerrado o ciclo da hormonioterapia há 1 ano e não estavam, no momento da entrevista, realizando nenhum tipo de tratamento.

Todas as participantes afirmaram a vivência de violência. As sete referiram sofrer violência verbal, psicológica, moral e sexual, 4 sofreram violência patrimonial e 5 padeceram pela violência física. Os cônjuges foram indicados como agressores, as relações descritas como heteronormativas. E uma entrevistada acrescentou também sofrer violência por parte dos filhos, outra do sofreu violência do enteado e 1 sofreu violência do pai.

No que concerne aos seus relacionamentos amorosos, 4 estavam casadas no momento da entrevista, 3 estavam solteiras e 1 estava namorando, sendo que 3 participantes terminaram

técnicas de análise de comunicações, que possibilita compreender a mensagem além de seus significados imediatos (Schiavini e Garrido, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama e a violência doméstica

Considerando uma abordagem integral do ser humano, na qual o sujeito é impactado não apenas fisicamente, mas também mental e emocionalmente, de acordo com Leshan (1992) a história emocional de um sujeito afeta tanto a probabilidade de desenvolver um câncer quanto o seu curso após o diagnóstico.

O nexos causal entre a violência doméstica e o desenvolvimento do câncer é narrado nas entrevistas por 5 participantes, como destacado nos trechos:

“Foi uma mágoa tão grande que eu carreguei por esses anos que eu acho que isso se transformou nesse câncer” (Guilhermina, psicóloga, 54 anos, branca).

“Eu acho que se as coisas tivessem sido diferentes, eu teria uma saúde melhor. Eu acho que eu não ficava doente não.” (Maria, desempregada, 74 anos, branca).

“Por causa dele, é que eu tô doente. (...) por causa disso, desses maus tratos, dessa minha vida tão ruim com ele, que eu adquiri esse câncer de mama.” (Ana, 64 anos, desempregada, preta).

Em consonância com as falas das participantes, de acordo com estudos realizados com mulheres que possuem câncer de mama e que sofreram violência doméstica, algumas mulheres tendem a acreditar que a causa do diagnóstico é a violência sofrida durante muitos anos (Sheikhnezhad et al, 2023; Sawin, 2009; Gandhi et al, 2010).

O papel feminino é representado pela crença da renúncia dos desejos das mulheres em prol dos outros. Ou seja, estar pronta para servir aos outros, sob uma ótica de amor e cuidado, é uma incumbência das mulheres. Assim, a mulher é vista como a geradora do cuidado, seja ele

suas relações durante o tratamento do câncer de mama. Nenhuma participante sofreu violência antes do relacionamento.

Foram incluídas mulheres, maiores de dezoito anos, que estavam em acompanhamento psicológico durante a pesquisa, que realizaram ou estavam realizando tratamento para câncer de mama e que sofreram violência doméstica durante o itinerário terapêutico.

O presente estudo iniciou no dia 31 de janeiro do ano de 2024, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O instrumento de coleta utilizado foi entrevista individual. No roteiro, constaram itens considerados essenciais para o delineamento do estudo: dados sociodemográficos; trajetória de vida; dados clínicos; relacionamentos interpessoais, percepções sobre o ser mulher e sobre as repercussões da violência no tratamento do câncer de mama. Sendo utilizado o critério de saturação para encerramento das entrevistas, de acordo com a repetição de dados.

As participantes foram contactadas a partir de “sementes” ou “informantes-chaves”, sendo estas, psicólogas da rede de contatos da pesquisadora que trabalham em clínicas ou hospitais com tratamento para câncer de mama, a partir de convites enviados via *Whatsapp* e *e-mail*. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em ambiente que garantiam a privacidade.

Por trabalhar com seres humanos, obedeceu às exigências da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com o número de CAAE 75512823.5.0000.5544. As pacientes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. É importante destacar que os nomes das participantes foram preservados, sendo criados nomes fictícios para cada uma, de modo a preservar o anonimato. Os nomes foram retirados do livro “A mãe da mãe de sua mãe e suas filhas”, escrito por Maria José Silveira.

O procedimento de analisar os dados teve como eixo norteador a análise de conteúdo, com foco na análise categorial, que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tal escolha se deu por ser um método composto por um conjunto de

familiar ou ampliado na rede social, o que, ao longo da vida, acaba por desgastar sua saúde física e psíquica.

Esse constante desgaste emocional e físico pode ter profundas repercussões na saúde. De acordo com estudos, o estresse psicológico crônico é comumente relatado por pacientes com câncer, e o efeito cumulativo da violência está associado a alterações fisiológicas nas funções cerebrais e corporais, podendo influenciar indiretamente o risco da doença através do aumento do estresse crônico (Comanique et al., 2015).

É fundamental ressaltar que não se pode abordar a questão de gênero de maneira universal. O impacto da desigualdade social, por exemplo, acarreta limitações de oportunidades de mobilidade e maior exposição a fatores prejudiciais ao longo da vida. Além disso, as disparidades raciais no Brasil também influenciam os padrões de saúde e doença entre diferentes estratos sociais, o que é evidenciado na análise da distribuição social do estresse (Chor & Lima, 2005; Laguardia, 2004).

De acordo com uma pesquisa realizada por Neme e Kato (2003), as maiores fontes de estresse apontadas pelas mulheres com câncer estavam ligadas a relações e conflitos familiares. Os problemas relatados foram compreendidos como fontes prolongadas de estresse, cujo enfrentamento exige esforços contínuos e repetidos no cotidiano, aumentando seu potencial estressor gênico.

Na saúde física, a violência pode acarretar inflamações, contusões e hematomas em várias partes do corpo, em geral, por consequência de agressões, como agravamento dos sintomas da menopausa e aumento do risco de desenvolver diabetes (Sheikhnezhad et al, 2023; Stubbs & Szoeki, 2021).

Dessa forma, mulheres que sofreram violência apresentam problemas tanto na sua integridade física quanto mental, e assim, podem acreditar que o desgaste sofrido durante anos foi prejudicial para seu corpo, causando o câncer de mama. De acordo com Simonetti (2018), é importante desvencilhar a necessidade imaginária de se provar uma causa, física ou psicológica, para o desenvolvimento de uma doença. Assim, a violência pode funcionar como algo desencadeador do processo latente do câncer, e não como razão. Da mesma forma, deve-se

trabalhar com o significado que o sujeito dá ao seu adoecimento, independentemente daquilo que o causou.

Nesse contexto, Loxton et al (2006), relataram que a dor teve uma das maiores associações com a violência de todos os sintomas físicos estudados.

Dores na mama também aparecem nas falas das participantes como provenientes da violência verbal e psicológica:

“(...) comecei a ficar muito assim, sentindo coisas, sentindo dores. Chega um ponto que a gente não aguenta. E dessa vez, eu não aguentei não. O lado esquerdo do meu corpo adormeceu.” (Belmira, 51 anos, desempregada, preta).

“(...) foi muita angústia. Muitas angústias, muitas. (...), quando eu me estresso assim, sinto dor. Não sei por quê. Não sei se contrai algum músculo, não sei. Mas dói.” (Ana).

Em 2020, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a conceituou como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (IASP, 2020).

Especificamente a dor oncológica, que é aquela sentida alicerçada diretamente em relação à doença (Freire et al, 2016). Porém, a percepção do sintoma de dor vai além da sensação algica no corpo, perpassando também por suas experiências afetivas e emocionais, assim como idade, etnia, cultura e suporte social (Costa et al, 2017). Assim, para que seja efetivamente controlada, a dor deve ser compreendida em sua complexidade e multidimensionalidade.

Nesse contexto, Cicely Saunders (1996), a partir da sua prática como enfermeira e de pesquisas sobre a administração de morfina, percebeu que seus pacientes apresentavam um complexo estado de sentimentos dolorosos. Isso porque, eles não apresentavam apenas a dor física, mas também a dor psicológica, como o medo do sofrimento e da morte, a raiva, a tristeza, a insegurança, o desespero e a depressão. Além disso, incluíam a dor social, como a rejeição, a dependência, a sensação de inutilidade e a perda de papéis ocupacionais. E ainda a dor

espiritual, caracterizada pela falta de sentido na vida e na morte, o medo do pós-morte e sentimento de culpa diante de Deus. A partir dessa compreensão, Saunders propôs o conceito de "Dor Total", que se refere a um fenômeno multidimensional capaz de impactar significativamente todos os aspectos da vida dos indivíduos.

Nesse sentido, a compreensão da dor também deve levar em conta as desigualdades estruturais que permeiam o contexto social e econômico, de acordo com a posição da mulher dentro da hierarquia familiar e econômica. É relevante entender que o amparo econômico é consolidado e delegado à figura masculina. Assim, a inserção da mulher no mundo está sempre intermediada por figuras familiares - pais, marido ou filhos (Salem, 2006).

De acordo com achados na literatura, devido a dependências financeiras (Tausch, 2019) e à violência patrimonial, muitas mulheres não conseguem encerrar a relação, como foi relatado nas falas a seguir:

“E eu sofro ainda, porque eu dependo dele. Então, ele se aproveita disso.” (Belmira).

“(...) ele começou a pagar tudo. E ele jogava isso na minha cara... tanto que quando eu quis me separar, a primeira coisa que ele fez foi cancelar meu plano de saúde.” (Jacira, desempregada, 47 anos, parda).

Segundo Delgado (2021), e em concordância com as falas das participantes, a violência patrimonial que mais ocorre é a destruição de bens materiais, como móveis, paredes ou eletrodomésticos, e objetos pessoais, como celular, roupas e documentos; ou a sua retenção indevida, nos casos de separação de fato, na intenção de forçar a mulher a retomar ou a manter-se na convivência conjugal, como na história de Jacira.

Também é importante acrescentar a dor da perda da integridade física, construída pela cultura, que intensificará as repercussões psíquicas. Levando-se em consideração um corpo violado dentro de um contexto social que dita e dignifica os corpos das mulheres, é importante levantar o questionamento a respeito do que elas pensam sobre si mesmas, considerando que a própria percepção corporal também é construída socialmente.

Ademais, há, para as participantes, uma grande influência na forma como o homem enxerga seu corpo, com sua autoestima. Como pontua a entrevistada:

“A pessoa fala ‘está gorda’, ‘está com um barrigão’, tudo isso machuca. Como ele fala mesmo ‘ah, você está com um barrigão, tá com os cabelos feios’.” (Belmira).

“Eu acho assim, eu me sentia diminuída (...) isso para mim, foi algo que como mulher, foi muito ruim. Eu achava que eu era menos mulher, sabe?” (Rosa, 73 anos, desempregada, branca).

De acordo com Lynch (2000), e em consonância com as falas das participantes, mulheres que sofreram violência possuem uma autopercepção desvalorizada, falta de esperança e sentimento de impotência. Dessa forma, se posicionam como pessoas sem poder e direitos, além de apresentar problemas no desenvolvimento da intimidade e sexualidade.

Além disso, de acordo com Sawin (2009), mulheres nesse contexto e que, simultaneamente, estão em tratamento de câncer de mama, possuem mudanças na imagem corporal mais frequentemente do que outras pacientes que não sofrem violência.

Nesse contexto, o amor aparece não raras vezes referenciado como sendo um sentimento das mulheres (Neves, 2007). Para as entrevistadas esse é um lugar fantasioso e construído como algo unilateral:

“Hoje a gente dorme separado, ele dorme separado da minha cama. Eu pergunto a ele “eu estou fedendo?”, pergunto a ele o que é que eu tenho (...), mas, eu fui me acostumando. Aprendi a amar sem ser amada.” (Maria).

“O amor para mim, é o suficiente. Então, é isso que eu queria. Porque, eu aprendi a amar e não ser amada, entendeu? E é só isso que eu preciso. Eu não me sinto uma pessoa amada.” (Ana).

Ser mulher

A experiência do câncer de mama afeta toda a identidade da mulher, pois a mama é um órgão que pertence à maternidade, sexualidade e feminilidade (Holanda Brito et al, 2022). A representação social de mulheres e homens é distinta por sua própria condição social, uma vez que cada gênero é afetado de forma diferente pelos fatores sociais (Moscovici, 1961).

Ao serem questionadas sobre como a violência impactou seus modos de ser mulher, as entrevistadas falaram sobre a construção de suas identidades:

“Acho que é uma sensação que faz a gente se sentir desvalorizada, como se eu fosse menos mulher, sabe? Não ter os seios bonitos, não ser desejada.” (Guilhermina).

“Eu me sinto a pior das mulheres. Sem conseguir me identificar, como mulher. Me vejo como uma mulher defasada. Não me vejo como uma mulher.” (Ana).

“Quando eu ainda não era separada, eu me via da forma como ele fazia eu me enxergar, sabe? Então, eu achava que eu era feia, que eu era estúpida, que era insuficiente.” (Jacira).

Lélia Gonzalez (2020) em reflexão sobre as representações das mulheres negras pela mídia brasileira, discute sobre como, ainda que no campo político, atores ativistas atuem para desarticular estereótipos à negritude, canais de televisão insistem em reproduzir tais representações. Assim, o mito da democracia racial define o negro no âmbito público e privado, e entre essas imagens, o elemento comum é que mulheres negras são vistas como objeto de entretenimento em que seus corpos são animalizados e destituídos de humanidade. Portanto, a construção do ser mulher para mulheres negras é definida por outras pessoas, e esta definição sempre será em benefício delas (Lorde, 2019).

Embora os direitos das mulheres tenham sido conquistados na década de 80, é possível perceber, pelas falas das participantes, que a forma como elas se enxergam e constituem suas identidades ainda está ligada à forma como os homens e a sociedade as classificam. Assim, observa-se como o patriarcado está enraizado e como influencia na construção da concepção da mulher em dizer quem é. Portanto, as mulheres nunca puderam ser “somente” mulheres, sem haver um conceito por trás do que elas deveriam ser.

Diante do exposto, é importante destacar que quando a mulher minimiza todas as suas capacidades, negando suas habilidades e abandonando sua própria existência para se conformar apenas com o que o outro considera correto, renuncia a sua identidade, o que corrobora com os resultados das entrevistas.

Da perspectiva de vida à perspectiva a violência

A experiência do câncer de mama e da violência, simultaneamente, faz com que as mulheres reavaliem sua situação de vida e deem novos significados a ela (Taylor-Brown et al, 2000). Porém, as participantes indicam uma menor perspectiva de vida, diante da vivência de uma violência, além de imaginarem que o tratamento seria diferente, caso não estivessem sofrendo violência:

“Ele me maltrata. Então, se eu tivesse uma vida mais tranquila, eu seria mais feliz. E também, eu teria vontade de continuar. E às vezes eu não tenho.” (Maria Flor, 28 anos, desempregada, preta).

“Eu tentava me colocar sempre em primeiro lugar. Mas, eu acho que teria sido tão mais leve... porque, eu já estava tão fraca!” (Jacira).

“(...) a gente que está doente, a gente quer se sentir bem, né? Quando ele vê que eu estou abatida, ele não me levanta. Então, as coisas poderiam ser diferentes. Eu poderia viver até mais alegre, sem eles. Porque... eu não vivo alegre.” (Belmira).

Ludermir (2008) destaca que os sintomas psicológicos encontrados nas mulheres que sofreram violência doméstica são: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade, além de comportamentos que causam prejuízo a vida como o uso de álcool e drogas ou tentativas de suicídio.

Estes estados emocionais, quando não são amparados, podem colaborar para ampliar as dificuldades no conflito à situação vivida e até desenvolver quadros psiquiátricos (Oliveira, 2007). Além disso, sentimentos de fragilidade emocional e desamparo afetam a saúde mental e reduzem a capacidade dessas mulheres de lidar com adversidades.

Portanto, é necessário levar-se em consideração que, para além do enfrentamento da doença, a carga emocional da violência se constitui como algo exaustivo o suficiente para que a mulher revise o desejo de seguir com o tratamento.

O impacto emocional intenso causado pela doença, juntamente com as mudanças significativas na rotina das mulheres e as perdas, tanto simbólicas quanto tangíveis, experimentadas ao longo do processo de adoecimento, são os principais desencadeadores de estresse, o que influencia diretamente no tratamento oncológico.

A falta e apoio dos familiares também foi narrada nas entrevistas:

“Ele mesmo (o marido), nunca deu atenção à doença. Nunca foi de chegar em casa e perguntar ‘como é que foi, está sentindo o que?’ Então, tudo isso eu guardo para mim, eu sinto as dores e guardo para mim. Se ninguém vai me ajudar?” (Belmira).

“Dele, eu não tive apoio nenhum. O apoio dele era chegar em casa bêbado, passava a noite toda falando, não me deixava dormir. Eu já estava tão arrasada, tão acabada.” (Ana).

“Eu procurava acompanhante e não achava. Primeiro que eu não podia pagar uma pessoa, e minha condição financeira... tudo é gasto, né? Eu não tinha esse apoio assim, para vir (para o hospital).” (Maria).

Muitas pacientes esperam que sua família seja a fonte de apoio mais valiosa durante o itinerário terapêutico do câncer. Além disso, a qualidade dos seus relacionamentos afeta a maneira como ela lida com o diagnóstico.

Assim, as participantes trouxeram em suas falas a violência como um assunto mais significativo que a doença:

“Era como se fosse uma situação maior do que a doença que eu estava enfrentando.” (Guilhermina).

“Logo quando recebi a notícia (do diagnóstico) foi um impacto, uma decepção e uma preocupação. Mas, o que me aflige, me machuca e me maltrata são outras coisas, não é nem tanto a enfermidade.” (Maria).

“Mas, eu não costumo falar tanto do câncer. Eu sei que é importante, mas eu costumo falar mais do problema da família” (Ana).

Algumas mulheres que sofreram violência são relutantes em buscar outras redes de apoio, pela idealização de que as pessoas do convívio doméstico é que deveriam realizar esse papel. Isso porque, o meio doméstico e mais especificamente, a família, é visto socialmente como um grupo social estável, que possui uma estrutura fixa (Campos & Matta, 2007).

Assim, a ideia de família é um espaço que acalma e que possui trocas recíprocas, refletida na escolha do cônjuge (Campos & Matta, 2007). O peso da “escolha” e a idealização da família tornam-se, portanto, algo mais doloroso que a doença, ainda que esta possua estigmas a respeito da morte. Cabe ressaltar que a violência não se encaixa apenas como falta de apoio, mas como um mecanismo ainda mais complexo que utiliza da força e da manipulação para impor poder sobre a mulher.

Nesse contexto, a tentativa ou ideação suicida também apareceram em algumas falas:

“Aí depois que me separei dele, eu tomei uma cartela toda de remédio, porque... assim... não tinha mais sentido, sabe?” (Jacira)

“Sofri tantos tipos de violência, que eu já tentei até... dar fim, em mim mesma, e tomei uma cartela de Diazepam.” (Ana)

A depressão é uma das principais consequências da violência conjugal para as mulheres, pois observa-se que as parceiras que continuam no relacionamento violento estão mais predispostas a desencadear a doença. Jacobucci e Cabral (2004) destacam sintomas associados à violência doméstica, tais como sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa autoestima e baixa autoconfiança.

Em análise sobre repercussões na saúde, Heise (1994) menciona um estudo do Banco Mundial que conclui que, em economias de mercado consolidadas, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física de mulheres de 15 a 44 anos são atribuíveis à violência de gênero. Assim, os impactos do estupro e da violência doméstica na saúde das mulheres, mundialmente, medidos dessa maneira, superam os efeitos de todos os tipos de câncer e são ligeiramente inferiores aos das doenças cardiovasculares.

Também é importante destacar os impactos culturais e religiosos da violência nas mulheres, pois, ainda que as entrevistadas verbalizem acerca da tristeza e a angústia dos conflitos vividos no ambiente doméstico, a figura de Deus aparece relacionada a um conformismo e passividade diante da situação:

“Boto na mão de Deus, vou fazendo meu tratamento e seja o que Deus quiser.” (Belmira)

“Estou vivendo até o dia que Deus quiser.” (Ana)

“Mas, eu tenho um Deus lá em cima. (...) a gente vai vivendo a vida, eu estou de pé.” (Maria)

De acordo com Góis (2008), as pessoas oprimidas criam estratégias de sobrevivência para enfrentar a realidade opressora. Além disso, esses indivíduos são portadores de potencialidades que podem ser enfraquecidas. Portanto, deve-se ter a mesma compreensão para identidade que é constituída de processos de mudança, mas que pode ser envolta por estratégias de cerceamento, como por exemplo, a partir de práticas de dominação masculina da identidade social estigmatizada da mulher.

Em estudos sobre pobreza e suas implicações sociais, Cidade, Moura Jr e Ximenes (2012), salientam que o papel social de crente em Deus como responsável por tudo seria uma estratégia de enfraquecimento da capacidade ativa do indivíduo, como também, de adaptação a essa realidade de opressão. Portanto, a fé religiosa, nesse contexto, dificulta a compreensão crítica da realidade e torna o ser humano passivo frente às adversidades vigentes, sendo o destino traçado pela fé, a submissão e a docilidade atos de obediência a Deus a partir do conformismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a violência doméstica seja um tema que vem se tornando cada vez mais notório diante de produções acadêmicas, do movimento feminista, da política e da mídia, o âmbito da saúde ainda encontra dificuldade em reconhecê-la como um problema de saúde pública. Além disso, a sociedade patriarcal e ainda machista que perpetua na atualidade dificulta o acesso e o acolhimento às mulheres que sofreram e sofrem violência doméstica.

Os estudos conduzem à conclusão de que a vivência da violência doméstica causa nas mulheres sintomas físicos e psicológicos que irão repercutir diretamente no itinerário terapêutico de uma doença potencialmente fatal e que implica em questões de feminilidade e sexualidade, como o câncer de mama. Assim, urge o reconhecimento e o amparo da pesquisa e do olhar, nos espaços de saúde, à categoria “violência”, a partir das intersecções de gênero, raça, geração e classe.

De acordo com os aspectos evidenciados, torna-se necessária a capacitação de profissionais da saúde para um atendimento especializado a essas mulheres, nos hospitais, visto que esse é um público que possui demandas específicas.

Para além da rede de apoio, também é necessário que os profissionais possam se reconhecer na rota de enfrentamento à violência. Porém, partindo-se do pressuposto que tal acolhimento e reconhecimento dependem de como os profissionais atribuem sentidos à violência e como estruturam suas práticas para seu acolhimento, faz-se imprescindível a inclusão da temática da violência na estrutura curricular dos cursos de saúde como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, visto a importância das especialidades explorarem o conhecimento na intersecção dos eixos temáticos: saúde da mulher, doenças e violências.

REFERÊNCIAS

- Barros, A. C. S. D., Barbosa, E. M., Gebrim, L. H., Anelli, A., Figueira Filho, A., & Del Giglio, A. (2001). Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. *AMB/CFM-Projeto Diretrizes*, 1-15.
- Campos, M. R. D. M., & Matta, G. C. (2007). *A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica*. EPSJV.

- Chor, D., & Lima, C. R. D. A. (2005). Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1586-1594.
- Cidade, E. C., Junior, J. F. M., & Ximenes, V. M. (2012). Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latinoamericano. *Psicologia Argumento*, 30(68).
- Cormanique, T. F., Almeida, L. E. D. F. D., Rech, C. A., Rech, D., Herrera, A. C. D. S. D. A., & Panis, C. (2015). Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. *einstein (São Paulo)*, 13, 352-356.
- Costa, W. A.; Monteiro, M. N.; Queiroz, J. F.; & Gonçalves, A. K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758-763.
- Delgado, M. L. (2021). A violência patrimonial contra a mulher nos litígios de família. *Conselho de Administração-Diretor Norte: Zeno Veloso (PA); Diretor Nordeste: Paulo Luiz Netto Lôbo (AL); Diretora Centro-Oeste: Eliene Ferreira Bastos (DF); Diretora Sul: Ana Carla Harmatiuk Matos (PR); Diretora Sudeste: Giselda Maria Fernandes Novaes Hironaka (SP); Comissões-Científica: Giselda Maria Fernandes Novaes Hironaka (SP); Vice: João Batista de Oliveira Cândido (MG); Direito das Sucessões: Zeno Veloso (PA); 1º vice: Tatiana de Almeida Rego Saboya (RJ); 2º Vice: Flavio Murilo Tartuce*, 99.
- Freire, M. E. M.; Costa, S. F. G.; Lima, R. A. G.; & Sawada, N. O. (2018). Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e5420016.
- Gandhi, S., Rovi, S., Vega, M., Johnson, M. S., Ferrante, J., & Chen, P. H. (2010). Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3), 343-353.
- Góis, C. W. D. L. (2008). Saúde comunitária pensar e fazer.
- Gonzalez, L. (2020). Por um feminismo afrolatinoamericano. 1a ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Guillaumin, C. (2014). Prática do poder e ideia de natureza. *Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu*, 27-100.
- Heise, L. (1993). Violence against women: the hidden health burden.
- Holanda Brito, P. K., de Farias Carneiro, A., Gadelha de Lima, M. A., Araújo Dantas, A. R., Alves Barbalho, I. L., & Costa Fernandes, M. (2022). Saberes e sentimentos de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3).

- Instituto Nacional do Câncer. (2022). *O que é câncer?* Instituto Nacional de Câncer - INCA. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/>. Acesso em 20 jun 2024.
- International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology-Pain. 2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>. Acesso em 20 jun 2024.
- Jacobucci, P. G., & Cabral, M. A. A. (2004). Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 215-215.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <http://www.opas.org.br/relatoriomundialsobre-violencia-e-saude>.
- Laguardia, J. (2004). O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, 14, 197-234.
- Leshan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. Grupo Editorial Summus.
- Lorde, A. (2019). *Irmã outsider: ensaios e conferências*. Autêntica Editora.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., & Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence against women*, 12(8), 715-731.
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 (3), 451-467.
- Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence against women*, 6(2), 178-197.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse: son image et son public*. Paris: PUF. Trsl by David Masey as Moscovici, Serge (2008). *Psychoanalysis: its image and its public*.
- Neme, C. M. B., & Kato, S. (2003). Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares*, 125-148.
- Neves, A. S. A. D. (2007). As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor: a caminho do "amor confluyente" ou o retorno ao mito do "amor romântico"? *Revista Estudos Feministas*, 15, 609-627.
- Nogueira, M. C., Guerra, M. R., Cintra, J. R. D., Corrêa, C. S. L., Fayer, V. A., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2018). Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.

- Oliveira, R. C. (2007). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*.
- Saffioti, H. (2015). *Gênero, patriarcado, violência*. Editora Expressão Popular.
- Salem, T. (2006). Tensões entre gêneros na classe popular: uma discussão com o paradigma holista. *Mana*, 12, 419-447.
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *Bmj*, 313(7072), 1599-1601.
- Sawin, E. M., Laughon, K., Parker, B. J., & Steeves, R. H. (2009). Breast cancer in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 686–692.
- Schiavini, J. M., & Garrido, I. (2018). Análise de Conteúdo, Discurso ou Conversa? Similaridades e Diferenças entre os Métodos de Análise Qualitativa. *Revista ADM. MADE*, 22(2), 01-12.
- Sheikhnezhad, L., Hassankhani, H., Sawin, E. M., Sanaat, Z., & Sahebihagh, M. H. (2023). Intimate partner violence in women with breast and gynaecologic cancers: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 79(4), 1211-1224.
- Simonetti, A. (2018). A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise. *Belo Horizonte: Artesã*.
- Stubbs, A., & Szoeki, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, (2), 1–16.
- Tausch, A. (2019). Multivariate analyses of the global acceptability rates of male intimate partner violence (IPV) against women based on World Values Survey data. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1155-1194.
- Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., & Dorval, M. (2000). Partner abandonment of women with breast cancer: myth or reality?. *Cancer practice*, 8(4), 160-164.