



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Jéssica Barreto dos Santos

Efeitos da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero

Rio de Janeiro

2022

Jéssica Barreto dos Santos

Efeitos da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Effects of domestic violence on the mental health of cisgender women.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237e Santos, Jéssica Barreto dos.
Efeitos da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero / Jéssica Barreto dos Santos. -- 2022.
92 f. : il. color. ; tab.

Orientador: Aldo Pacheco Ferreira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Violência Doméstica. 2. Violência contra a Mulher.
3. Saúde Pública. 4. Direitos Humanos. 5. Saúde Mental.
6. Pessoas Cisgênero. 7. Discurso do Sujeito Coletivo. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.74

Jéssica Barreto dos Santos

Efeitos da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 01 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro

Fundação Oswaldo Cruz – Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Prof.^a Dra. Patrícia Constantino

Fundação Oswaldo Cruz – Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho à Esmeralda, Kátia e Alessandra,
minhas mulheres preferidas no mundo.

AGRADECIMENTOS

Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou. Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa. E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma. Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de 'nós'. (Colcha de Retalhos - Cris Pizzimenti, 2013)

Cursar o mestrado em saúde pública durante a pandemia de COVID-19, certamente, foi uma das jornadas mais desafiadoras que eu vivi até hoje. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de algumas pessoas, que me acompanharam e foram essenciais para a realização de mais este sonho.

Primeiramente, minha gratidão especial ao Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira, o qual eu tive o imenso privilégio de ter como orientador. Muito obrigada por todo conhecimento compartilhado, pela dedicação ao ensinar, paciência, generosidade, competência, profissionalismo, e principalmente, agradeço por ter acreditado e depositado sua confiança em mim. Continuo a dizer que tê-lo como professor e orientador, foi o maior presente que pude receber nesta formação. Sem seu apoio e confiança, nada disso seria possível.

À Prof.^a Dra. Maria Helena Barros de Oliveira, mentora deste curso, que lutou incansavelmente para que pudéssemos realizar o sonho de cursar o Mestrado Profissional, meu muito obrigada. Sua força e competência me inspiraram a seguir em frente.

À toda coordenação do curso, que me deu o suporte necessário para o desenvolvimento deste trabalho. Especialmente à Prof.^a Dra. Diádney Helena de Almeida, com seus preciosos apontamentos e as sacudidas do maracá a cada etapa avançada, e Prof. Ernane Alexandre Pereira com seus incentivos e o sorriso lindo no rosto.

Também agradeço a todos as professoras e professores, que com tanto carinho, transmitiram seus conhecimentos e apontaram valiosos caminhos para esse estudo.

Agradeço aos meus amados pais Kátia e Almir, minhas raízes, que tiveram o árduo trabalho de me criar e educar em meio a tantas dificuldades, para que eu pudesse superar cada obstáculo e chegar até aqui, obrigada por estarem presentes quando eu preciso, por desejarem sempre o melhor para mim, e, principalmente, pelo imenso amor que vocês têm por mim.

À querida Alessandra, que eu tenho a sorte de ter como irmã e amiga, ela que me ajudou com a inscrição nas últimas horas do último dia, que acompanhou toda a trajetória desde a aprovação no processo seletivo, até a conclusão deste trabalho. Agradeço por você ser tão presente, por comemorar cada conquista ao meu lado, por sempre me incentivar e me inspirar com sua força. Obrigada pelas longas horas de escuta, atenção, conselhos preciosos e por tanto amor.

Aos meus avós Esmeralda e Lenilson, os amores da minha vida, obrigada pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia e atenção, pelo amor tão intenso, por todo apoio que me deram ao longo da vida, pelo incentivo e por se mostrarem sempre tão orgulhosos das minhas conquistas.

Ao meu amado companheiro Michael, que pacientemente me ouviu por longas horas, comemorou ao meu lado a cada etapa, que sempre acreditou em mim, que segurou firme na minha mão nos momentos de incerteza e insegurança, que diz todos os dias o quanto me ama e o quanto acredita nos meus sonhos. Obrigada pelo amor, companheirismo, pela enorme compreensão e generosidade.

Aos amigos que a Fiocruz me deu, digo que o universo foi muito generoso comigo ao permitir o encontro e por ter me presenteado com suas amizades, que deram forças para seguir. Compartilhamos tantas experiências, passamos por dificuldades acadêmicas e de saúde, muitas vezes tivemos medo, inseguranças e sentimento de sobrecarga, mas em todos estes, estivemos juntos. Nesses dois últimos anos, eu aprendi a amar vocês. Meu agradecimento é especialmente aos queridos Rainer Lopes, que como costumamos dizer, “é a minha versão masculina” no mundo, Alexandre Nascimento, uma das pessoas mais generosas que eu conheço, e Leandro Bittencourt, que me mostrou ser possível a amizade virtual.

*“Se todos os homens nascem livres, como se dá que as mulheres
nasçam escravas?”*

MARY ASTELL, 1700.

RESUMO

Este estudo reflete sobre a problemática histórica da violência doméstica que é praticada contra o gênero feminino. Com o advento da pandemia de COVID-19 e a recomendação de isolamento social como medida preventiva contra a infecção pelo coronavírus, a violência doméstica foi intensificada, haja vista que as vítimas precisavam estar isoladas com seus agressores e com menores chances de acesso à rede de suporte. O objetivo geral foi investigar os efeitos da violência doméstica na saúde mental de mulheres cisgênero heterossexuais na procura do serviço de emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ. Para tal, foram analisados prontuários clínicos de atendimentos à mulheres vítimas de violência doméstica por parte de seus companheiros, através do instrumento de análise de dados, Discurso do Sujeito Coletivo de Lefevre & Lefevre. Após a leitura sistemática dos prontuários, foram estabelecidas expressões-chave e ideias centrais de cada discurso individual, que se constituíram em 12 categorias. A partir das categorias dos discursos presentes nas representações sociais estabelecidas, construímos três macro categorias – 1. dominação pelos companheiros; 2. adoecimento psíquico em decorrência da violência doméstica; 3. agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19, que correspondem a uma representação coletiva, o discurso do sujeito coletivo. Observamos que o contexto de violência doméstica, acarreta graves implicações na saúde mental das mulheres que vivenciam e que o isolamento social impediu contatos socioafetivos com pessoas que poderiam fornecer algum suporte. Dessa forma, há de se considerar que o hospital, foi a única alternativa para as participantes da pesquisa, pedirem ajuda. Contudo, a ausência de articulações com redes assistenciais e de proteção à mulher, fez com que os atendimentos se limitassem ao tratamento de sintomas psíquicos. Sugerimos que seja elaborado um protocolo de atendimento para mulheres vítimas de violência doméstica em situação de adoecimento psíquico, em articulação com a rede de assistência social e proteção à mulher, para garantia dos devidos encaminhamentos, e a construção de uma rede de cuidado e proteção de maneira integral.

Palavras-chave: Discurso do Sujeito Coletivo, Violência Doméstica, Violência contra as Mulheres, Saúde Pública, Direitos Humanos.

ABSTRACT

This study reflects on the historical problem of domestic violence that is practiced against the female gender. With the advent of the COVID-19 pandemic and the recommendation of social isolation as a preventive measure against infection by the coronavirus, domestic violence was intensified, given that the victims needed to be isolated with their aggressors and with less chance of access to the health network. Support. The general objective was to investigate the effects of domestic violence on the mental health of heterosexual cisgender women in the search for the emergency service of the Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ. To this end, clinical records of assistance to women victims of domestic violence by their partners were analyzed through the data analysis instrument, Discourse of the Collective Subject by Lefevre & Lefevre. After systematically reading the medical records, key expressions and central ideas of each individual speech were established, which consisted of 12 categories. From the discourse categories present in the established social representations, we built three macro categories – 1. domination by companions; 2. psychological illness as a result of domestic violence; 3. worsening of domestic violence during the COVID-19 pandemic, which correspond to a collective representation, the discourse of the collective subject. We observed that the context of domestic violence has serious implications for the mental health of women who experience it and that social isolation prevented socio-affective contacts with people who could provide some support. Thus, it must be considered that the hospital was the only alternative for the research participants to ask for help. However, the absence of articulations with assistance and protection networks for women meant that the assistance was limited to the treatment of psychic symptoms. We suggest that a care protocol be developed for women victims of domestic violence in situations of psychological illness, in articulation with the social assistance and protection network for women, to guarantee the proper referrals, and the construction of a care and protection network for women in an integral way.

Keywords: Discourse of the Collective Subject, Domestic Violence, Violence Against Women, Public Health, Human Rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Macrocategorias de análise (MAC), Discurso do Sujeito Coletivo	48
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2018.....	27
Tabela 2 - Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2019.....	28
Tabela 3 - Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2020.....	29
Tabela 4 - Categorias dos discursos presentes nas Representações Sociais	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAM	Centro Especializado de Atendimento à Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-X	Classificação Internacional de Doenças – décima versão
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DEP	Departamento de Ensino e Pesquisa
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
HPJ	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel De Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRI	Serviço de Recepção e Intercorrência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA HISTÓRIA RECORRENTE.....	17
4. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	22
5. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES	30
6. PERCURSO METODOLÓGICO	35
6.1. MÉTODO DE PESQUISA.....	35
6.2. SUJEITOS.....	36
6.3. CAMPO	37
6.4. FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS	38
6.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
7. RESULTADOS	41
8. DISCUSSÃO.....	49
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA - DEP NITERÓI/RJ.....	63
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/ENSP – Nº 5.238.646.....	64
ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.....	76

1. INTRODUÇÃO

*“Ô moça, ontem eu tava caminhando
Perto daquela praça e um homem me parou
E me deixou marcas
Mas não eram de batom
Não eram de batom
E eu não sou a culpada
Pelo estupro, a pedrada
Pelo meu sangue que vaza
Pela minha pele que racha”*
(Música: *Disque Denúncia*, Nina Oliveira, 2019)

A presente pesquisa elabora sobre a problemática histórica da violência que é praticada contra o gênero feminino e implicações na saúde mental das vítimas, que foram intensificadas durante o período de pandemia da COVID-19.

Para este primeiro momento definiremos, grosso modo, gênero¹ como a construção social do masculino e feminino. E antes de prosseguirmos, cabe discutir o conceito de violência.

Os moradores do Rio de Janeiro ou até mesmo aqueles que vêm fazer turismo, saberiam elucidar bem esse conceito, pois ou foram alcançados por alguma forma de violência ou têm, algum caso a relatar de pessoas do seu convívio. As pessoas habituaram-se tanto com atos violentos que, por exemplo, quando alguém é assaltado e tem seus pertences roubados, observa-se nas pessoas à sua volta ou até mesmo na própria vítima, um discurso de gratidão pelo fato de não ter sido ferido ou morto. O entendimento popular apoia-se num conceito de ruptura de integridade física da vítima, ou seja, numa violência palpável.

De acordo com Saffioti (2015), iremos tratar violência como a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima, seja ela: física, psicológica, sexual, moral, patrimonial.

Observa-se que apenas a psicológica e moral situa-se fora do palpável. Ainda assim, caso adoeça a vítima, como pode ocorrer – e ocorre com certa frequência –, ela torna-se palpável.

Além das ações que promovem a violação da integridade, também iremos considerar como violência contra mulher, segundo Cortes (2020), qualquer tipo de omissão, baseada na desigualdade de gênero, que cause sofrimento e dano físico, psicológico, sexual, bem como,

¹ Mais adiante esse conceito será discutido.

prejuízos no âmbito patrimonial e moral da vítima, que não estão ligados apenas ao uso da força física, mas também a qualquer ato de submissão, culturalmente introduzido nas relações de gêneros, no qual o homem comporta-se como ser dominante, colocando a mulher como inferior.

Compreendemos que toda manifestação de violência, seja qual for a forma assumida, é também violência psicológica e moral. Isso porque, em decorrência da dominação – expressa em atos repressores, proibições, agressões (físicas e verbais), humilhações e ameaças –, mulheres tem graves prejuízos em sua saúde e vida social e imensuráveis comprometimentos psicológicos. E não raros, em muitos casos, o resultado final de um processo de violências reiteradas que permeou toda a vida da vítima, a morte pelo seu parceiro.

Neste trabalho, nos atemos a discorrer sobre a violência doméstica, que ocorre numa relação afetiva no âmbito privado.

É importante ressaltar que não se trata de um problema único e individual de cada mulher que vivencia, mas de um fenômeno social, uma questão de Saúde Pública. Por este motivo, em 07 (sete) de agosto de 2006 (dois mil e seis), foi sancionada a Lei 11.340 (Maria da Penha), que dispõe de mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A mesma afirma no seu artigo 2º que:

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006).

E no artigo 3º, assegura às mulheres,

“[...] as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2006).

Além de dispor de diversas medidas de prevenção, assistência e proteção à mulher em situação de violência doméstica e familiar. Com a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) houve uma visibilidade significativa no que diz respeito à violência contra a mulher, devido ao uso de estratégias para tentar reprimir os atos de agressões domésticas. Todavia, isso não tem sido suficiente para reduzir ou paralisar as ações machistas e misóginas em nossa sociedade.

Com base nesse interesse de estudo e inquietações, emergiram duas questões norteadoras que mobilizaram tal pesquisa, sendo a primeira: Qual demanda das mulheres

cisgênero heterossexuais que sofrem violência doméstica na procura do serviço de emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba? E a segunda: Qual efeito produzido pela violência doméstica na saúde mental de mulheres cisgênero neste sítio de estudo?

A COVID-19 apresenta fácil mecanismo de transmissibilidade, onde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) os números de pessoas acometidas pela patologia no país, em maio de 2021 já passavam de 15 milhões, tendo mais de 420 mil óbitos no país, o que refletia uma alta morbimortalidade. A ressalva é que esses dados poderiam estar abaixo das condições reais no país, pois havia subnotificações, já que a testagem para COVID-19 não era executada em massa e devido a atrasos nas publicações dos dados; além desses fatores, naquela data, havia lentidão no processo de vacinação dos grupos prioritários. Na atual conjuntura, em janeiro de 2022, com o avanço da vacinação tem-se um acumulado com mais de 25 milhões de casos confirmados e mais de 620 mil óbitos no país (BRASIL, 2022).

A partir da experiência empírica da autora, foi observado, no cotidiano de trabalho no setor de emergência psiquiátrica, após o advento da pandemia de COVID-19, um aumento no número de casos de mulheres em busca de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico com queixas de adoecimento psíquico em detrimento a situações de violência em ambiente privado², compreendemos que a vida dessas mulheres vítimas é diretamente afetada, causando-lhes adoecimento.

Portanto, se faz necessário analisar e discutir a demanda que chega à emergência psiquiátrica, uma das principais portas de entrada para tais questões de saúde mental no município de Niterói. Dentre as relevâncias para esse estudo, reside a análise e reflexão das muitas demandas das mulheres vítimas de violência doméstica e, as possibilidades e limites das equipes que conduzem os atendimentos e articulações.

Os possíveis benefícios desta pesquisa para seus participantes e/a sociedade, são:

- 1) Aumentar a visibilidade social para o adoecimento psíquico em decorrência a situações de violência em ambiente privado;
- 2) Possibilitar a ampliação da rede de suporte às vítimas;
- 3) Propiciar a reflexão de profissionais de saúde mental, acerca da demanda de mulheres vítimas de violência doméstica, para garantia de cuidado e proteção de maneira integral.
- 4) Produzir material científico sobre o tema, a fim de contribuir para novos estudos.

²Mesmo que esse aumento não resulte no aumento de denúncias de violência doméstica, conforme citado por Ornell et al. (2020) e Campos; Tchalekian; Paiva (2020).

2. OBJETIVOS

Para responder as perguntas que levaram a construção dessa pesquisa, consideramos os seguintes objetivos:

2.1. OBJETIVO GERAL

Investigar os efeitos da violência doméstica na saúde mental de mulheres cisgênero heterossexuais na procura do serviço de emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói–RJ.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apontar os determinantes binarismo, colonialismo e patriarcado, acerca da violência doméstica;

Enunciar a demanda de violência doméstica a partir de casos que demandaram atendimento no SRI no período da pandemia;

Analisar, a partir das anotações dos prontuários, de que modo a experiência de sofrimento psíquico se relaciona à vivência de violência doméstica de mulheres cisgênero heterossexuais nesse sítio de estudo;

Discutir a experiência de atendimento de casos de violência doméstica às mulheres.

3. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA HISTÓRIA RECORRENTE

Gênero é um determinante social importante, que de acordo com Zanello (2019), deveria ser levado com consideração nas análises e compreensão dos processos. No entanto os estudos realizados sob essa perspectiva são, até o momento, incipientes.

O conceito de gênero tem sido cada vez mais abordado dentro dos diferentes ramos da ciência psicológica, mesmo que ainda seja tratado, de forma geral, apenas como uma variável, geralmente confundida com o sexo biológico, e não como um eixo estruturante de estudo sobre as relações sociais. (JESUS; GALINKIN, 2015, p. 90).

A sociedade brasileira foi estruturada pela lógica binária de gênero, onde tornar-se pessoa se traduz em tornar-se homem ou mulher.

Não se trata de negar que existem diferenças (pois elas existem aos montes, mesmo entre duas mulheres ou dois homens), mas antes, de apontar como e porque exatamente essas diferenças foram tomadas de uma determinada forma, para justificar espaços sociais de maior ou menor empoderamento. Ou seja, a diferença foi traduzida em oposição e desigualdade (ZANELLO, 2018, p. 44).

Laqueur, a partir do pensamento de Catharine Mackinnon, argumenta que,

Gênero é a divisão de homens e mulheres causada “pelas exigências sociais, que institucionalizam a dominação sexual masculina e a submissão sexual feminina”. O sexo – que vem ser a mesma coisa – são relações sociais “organizadas para que o homem possa dominar e a mulher submeter-se” (LAQUEUR, 2001, p.24).

Desta maneira, as relações sociais, se dão a partir deste enquadramento de gênero, e implicam sempre em relações de poder, de privilégios, de maior ou menor prestígio.

Compreendemos que a principal razão da prevalência da violência contra a mulher é o eminente contexto em que se configura o patriarcado, e a hierarquia em que as mulheres são submetidas, em uma condição de inferioridade para com homens, promovendo dominação e exploração.

O patriarcado “denota uma estrutura de poder político disfarçado em sistema de diferença natural” [...], a divisão de trabalho emocional sugere que aos homens é interpe-lada a individualização e a autonomia, ou a independência; já às mulheres, a ligação e o cuidado, ou seja, a interdependência. (ZANELLO, 2018, p.32).

É importante ressaltar que, todas as vezes que utilizamos o termo “patriarcado” no

decorrer deste trabalho, estamos nos referindo a um sistema gênero/sexo no qual há uma forma específica de domínio masculino (e não necessariamente da figura paterna). Como aponta Pateman, abandonar o termo “patriarcado” representaria a perda pela teoria política feminista do único conceito que se refere especificamente à sujeição da mulher e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens (1993, p.39 *apud* ZANELLO, 2018, p. 32).

Neste ponto da discussão, é conveniente fazermos uma incursão no aspecto sexual, apêndice da teoria do contrato, apresentada pela cientista política Carole Pateman, onde é apontado que a nova sociedade civil criada através do contrato original é uma ordem social patriarcal.

A dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original. O contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição. O contrato original cria ambas, a liberdade e a dominação. A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido da liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela como o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato.

A liberdade civil não é universal – é um atributo masculino e depende do direito patriarcal. [...] O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é social no sentido de patriarcal – isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres –, e também sexual no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens ao corpo das mulheres. O contrato original cria o que chamarei, seguindo Adrienne Rich, de ‘lei do direito sexual masculino’. O contrato está longe de se contrapor ao patriarcado: ele é o meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno (PATEMAN, 1993, p.16-17).

De acordo com a ideia patriarcal, defendida por muitos, de que o contrato social difere do contrato sexual, sendo o segundo restrito à esfera privada, o patriarcado não diz respeito ao mundo público ou, pelo menos, não tem para ele nenhum interesse. Contudo, a forma como o poder patriarcal, suas relações e hierarquias estão estruturados, acometem toda a sociedade. De maneira que esses direitos patriarcais atravessam não apenas a sociedade civil, mas penetra também o Estado.

Saffioti, que discutiu o tema em seu livro, aponta que,

Ainda que não se possa negar o predomínio de atividades privadas ou íntimas na esfera da família e a prevalência de atividades públicas no espaço do trabalho, do Estado, do lazer coletivo, e, portanto, as diferenças entre público e privado, estão estes espaços profundamente ligados e parcialmente mesclados. Para fins analíticos, trata-se de esferas distintas; são, contudo, inseparáveis para a compreensão do todo social (SAFFIOTI, 2015, p. 57).

A teoria de Pateman diz que o contrato social é precedido por um contrato de ordem

sexual que supõe a subordinação das mulheres, e nos ajuda a pensar, por exemplo, sobre as longas horas de trabalho doméstico não remunerado e de cuidado cotidianamente realizado pelas mulheres e como isso se relaciona com as expectativas sobre o papel da mulher no mundo ocidental. “A liberdade civil, depende do direito patriarcal” (PATEMAN, 1993, p. 19).

Segundo Silva e Meira (2020, p.2),

O patriarcado está diluído na sociedade, práticas patriarcais e a escassez de igualdade entre gêneros estão presentes nas escolas, no ambiente acadêmico, no mercado de trabalho, na mídia, no esporte. Todavia, é no ambiente residencial que o patriarcado mostra sua face mais maléfica. É no ambiente distante de intervenções de terceiros que a cultura patriarcal cria um cenário de violência ao corpo e moral feminina, bem como, promove o silêncio mais eficaz da vítima sobre tais atos (SILVA; MEIRA, 2020, p.2).

Todos os dias, mulheres são vítimas de agressões, humilhações e mortas em razão da lógica patriarcal. A prática de violência é promovida em razão do “descumprimento” de papéis construídos do gênero feminino. A constituição social do “ser mulher” acarretou a elas o lugar de fardo e subserviência, pois:

Desde a antiguidade e ao longo da Idade Média e da Idade Moderna, filhas mulheres eram indesejáveis, pois não serviam à perpetuação da linhagem paterna e ao serviço pesado da lavoura e do pastoreio; só para os trabalhos domésticos, pouco lucrativos e, portanto, inferiores. Os casamentos eram decididos pelo pai, que tinha o dever de ofertar um dote ao esposo como compensação pelo encargo de manter e sustentar, a partir dali a mulher que tomava por esposa. Da subserviência à figura paterna a mulher passava diretamente à submissão e obediência ao marido (HERMANN, 2007 *apud* SANTOS, 2018, p.8).

Nessa perspectiva, mulheres foram historicamente educadas para reproduzir comportamentos mais passivos e dóceis. “As mulheres fazem parte de um dos grupos que sofrem com a discriminação por ser considerado minoritário e frágil, sendo esta uma forma de violência, a qual emerge do preconceito de uma sociedade que violenta a mulher [...]” (ROCHA, 2010 *apud* SANTOS, 2018, p. 13), a relação subalterna que a mulher se encontra, a coloca como um corpo passível de sofrer violência.

A visão dualista que se colocam homens (provedor, forte, ativo) e mulheres (cuidadora, frágil, submissa) em nossa sociedade contribuiu para a desigualdade social entre os gêneros. E é nesse contexto que Saffioti (2004) defende que a violência é uma ação que tem por objetivo dominar/subordinar o outro.

No Brasil, a violência contra as mulheres é histórica e colonial. Zanello (2018), nos mostra a influência da colonização portuguesa na propagação do patriarcado.

O século das luzes (XVIII) teve forte impacto nas pretensões de avanço colonizador afetivo tanto da Igreja quanto do Estado, sobretudo em países com maior índice de pessoas letradas, o que não foi o caso de Portugal, país responsável pela colonização do Brasil. A influência cultural portuguesa trouxe, justamente por ser um dos países mais atrasados no avanço do letramento de seus cidadãos na Europa, e pela força e influência política da Igreja Católica daí recorrentes, um moralismo extremo para o nosso país (ZANELLO, 2018, p. 63).

A Igreja, defensora da hierarquia do matrimônio, propagava a mentalidade patriarcal e machista.

Se, de um lado, ao homem era dada certa liberdade sexual, marcada pela poligamia consentida (pecado perdoável e até esperado), houve forte controle da sexualidade feminina. A mulher ideal, para casar, era aquela tida como pura, generosa, fiel e assexuada. Nela, valorizava-se como “capital” matrimonial o recato e virgindade. Além disso, deveria ser obediente (submissa) ao marido e provedora de um amor que inspirasse apenas a ordem familiar.

Já em relação aos homens, os valores apregoados eram outros. O que lhes era exigido era o *status*, os bens e o nome de família. [...] o desejo sexual era um direito exclusivo deles, devendo ter as esposas o papel da submissão. Além disso, mesmo sendo considerado um pecado, os homens podiam satisfazer necessidades com outras mulheres, fora do casamento (ZANELLO, 2018, p.64 e 65).

O adultério masculino foi naturalizado, compreendido como um problema de ordem extintiva da natureza do homem, enquanto o feminino, de vexame, desonra e crime, muitas vezes resolvido pela morte da própria mulher.

Por via de regra, naquela época, os adultérios eram praticados com mulheres negras, por razões que podemos observar até nos dias atuais.

A misoginia racista da sociedade colonial as classificava como mulheres fáceis, alvos naturais de investidas sociais, a quem se podia ir direto ao assunto sem causar melindres. Não à toa, existia à época o seguinte ditado popular: “branca pra casar, mulata pra foder e negra pra trabalhar” (ZANELLO, 2018, p. 65 e 66).

Uma pesquisa de genoma realizada para descobrir o “DNA” do povo brasileiro constatou que 70% das mães que deram origem à população brasileira são africanas e indígenas, mas 75% dos pais são europeus³. O Brasil se formou pela cultura do estupro de mulheres negras e indígenas. A razão matemática da pesquisa nos transporta aos anos da colonização portuguesa no Brasil. O estupro de mulheres negras e indígenas escravizadas era o padrão colonial. Dessa

³<https://www.hypeness.com.br/2020/10/brasil-e-nacao-construida-em-estupro-de-mulheres-negras-e-indigenas-por-brancos-europeus-aponta-estudo/>

forma, mesmo com a implementação da Lei Maria da Penha e que seu descumprimento seja configurado crime, tendo pena de “detenção, de 3 (três) meses a 2 (dois) anos” (BRASIL, 2006), essa penalização não tem sido o bastante para evitar que as agressões aconteçam. É preciso mudar uma cultura social do estupro que foi fundamentada no patriarcado ocidentalizado, na colonização e com a benção da igreja cristã.

Mesmo com as medidas protetoras pelo Estado elaboradas em lei, pode-se observar que houve aumento significativo da violência contra a mulher e do resultado final desta: o feminicídio. Este configura-se como o assassinato de mulheres cometidos em razão do gênero, “um crime de ódio baseado no gênero que vem se registrando durante muito tempo cujos praticantes, em sua maioria, são ex ou os atuais companheiros das vítimas” (SUNDE et al., 2021, p.56).

Apesar da entrada em vigor da Lei Maria da Penha, a taxa de homicídios de mulheres teve um aumento expressivo, o que levou “o poder público a sancionar pela Lei 13.104/2015 (em março de 2015), a Lei do Feminicídio [...] classificando-o como crime hediondo e com agravantes quando acontece em situações específicas de vulnerabilidade: gravidez, menor de idade, na presença de filhos, entre outras” (SOUSA, 2016 *apud* SUNDE et al., 2021, p. 67).

A lei do feminicídio chega como mais uma tentativa do Estado de proteger as mulheres. Ela tem sido substancial para reconhecer e dar visibilidade à violência de gênero, historicamente naturalizada e silenciada. Entretanto, como já apontamos, o poder de disciplina, de força e de punição não é o bastante para mudar comportamentos e valores engendrados na sociedade pela cultura patriarcal. “Embora seja um dos países onde as mulheres mais morrem, o Brasil foi um dos últimos países na América Latina a criar uma lei específica sobre o feminicídio e o que determinou as penas mais brandas”, afirmou Maia (MAIA, 2019 *apud* SUNDE et al., 2021, p.63).

4. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

O lar, espaço no qual as mulheres deveriam sentir-se seguras, se configura como principal cenário das muitas formas de violência de gênero. Nesse espaço, são cometidos abusos e violências de modo indiscriminado e, que muitas vezes, permanecem invisíveis por ocorrerem no âmbito doméstico.

A violência doméstica se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque o macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim o determina (SAFIOTTI, 2015, p.90).

A pandemia desencadeada pela transmissão do novo coronavírus, agente da doença COVID-19, que causa a síndrome respiratória aguda grave e apresenta alto índice de letalidade, chegou ao Brasil em fevereiro de 2020. E nesse período, vieram também as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de medidas para reduzir a velocidade de transmissão do vírus. A principal medida preventiva contra a infecção pelo coronavírus é o isolamento social.

No entanto, a permanência das pessoas por longo período em isolamento domiciliar, tem ampliado a ocorrência de atos violentos, considerando o período de instabilidade emocional e econômica da pandemia, que chega ao Brasil num contexto de crise política, econômica e sanitária.

Nem sempre a residência se faz um ambiente seguro para a mulher, haja vista que nesse espaço ela possui um maior contato com seu agressor, menores chances de acesso às delegacias especializadas e um contato reduzido com terceiros que poderiam lhe ouvir e auxiliar (SILVA; MEIRA, 2020). É o cenário ideal para controlar o comportamento violento a portas fechadas. A OMS alerta que a violência contra a mulher vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19 (BRASIL, FIOCRUZ, 2020).

A estratégia de isolamento social, considerada essencial para contenção do avanço da pandemia, tem se colocado como potencializador da violência doméstica para muitas mulheres.

Conforme aumentam os casos de contaminação, há uma decorrente lotação nos serviços de saúde, de maneira geral, que estiveram voltados a responder as urgências clínicas decorrentes da pandemia. Serviços estes que “poderiam ser porta de entrada para receber essa demanda (violência doméstica), entretanto, com o advento da pandemia torna-se uma barreira [...], em virtude de os serviços de saúde estarem respondendo às demandas da COVID-19” (CORTES et al., 2020, p.4).

No que diz respeito ao aumento de casos de violência, a diretora executiva da ONU

Mulheres, descreve em seu artigo sobre uma pandemia crescendo nas sombras, isto porque, atinge milhões de mulheres em diversos países (MLAMBO-NGCUKA, 2020 *apud* SILVA; MEIRA, 2020). É importante ressaltar que o convívio constante e restrito decorrente do isolamento social não se apresenta como razão do aumento de violência contra mulheres e sim como um fator que agrava a violência já existente antes mesmo do vírus (ALENCAR et al., 2020 *apud* SILVA; MEIRA, 2020).

Entretanto, já era de se imaginar que um longo período de isolamento domiciliar tenderia a agravar esta situação, em um país que foi construído a partir de um modelo colonizador, marcado por desmedida violência contra a mulher, herdeiro de uma cultura escravocrata e com um histórico de atitudes machistas e patriarcais. Se o combate à violência doméstica já era uma situação complexa, diante do novo contexto de pandemia, torna-se ainda mais difícil garantir a devida proteção às mulheres.

Sampaio (2020) questiona que além da nossa dificuldade social em relação a cultura do estupro, nossa contextualização do patriarcado e a pandemia de COVID-19, o Brasil apresenta como seu principal líder político um homem que possui em seu discurso a reprodução do machismo e da misoginia. A economista começa seu texto citando algumas frases ditas pelo atual presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro:

Ela não merece (ser estuprada) porque ela é muito ruim, porque ela é muito feia, não faz meu gênero, jamais a estupraria.

Entre um homem e uma mulher jovem, o que o empresário pensa? Poxa, essa mulher está com aliança no dedo, daqui a pouco engravida, seis meses de licença-maternidade.

Foram quatro homens. Na quinta eu dei uma fraquejada e veio uma mulher.

Tem mulher apanhando em casa. Por que isso? Em casa que falta pão, todos brigam e ninguém tem razão (SAMPAIO, 2020, p. 301).

Diante da violência verbal extraída do discurso do presidente e da materialização desse discurso no cotidiano, Sampaio nos apresenta dados:

Vivemos em um país que possui uma das maiores taxas de feminicídio do mundo, onde, segundo dados oficiais de 26 Estados e do Distrito Federal, no ano de 2019 uma mulher foi morta por feminicídio a cada sete horas, representando um total de 1.314 mulheres naquele ano (SAMPAIO, 2020 p. 303).

É neste cenário tangível, material e assustador, que seguimos com um presidente “que faz apologia ao estupro, que diz que as mulheres devem receber menos do que os homens

porque elas engravidam, que se refere à sua filha como uma “fraquejada” e que, na terrível pandemia pela qual o mundo está passando, diz que tem mulher apanhando em casa porque é preciso trabalhar” (p. 303). Diante da condição histórica na qual todos estamos imersos, na cultura ocidental que é machista e patriarcal, da dificuldade de se fazer cumprir leis no Brasil, e com o isolamento social devido a pandemia de COVID-19, o Brasil torna-se de modo geral um local de estudo de caso de como a violência contra a mulher pode se intensificar a partir do discurso.

Discurso, como já sinalizamos, que se materializa. Somente em 2020, no início da pandemia de COVID-19 têm-se:

No Rio de Janeiro, por exemplo, no final de março já se registrava um aumento de 50% nos casos de denúncias de violência doméstica. Segundo a Coordenadora de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Flávia Nascimento, apesar da dificuldade, algumas mulheres agredidas estão conseguindo acessar os serviços de denúncia disponibilizados online. Em São Paulo, uma matéria na Folha de São Paulo, em 15 de abril, indicou que o número de feminicídios no Estado dobrou em menos de um mês de quarentena em relação ao mesmo período do ano passado (SAMPAIO, 2020, p. 306-307).

Possivelmente, durante o período COVID-19, os sinais de uma cultura que coloca o trabalho produtivo masculino sobre o trabalho reprodutivo feminino estejam mais evidentes. A divisão de gênero do trabalho tem o poder de ordenar tarefas, espaços e desejos - para os homens, o público e tudo o que acrescenta ao poder pessoal e econômico; para as mulheres, o privado, que visa cuidar das pessoas e atividades de manutenção da vida com um símbolo de inferioridade e subordinação. E nessa hierarquização social, às mulheres “resta” a opressão e violência.

A representação e manutenção desta realidade é consistente com a construção do gênero, processando-se através do ciclo de signos, padrões e práticas sociais, que definem os diferentes lugares e possibilidades de existência, pensamento e comportamento de cada um. Portanto, as expectativas das mulheres para as suas trajetórias de vida são fortemente marcadas pela família, enquanto a jornada dos homens é repleta de atitudes corajosas, desenvolvimento físico e exposição pública, com base no incentivo à competição pela vitória e conquista (CORTES et al., 2020).

Desse ponto de vista, dividir o espaço do trabalho doméstico e compartilhar as atividades domésticas, para os homens, significa que eles perderam sua autoridade e masculinidade na forma como concebem o trabalho doméstico, pois é invisível e gratuito, por isso é desvalorizado pela sociedade. E mais uma vez observamos os discursos se

materializando: o lugar do homem e da mulher. Além do confinamento e da perda de liberdade, em uma pandemia, os homens se envolvem em tarefas que não são ensinados a dominar ou admirar, e de repente se veem na “obrigação” de construir esses caminhos com suas parcerias, o que gera desconforto e problemas de interação. Inicialmente, isso não seria um problema, mas com a crise econômica e financeira, o desemprego bateu à porta de muitas famílias gerando instabilidade nas relações sociais.

O desemprego pode simbolizar uma ameaça ao ganha-pão e muitas vezes é interpretado pelos homens como uma perda de poder vinculada a imagem do provedor e isso pode desencadear comportamentos violentos.

Safiotti (2015) diz que a violência doméstica pode aumentar em função do desemprego. O papel de provedor das necessidades materiais da família é, sem dúvida, o mais definidor da masculinidade. Perdido esse status, o homem se sente atingido em sua própria virilidade, assistindo à subversão da hierarquia doméstica.

Segundo a autora,

O poder apresenta duas faces: a da potência e da impotência. As mulheres são socializadas para conviver com a impotência; os homens – sempre vinculados à força – são preparados para o exercício do poder. Convivem mal com a impotência. Acredita-se ser no momento da vivência da impotência que os homens praticam atos violentos, estabelecendo relações deste tipo. Há numerosas evidências nesta direção. Por esta razão, formula-se a hipótese, baseada em dados parciais, de que a violência doméstica aumenta em função do desemprego (SAFIOTTI, 2015, p. 89).

Como resultado, as tensões sociais, emocionais e econômicas causadas pela pandemia aumentam o risco de violência para parceiros íntimos, especialmente se combinadas com o distanciamento social. A vulnerabilidade da mulher na perspectiva de distanciamento social é agravada por algumas condições: o tempo é maior em relação à convivência com o agressor, as dúvidas sobre o futuro; o medo de ficar doente, a redução da renda levando em conta que muitas principalmente as de classes menos favorecidas, vivem do trabalho informal, a sobrecarga feminina com o trabalho doméstico, além do contato social da vítima com amigos, colegas de trabalho e familiares reduzidos, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, são algumas das razões que ocasionaram o aumento da violência doméstica nos últimos meses (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

Mas pandemia atinge as famílias de forma desigual, dependendo de marcadores sociais como gênero, cor da pele, etnia, faixa etária, renda e estrato social (MELO et al., 2020) e como a mulher é socialmente aceita como recebedora de violência, ela é a mais afetada. E com a

vigilância constante do seu parceiro e potencial agressor, a mulher não consegue, ao menos, liberdade para pedir ajudar.

Melo et al. (2020) escrevem:

No Brasil, o aumento da violência contra a mulher, ao longo do primeiro mês da pandemia, também tem sido noticiado. Ao mesmo tempo, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública reportou diminuição dos registros de boletins de ocorrência por violência doméstica nos primeiros dias de isolamento. Porém, os números de feminicídios apresentam crescimento, indicando o aumento da violência doméstica e familiar (MELO et al., 2020, p.11).

Cortes et al (2020) nos mostram que apesar do aumento dos casos de violência doméstica pelo parceiro,

[...] houve queda no registro de boletins de ocorrência no país na pandemia. Isto evidencia que, por mais que as mulheres estejam em situação de maior vulnerabilidade, encontram dificuldades para formalizar queixa contra os agressores, o que contribui para a permanência da mulher na situação de violência. Embora esses registros possam ter reduzido, os feminicídios apresentaram crescimento, indicando a violência doméstica e familiar em ascensão” (CORTES et al., 2020, p.2).

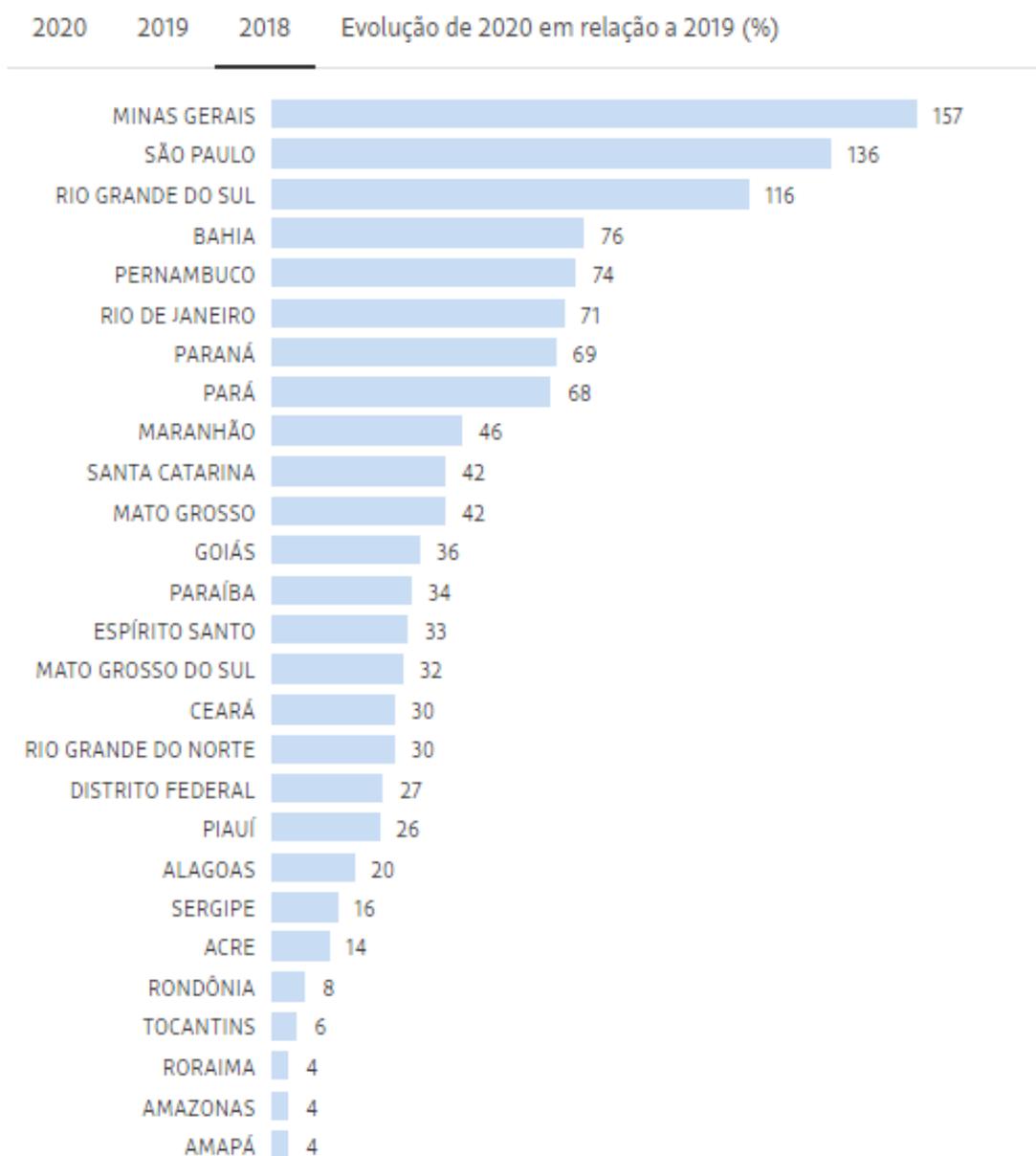
Diante do exposto, torna-se evidente que as medidas legais no Brasil e no mundo não foram e não são suficientes para proteger mulheres da cultura do patriarcado que se reverbera nas muitas formas violências.

As mulheres, na conjuntura do distanciamento social afastam-se cada vez mais de pessoas que poderiam ajudá-las e intensifica-se sua proximidade com o agressor. Neste sentido, observamos o maior número de feminicídios e redução no número de denúncias de agressão à mulher.

Podemos afirmar categoricamente que a pandemia de COVID-19 intensificou a violência doméstica e a violência às mulheres. Os dados resgatados pela Folha de São Paulo nas Secretarias de Segurança Pública dos 26 estados e do Distrito Federal mostram que em relação a 2019 houve uma alta de 2% no feminicídio, mas a violência contra as mulheres cresceu em níveis mais intensos no Centro-Oeste (alta de 14%) e no Norte (alta de 37%). Na região Sul, houve uma queda de 14%, no Nordeste registrou aumento de 3% e no Sudeste queda de 3%.

Observemos as tabelas 1, 2 e 3, estas mostram o feminicídio durante os anos 2018, 2019 e 2020 corroborando nossa contextualização sobre o fato.

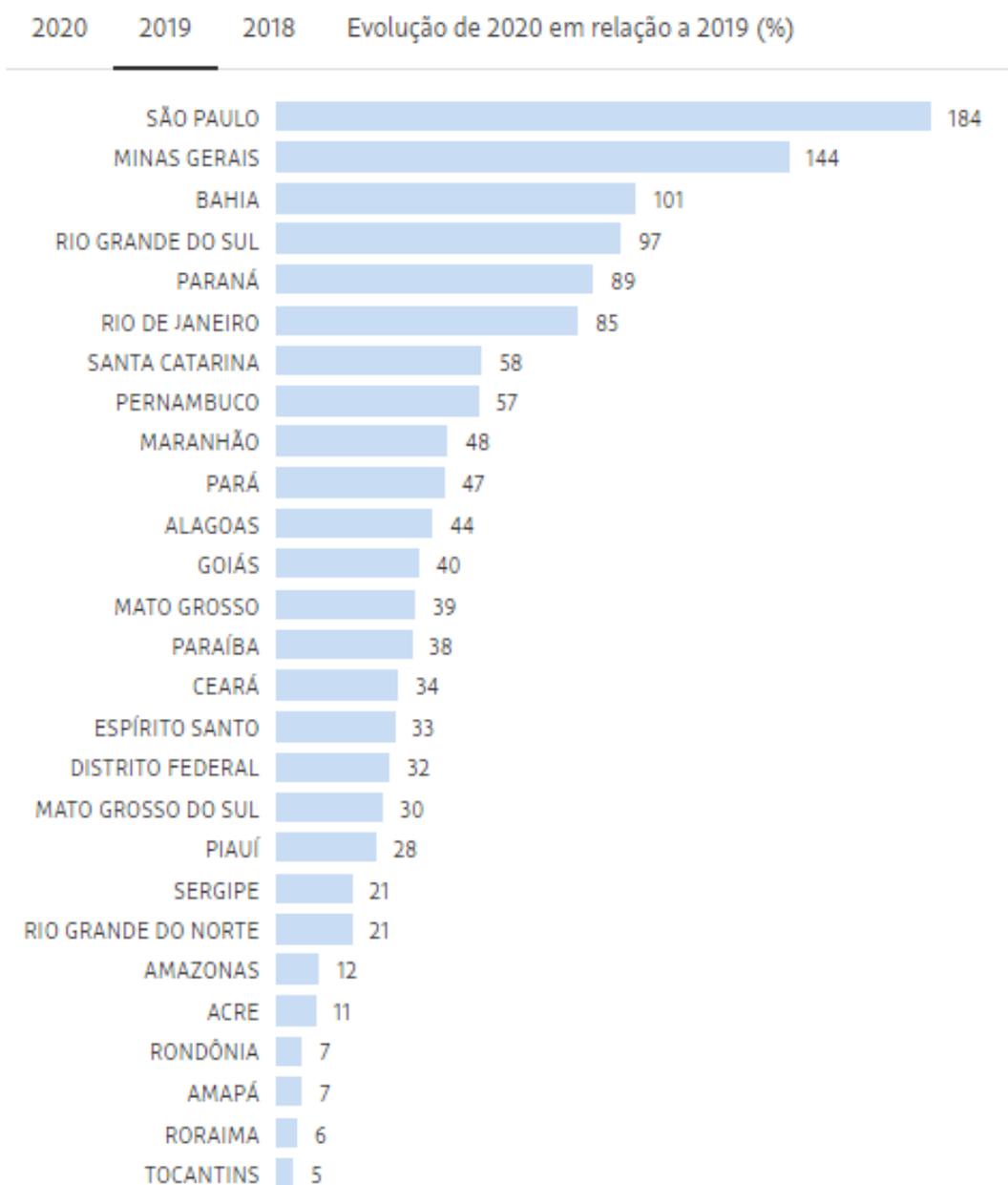
Tabela 1: Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2018.



Fonte: Secretarias de Segurança Pública dos estados.

disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/06/brasil-registra-1338-feminicidios-na-pandemia-com-forte-alta-no-norte-e-no-centro-oeste.shtml>

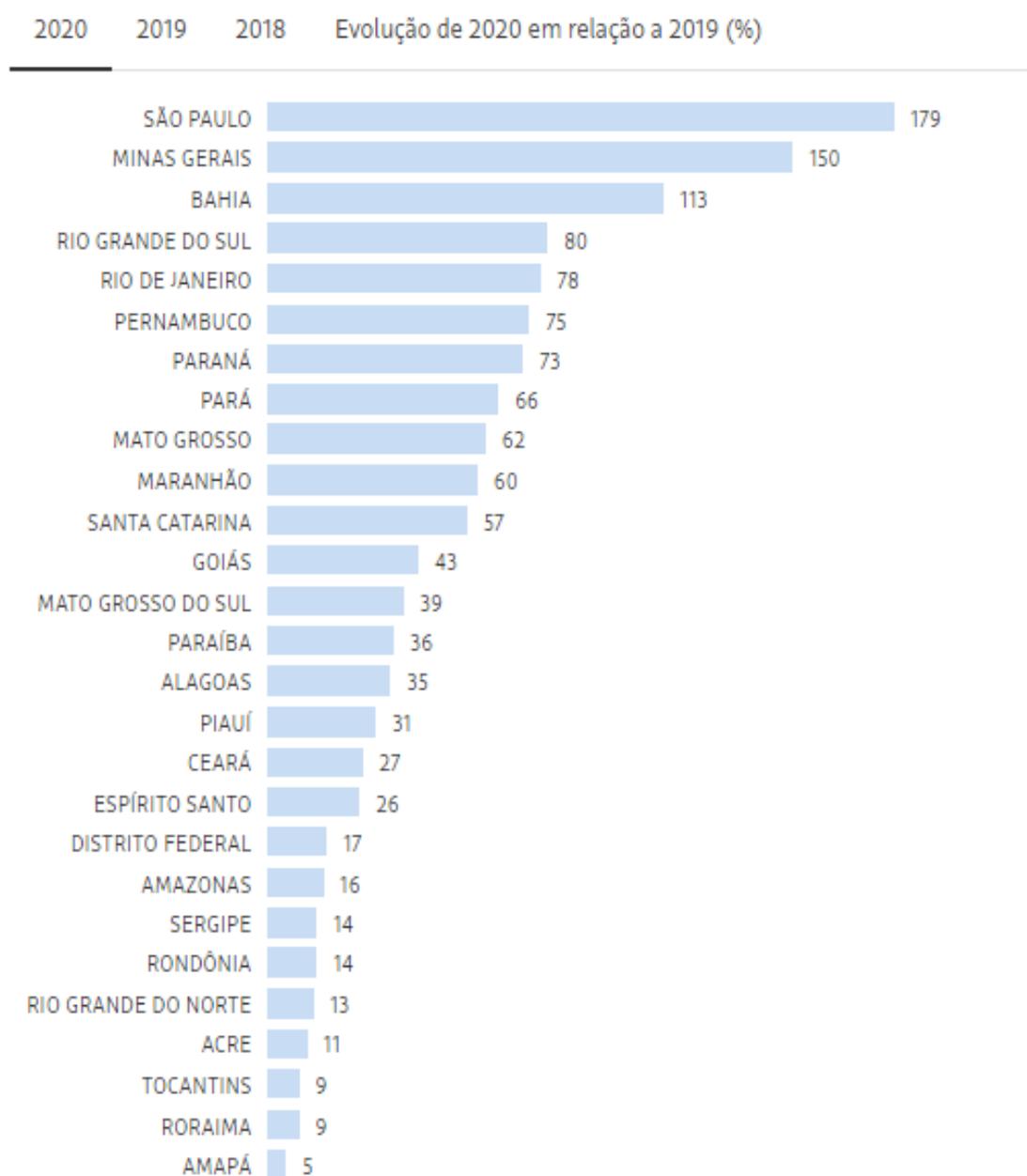
Tabela 2: Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2019.



Fonte: Secretarias de Segurança Pública dos estados.

disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/06/brasil-registra-1338-feminicidios-na-pandemia-com-for-te-alta-no-norte-e-no-centro-oeste.shtml>

Tabela 3: Registros oficiais de feminicídio no Brasil, 2020.



Fonte: Secretarias de Segurança Pública dos estados.

disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/06/brasil-registra-1338-feminicidios-na-pandemia-com-forte-alta-no-norte-e-no-centro-oeste.shtml>

5. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES

As consequências adversas do isolamento social (quarentena) sobre a saúde mental abarcam desde sintomas depressivos e de ansiedade à suscetibilidade ao estresse pós-traumático em decorrência de mudanças drásticas na rotina e restrição da mobilidade (MAZZA et al., 2020).

As primeiras evidências sugerem que o isolamento social de longo prazo e outras medidas restritivas durante uma pandemia podem exacerbar o sofrimento psicológico, agravar os sentimentos de insegurança, solidão e desamparo. Doenças, falta de consciência das perspectivas de tratamento e instabilidade econômica afetaram a economia global (SANTOS; OLIVEIRA; OLIVEIRA-CARDOSO, 2020).

Para além das mudanças econômicas, fruto das perdas irreparáveis de vidas humanas, a dificuldade de crer no futuro, a pandemia materializa-se pelo aumento significativo de relatos relacionais a saúde mental. Algumas reações⁴ comuns para todos durante a pandemia pode ser exemplificado por:

- Medo de ficar doente e morrer;
- Evitar de procurar um serviço de saúde por outros motivos, por receio de se contaminar;
- Preocupação com a obtenção de alimentos, remédios ou suprimentos pessoais;
- Medo de perder a fonte de renda, por não poder trabalhar, ou ser demitido;
- Alterações do sono, da concentração nas tarefas diárias, ou aparecimento de pensamentos intrusivos;
- Sentimentos de desesperança, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento;
- Raiva, frustração ou irritabilidade pela perda de autonomia e liberdade pessoal;
- Medo de ser socialmente excluído ou estigmatizado por ter ficado doente;
- Sentir-se impotente em proteger as pessoas próximas, ou medo de ser separado de familiares por motivo de quarentena/isolamento;
- Preocupação com a possibilidade de o indivíduo ou de membros de sua família contraírem a COVID-19 ou a transmitirem a outros;
- Receio pelas crianças em casa não receberem cuidados adequados em caso de necessidade de isolamento;

⁴Essas reações podem ser consultadas aqui: <https://bvsmms.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-COVID-19/>

- Risco de deterioração de doenças clínicas e de transtornos mentais prévios ou, ainda, do desencadeamento de transtornos mentais;
- Risco de adoecimento de profissionais de saúde sem ter substituição adequada;
- medo, ansiedade ou outras reações de estresse ligadas a notícias falsas, alarmistas ou sensacionalistas, e mesmo ao grande volume de informações circulando.

Essas questões afetam homens e mulheres, no entanto, como já discutimos, as mulheres se tornaram reféns de seus companheiros ou ex-cônjuges. O cenário de violência deixa mais que lesões físicas, há um dano imensurável no estado emocional das mulheres que vivenciam. O que pode propiciar o surgimento de transtornos psiquiátricos, considerando a interface complexa entre mente, corpo, meio social e cultura. “Os transtornos psiquiátricos refletem o resultado de interações, entre os processos biológicos e o meio social, mediadas por mecanismos psicológicos sobre a trajetória de desenvolvimento de uma vida humana” (ZANELLO, 2018, p. 29).

As atitudes violentas vindas do parceiro, pessoa que deveria ocupar o lugar de confiança na vida da mulher, faz com que a capacidade dela de confiar em outras pessoas seja reduzida, dando lugar ao silenciamento social e adoecimento psíquico o que pode culminar em graves consequências que “atingem além da sua saúde física e mental a sua subjetividade e as consequências se refletem na sua vida emocional e afetiva” (GOÉS, 2019, p. 23633).

De acordo com Cabral (2008):

As consequências dessa brutalidade são devastadoras, causando complicações na vida social e psicológica dessas mulheres, as suas manifestações podem ser percebidas imediatamente ou demorar tempo para se apresentar. Sendo assim, o adoecimento mental provoca sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa autoestima, diminuição da autoconfiança, ansiedade, angústia, irritabilidade, depressão, sentimento de incapacidade, abuso de álcool e outras drogas, síndrome do pânico, fobias, sensação de vazio, levando-as a não perceber e nem desenvolver a autoeficácia (CABRAL, 2008 *apud* SANTOS, 2018, p.11).

O dano causado na saúde mental da vítima faz com que ela não consiga quebrar o ciclo estabelecido de reiteradas violações. O medo de se expor e a culpa por não conseguir dar um fim no ciclo de violência, muitas vezes, pode fazer com que a vítima se cale, tornando-se incapaz de pedir ajuda à terceiros, sejam familiares, amigos ou pessoas da comunidade, que acompanhem sua vida familiar.

Saffioti (2002) nos alerta que há ainda um agravante no que diz respeito ao comportamento social, que legitima esses atos e não incentivam o fim do ciclo de violência,

Quando uma mulher está sendo vítima de violência doméstica[...] raras exceções a incentivam a findar a relação com o agressor, haja vista que há presente no amago social o ideário de preservação da entidade familiar, que é fundamentado no fato de que o homem ao mesmo tempo que é o agressor é também quem “protege” o lar, seja moralmente e/ou financeiramente (SAFFIOTI, 2002 *apud* SILVA; MEIRA, 2020, p. 6).

Ao longo dos anos, pode-se observar um avanço, ainda que lento e nem sempre eficaz, das medidas de segurança para mulheres vítimas de violência doméstica, como por exemplo, a Lei Maria da Penha, que já foi mencionada anteriormente neste trabalho. Com o advento da pandemia, medidas de segurança estão sendo disponibilizadas por meio de canais digitais, como telefone e internet. Contudo, tais iniciativas, pensadas afim de garantir a segurança da mulher contra violência e ao mesmo tempo evitar a exposição ao coronavírus, escancaram ainda mais, uma das principais barreiras no acesso, as desigualdades sociais.

Pode-se afirmar que há um fator crucial que, além de dificultar a vida de parte da sociedade em diversas circunstâncias, impedem muitas pessoas de usufruírem, por questões financeiras que barram o acesso, à essas medidas impostas (recursos digitais). Esse fator, nada mais é que a desigualdade social, muito presente na sociedade brasileira e que impossibilita muitas pessoas, nesse caso em específico as mulheres, ao acesso aos meios tecnológicos e digitais (SAFFIOTI, 2002, p. 13).

Mas retornando ao âmbito da saúde mental das mulheres que sofrem violência doméstica, nosso objetivo é analisar a partir de prontuários como essa violência atua. Já sabemos que as consequências da violência são devastadoras causando complicações na vida social e psicológica das mulheres. Importante destacar que as manifestações dessa violência podem ser percebidas imediatamente ou demorar algum tempo para se apresentar. A depressão costuma ser uma das causas mais comuns de adoecimento mental deste século, e as mulheres, em depressão podem desenvolver um “modo automático” de vida, se aliar ao abuso de medicamentos e drogas ilícitas ou cometer suicídio. Para Huss “a depressão marca a vida das vítimas de violência, atingindo cerca de 83% (oitenta e três por cento) das mulheres em relacionamentos abusivos, chegando a ter um risco de suicídio cinco vezes maior do que as mulheres que não vivem tal realidade” (HUSS, 2011, p. 251).

A depressão costuma ser o principal obstáculo ao quadro clínico das mulheres vítimas de violência psicológica na vida conjugal, mas também é uma importante comorbidade relacionada a outras doenças mentais. Pessoas que convivem esse tipo de sofrimento mental devido à violência doméstica têm características psicológicas muito semelhantes, como sentimentos inadequados de desespero, desprezo por si mesmas como pessoa e até mesmo

culpam a si mesmas por suas próprias doenças ou problemas de outras pessoas (CABRAL, 2008 *apud* SANTOS, 2018, p.13).

Essas características foram observadas entre mulheres mexicanas e porto-riquenhas que vivem nos Estados Unidos (FERRER et al., 2004). Para os autores, há relação direta entre violência doméstica e depressão, afirmam que

[...] Cerca de 33% das mulheres vítimas de assassinatos nos Estados Unidos são assassinadas por seus companheiros. Paralelamente, existem outros problemas que surgem da violência doméstica e que, se não causam a morte, têm um alto impacto na saúde física e psicossocial das mulheres, assim como de toda família. Quando se refere à saúde psicológica, as observações se realizam sobre os efeitos psicológicos causados pelo estresse emocional que a violência doméstica pode gerar, sendo a mais significativa delas, a depressão (FERRER et al., 2004, p. 26-27)

Patrícia Jacobucci (2004) em sua dissertação analisou mulheres que sofreram violência em seu espaço doméstico e constatou que, entre aquelas que mantinham o vínculo conjugal após os atos violentos, os níveis e a severidade da depressão se mostraram mais intensificados e a presença de traços de personalidade (traços esquizoides, introversão/extroversão) também foram mais prevalentes entre elas.

Sônia Rovinski (2004), psicóloga e professora pesquisadora apontou, em sua pesquisa que resultou em livro, que mulheres que apresentam elevado índice de transtornos emocionais são vítimas de violência. Dentre esses transtornos destaca-se a depressão, a ansiedade e os transtornos de estresse pós-traumático, sejam em vítimas criminais ou em vítimas da relação conjugal. Entretanto, a autora chama atenção de que mulheres que sofreram violência conjugal apresentam maiores escores de depressão em relação àquelas que sofreram algum tipo de abuso sexual. Isso pode ser explicado por “estarem constantemente sendo submetidas à situação de violência” (ROVINSKI, 2004, p. 154).

A vista disso, podemos afirmar que o adoecimento mental e a violência doméstica possuem laços estreitos e as pesquisas têm evidenciado isso. Tem se apresentado que mulheres vítimas de violência, principalmente no âmbito doméstico, têm um maior risco de adoecimento e de maior morbidade, mas ainda continuam silenciando a violência, mascarando a depressão, o medo, as fobias, o não enfrentamento e convivendo cotidianamente com o próprio ser que as viola.

Diante da pandemia, esse quadro se agravou, e algumas limitações de acesso a ajuda, seja ela qual for, fizeram essas mulheres sofrerem ainda mais. Dificuldade de acesso a rede de saúde foi umas grandes barreiras no início da pandemia. Por isso, reforça-se a importância de

um suporte de saúde, que faça rede com outros dispositivos de cuidado e garantia de direitos. Até mesmo porque no atual cenário pandêmico, a rede de saúde pode ser uma das únicas acessadas pelas mulheres em situação de fragilidade.

Os profissionais que atuam nas políticas públicas têm papel estratégico na prevenção das violências e podem ser os únicos a terem contato com as pessoas vulneráveis neste momento de pandemia. Por isso, é importante estar atento para as diferentes expressões da violência e as estratégias de cuidado disponíveis durante as possíveis fases da pandemia, a fim de possibilitar o acolhimento e a escuta, viabilizando a ajuda e formando uma rede de apoio (FIOCRUZ, 2020).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 MÉTODO DE PESQUISA

O método do estudo é do tipo qualitativo descritivo-analítico e sua abordagem foi feita através do estudo de caso de uma instituição de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.

O método qualitativo se aplica aos estudos das relações humanas assim como ao estudo das percepções. Como afirma Minayo (2012, p, 44), “a pesquisa qualitativa trabalha o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. De acordo com a mesma autora, a pesquisa qualitativa se propõe a explorar um fenômeno desconhecido ou parcialmente conhecido. O elemento principal da pesquisa são palavras e ideias. O investigador parte desse processo uma vez que as informações são obtidas a partir da narrativa e de sua interpretação individual sobre o fenômeno estudado. O raciocínio que orienta o pesquisador é dialético-indutivo e a análise começa desde a coleta dos dados. A pesquisa depende do que o objeto demanda e a resposta ao objeto depende das perguntas dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Minayo (2012) continua informando sobre as premissas em Análise Qualitativa, quais sejam: conhecer os termos estruturantes; definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo; delinear as estratégias de campo; dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa; ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las; ordenar e organizar o material secundário e o material empírico incluindo as informações e observações de campo; construir a tipificação do material recolhido no campo; exercitar a interpretação de segunda ordem; produzir um texto fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível; assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

Minayo (2006) também esclarece sobre estudos de caso quando cita Goode; Hatt (1969, p. 422) ao argumentar que o estudo de caso é “um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado”. A autora destaca que é com o fito de entender as situações-chave no desdobramento de determinada intervenção que utilizamos estudos de caso. Sistematiza os objetivos da abordagem dos estudos de caso resumindo-os da seguinte forma:

- 1) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; 2) permitir um exame detalhado dos processos organizacionais ou relacionais; 3) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos e 4) apresentar modelos de análise replicáveis

em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decorso do trabalho de campo e nas análises o investigador trabalhar com tipificações” (MINAYO, 2006, p. 55).

De fato, ao escolher essa metodologia estamos interessados na singularidade das análises dos prontuários, mas acredito que os resultados de um trabalho como esse não são úteis apenas para o campo escolhido. Minayo (2006) avança dizendo que o estudo de caso permite utilizar estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação em questão. Ressalta, também, que tal abordagem permite gerar conhecimento sobre características significativas do evento que nos interessa.

6.2 SUJEITOS

Na presente pesquisa, trabalhamos com dados qualitativos, desta forma, o procedimento metodológico consistiu na análise de prontuários de mulheres cisgênero heterossexuais que relataram terem sido acometidas por adoecimento psíquico decorrente da violência doméstica sofrida por parte do parceiro. Não foram pesquisados casos de mulheres transgênero ou cisgênero com orientação sexual diferente de heterossexual.

Essas mulheres foram atendidas no espaço-tempo que compreende janeiro de 2021 à junho de 2021, período da pandemia de COVID-19, no Serviço de Recepção e Intercorrência - SRI, do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - HPJ, situado em Charitas, Niterói – RJ, onde buscaram atendimento.

Foram incluídos na pesquisa, prontuários de mulheres cisgênero heterossexuais de idade adulta (entre 18 a 59 anos) que:

- 1) mantém convivência conjugal heterossexual com os companheiros, residindo na mesma casa;
- 2) moram no município de Niterói;
- 3) tem descrito no prontuário do HPJ, o diagnóstico/hipótese diagnóstica de depressão (CID-X: F32 e F33⁵), tendo em vista que a depressão atinge 83% das mulheres em

⁵CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10, publicado pela Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um manual com diretrizes diagnósticas e tratamento para doenças orgânicas e transtornos mentais, como a depressão, classificada nos códigos: F32 – episódios depressivos e F33 – transtorno depressivo recorrente.

relacionamentos abusivos, como já mencionado anteriormente neste trabalho; e,

4) fazem tratamento na rede pública de saúde mental de Niterói.

Os critérios de exclusão foram:

1) não morar na mesma residência que o parceiro;

2) morar em outros municípios, que não seja Niterói;

3) ter diagnóstico/hipótese diagnóstica diferente de depressão; e,

4) fazer tratamento na rede privada.

6.3 CAMPO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, inicialmente, foram levantados 11 casos de mulheres com relato de violência doméstica, que buscaram atendimento na emergência do HPJ, no período que compreende a pesquisa. A partir desta informação, foi aplicado critérios de inclusão e exclusão, que nos levou a selecionar os 3 prontuários. Importante ressaltar que o recebimento de 11 casos, no período de cinco meses, é um grande número, considerando que o SRI não é um serviço específico para essa demanda.

O SRI funciona como serviço de emergência 24 horas, possui leitos para casos com indicação de observação e conta com trabalho de articulação com a rede de saúde mental (ambulatórios e CAPS), de assistência social e atenção básica de Niterói, sendo considerado a principal porta de entrada dos casos na saúde mental, para situações de urgência e emergência, visto que o município ainda não conta com CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial) e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais. Por se tratar de uma emergência porta aberta, os pacientes podem acessar por meios próprios, ou através de serviços auxiliares de urgência e emergência médica, como o SAMU e ambulância do Corpo de Bombeiros. O atendimento é feito por equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, médicos psiquiatras, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos, residentes de psiquiatria e multidisciplinares, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo o primeiro acolhimento feito por médico psiquiatra e psicólogo, podendo ser acompanhado por residentes das respectivas categorias profissionais. A avaliação da equipe é seguida de discussão dos casos para articulação dos encaminhamentos cabíveis. Assim, exposto, o trabalho se formou a partir de questionamentos da autora, surgidos durante a experiência de trabalho no SRI.

Dessa maneira, compreendendo que a saúde mental dessas mulheres foi afetada pela violência domésticas e com o intuito de melhor investigar essa situação-caso experienciada no município de Niterói, buscamos realizar a pesquisa.

6.4 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os prontuários, utilizou-se como principal instrumento de análise dos dados a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014), como uma forma de ordenar dados qualitativos dos discursos.

O DSC é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisas empíricas, neste caso, dos prontuários. Nesta metodologia as opiniões e/ou expressões individuais que apresentam “sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 503).

Trata-se de uma proposta de análise de um conteúdo verbal, do qual são extraídas as ideias centrais, expressões chaves e ancoragens para a construção do discurso do sujeito coletivo.

Os prontuários selecionados, continham relatos de atendimentos de mulheres vítimas de violência doméstica por parte do parceiro. Essas narrativas foram pré-escolhidas pela autora deste trabalho, com intuito de desenvolver teoricamente sua hipótese de dissertação construída a partir de sua experiência enquanto profissional de psicologia. Neste sentido, foi feito um relato auto narrativo da experiência enquanto psicóloga e a análise dos prontuários, a fim de agrupar e reconstituir, em categorias de sentido, os discursos provenientes dos prontuários. Dentro desta metodologia, os discursos foram utilizados como base para enunciar um esquema sociocognitivo em macro escala, neste caso, de uma sociedade fundada no patriarcado e no machismo. O intuito foi buscar nas narrativas se elas corroboram (ou não) para a hipótese em tela. Para Lefevre; Lefevre (2014), as categorias:

São esquemas sócio cognitivos, ou seja, modos socialmente compartilhados de conhecer, ou representar e interagir com o mundo e a vida cotidiana, presentes nos atores sociais de uma dada formação social e que revelam consciência possível de tais atores em determinado momento histórico (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 503).

O que nos levou a considerar as representações sociais como esquema sociocognitivo. Assim, metodologicamente, as representações sociais podem ser entendidas como sínteses próximas da empiria, reconhecíveis.

A coleta de dados para análise dos prontuários, se deu nas seguintes categorias de informações:

- 1) Dados demográficos das pacientes: município de moradia, idade, gênero, estado civil e com quem reside.
- 2) Informações sobre o tratamento: sintomas que relatou, diagnóstico, local de tratamento (se faz acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde mental do município de Niterói).
- 3) Informações do atendimento: data, categoria profissional da equipe que conduziu o atendimento, conduta (prescrição, internação, alta, encaminhamento).
- 4) Identificação de falas das pacientes que contenham conteúdo de vivência de violência doméstica.

A partir da análise dos prontuários, traçamos o perfil baseado no DSC. O DSC é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisas empíricas, neste caso, dos prontuários. Nesta metodologia as opiniões e/ou expressões individuais que apresentam “sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 503).

O diferencial da metodologia do DSC:

É que a cada categoria estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 503).

Desta forma, foi possível tratar dos relatos das mulheres com o machismo estrutural no qual nos dedicamos teoricamente para estabelecer as conexões entre o modelo de sociedade patriarcal e a violência contra as mulheres. Para Lefevre; Lefevre (2014), as histórias coletivas refletem ou carregam códigos narrativos socialmente compartilhados, assim sendo:

É possível com os conteúdos e os argumentos dos diferentes depoimentos que apresentam sentido semelhante, construir, na primeira pessoa do singular, uma narrativa verossímil, ou seja, uma história aceitável para um indivíduo culturalmente equivalente aos pesquisados. Enquanto depoimentos coletivos e narrativas socialmente compartilhadas os DSCs traduzem o modo como as representações sociais são “metabolizadas” por uma sociedade, um grupo, uma cultura determinada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 504).

6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo, que em sua proposta metodológica prevê como uma das etapas o acesso de prontuários clínicos, foi submetido primeiramente à Divisão de Ensino e Pesquisa (DEP) da rede de saúde mental de Niterói, situada no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde recebeu aprovação (ANEXO 1).

A DEP é o setor considerado ponto focal da rede de atenção psicossocial do município de Niterói, que coordena todos os programas de ensino e acompanha todas as pesquisas desenvolvidas nos diferentes serviços e dispositivos da rede de saúde mental do município de Niterói/RJ.

Em janeiro/2022 o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), recebendo aprovação de acordo com o Parecer 5.238.646 (ANEXO 2).

Os dados dos prontuários, só foram utilizados, após autorização do CEP/ENSP e garantimos que foram tomados todos os cuidados éticos necessários para o uso.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 (ANEXO 3).

7. RESULTADOS

Dentre as participantes escolhidas, observa-se que todas são mulheres cisgênero heterossexuais e residem com seus companheiros. Duas, das três mulheres, moram em regiões de comunidade estabelecidas no município de Niterói-RJ. Estão dentro da faixa etária de 35-53 anos, duas possuem estado civil casada, uma em união estável e atualmente duas estão desempregadas. Todas fazem tratamento ambulatorial na rede pública de saúde mental de Niterói-RJ.

Após a leitura sistemática dos prontuários, foram estabelecidas expressões chaves (ECH) e ideias centrais (IC) dos discursos enunciados pelas mulheres em seu contato com os profissionais que a atenderam. A tabela 4 apresenta as Categorias dos discursos presentes nas Representações Sociais das entrevistadas.

Tabela 4: Categorias dos discursos presentes nas Representações Sociais. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ. 2022.

IDEIAS CENTRAIS - Categorias	N
a) Chegou à emergência acompanhada do companheiro	3
b) Sente-se presa ao relacionamento	3
c) O companheiro possui ciúme excessivo	3
d) Possui histórico de tentativa de suicídio	3
e) Sentimento de tristeza, angústia e culpa	3
f) Insônia	3
g) Companheiro usuário de álcool e drogas e intensificou o uso durante a pandemia de COVID-19	3
h) Sofre violência psicológica e moral	3
i) Sofre violência física	3
j) Sofre violência sexual	2
k) Relaciona o adoecimento psíquico com a violência doméstica	3
l) Identificou agravamento da violência durante a Pandemia de COVID-19	3

As ECH e IC de cada discurso individual constituíram-se em 12 categorias coletivas, ou seja, discursos individuais que se reverbera nas três falas expostas nos prontuários. Como sinalizado por Lefevre, “o DSC é um método de processamento de dados verbais para dar à luz a opiniões coletivas” (LEFEVRE, 2017, p.23). Dessa forma, estabelece-se ideias centrais – as primeiras impressões das Representações Sociais (RS), enquanto categorias temáticas, e grandes temas gerais, que refletem um DSC, neste caso, um discurso patriarcal.

A seguir, serão apresentados os resultados baseados nos discursos referentes às suas respectivas categorias:

a) Chegou à emergência acompanhada do companheiro, categoria em que todas as participantes estão inseridas. Mulheres que chegam para pedir ajuda para situação de violência doméstica, por meios próprios, acompanhadas pelos próprios agressores, sem a escolha delas. “Ir acompanhada do agressor” foi apontada como a única maneira de conseguir chegar até o hospital para pedir ajuda. Pode-se ratificar nas seguintes falas: “era melhor vir com ele, do que não poder vir, eu não posso sair sozinha para lugar nenhum”; “ele não sabe e nem pode saber que estou contando isso tudo, ele pensa que só vim pegar remédio”. Além da dominação expressa em “mulher minha não sai sozinha”, a desconfiança e o medo de serem denunciadas, são observados como alguns dos motivos desses companheiros agressores irem até o hospital com as mulheres. Por exemplo: “chegou acompanhada do companheiro, que queria entrar na consulta sem o consentimento da paciente, precisando de uma intervenção da equipe” (retirado do prontuário).

b) Sente-se presa ao relacionamento: dentre as 12 categorias elencadas, é a que possuiu maior conteúdo exposto nos discursos daquelas que participam da pesquisa. Essa fala, expressa um enunciado passivo de como essas mulheres se veem dentro do relacionamento. Essa premissa, deixa explícito, que no momento em que foi dito, elas não viam uma saída de uma situação de violência. Em situações de violência doméstica, como essa, é comum esse comportamento coletivo. Para Oliveira (2012), existe uma submissão histórica das mulheres e seu anulamento como um sujeito de direitos. Dessa forma, seus discursos enunciam a mesma questão coletiva: medo e opressão como única alternativa de sobrevivência.

Neste sentido, observamos um retrato real de como é viver em uma relação violenta e com a falsa sensação de liberdade. A categoria integra uma variação de comportamentos e sentimentos que culminam em uma sensação emocional de prisão, incluindo sentimento de dependência e impossibilidade de sair da relação, mesmo que tendo desejo e tendo reconhecido

todos os danos causados por esta. Além de prisões subjetivas, existem proibições concretas que são impostas pelos agressores e que reforçam a “prisão no relacionamento”. Exemplo disso são as falas sobre a proibição de sair de casa sem a presença do companheiro: “ele me proíbe de fazer tudo, não posso nem ir na rua”; “quando ele não vai atrás de mim, manda alguém pra me vigiar”; “a última vez que fui na casa da minha filha sem ele, ele foi me buscar lá, me bateu e depois me deixou trancada em casa”. Outro exemplo, é a proibição de sair da relação observada nas seguintes situações: “ele me bateu e picotou meu cabelo todo, contra a minha vontade, quando eu disse queria o divórcio”; “eu não posso me separar, ele vai atrás de mim e nem sei o que pode acontecer”.

c) O companheiro possui ciúme excessivo: todas as participantes relataram viver em uma relação permeada pelo ciúme, que inicialmente se apresentava na forma de cuidado e proteção, e após algum tempo, deteve o controle de tudo que envolvia a vida social delas: "ele me proíbe de fazer tudo, não posso ir na rua, por causa de ciúmes", "ele tem ciúme até dos meus filhos". Esse comportamento, é aprendido na infância e reforçado ao longo da vida, por uma sociedade que associa ciúme à cuidado e amor, e defende a narrativa de que "só sente ciúme quem ama". Nessa Representação Social (RS), o ciúme aparece como uma tentativa de justificar os atos de repressão, tanto para os homens agressores (que dizem não conseguir controlar esse sentimento), como para a maioria das mulheres participantes, onde esse discurso se apresenta numa tonalidade de compreensão do motivo do comportamento violento, com tonalidade de preocupação, cuidado e até mesmo, uma forma de expressão de amor.

Observe as falas: “ele faz isso porque é louco de ciúmes de mim”, “eu perdoo porque sei que ele me ama, é que o ciúme deixa ele cego”. Percebemos que as participantes não se dão conta de que o comportamento ciumento de seus companheiros, é uma forma de controle e repressão sobre elas. Não é incomum a falta de estranhamento dessas mulheres, se considerarmos o contexto em que estão inseridas, em uma sociedade que reforça o ciúme masculino e trata como trivial. Podemos afirmar que essa categoria se compõe como um esquema sociocognitivo (HERZLICH, 2005).

d) Possui histórico de tentativa de suicídio: todas as participantes relataram tentativas de suicídio no passado e algumas mantêm a ideação. Uma das participantes, chegou até a emergência psiquiátrica, encaminhada por unidades de saúde, após a tentativa de suicídio.

Há uma diversidade nas razões pelas quais se pensa em desistir de viver, a tentativa de acabar com o sofrimento é a mais expressiva em sua fala: "se eu morrer, tudo isso acaba". Esse

desejo é fruto do medo de ser morta pelo companheiro e da desesperança na vida. O discurso enunciado por essa mulher aponta para a falta de vontade de viver por não suportar mais o sofrimento em que se encontra. Ela enxerga o suicídio como a única maneira de acabar com a dor junto a crença de que sua morte não faria falta para ninguém.

Por não encontrar maneiras de sair da relação violenta, mulheres violentam a si mesmas e tentam contra sua própria vida: “eu vou acabar morrendo na mão desse homem, não tem jeito de sair, que ele vai atrás”; “se eu morresse, tudo isso acabava”; “quero me matar, antes que ele me mate”; “ninguém se importa de me ver apanhando, porque vão se importar de me ver morta?”.

Duas das participantes tiveram mais de uma tentativa de suicídio em dois anos e uma das participantes, tentou suicídio com a ingestão de grande quantidade de medicação, após ter sido agredida fisicamente pelo companheiro, em um local público. Esta última relatou: "muita gente viu e não fez nada, eu entendi que não tinha mais jeito pra mim".

e) Sentimento de tristeza, angústia e culpa: este enunciado discursivo é comum a todas as participantes. Elas relataram se perceber tristes e angustiadas na maior parte do tempo, sem vontade de fazer coisas que antes tinham prazer, sempre cansadas sem razão, com pouca energia e choro frequente durante o dia. As sensações de angústia mencionadas por elas, são: nó na garganta, aperto no peito, sentimento de desamparo e vontade de chorar.

A culpa aparece no discurso de todas elas, interligada não apenas ao sentimento de responsabilidade pela situação de violência doméstica que vivem representadas nas falas: “só eu poderia dar um basta nisso e não consigo”, “eu sou culpada por estar passando por isso, porque não consigo sair”; mas também a culpa por sofrer as agressões, expressas através dos seguintes discursos: “as vezes eu dou motivos”, “queria ser uma esposa melhor, me esforçar mais para mudar isso”.

f) Insônia: a dificuldade para iniciar o sono ou a interrupção no meio da noite, é apresentado neste tema que perpassou o discurso de todas as mulheres. Salientamos duas razões, a principal é a preocupação e medo constante de uma agressão ou de uma situação de confronto. Essa preocupação é explicitada nas falas: “tenho medo de dormir e esse homem fazer alguma coisa comigo”, “às vezes ele chega da rua tarde e quer arrumar confusão, mesmo quando eu estou dormindo”, “meu sono não é mais o mesmo, fecho os olhos e fico com muito medo”.

A outra razão, parece ser sem motivo aparente, conforme as falas: “não sei porque não consigo dormir, vejo o dia clarear de manhã”, “eu só durmo com remédio, é assim mesmo”.

Ressaltamos que todas as mulheres fazem uso regular de medicação para dormir.

g) Companheiro usuário de álcool e drogas e intensificou o uso durante a pandemia de COVID-19: essa premissa é problemática, porque coletivamente, essas mulheres tiram a responsabilidade de cada um dos seus companheiros e justificam a agressão deles a partir dessa desculpa. Ainda que a maioria dos episódios de agressão física e sexual, sejam cometidos após o uso de substâncias químicas, como nos seguintes relatos extraídos dos prontuários: “seu marido faz uso de drogas e esses episódios de violência acontecem quando está sob efeito de substâncias”, “diz que está internada para descansar um pouco pois o marido a agride quando está sob efeito de droga”, “o marido intensifica uso de álcool, em janeiro, o que agravou os conflitos entre eles”, “nos conta como as coisas ficaram difíceis em casa de três meses para cá, por conta das agressões físicas de seu marido a partir do uso de drogas do mesmo”, “refere violência sexual por parte do marido, quando está sob efeito de álcool”. Já nos relatos de violência verbal, não observamos associação a substâncias químicas.

h) sofre violência psicológica e moral, discurso expresso em atos de humilhação, xingamentos, diminuição e desvalorização. Todas as participantes relataram esta vivência em ambiente doméstico e público: “ele faz questão de dizer que dependo do dinheiro dele pra comer”; “me xinga de tudo que é nome”; “ele não me respeita nem na frente dos outros”; “na última semana, foi até a casa da filha e quando o marido descobriu, pediu que ela voltasse imediatamente, dirigindo a ela, agressões verbais e ameaças” (relato extraído do prontuário).

i) sofre violência física: todas as participantes citaram episódios de agressão por parte do companheiro, que usaram de força física para feri-las. Podemos destacar a dor e o medo da morte como principais sensações relatadas pelas participantes, durante os episódios de violência física. Destacamos alguns trechos do prontuário: “ele começou a me bater e quanto mais eu pedia para parar, mais ele ficava com ódio”; “uma vez eu bati a cabeça no chão e sangrou muito, nem assim ele parou, ficou me dando chutes”; “dói muito um soco de um homem”; “lembro de uma vez que ele estava me enforcando tão forte que eu tive a certeza que iria morrer naquele momento, eu fiquei com muito medo”; “eu só pensava que ia morrer e deixar meus filhos na mão dele”.

Observamos que, os familiares das participantes, não possuem conhecimento das agressões físicas que elas sofrem, por motivo de sentirem vergonha, medo do que possam fazer com seus companheiros se souberem ou de serem culpadas pela situação de violência. Uma das

participantes, “conta que seu filho era gerente do tráfico e atualmente está preso em Bangu. Não quer que ele saiba das agressões pois tem medo de que ele possa fazer algo ruim contra o pai” (relato extraído do prontuário); outra diz “não posso contar isso para a minha família, o que eles podem pensar?”.

j) sofre violência sexual: duas das participantes relataram algum tipo de violência sexual por parte do companheiro, discurso expresso pela obrigatoriedade de participar de atos sexuais contra a sua vontade, por medo de sofrer violência física.

k) relaciona o adoecimento psíquico com a violência doméstica: categoria que incluiu todas as participantes e traz no discurso coletivo a violência sofrida pelo companheiro como principal causadora do estado de adoecimento em que elas se encontram. A associação do sofrimento psíquico com a violência doméstica, se dá no momento de reflexão sobre como era a vida antes de vivenciar abusos e violações no relacionamento conjugal, contam: “eu era feliz antes dele mudar desse jeito”; “eu não tinha nada, depois desse relacionamento que eu fiquei doente”.

l) identificou agravamento da violência durante a pandemia de COVID-19: esse discurso enunciado por todas elas evidencia os efeitos do isolamento social, que se coloca como potencializador do comportamento violento, visto que as vítimas (participantes) precisavam estar isoladas com seus agressores (companheiros) e com pouco ou nenhum recurso para combater a violência sofrida. Importante destacar que todas recorreram a serviços de saúde pública para falar sobre o que estava lhe ocorrendo no âmbito doméstico, como um pedido de ajuda.

A partir das categorias dos discursos presentes nas Representações Sociais estabelecidas, construímos três macrocategorias que correspondem a uma representação coletiva, que Lefevre (2017) compreende como DSC. Ou seja, como a forma de pensar dessas mulheres se conectam em uma forma coletiva de pensar sobre um determinado tema.

O nosso objetivo foi de relacionar cada uma das categorias à experiência de sofrimento psíquico relacionada à vivência de violência doméstica, ou seja, todas as categorias se encaixam em uma das três macrocategorias:

1. **Dominação pelo companheiro**, representa a dimensão do contexto em que se configura a relação conjugal baseada na lógica patriarcal, e a hierarquia em que as mulheres

são submetidas, em uma condição de inferioridade para com seus companheiros, promovendo dominação e exploração. Desta forma, foram inseridas as categorias: a) chegou à emergência acompanhada do companheiro, b) sente-se presa ao relacionamento, c) o companheiro possui ciúme excessivo, h) sofre violência psicológica e moral, i) sofre violência física, e j) sofre violência sexual.

2. **Adoecimento psíquico em decorrência da violência doméstica**, denota que a violência vinda do parceiro, alguém que deveria ocupar lugar de confiança na vida da mulher, deixa mais que lesões físicas, há um dano imensurável no estado emocional das vítimas que vivenciam. Foram incluídas nessa macrocategoria, as categorias: d) possui histórico de tentativa de suicídio, e) sentimento de tristeza, angústia e culpa, f) insônia, e k) relaciona o adoecimento psíquico com a violência doméstica.

3. **Agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19**, mostra um cenário de violência que já ocorria, contudo, com a recomendação de isolamento social em decorrência do risco de contaminação pelo vírus, culminou na intensificação dos atos violentos. Tal macrocategoria abrangeu as categorias: g) companheiro usuário de álcool e drogas e intensificou o uso durante a pandemia de COVID-19, e l) identificou agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19.

O quadro 1 apresenta as Macrocategorias de análise, segundo a DSC.

Quadro 1: Macrocategorias de análise (MAC), Discurso do Sujeito. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ, 2022.

<p>MAC 1</p> <p>Dominação pelo companheiro</p>	<p>MAC 2</p> <p>Adoecimento psíquico em decorrência da violência doméstica</p>	<p>MAC 3</p> <p>Agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19</p>
<p>a) chegou à emergência acompanhada do companheiro</p> <p>b) sente-se presa ao relacionamento</p> <p>c) o companheiro possui ciúme excessivo</p> <p>h) sofre violência psicológica e moral</p> <p>i) sofre violência física</p> <p>j) sofre violência sexual</p>	<p>d) possui histórico de tentativa de suicídio</p> <p>e) sentimento de tristeza, angústia e culpa</p> <p>f) insônia</p> <p>k) relaciona o adoecimento psíquico com a violência doméstica</p>	<p>g) companheiro usuário de álcool e drogas e intensificou o uso durante a pandemia de COVID-19</p> <p>l) identificou agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19</p>

Fonte: dados obtidos pela autora

8. DISCUSSÃO

Os grandes temas de análise estabelecidos refletem as três representações sociais constituídas em uma sociedade ocidental patriarcal: a dominação do homem sobre a mulher (MAC 1); o esgotamento psíquico em função da violência sistemática (MAC 2) e o agravamento da violência em situação de isolamento social (MAC3).

A dominação patriarcal está fundamentada em um sistema social ocidental onde a cultura, as estruturas e relações sociais favorecem os homens. Em uma sociedade patriarcal, o homem sempre desfrutará de uma posição privilegiada, independentemente de sua classe social.

A dominação do homem sobre a mulher carrega em si a diferença material que distingue seus corpos. Para Pateman (1993), o patriarcalismo, reside no apelo à natureza e a alegação de que a função natural das mulheres é a subordinação. A autora faz suas considerações acerca da liberdade civil não ser universal, já que as mulheres estão sujeitas à dominação masculina.

Conforme afirmou Camilo (2019):

Patriarcado, então, é poder político, ou melhor, uma forma de poder enraizada e estruturada de maneira que homens tomem posse dos corpos femininos. É, principalmente, poder político que restringe as liberdades e direitos das mulheres. É dado aos homens o direito de explorar, dominar e oprimir os corpos e as vidas das mulheres. Conforme Pateman (1993) aponta, esse direito é concedido no ato do nascimento do Contrato Social, tornando-o, também, um Contrato Sexual (CAMILO, 2019, p.18).

Essa perspectiva de Pateman (1993) e Camilo (2019) nos apresenta uma base histórica que demonstra como esses homens, citados pelas mulheres participantes da pesquisa, estão inseridos dentro de um DSC sem terem a devida consciência conceitual de sua condição. Para esses homens, a sua materialidade masculina legitima sua superioridade em relação as mulheres.

Neste sentido, as atitudes cotidianas dos homens aqui citados, como acompanhar as mulheres à emergência, o ciúme excessivo (sentimento de posse), os diversos tipos de violência contra as mulheres mais o sentimento de prisão das mulheres em relação aos seus companheiros demonstram enunciados que comprovam um modo coletivo de pensar e agir em uma sociedade patriarcal. Esse modo coletivo aparece tanto no comportamento masculino (ativo), como feminino (passiva) na situação de violência doméstica contra mulheres.

Em vista disso, as representações sociais do ato de violência observados contra as mulheres nesta dissertação se apresentam mais intensamente na privacidade social. Para Saffioti

(2004), conforme já sinalizamos ao longo do texto, a principal causa da violência conta a mulher e sua perpetuação social é a condição representacional na qual estamos submetidos: o patriarcado. Neste sistema social patriarcal, as mulheres estão sempre em uma condição de inferioridade em relação aos homens, o que para eles, significa “o direito” da dominação. A dominação é mais intensa no ambiente da casa. Silva e Meira (2020) explicitam:

O patriarcado está diluído na sociedade, prática patriarcais e a escassez de igualdade entre gêneros estão presentes nas escolas, no ambiente acadêmico, no mercado de trabalho, na mídia, no esporte. Todavia, é no ambiente residencial que o patriarcado mostra sua face mais maléfica.

É no ambiente distante de intervenções de terceiro que a cultura patriarcal cria um cenário de violência ao corpo e moral feminina, bem como, promove o silêncio mais eficaz da vítima sobre tais atos (SILVA; MEIRA, 2020, p.2).

Essa experiência violenta não é um tema recente, mas a partir das apresentações estabelecidas nos prontuários, fica evidente que muitas mulheres tem vergonha ou medo de perder sua “família” ao denunciar o seu agressor. Oliveira (2012) afirma que,

A violência doméstica não é episódica, pelo contrário, é corrente, socialmente tolerada e escondida pela vítima em nome da sacralidade da instituição familiar. Infelizmente, essa manifestação desumana e preocupante que se desenvolve no plano microssocial ganha, a cada dia, mais adesão no interior de diversos lares brasileiros (OLIVEIRA, 2012, p. 151).

A violência doméstica contra mulheres é caracterizada por Walker (1979) como uma situação de violência cíclica. A psicóloga norte-americana sinaliza três fases desse ciclo. A autora afirma que por muitas vezes não é fácil identificar o que está acontecendo, pois não ocorre da mesma maneira com todas as mulheres. Além disso, fatores como renda, cultura, religião, dentre outros, dificultam a seguram da mulher (dos seus filhos, amigos, familiares, vizinhos, etc.).

Oliveira (2012) resume as fases elaborada por Walker (1979) da seguinte forma: “a primeira delas é a construção da tensão no relacionamento; a segunda “o episódio da violência”, e a terceira, a lua-de-mel”. Distinguindo mais precisamente, a fase da tensão (1ª) é o momento em que o agressor fica irritado e tenso sem motivo aparente ou por qualquer motivo. É nesta situação que tem raiva descontrolada, destruindo objetos a vista, humilhando a mulher. Neste momento, a mulher é responsabilizada pelo desequilíbrio do relacionamento, o que traz insegurança e tensão todo o tempo. Para evitar um novo episódio de raiva, a mulher fica em

estado de alerta adotando medidas de não acirramento, tentando se controlar e aos que estão a sua volta, e os atos violentos do parceiro agressor é justificado pela fala comum “ele não está bem” (WALKER, 1979).

A segunda fase, o episódio de violência em si. É quando o incidente da agressão (física ou psicológica) é mais forte, a alegação do ato se dá pela lógica machista e patriarcal de que o homem tem que “dar uma lição à mulher” ou que “ele perdeu o controle”. Nesta fase a mulher pode apresentar sintomas de estresse pós-traumático, com ansiedade, ou ficar paralisada, confusa, com medo, sentir solidão e apresentar outros problemas de saúde. Ou, a mulher pode reagir, pedindo ajuda, denunciando, e sair da relação abusiva. O comportamento da mulher nessa fase (que pode ocorrer em qualquer momento) vai depender de vários fatores, como renda, amizades, rede de apoio, relação com a família, etc. (WALKER, 1979).

A terceira fase, “a lua de mel”, é onde o homem, consciente de seus atos, apresenta uma trégua. Ele se diz arrependido e promete que não vai mais agir de forma violenta. A mulher acredita (ou se esforça por acreditar, por necessidade e pressão social) e retoma o relacionamento, visto que ele começa a demonstrar carinho (como no início do relacionamento) e promete buscar ajuda. O remorso demonstrado por ele faz com que ela se sinta responsável por ele, criando um vínculo de dependência entre os dois. Após essa calma, todo o ciclo recomeça (WALKER, 1979).

A macrocategoria 1 – dominação pelo companheiro – demonstra que as ações dessas três mulheres expressas em seus prontuários estabelecem relação direta com os resultados e discussões de Walker (1979) ao ouvir histórias de 1500 mulheres e construir esse padrão de ciclo abusivo. Isso nos informa que não avançamos em termos educacionais na criação de homens nessa sociedade patriarcal. Continuamos a criar homens para manter seu *status quo* de violência e superioridade social e sexual. Confirmando e reproduzindo um DSC seja na ação do homem e na atitude da mulher dentro desse padrão. E neste sentido, caminhamos para a MAC 2 - adoecimento psíquico em decorrência da violência doméstica.

Nesta segunda macrocategoria observada, compreendemos que a violência suportada cria e condiciona implicações para a saúde mental das mulheres violentadas. Santos (2018, p.8) afirma que “a exposição ininterrupta da violência doméstica causa impacto drástico na vida de quem a sofre, quanto mais grave e duradouro é o evento traumático, maiores são as chances de a vítima desenvolver um quadro de transtorno de estresse pós-traumático”. Na lei Maria da Penha, cita-se que as

Mulheres vítimas de violência física e psicológica tendem a apresentar maior fragilidade, podendo sofrer efeitos permanentes em sua autoestima e autoimagem, tornar-se menos seguras do seu valor e ficam mais propensas à depressão. Além disso, a violência de gênero pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade. (BRASIL, 2006).

O que compreendemos pelo exposto, historicamente, pelas pesquisas apontadas, e, atualmente, baseado nos prontuários é um padrão de violência que condiciona um modelo de doença psíquica nas mulheres violentadas. Para essa MAC 2, selecionamos os seguintes temas citados nos prontuários: possuir histórico de tentativa de suicídio; sentimento de tristeza, angústia e culpa; insônia, e relaciona o adoecimento psíquico com a violência doméstica. Essas categorias temáticas citadas pelas mulheres e anotadas nos seus prontuários explicitam um discurso coletivo.

A situação de violência doméstica vivenciada pelas mulheres as coloca constantemente em estado de estresse mental, estando a maior parte de seus recursos mentais “ocupados”, o que significa que terão cada vez menos mecanismos de defesa mental para resolver problemas. Por exemplo, uma mulher que desenvolve uma imagem negativa de si mesma pode ver uma agressão criminosa como confirmação de sua imagem. Portanto, uma agressão criminosa, nesse, caso tem a capacidade de potencializar a redução total da autoestima dela (SANTOS, 2018).

Observou-se nos prontuários e nas pesquisas citadas que o estresse vivenciado pela mulher causa danos significativos à sua saúde. Enquanto as reações mentais podem causar formas de comportamento físico, comumente referido como sintomas psicossomáticos, “como fraqueza, dormência, pressão no peito, dificuldade em respirar, pulso irregular, perda de apetite, dor, choro, sendo frequente a vítima exibir graus variáveis de ações física e mental, podendo levar a mudanças no seu comportamento” (SANTOS, 2018, p.17).

Esta pesquisa trouxe como premissa a questão do agravamento da violência doméstica na saúde mental da mulher, e observamos que o quadro do isolamento social intensificou a violência doméstica, e conseqüentemente, potencializou o estado de saúde mental das mulheres.

Em pesquisas realizadas no Brasil e relatadas por Ferreira (2021) notou-se que a pandemia impactou a saúde mental e aspectos comportamentais dos brasileiros. Neste contexto, as mulheres foram as mais afetadas, sendo elas respondendo por 40,5% de sintomas de depressão, 34,9% de ansiedade e 37,3% de estresse. Citando o artigo no jornal: “Embora a pesquisa não tenha detalhado as razões que levaram as mulheres a terem maior sofrimento psíquico, a literatura médica vem mostrando que são elas que têm maiores impactos pelas

condições sociais em que vivem. A pandemia só acirrou essa situação", diz o neuropsicólogo” (FERREIRA, 2018, s/p).

A partir da análise com base nos prontuários e nas pesquisas realizadas durante a COVID-19, podemos pressupor que as mulheres que sofrem violência doméstica tiveram uma intensificação de doenças psíquicas durante a pandemia da COVID-19. A MAC 3, estabeleceu os seguintes temas para compor essa grande categoria temática: intensificação no uso de álcool e drogas por parte dos companheiros durante a pandemia de COVID-19 e agravamento da violência doméstica durante a pandemia de COVID-19.

Observamos que o isolamento social impede contatos socioafetivos com pessoas que poderiam fornecer alguma ajuda. Dessa forma, há de se considerar que o hospital, ainda que acompanhada de seus companheiros, foi a única alternativa para essas mulheres que chegaram à emergência psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. O isolamento social aumentou a carga de trabalho nos cuidados dentro de casa, com a família, tornado o espaço da casa mais exaustivo e estressante com o fechamento das escolas. Inclusive aumento a intensidade da reverberação da violência doméstica aos filhos, que estão presentes em casa. A autora Augusto (2020) trouxe um levantamento de dados que mostram o feminicídio no Brasil já tem altas taxas mundiais e aumentou durante o isolamento social:

De acordo com os dados estimados pela ONU Mulheres, de 2004 a 2009, 66 mil foram mortas a cada ano pelo simples fato de serem mulheres. No Brasil, quase a metade desses homicídios, entre 2000 e 2010, ocorreram dentro da própria casa da vítima, sendo executados pelo (ex) companheiro ou por parente. Em pesquisa mais recente, *o Atlas da Violência de 2019 verificou o crescimento de 30,7% no número de violência letal contra as mulheres entre 2007-2017 em nosso país, sendo o último ano de tal década o que registra a maior estatística, com 4.936 mulheres mortas, cerca de 13 assassinatos por dia, 66% delas, negras*. Sublinhe-se ainda a taxa homicídios dentro das residências, com o uso da arma de fogo, que cresceu 29,8%.

Ampliando para a violência sexual, em 2017 e 2018, tivemos no Brasil 127.585 estupro (incluindo vítimas vulneráveis num percentual de 63,8%), sendo 81,8% praticados contra mulheres e 75,9% em que se possuía algum vínculo, de parentesco ou de amizade por exemplo, com o agressor. No âmbito das lesões corporais dolosas em sede de relação íntima de afeto, familiar ou de coabitação, 125,1 e 126,2 foram as taxas para cada 100 mil habitantes no mesmo período, respectivamente, tudo conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, de 2019.

[...] entre 17 e 25 de março de 2020, o “Disque 180” teve 9% de chamadas a mais que na semana anterior e o Plantão do Judiciário do Rio de Janeiro apresentou aumento de 50% de casos de violência doméstica, representando 70% de todos os casos levados ao Tribunal de Justiça (TJRJ), como narra informativo on-line da Câmara dos Deputados. A Folha de São Paulo de 15 de abril noticia a duplicação de assassinatos de mulheres em casa, no Estado de SP, comparado ao mesmo período (24 de março a 13 de abril) no ano de 2019 (AUGUSTO, 2020, p. 290-292, grifos nossos).

Para Cristiane Augusto (2020), a maior dificuldade de contabilizar em números reais a

violência doméstica no Brasil está na subnotificação e na dificuldade de denunciar ou como essa denúncia é realizada. Em alguns casos, a própria polícia não notifica como violência doméstica, assim como profissionais de saúde. A dificuldade também está no âmbito de quem atende a essas denúncias, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, as mulheres representam 11% do efetivo ativo da Polícia Militar e 27,6% da Polícia Civil. Baseado no princípio do DSC é mais frequente que o policial ao responder uma chamada de violência doméstica tenda a culpabilizar a vítima ou apenas notificar como perturbação do sossego. E na área de saúde foi necessária a criação de uma lei para obrigar a notificação.

No dia 11 de dezembro de 2019 foi publicada uma lei que obriga profissionais de saúde a registrar no prontuário clínico da paciente e comunicar à polícia, em 24 horas, indícios de violência contra a mulher. Essa lei, a Lei 13.931, teve origem no Projeto de Lei (PL) 2.538/2019 (na Câmara) ou PLC 61/2017 (no Senado), e foi vetada (Veto 38/2019) pelo presidente da República, Jair Bolsonaro e, no fim de novembro, teve o veto derrubado pelo Congresso Nacional.

Observamos que das três mulheres participantes da pesquisa, apenas uma possuía no prontuário, registro de notificação de violência, feita através da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Importante ressaltar que, a denúncia através do SINAN não se trata apenas de uma formalidade, mas uma maneira de produzir dados estatístico para criação de políticas públicas.

Evidencia-se que mesmo que exista, desde 2019, uma lei que obrigue os profissionais a notificarem, não é feito e não há fiscalização neste sentido.

Também observamos que os prontuários continham pouco detalhamento sobre o contexto de violência vivenciado pelas pacientes, o que dificultou maior aprofundamento na discussão dos resultados da pesquisa. Os relatos mais ampliados, na maioria das vezes, foram feitos por profissionais não médicos. Havia escritos de médicos colocando a situação de violência doméstica como “conflitos familiares”, o que só se explicou mais tarde, após outros registros de atendimento com maior detalhamento. Também há de se estranhar a ausência de encaminhamentos para a rede de proteção à mulher, apenas uma das três participantes da pesquisa, foi encaminhada para um serviço específico.

A omissão do serviço de saúde em notificar e encaminhar os casos, contribui para o agravamento da violência contra a mulher, uma vez que ela consegue sair de casa para pedir ajuda e nenhuma outra ação, além do tratamento para os sintomas psíquicos, é tomada. Já vimos que o enfrentamento da violência doméstica deve ser um trabalho feito em rede, em articulação

com os setores de proteção à mulher, serviço social e justiça.

Ao longo do texto mostramos com dados, pesquisa bibliográfica e com prontuários que há um DSC explícito de acobertamento da violência doméstica contra a mulher e como essa forma de tratarmos, impacta a sua saúde mental.

É assim, que, buscamos mais uma vez ressaltar a urgência de, não apenas se criar políticas públicas destinadas às mulheres, como também fiscalizar e lutar para que seus direitos adquiridos sejam garantidos.

Conforme salientou Guichard ao citar Beauvoir: *“N’oubliez jamais qu’il suffira d’une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant”*⁶ (BEAUVOIR *apud* GUICHARD, s/d).

⁶ “Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida”. Tradução livre.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conjunto, fica claro que a violência contra a mulher é um problema extremamente sério e delicado, e as discussões sobre o papel dessa violência no impacto psicossocial têm sido um ponto de intensos debates acadêmicos. Pode-se observar que essa situação se agravou com as medidas de distanciamento social adotadas para prevenir o coronavírus.

No entanto, como já mencionado, o isolamento exacerbou a violência no âmbito doméstico, de modo que a lei por si só não é suficiente, pois as agressões acabam ocorrendo em “silêncio” devido ao distanciamento da rede social. Por isso, além das ferramentas legais, considera-se muito importante a criação e a continuidade de outras medidas, como o uso de telefones, sites e aplicativos para fazer denúncias mesmo em casa, e mais campanhas de prevenção e combate à violência.

É importante ressaltar que nem todas as mulheres têm acesso a algumas das medidas desenvolvidas, como as que utilizam meios tecnológicos. Isso porque a desigualdade social é um fator marcante e persistente na sociedade brasileira e, por isso, muitas mulheres não têm acesso à internet, celular, televisão etc., e, portanto, não têm acesso à informação.

A longo prazo, devem ser tomadas medidas para reduzir as desigualdades sociais e garantir a igualdade de oportunidades para todos. No entanto, devido à urgência do aumento da violência contra a mulher, medidas de curto prazo, como a divulgação de medidas protetivas, auxílios, campanhas e denúncias em comunidades menos favorecidas, e o fortalecimento do policiamento nesses locais são imprescindíveis.

Ficou evidente que, no cenário de isolamento social, os serviços de saúde se fizeram uma das poucas alternativas para as mulheres vítimas de violência pedirem ajuda, foi nesse contexto que as participantes da pesquisa chegaram à emergência do Hospital Psiquiátrico de Juruuba. Contudo, observamos nos registros dos prontuários, a ausência de notificações de violência, mesmo que já exista uma lei mandatória neste sentido, ausência de encaminhamentos para serviços da assistência social, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e de proteção à mulher, tais como, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) e orientação a denúncias anônimas por canais telefônicos e digitais, como o Disque 180 (central de atendimento à mulher).

Um dos motivos, pode ser a falta de conhecimento destes equipamentos e canais, pelos profissionais de saúde que realizam os atendimentos. Nesse sentido, se faz importante que a gestão pense na capacitação de suas equipes, visando articulações com redes assistenciais e de

proteção à mulher, para que os atendimentos de emergência psiquiátrica a mulheres com essa demanda, não se limite apenas ao tratamento de sintomas psíquicos.

Sugerimos ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que seja elaborado um protocolo de atendimento para mulheres vítimas de violência doméstica em situação de adoecimento psíquico, em articulação com a rede de assistência social e proteção à mulher, para garantia dos devidos encaminhamentos, e a construção de uma rede de cuidado e proteção de maneira integral.

Igualmente importante é a ampliação e/ou implantação de abrigos para atender mulheres vítimas de violência e seus filhos que acabam saindo de casa com suas mães. A qualificação dos profissionais de saúde, dos centros de acolhimento e apoio, e especialmente os hospitais e delegacias, pois são um dos primeiros locais a que as mulheres recorrem para obter ajuda.

A violência contra a mulher é uma questão enraizada socialmente, e muitas vezes é difícil pensar na sociedade atual sem ela. No entanto, a busca por direitos, igualdade e emancipação não pode ficar parada em situações não positivas.

REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, Cristiane Brandão. **Que retornem as garças.** In: AUGUSTO, C.B.; SANTOS, R.D. (Org.) **Pandemias e pandemônio no Brasil** [livro eletrônico] 1ed. São Paulo, Tirant lo Blanch, 2020. Pp. 288-300
- BARLETTA, Janaína Bianca et al. **O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 135-142, dez. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200006&lng=pt&nrm=iso
- BRASIL, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, (Lei Maria da Penha). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- BRASIL. **Coronavírus. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil.** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DataSUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- BRASIL. **Coronavírus. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil.** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DataSUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de COVID-19: Violência Doméstica e Familiar na COVID-19.** Ministério da Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.
- CABRAL. W. B. **Depressão em mulheres vítima de violência doméstica,** 2015. Disponível em: <https://www.redepsi.com.br/2008/05/24/depress-o-em-mulheres-vitima-de-viol-ncia-dom-stica/#:~:text=As%20mulheres%20vitas%20da%20viol%C3%Aancia,encontra%20adoeci da%20pela%20viol%C3%Aancia%20vivenciada.>
- CAMILO, Bruna de Souza Lima e Silva. **Patriarcado e Teoria Política Feminista: possibilidades na ciência política.** 2019. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciência Política, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31963/4/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Bruna%20Camilo%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20encadernada.pdf>. Acesso em: 21 maio 2022.
- CAMPOS, Brisa; TCHALEKIAN, Bruna; PAIVA, Vera. **Violência contra a mulher:**

vulnerabilidade programática em tempos de Sars-Cov-2/COVID-19 em São Paulo. Psicologia & Sociedade [online]. 2020, v. 32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>

CORTES, Laura Ferreira; ARBOIT, Jaqueline; GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto; TASSINARI, Taís Tasqueto; VIEIRA, Letícia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste. **Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da COVID-19.** Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná, v.19, n.1, p.1-7, 15 set. 2020. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v19i0.54847>

FERREIRA, Ivanir. **Mulheres foram mais afetadas emocionalmente pela pandemia.** Site UOL, Do Jornal da USP, 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/02/14/mulheres-foram-mais-afetadas-emocionalmente-pela-pandemia.htm?cmpid=copiaecola> Acesso em 15 maio 2022.

FERRER, Lilian M.; CIANELLI, Rosina; PERAGALLO, Nilda; CABIESES, Báltica. **Violencia Domestica y su relación con depresión y autoestima en mujeres mexicanas y puertorriqueñas en Estados Unidos.** Horizonte de Enfermería, Chile, v. 15, p. 23 – 36, 2004.

GÓES, Eva Dayane Almeida. **A vergonha social e o medo: obstáculos para a superação da violência doméstica contra a mulher.** Brazilian Journal Of Development, Curitiba, v. 5, n.11, p.23627-23645, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv5n11-069>

GOODE, W. J.; HATT, P. K. - **Métodos em Pesquisa Social.** 3ª ed., São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

GUICHARD, Alexandra. **Les 15 meilleures citations féministes de Simone de Beauvoir.** Disponível em <http://www.cosmopolitan.fr/les-15-meilleures-citations-feministes-desimone-de-beauvoir,1961708.asp> . Acesso em 14/05/2022.

HERZLICH, C.A. **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença.** PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15, (Suplemento): 57-70, 2005.

HUSS, T. **Psicologia forense: pesquisa, prática clínica e aplicações.** Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2011.

JACOBUCCI, Patrícia Gugliotta. **Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo após terem sofrido as agressões.** 2004. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de

Campinas. Campinas, 2004.

JESUS, Jaqueline Gomes de; GALINKIN, Ana Lúcia. **Gênero e Psicologia Social no Brasil: entre silêncio e diálogo**. Barbarói, [S.L.], p. 90-103, 4 nov. 2015. APESC - Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.4482>.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEFÈVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo**. 1ª edição, São Paulo: Andreoli, 2017.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-jun; 23 (2). P. 502-507.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. **Violência contra a mulher em tempos de pandemia da COVID-19 no Brasil: revisão narrativa de literatura**. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME. EDIÇÃO ESPECIAL COVID19 – 2020.

MAZZA, Cristina et al. **A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors**. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, v. 17, n.9, p. 3165. doi:10.3390/ijerph17093165

MELO, Bernardo Dolabella; Lima, Caolyne Cesar. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19** / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social**. 32ª Ed. São Paulo: Editora Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

NINA DE OLIVEIRA. **Disque Denúncia**. São Paulo: Universal Music Group: 2019.

OLIVEIRA, E. R. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino**. Revista LEVS/UNESP-Marília | Ano 2012 – Edição 9 maio/2012.

ORNELL, Felipe et al. **Violência doméstica e consumo de drogas durante a pandemia da COVID-19**. Pensando fam., Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 3-11, jun. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-

[494X2020000100002&lng=pt&nrm=iso](#). Acesso em 06 set. 2021.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1993. 345 p.

PIZZIMENTI, Cris. **Colcha de Retalhos**. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTk5NTA1Mg/>. Acesso em 21 de maio de 2022.

ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAMPAIO, Livia. **Mulheres brasileiras, isolamento e estado Abusivo: sobreviveremos?** In: AUGUSTO, C. B.; SANTOS, R. D. Dos. (org.) **Pandemias e pandemônio no Brasil** [livro eletrônico]. 1ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020. Ebook.

SANTOS, Manoel Antônio dos; OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de. **Inconfidências de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19**. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 32, e020018, 2020.

SANTOS, Marineide Ferreira. **O impacto da violência doméstica na saúde mental da mulher**. 2018. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Instituto de Educação A Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

SILVA, Amanda Aparecida Espigarolli; MEIRA, Lorena Novaes. **Violência, Isolamento e Patriarcado: reflexões sobre a condição da mulher durante a pandemia do COVID-19**. *Etic* 2020, Presidente Prudente, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 1-18, 2020.

SUNDE, Rosario Martinho; SUNDE, Lucildina Muzuri Confero; ESTEVES, Larissa Fenalte. **Femicídio durante a pandemia da COVID-19**. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, v.32, n.1, p.55-73, 2021.

VARIKAS, Eleni. **Naturalização da dominação e poder legítimo na teoria política clássica**. *Revista Estudos Feministas*, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 171-193, jun. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2003000100010>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/4pX3DW4jFwmP3gPPPzBty5x/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

VIEIRA, P. L.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. **Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?** Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro, vol.23, abril de 2020.

WALKER, Lenore. **The Battered Woman**. Harper and Row, 1979.

ZANELLO, Vasleska. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA - DEP NITERÓI/RJ

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA
DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA

Niterói, 06/02/2022.

A Divisão de Ensino e Pesquisa (DEP) é o setor considerado ponto focal da Rede de Atenção Psicossocial do município de Niterói, que coordena todos os programas de ensino (estágios, pós-graduações e residências) e acompanha todas as pesquisas desenvolvidas nos diferentes serviços e dispositivos da Rede de Saúde Mental do Município de Niterói.

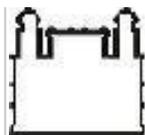
Portanto, essa Divisão, declara estar ciente e de acordo com o projeto de pesquisa intitulado **“O impacto da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero”** a ser realizado no Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, do município de Niterói (RJ) que, em sua proposta metodológica prevê como uma das etapas o acesso de prontuários.

A pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora **Jéssica Barreto dos Santos**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Profissional (Ensp/Fiocruz), Mestrado Profissional - Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, com orientação do **Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira**.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação sobretudo no que se refere a aplicação ou não do TCLE.

Karina Moraes Bermudez
Divisão de Ensino e Pesquisa – Matr.: 436.924-5 FMS

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/ENSP – Nº 5.238.646

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O impacto da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero

Pesquisador: JESSICA BARRETO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54769121.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.238.646

Apresentação do Projeto:

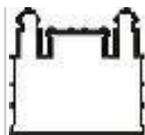
Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.213.193, em 26/01/2022.

Projeto de mestrado profissional do Programa de Saúde Pública, intitulado "O impacto da violência doméstica na saúde mental da mulher cisgênero", de autoria de Jéssica Barreto dos Santos, sob orientação de Aldo Pacheco Ferreira, qualificado em 05/11/2021. Possui financiamento próprio, orçado em R\$1601,00. Cronograma apresentado em arquivo anexo e na Plataforma Brasil.

RESUMO:

"A presente pesquisa elabora sobre a problemática histórica da violência que é praticada contra o gênero feminino e implicações na saúde mental das vítimas que foram intensificadas durante o período de pandemia da COVID-19. A violência contra a mulher caracteriza-se por qualquer ação ou omissão, baseada na desigualdade de gênero, que cause sofrimento e dano físico, psicológico, sexual, bem como, prejuízos no âmbito patrimonial e moral da vítima, e não está ligada apenas ao uso da força física, mas também a qualquer ato de submissão, culturalmente introduzido nas relações de gêneros, no qual o homem comportase como ser dominante, colocando a mulher como inferior (CORTES, 2020). Em decorrência dessa dominação, expressa em atos repressores,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



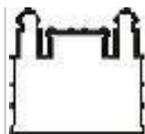
Continuação do Parecer: 5.238.646

proibições, agressões físicas e verbais, humilhações e ameaças, mulheres tem graves prejuízos em sua saúde e vida social, imensuráveis comprometimentos psicológicos, e em muitos casos, o resultado final de um processo de violências reiteradas que permeou toda a vida da vítima, a morte pelo seu parceiro. É importante ressaltar que não se trata de um problema único e individual de cada mulher que vivencia, mas de um fenômeno social, uma questão de Saúde Pública. Por este motivo, em 07 (sete) de agosto de 2006 (dois mil e seis), foi sancionada a Lei 11.340 (Maria da Penha), que dispõe de mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A mesma afirma no seu artigo 2º que: Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006). E no artigo 3º, assegura às mulheres, "[...] as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária" (BRASIL, 2006). Além de dispor de diversas medidas de prevenção, assistência e proteção à mulher em situação de violência doméstica e familiar. Com a Lei Maria da Penha houve uma visibilidade significativa no que diz respeito à violência contra a mulher, devido ao uso de estratégias para tentar reprimir os atos de agressões domésticas. Todavia, isso não tem sido suficiente para reduzir ou paralisar as ações machistas e misóginas em nossa sociedade."

METODOLOGIA PROPOSTA:

"O método do estudo foi do tipo qualitativo descritivo-analítico e sua abordagem será feita através do estudo de caso de uma instituição de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Sujeitos: A presente pesquisa pretende trabalhar com dados qualitativos, desta forma, o procedimento metodológico se dará na análise de casos de mulheres cisgênero que relataram terem sido acometidas por adoecimento psíquico decorrente da violência doméstica sofrida por parte do parceiro. [...] Campo: Serviço de Recepção e Intercorrência - SRI, do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - HPJ, situado em Charitas, Niterói – RJ. Para o desenvolvimento desta pesquisa, inicialmente, serão levantados doze casos de mulheres com relato de violência doméstica, que buscaram atendimento na emergência do HPJ, no período que compreende a pesquisa. A partir desta informação, será aplicado critérios de inclusão e exclusão, que nos levará a selecionar os prontuários. Forma de análise de dados: Para analisar os prontuários, traçaremos o

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

perfil baseado no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014). O DSC é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisas empíricas, neste caso, dos prontuários."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

"Serão incluídos na pesquisa, prontuários de mulheres cisgênero heterossexuais de idade adulta (entre 34 a 52 anos) que: 1) mantém convivência conjugal com os companheiros; 2) moram no município de Niterói; 3) tem descrito no prontuário do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o diagnóstico/hipótese diagnóstica de depressão (CID-X: F32 e F33); e, 4) fazem tratamento na rede pública de saúde mental de Niterói."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

"Os critérios de exclusão serão: 1) não morar na mesma residência que o parceiro; 2) morar em outros municípios, que não seja Niterói; 3) ter diagnóstico/hipótese diagnóstica diferente de depressão; e, 4) fazer tratamento na rede privada."

AMOSTRA: 3 Indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Investigar o impacto da violência doméstica na saúde mental de mulheres cisgênero na procura do serviço de emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói-RJ."

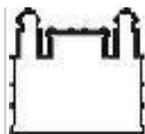
Objetivo Secundário:

- "- Apontar determinantes acerca da violência doméstica;
- Enunciar a demanda de violência doméstica a partir de três casos que demandaram atendimento no SRI no período da pandemia;
- Analisar, a partir das anotações dos prontuários, de que modo a experiência de sofrimento psíquico se relaciona à vivência de violência doméstica de mulheres cisgênero nesse sítio de estudo;
- Discutir a experiência de atendimento de casos de violência doméstica à mulheres, apontando possibilidades e limites."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a proponente, "os possíveis riscos desta pesquisa são:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

- Risco a segurança dos prontuários;
- Estigmatização – divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação;
- Divulgação de dados confidenciais.

A fim de evitá-los, adotaremos as seguintes medidas:

- Garantir o acesso da instituição pesquisada aos resultados;
- Limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa;
- Garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).
- Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.
- Garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos aos sujeitos participantes da pesquisa."

Refere ainda que "os possíveis benefícios desta pesquisa para seus participantes e/a sociedade, são:

- 1) Aumentar a visibilidade social para o adoecimento psíquico em detrimento a situações de violência em ambiente privado;
- 2) Possibilitar a ampliação da rede de suporte às vítimas;
- 3) Propiciar a reflexão de profissionais de saúde mental, acerca da demanda de mulheres vítimas de violência doméstica, para garantia de cuidado e proteção de maneira integral e não somente o tratamento de sintomas psíquicos.
- 4) Produzir material científico sobre o tema, a fim de contribuir para novos estudos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

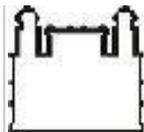
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1875158.pdf, postado em 08/02/2022.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

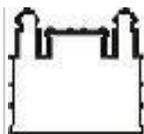
Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil, assinada pela pesquisadora responsável, nomeada folhaDeRostoAssinada.pdf, postada em 15/12/2021;
- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PROJETO_DE_PESQUISA.pdf, postado em 04/01/2022;
- Formulário de Encaminhamento nomeado formularioencaminhamento.pdf, postado em 15/12/2021;
- Cronograma, nomeado cronograma.pdf, postado em 04/01/2022;
- Orçamento, nomeado orçamento.pdf, postado em 04/01/2022;
- Termo de anuência da instituição coparticipante Hospital Psiquiátrico de Jurujuba / Niterói, assinado pela responsável da Divisão de Ensino e Pesquisa, nomeado Termo.pdf, postado em 11/12/2021;
- TCUD assinado pela pesquisadora responsável, nomeado TCUD.pdf, postado em 15/12/2021.

Para responder às pendências emitidas, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais estão aprovados:

- Formulário de resposta às pendências, nomeado formulario_resp_pend_parecer_5213193.pdf, postado em 08/02/2022;
- Termo de anuência da instituição coparticipante atualizado, nomeado carta_anuencia_modificado.pdf, postado em 08/02/2022;
- Termo de solicitação de dispensa para aplicação de TCLE atualizado, nomeado Solicitacao_de_dispensa_do_TCLE_modificado.pdf, postado em 08/02/2022;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

- Projeto de pesquisa na íntegra e ajustado, nomeado projeto_pesquisa_modificado.pdf, postado em 08/02/2022;

- Cronograma de pesquisa atualizado, nomeado cronograma_modificado.pdf, postado em 08/02/2022.

Recomendações:

Vide item "Considerações Finais a critério do CEP"

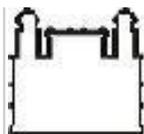
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 5.213.193, de 26/01/2022, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência: A CONEP ressalta, em sua Carta Circula nº 039/2011, que "os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do próprio sujeito, que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidado médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisas." A dispensa de aplicação de TCLE/RCLE somente é possível em casos estritos, nos quais seja demonstrada a impossibilidade de obtenção das assinaturas dos termos. É necessário que haja justificativa adequada e garantia de proteção e confidencialidade das informações individuais, com apresentação das estratégias metodológicas para a garantia do sigilo. Apesar da pesquisadora proponente garantir que serão tomadas medidas protetivas aos dados coletados, incluindo apresentação de TCUD, não ficou explícito no documento dispensatcle.pdf quais os impedimentos reais a se coletar autorização dos participantes de pesquisa para acesso de seus prontuários. Consta ainda, na Plataforma Brasil, como justificativa de isenção da aplicação de TCLE, que "se trata de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários", o que não configura justificativa plausível. Além disso, é necessário que a etapa de acesso de prontuário esteja explicitamente constando no documento de anuência institucional, para que o consentimento se dê claramente. Desse modo, esclarecer os motivos que impedem a pesquisadora em aplicar o TCLE/RCLE aos participantes de pesquisa para obtenção de autorização de acesso aos seus prontuários, sobretudo por serem apenas 3 pacientes pesquisados. Caso a justificativa nãoatenda os critérios necessários, será

obrigatória a elaboração e aplicação de Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, e submissão de tal documento à Plataforma Brasil para a devida apreciação ética.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



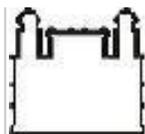
Continuação do Parecer: 5.238.646

Resposta da pendência 1: "Solicitamos a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em função de a pesquisa apresentar caráter retrospectivo, por se tratar de levantamento de dados de prontuários. Compreendemos que a utilização de prontuários médicos por si só não é justificativa para solicitar dispensa do TCLE. Contudo, por se tratar de atendimentos no setor de emergência, nos quais não há nenhum tipo de acompanhamento ou vínculo com o paciente após sua alta, torna-se impossível a obtenção do TCLE assinado, em razão de serem prontuários de pacientes não localizáveis. Garantimos a proteção e confidencialidade das participantes. A identificação das mesmas será preservada com a utilização de nomes fictícios e todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Termo de Anuência Prévia autorizado pelo Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde a pesquisa será realizada."

ANÁLISE DO CEP: Reitera-se que "caráter retrospectivo" e "se tratar de levantamento de dados de prontuários" não configuram, per si, como justificativas plausíveis para dispensa de aplicação do TCLE aos participantes de pesquisa. Contudo, o argumento de que os prontuários são oriundos de "atendimentos no setor de emergência, nos quais não há nenhum tipo de acompanhamento ou vínculo da equipe com o paciente após sua alta" encontra razoabilidade em face da impossibilidade de localização e contato com tais pacientes, que procuraram a instituição de modo pontual. Há, ainda, o comprometimento da autora proponente na confidencialidade e proteção dos dados das participantes. PENDÊNCIA ATENDIDA.

1. Item de pendência: Referente ao risco informado na Plataforma Brasil, "Não há riscos para esta pesquisa", esclarecemos que não se trata de considerar eventuais riscos à pesquisa, mas aos seus participantes. A pesquisadora afirma não haver riscos. No entanto, cabe ressaltar que, de acordo com o item V da Resolução CNS 466/2012, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes". Ressalta-se ainda o item II.22 da mesma resolução que define como "risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, é imprescindível que sejam apresentados pelo pesquisadora os riscos previsíveis assim como as medidas que serão adotadas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

a fim de minimizá-los ou evitá-los. A análise de riscos deve estar descrita no item específico da Plataforma Brasil, assim como deve ser informado aos participantes no TCLE/RCLE. Assim, apresentar os possíveis riscos da pesquisa aos participantes.

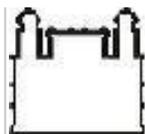
Resposta da pendência 2: "Os possíveis riscos desta pesquisa são: - risco a segurança dos prontuários; - estigmatização – divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; - invasão de privacidade; - divulgação de dados confidenciais. A fim de evitá-los, adotaremos as seguintes medidas: - Garantir o acesso da instituição pesquisada aos resultados; - Limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. - Garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). - Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. - Garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano aos sujeitos participantes da pesquisa."

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1. Item de pendência: - Quanto aos benefícios da pesquisa, a Resolução 510/2016, Art. 2, inciso III, define "benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado". Reapresentar, na Plataforma Brasil, de modo objetivo, os possíveis benefícios da pesquisa, direta ou indiretamente, aos seus participantes ou à sociedade.

Resposta da pendência 3: "Os possíveis benefícios desta pesquisa para seus participantes e/a sociedade, são: - Aumentar a visibilidade social para o adoecimento psíquico em detrimento a situações de violência em ambiente privado; - Possibilitar a ampliação da rede de suporte às vítimas; - Propiciar a reflexão de profissionais de saúde mental, acerca da demanda de mulheres vítimas de violência doméstica, paragarantia de cuidado e proteção de maneira integral e não somente o tratamento de sintomas psíquicos. - Produzir material científico sobre o tema, a fim de contribuir para novos estudos."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1. Item de pendência: A apreciação ética depende da apreciação de todos os métodos e procedimentos adotados pela pesquisa, incluindo os instrumentos de pesquisa em seu formato final que serão utilizados para coleta de dados (Norma Operacional 001/2013 3. 3.3). Embora sejam citados "dados demográficos", "informações do atendimento", e outras "informações específicas" tais menções não esclarecem precisamente quais informações serão extraídas. Esclarecer exatamente quais variáveis serão coletadas e analisadas (Res. CNS 466.12, item XI.2.a).

Resposta da pendência 4: "A coleta de dados para análise dos prontuários, se apresentará nas categorias de informações abaixo: - Dados demográficos da paciente: município de moradia, idade, gênero, orientação sexual, estado civil e com quem reside. - Informações sobre o tratamento: sintomas que relatou, diagnóstico, local de tratamento (se faz acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde mental do município de Niterói). - Informações do atendimento: data, categoria profissional da equipe que conduziu o atendimento, conduta (prescrição, internação, alta, encaminhamento). - Identificação de falas das pacientes que contenham conteúdo de vivência de violência doméstica."

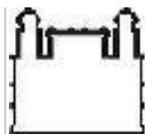
ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Item de pendência: O campo "Bibliografia", na Plataforma Brasil, destina-se à inclusão das referências bibliográficas, textos utilizados no embasamento das informações dispostas na Plataforma para fins de avaliação do protocolo de pesquisa (resumo, introdução, desenho metodológico etc), e não à inclusão de "biografia" do(a) pesquisador(a) proponente. Assim, corrigir as informações do campo "Bibliografia", na Plataforma Brasil.

Resposta da pendência 5: "O campo foi corrigido diretamente na Plataforma Brasil."

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

O protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO. ***

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1875158.pdf	08/02/2022 21:29:59		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_5213193.pdf	08/02/2022 21:28:55	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta_anuencia_modificado.pdf	08/02/2022 21:27:50	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispensa_do_TCLE_modificado.pdf	08/02/2022 21:24:05	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_modificado.pdf	08/02/2022 21:22:14	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma_modificado.pdf	08/02/2022 21:21:19	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/01/2022 20:57:54	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	04/01/2022 20:57:03	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	15/12/2021 15:23:37	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Outros	TCUD.pdf	15/12/2021 15:22:50	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Outros	formularioencaminhamento.pdf	15/12/2021 15:21:34	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	11/12/2021 22:25:16	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/12/2021	JESSICA BARRETO	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.238.646

Orçamento	orcamento.pdf	22:23:45	DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	11/12/2021 22:23:05	JESSICA BARRETO DOS SANTOS	Aceito
Outros	JessicaBarretodosSantos_FR.pdf	11/02/2022 12:52:42	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações;

Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano;

Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano;

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948;

Considerando os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004;

Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;

Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e

Considerando o disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

II - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução adota as seguintes definições:

II.1 - achados da pesquisa - fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes;

II.2 - assentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

II.3 - assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa;

II.5 - consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que

esta possa acarretar;

II.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa;

II.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

II.8 - instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

II.10 - participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência;

II.11 - patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional;

II.12 - pesquisa - processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico;

II.13 - pesquisa em reprodução humana - pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nesses estudos serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos dela;

II.14 - pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos;

II.15 - pesquisador - membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.16 - pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.17 - protocolo de pesquisa - conjunto de documentos contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis;

II.18 - provimento material prévio - compensação material, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do participante e seus acompanhantes, quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa;

II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento;

II.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;

II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar;

II.24 - Termo de Assentimento - documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais; e

II.25 - vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

III - DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

III.1 - A ética da pesquisa implica em:

a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e

d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

III.2 - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

- a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;
- b) estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa;
- c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;
- d) buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis;
- e) utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa;
- f) se houver necessidade de distribuição aleatória dos participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro, mediante revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;
- g) obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento a posteriori;
- h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do participante da pesquisa, devendo o(s) pesquisador(es) possuir(em) capacidade profissional adequada para desenvolver sua função no projeto proposto;
- i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;
- j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis;
- k) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades;
- l) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;
- m) comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

n) assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

o) assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento;

p) comprovar, nas pesquisas conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacional, responsáveis pela pesquisa no Brasil. Os estudos patrocinados no exterior também deverão responder às necessidades de transferência de conhecimento e tecnologia para a equipe brasileira, quando aplicável e, ainda, no caso do desenvolvimento de novas drogas, se comprovadas sua segurança e eficácia, é obrigatório seu registro no Brasil;

q) utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante;

r) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

s) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa;

t) garantir, para mulheres que se declarem expressamente isentas de risco de gravidez, quer por não exercerem práticas sexuais ou por as exercerem de forma não reprodutiva, o direito de participarem de pesquisas sem o uso obrigatório de contraceptivos; e

u) ser descontinuada somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que a aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes.

III.3 - As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no item III.2, deverão ainda:

a) estar fundamentadas na experimentação prévia, realizada em laboratórios, utilizando-se animais ou outros modelos experimentais e comprovação científica, quando pertinente;

b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento;

c) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa; e

d) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes:

d.1) o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante.

IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

IV.1 - A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá:

a) buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade;

b) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e

c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

IV.2 - Superada a etapa inicial de esclarecimento, o pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada, deverá apresentar, ao convidado para participar da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão

em grupo controle ou experimental, quando aplicável;

b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;

c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa;

d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;

f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e

h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.4 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do previsto no item IV.3 supra, deve observar, obrigatoriamente, o seguinte:

a) explicitar, quando pertinente, os métodos terapêuticos alternativos existentes;

b) esclarecer, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade; e

c) não exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

IV.5 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda:

a) conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente;

b) ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão;

c) ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente; e

d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente.

IV.6 - Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar:

a) em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica deverão atender aos seguintes requisitos:

c.1) documento comprobatório da morte encefálica;

c.2) consentimento explícito, diretiva antecipada da vontade da pessoa, ou consentimento dos familiares e/ou do representante legal;

c.3) respeito à dignidade do ser humano;

c.4) inexistência de ônus econômico-financeiro adicional à família;

c.5) inexistência de prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento; e

c.6) possibilidade de obter conhecimento científico relevante, ou novo, que não possa ser obtido de outra maneira;

d) que haja um canal de comunicação oficial do governo, que esclareça as dúvidas de forma acessível aos envolvidos nos projetos de pesquisa, igualmente, para os casos de diagnóstico com morte encefálica; e

e) em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável.

Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente.

IV.7 - Na pesquisa que dependa de restrição de informações aos seus participantes, tal fato deverá ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP. Os dados obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido.

IV.8 - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

V.1 - As pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

- a) o risco se justifique pelo benefício esperado; e
- b) no caso de pesquisas experimentais da área da saúde, o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - São admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

V.3 - O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

V.4 - Nas pesquisas na área da saúde, tão logo constatada a superioridade significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime.

V.5 - O Sistema CEP/CONEP deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área

da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas.

V.6 - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

V.7 - Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

VI – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

VII – DO SISTEMA CEP/CONEP

É integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP - compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação, num trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil, de forma coordenada e descentralizada por meio de um processo de acreditação.

VII.1 - Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes.

VII.2 - Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos:

VII.2.1- as instituições e/ou organizações nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos podem constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades e atendendo aos critérios normativos; e

VII.2.2- na inexistência de um CEP na instituição proponente ou em caso de pesquisador sem vínculo institucional, caberá à CONEP a indicação de um CEP para proceder à análise da pesquisa dentre aqueles que apresentem melhores condições para monitorá-la.

VII.3 - A CONEP é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/MS.

VII.4 - A revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica.

VII.5 - Os membros integrantes do Sistema CEP/CONEP deverão ter, no exercício de suas funções, total independência na tomada das decisões, mantendo em caráter estritamente confidencial, as informações conhecidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa. Devem isentar-se da tomada de decisões quando envolvidos na pesquisa em análise.

VII.6 - Os membros dos CEP e da CONEP não poderão ser remunerados no desempenho de sua tarefa, podendo, apenas, receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam dispensados, nos horários de seu trabalho nos CEP, ou na CONEP, de outras obrigações nas instituições e/ou organizações às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da função.

VIII – DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) ATRIBUIÇÕES:

VIII.1 - avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

VIII.2 - desempenhar papel consultivo e educativo em questões de ética; e

VIII.3 - elaborar seu Regimento Interno.

IX – DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) ATRIBUIÇÕES:

IX.1 - examinar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, como também a adequação e atualização das normas atinentes, podendo, para tanto, consultar a sociedade, sempre que julgar necessário;

IX.2 - estimular a participação popular nas iniciativas de Controle Social das Pesquisas com Seres Humanos, além da criação de CEP institucionais e de outras instâncias, sempre que tal criação possa significar o fortalecimento da proteção de participantes de pesquisa no Brasil;

IX.3 - registrar e supervisionar o funcionamento e cancelar o registro dos CEP que compõem o Sistema CEP/CONEP;

IX.4 - analisar os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na

análise;

1. genética humana, quando o projeto envolver:

1.1. envio para o exterior de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético, salvo nos casos em que houver cooperação com o Governo Brasileiro;

1.2. armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;

1.3. alterações da estrutura genética de células humanas para utilização in vivo;

1.4. pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética);

1.5. pesquisas em genética do comportamento; e

1.6. pesquisas nas quais esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos participantes de pesquisa;

2. reprodução humana: pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos delas. Caberá análise da CONEP quando o projeto envolver:

2.1. reprodução assistida;

2.2. manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto; e

2.3. medicina fetal, quando envolver procedimentos invasivos;

3. equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

4. novos procedimentos terapêuticos invasivos;

5. estudos com populações indígenas;

6. projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte;

7. protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa;

8. pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro; e

9. projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

IX.5 - fortalecer a participação dos CEP por meio de um processo contínuo de capacitação, qualificação e acreditação;

IX.6 - coordenar o processo de acreditação dos CEP, credenciando-os de acordo com

níveis de competência que lhes possibilitem ser delegadas responsabilidades originárias da CONEP;

IX.7 - analisar e monitorar, direta ou indiretamente, no prazo estipulado em normativa, os protocolos de pesquisa que envolvam necessidade de maior proteção em relação aos seus participantes, em especial os riscos envolvidos. Deve, nesse escopo, ser considerado sempre em primeiro plano o indivíduo e, de forma associada, os interesses nacionais no desenvolvimento científico e tecnológico, como base para determinação da relevância e oportunidade na realização dessas pesquisas;

IX.8 - analisar e monitorar, direta ou indiretamente, protocolos de pesquisas com conflitos de interesse que dificultem ou inviabilizem a justa análise local;

IX.9 - analisar, justificadamente, qualquer protocolo do Sistema CEP/CONEP, sempre que considere pertinente; e

IX.10 - analisar, em caráter de urgência e com tramitação especial, protocolos de pesquisa que sejam de relevante interesse público, tais como os protocolos que contribuam para a saúde pública, a justiça e a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, mediante solicitação do Ministério da Saúde, ou de outro órgão da Administração Pública, ou ainda a critério da Plenária da CONEP/CNS.

X - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA

X.1 - DA ANÁLISE ÉTICA DOS CEP DAS COMPETÊNCIAS:

1. compete ao CEP, após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se apresente de forma clara, objetiva e detalhada, a decisão do colegiado, em prazo estipulado em norma operacional;

2. encaminhar, após análise fundamentada, os protocolos de competência da CONEP, observando de forma cuidadosa toda a documentação que deve acompanhar esse encaminhamento, conforme norma operacional vigente, incluindo a comprovação detalhada de custos e fontes de financiamento necessários para a pesquisa;

3. incumbe, também, aos CEP:

a) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo;

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

c) o CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 anos após o encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital;

d) receber denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da

pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do Termo de Consentimento;

e) requerer a instauração de apuração à direção da instituição e/ou organização, ou ao órgão público competente, em caso de conhecimento ou de denúncias de irregularidades nas pesquisas envolvendo seres humanos e, havendo comprovação, ou se pertinente, comunicar o fato à CONEP e, no que couber, a outras instâncias; e

f) manter comunicação regular e permanente com a CONEP, por meio de sua Secretaria Executiva.

X.2 - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA DA CONEP:

1. compete à CONEP, dentro do prazo a ser estipulado em Norma Operacional, emitir parecer devidamente motivado, com análise clara, objetiva e detalhada de todos os elementos e documentos do projeto;

2. compete, também, à CONEP, o monitoramento, direto ou indireto, dos protocolos de pesquisa de sua competência; e

3. aplica-se à CONEP, nas hipóteses em que funciona como CEP, as disposições sobre Procedimentos de Análise Ética dos CEP.

X.3 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CEP E À CONEP:

1. os membros do CEP/CONEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como da tomada de decisão, quando envolvidos na pesquisa;

2. os CEP e a CONEP poderão contar com consultores ad hoc, pessoas pertencentes, ou não, à instituição/organização, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

3. pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada;

4. considera-se antiética a pesquisa aprovada que for descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP ou pela CONEP;

5. a revisão do CEP culminará em seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

a) aprovado;

b) pendente: quando o CEP considera necessária a correção do protocolo apresentado, e solicita revisão específica, modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em prazo estipulado em norma operacional; e

c) não aprovado;

6. o CEP poderá, se entender oportuno e conveniente, no curso da revisão ética, solicitar informações, documentos e outros, necessários ao perfeito esclarecimento das questões, ficando suspenso o procedimento até a vinda dos elementos solicitados;

7. das decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no prazo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

8. os CEP e a CONEP deverão determinar o arquivamento do protocolo de pesquisa nos casos em que o pesquisador responsável não atender, no prazo assinalado, às solicitações que lhe foram feitas. Poderão ainda considerar o protocolo retirado, quando solicitado pelo pesquisador responsável;

9. uma vez aprovado o projeto, o CEP, ou a CONEP, nas hipóteses em que atua como CEP ou no exercício de sua competência originária, passa a ser corresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa; e

10. consideram-se autorizados para execução os projetos aprovados pelos CEP, ou pela CONEP, nas hipóteses em que atua originariamente como CEP ou no exercício de suas competências.

XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

XII - OUTRAS DISPOSIÇÕES

XII.1 - Cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os dispositivos desta Resolução, deve cumprir as exigências setoriais e regulamentações específicas.

XII.2 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP.

XII.3 - A presente Resolução, por sua própria natureza, demanda revisões periódicas,

conforme necessidades das áreas ética, científica e tecnológica.

XIII - DAS RESOLUÇÕES E DAS NORMAS ESPECÍFICAS

XIII.1 - O procedimento de avaliação dos protocolos de pesquisa, bem como os aspectos específicos do registro, como concessão, renovação ou cancelamento e, também, da acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa serão regulamentados por Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

XIII.2 - O processo de acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP será tratado em Resolução do CNS.

XIII.3 - As especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas serão contempladas em resolução complementar, dadas suas particularidades.

XIII.4 - As especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução complementar específica.

XIII.5 - Os aspectos procedimentais e administrativos do Sistema CEP/CONEP serão tratados em Norma Operacional do CNS.

XIII.6 - A tipificação e gradação do risco nas diferentes metodologias de pesquisa serão definidas em norma própria, pelo Conselho Nacional de Saúde.

XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde