



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA SAÚDE
MENTAL**

Mariana Pedrosa de Medeiros

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA SAÚDE
MENTAL**

Mariana Pedrosa de Medeiros

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Valeska M. Zanello de Loyola – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Thiago Pierobom – Membro Externo
Fundação Escola Superior MPDFT - FESMPDFT

Profª. Dra. Miriam Pondaag – Membro Externo
Instituto de Ensino Superior de Brasília– IESB

Prof. Dra. Sílvia Lordello – Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, julho de 2016

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDAW	Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres
DF	Distrito Federal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa de Assistência à Violência
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família Fernando, Tina e Luísa pelo suporte e incentivo que me deram para buscar meu desenvolvimento profissional. Além disto, por estarem presentes e ouvirem minhas angústias, meus medos e, também, minhas alegrias.

Ao meu namorado, Lucas, por acreditar em mim e por incentivar que eu sempre busque o meu melhor. Também agradeço pelas horas de discussão, por ouvir minhas angústias e não me deixar desanimar.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Valeska Zanello, por todo conhecimento passado para mim, por todos os ensinamentos, por abrir as portas para minha carreira e por ter se tornado uma pessoa tão marcante na minha vida. Certamente, esta jornada teria sido muito mais difícil sem a presença e amizade dela.

Às minhas amigas de infância, Andréa, Mariana e Vanessa, que estão presentes na minha vida desde sempre, obrigada pelo apoio nas questões pessoais e profissionais.

Também agradeço à Isabela, Júlia, Lais e Lara pela presença constante na minha vida, por se interessarem pelo meu projeto e por sempre tentarem me deixar bem e me incentivarem a não desistir.

Às amigas do mestrado, Aline, Gisele, Mariana, Marizete, Naiara, pelas discussões e pelo crescimento que tivemos juntas nos estudos de gênero. Compartilhar esta jornada com vocês me engrandeceu profissionalmente e pessoalmente.

À Universidade de Brasília e ao Instituto de Psicologia, especialmente o Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, por terem aberto novamente as portas para mim e pela acolhida neste centro de ensino tão importante

À CAPES pela bolsa de estudos que permitiu que eu me dedicasse exclusivamente a estetrabalho

Pedrosa, M. M. (2016). *A (in)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

A presente dissertação se propõe a discutir a visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. Ela está constituída por três artigos, os quais foram resultantes de duas etapas distintas da pesquisa. O primeiro teve como escopo analisar as políticas públicas desenvolvidas para as mulheres e aquelas resultantes da Reforma Psiquiátrica, marcadas pelas conferências em saúde mental. Para isto, analisou-se os três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres e as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental. A análise demonstrou que o diálogo é incipiente e a violência de gênero não tem sido tratada claramente como um fator de risco para a saúde mental. O segundo artigo teve como objetivo fazer um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimentos sobre a violência contra as mulheres e as políticas públicas relativas a este tema em profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Foram realizadas doze entrevistas com estes profissionais e, a partir da análise das entrevistas, cinco eixos temáticos foram criados. O que se observou é que, de modo geral, os profissionais apresentaram dificuldades para lidar com o tema, principalmente no que diz respeito ao encaminhamento e à notificação da violência. A invisibilidade da violência se dá na falta de uma atuação baseada em conhecimentos teórico-práticos e no desinteresse dos profissionais em buscar formas mais eficazes de lidar com o problema. O terceiro artigo buscou relatar como a experiência de um grupo de mulheres realizado em um CAPS II teve um impacto importante na vida das participantes. Assim, revela como o atendimento em grupos com escuta de gênero pode ser uma importante ferramenta de atuação em saúde mental com mulheres vítimas de violência. Esta dissertação conclui, portanto, que há uma lacuna entre as políticas públicas e a prática dos serviços de saúde mental em relação à demanda da violência contra as mulheres.

Palavras-chave: Saúde mental. Mulheres. Violência contra as Mulheres. Gênero. Políticas Públicas.

ABSTRACT

As the presentation of a research developed in two different phases, this dissertation is formed by three articles and its purpose is discuss the visibility of the relationship between violence against women and mental health. The first one analyzes public policies: the ones that are addressed to women and the ones created as result of the Psychiatric Reform, marked by the mental health conferences. Therefore, three National Plans of Policies for Women and four National Mental Health Conferences were analyzed. The analysis showed that the dialogue between those public policies are incipient, and gender violence has not been treated as a risk factor for mental health. The second article aimed to analyze the perception, believes and knowledge the health professionals who work in a Center of Psychosocial Attention II (CAPS II) about violence against women and public policies about this matter. Twelve professionals were interviewed and, from the analysis of the answers, five themes were proposed. Generally, the professionals had difficulties to deal with those themes, especially the ones about how to address and notify the violence. The invisibility of violence can be seen as result of a practice that is not based in the theoretical and practical knowledge and in the lack of interest in finding better ways to deal with the matter. The third article aimed to report the experience of a women's group and the great impact of the group's activities in the participants lives. So, it shows that therapeutic groups, with a gender bias, could be an important tool to provide care of women's victims of violence. This dissertation concludes that there is a lack between public policies and the practice in mental health care services associated with violence against women's demands.

Key words: Mental Health. Women. Violence against women. Gender. Public Policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
ARTIGO 1 – IMPACTOS DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NO BRASIL: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
INTRODUÇÃO	16
SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	18
POLÍTICAS PARA AS MULHERES: COMO É TRATADO O TEMA DO IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE MENTAL	21
PRINCÍPIOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: É RECONHECIDA A ESPECIFICIDADE DO ADOECIMENTO PSÍQUICO EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO?.....	27
CONCLUSÕES.....	32
REFERÊNCIAS	33
ARTIGO 2 – (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	38
INTRODUÇÃO	40
MÉTODO	43
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
PERCEPÇÃO DAS DIFERENÇAS DE DEMANDAS ENTRE HOMENS E MULHERES.....	45
EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA.....	48
RELAÇÃO ENTRE A VIOLÊNCIA E A SAÚDE MENTAL	52
CONHECIMENTO SOBRE A LEI MARIA DA PENHA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES	54
(DES)CONHECIMENTO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	57
CONCLUSÕES.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	62
ARTIGO 3 – RECONSTRUINDO HISTÓRIAS PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: ESCUTA (E INTERVENÇÃO) DE GÊNERO COMO MEIO DE EMPODERAMENTO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE RELAÇÕES VIOLÊNTAS	66
INTRODUÇÃO	68
MÉTODO	71

RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
CASO 1- LUCIANA, O QUE VOCÊ SABE SOBRE VOCÊ?.....	73
CASO 2 – PATRÍCIA, O ESTUPRO É CULPA DE QUEM?.....	75
CASO 3 – ZÉLIA, A MENDIGA DO AMOR.....	76
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO.....	78
CONCLUSÕES.....	83
REFERÊNCIAS.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	90

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres foi qualificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e diz respeito a diversos atores sociais. Ela foi definida pela Convenção de Belém do Pará (1993) como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (artigo 1º).

No Brasil, uma abordagem específica voltada para as mulheres começou a ganhar relevância a partir da década de 80. As primeiras políticas públicas para as mulheres eram da área da saúde e relacionadas ao bem estar físico, principalmente ligado ao sistema reprodutivo. Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, as políticas relacionadas às mulheres se tornaram mais centralizadas e efetivas.

A Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, foi um marco importante no combate à violência contra as mulheres, sendo considerada uma das três leis mais importantes do mundo. Conforme o artigo 1º, ela “cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar”. Portanto, não trabalha apenas a punição dos agressores, mas é pensada em um sentido mais amplo de prevenção à violência e garantia de assistência.

Para os efeitos da lei, conforme o artigo 5º, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. A violência pode acontecer no âmbito da unidade doméstica, da família e em qualquer relação íntima de

afeto. Ela ainda estabelece cinco formas de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

A criação desta lei no Brasil foi fundamental, tendo em vista que os dados são alarmantes. De acordo com o Mapa da Violência (2015), o Brasil ocupa o quinto lugar em feminicídio no mundo, em uma amostra de 83 países. Se pensarmos na escalada da violência, no qual o feminicídio ocupa o último nível, os números de casos que não chegam à polícia e ao sistema de saúde devem ser ainda mais preocupantes. O programa “Disque 180” do governo federal destinado ao recebimento de ligações e denúncias aponta que, nos dez primeiros meses de 2015, foram realizados 634.862 atendimentos, desses, 39,52% solicitavam prestação de informações (principalmente sobre a Lei Maria da Penha); 9,65% foram encaminhamentos para serviços especializados; e 40,28% se referiam a encaminhamentos para outros serviços de teleatendimento (telefonia), tais como 190 da Polícia Militar, 197 da Polícia Civil e Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos (SPM, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra as mulheres traz sérias consequências à saúde. Entre os problemas físicos decorrentes da violência destacam-se as lesões, as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, queixas gastro-intestinais, problemas ginecológicos, dores de cabeça, uso de álcool, cigarro e outras drogas (OMS, 2005; Heise, 1993; Heise, Pitanguy & Germain, 1994).

Em relação à saúde mental, a violência tem sido associada a problemas psiquiátricos, dentre eles, depressão, ansiedade, transtorno pós-traumático, transtornos alimentares, transtornos obsessivo-compulsivos (Heise, Pitanguy & Germain, 1994; Jordan, Campbell & Follingstad, 2009). Os problemas se intensificam, conforme a gravidade da violência aumenta e os efeitos negativos permanecem mesmo após o fim dos episódios violentos

(Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior & Jansen, 2008; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008).

Segundo Schraiber e D'Oliveira (1999) e Marinheiro, Vieira e Souza (2006), as mulheres que sofreram violência física e sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde. O estudo realizado pela OMS (2005) também mostra que, quanto maior a severidade da violência sofrida, maior a busca pelos sistemas formais de ajuda, o que gera, portanto, um expressivo número de vítimas de violência doméstica que utilizam os serviços de saúde geral e, em específico, o de saúde mental (Rose et al., 2011; Trevillion et al, 2014; Nyame, Howard, Feder & Tevillion, 2013).

No entanto, no cotidiano desses serviços, o tema da violência ainda é discutido de forma discreta (Malpass et al, 2014; Nyame et al, 2013; Marinheiro, Vieira & Souza, 2006). Especificamente nos serviços de saúde mental, Trevillion et al. (2014) apontam que menos de um terço dos casos é detectado pelos profissionais. A dificuldade começa desde a identificação dos casos de violência até o encaminhamento para serviços especializados.

É necessário, portanto, que a rede de atendimento coordene suas ações com os diferentes setores (como assistência social, justiça, segurança pública e saúde), para que tenha uma atuação mais efetiva. Esta rede visa a ampliação e a melhoria da qualidade do atendimento, a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e a integralidade e a humanização do atendimento (SPM, 2011).

Em relação ao atendimento à saúde mental das mulheres, a rede deve trabalhar baseada no olhar de gênero, tendo em vista que, na maioria das vezes, a violência é permeada estruturalmente por questões dessa ordem. Assim, a escuta e a atenção às mulheres nessa situação deve levar em consideração as relações desiguais, os papéis sociais estabelecidos para as mulheres e como esses fatores influenciam na configuração dos transtornos mentais (Zanello & Bukowitz, 2011).

Pensando nesse contexto e na associação entre violência contra as mulheres e diversos transtornos mentais, esta dissertação teve como objetivo principal investigar a visibilidade desta associação. Assim, foi dividida em três artigos que analisaram a relação entre violência contra as mulheres e saúde mental, na política, em um serviço de atenção à saúde mental e na história de vida de mulheres atendidas neste serviço.

No primeiro artigo, foi realizado um levantamento das conferências nacionais de saúde mental e dos planos nacionais de políticas para as mulheres. Teve como objetivo pesquisar e discutir quais interfaces existem (ou não) entre as políticas públicas para as mulheres e as políticas de saúde mental no Brasil.

O segundo artigo teve por objetivo fazer um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimento sobre a violência contra as mulheres e políticas públicas relativas a este tema, em profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de uma capital brasileira. Buscou-se averiguar a compreensão do tema por parte destes profissionais, bem como seus conhecimentos sobre a rede e os serviços disponíveis para o encaminhamento e o trabalho conjunto com essas mulheres.

O terceiro artigo teve como objetivo relatar, por meio de três estudos de caso, o impacto da violência na saúde mental de mulheres com histórico de violência. Também buscou mostrar como a experiência de um grupo de mulheres realizado em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) trouxe mudanças importantes na vida das participantes.

ARTIGO 1 – IMPACTOS DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NO BRASIL: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

RESUMO

O Brasil é o quinto país em feminicídio do mundo. Tal dado aponta para a existência persistente da violência contra as mulheres em nosso país, cujo assassinato é apenas a ponta do *iceberg*. A violência de gênero tem sido fortemente associada a prejuízos na saúde mental das mulheres, tais como a configuração de quadros de depressão, ansiedade, fobias, transtorno pós-traumático, suicídio, problemas alimentares, etc. Em que serviço público é previsto o acolhimento desta demanda no Brasil? O presente artigo teve como escopo analisar as políticas públicas desenvolvidas para as mulheres e aquelas resultantes da Reforma Psiquiátrica, marcadas pelas conferências em saúde mental. Para isto, foi realizada uma análise dos três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004-2013) e das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987-2010), buscando-se evidenciar as interseccionalidades (in)existentes entre ambas as políticas. A análise demonstrou que o diálogo entre estes documentos ainda é incipiente e a violência de gênero contra as mulheres não tem sido tratada claramente como um fator de risco para a saúde mental. Faz-se mister visibilizar esta relação e propor aos serviços de saúde intervenções mais eficazes para lidar com mulheres que foram ou estão sendo vítimas de violência.

Palavras chaves: violência contra as mulheres; saúde mental; gênero; políticas públicas.

ABSTRACT

Brazil is the fifth country in women's homicide in the world. This data shows that the violence against women in our country is a persistent problem, and that the homicide is just the tip of the iceberg. The gender violence has been widely associated with disorders in women's mental health, such as depression, anxiety, phobias, post traumatic disorders, suicide, eating disorders, etc. Which public service should be concerned about this demand in Brazil? The present article has at scope analyze the public policies to women and the ones that are result of the Psychiatric Reform, made from the Mental Health conferences. To accomplish this goal, an analysis of the three National Plans of Politics for Women (2004-2013) and of the four National Conferences of Mental Health (1987-2010) was done, trying to point out the existence (or not) of the intersectionality between them. The analysis showed that the conversation between this documents is still incipient and that gender violence against women has not being treated as a risk factor to mental health. Therefore, it is important to give visibility to this relation an to come up with more effective interventions for the health care system deal with women who are or have been victims of violence.

Key words: violence against women; mental health; gender; public policies.

INTRODUÇÃO

O movimento feminista se consolidou no Brasil, juntamente com os estudos de gênero, a partir do final dos anos 70. Este processo ocorreu concomitantemente com a redemocratização política e o fortalecimento de diversos movimentos sociais. Na década de 80, a questão política dominou os feminismos, surgindo grupos temáticos, entre eles os que tratavam de questões da saúde e das violências contra as mulheres, assim como grupos de apoio às mulheres vítimas de violência (Narvaz, 2009). Na década de 90, a violência contra as mulheres foi declarada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um problema de saúde pública e que diz respeito aos diversos setores: social, jurídico, político e de saúde (OMS, 2005).

Diante desta mobilização social e política, o Brasil passou a ser signatário de diversos acordos, tratados e convenções nacionais e internacionais, assumindo o compromisso de erradicar a discriminação, os estereótipos de gênero e a violência contra as mulheres. Dentre os documentos assinados encontram-se a *Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)*, a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*, conhecida como *Conferência de Belém do Pará* e a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher* (Narvaz, 2009).

Para manter o compromisso assinado nestas conferências, impulsionar e articular a institucionalização da questão de gênero e implantar políticas públicas foi criada, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Antes de sua criação, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres eram, de maneira geral, ações isoladas e relacionadas a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados de atendimento às

mulheres. A partir de 2003, as políticas públicas para o enfrentamento da violência passaram a ser ampliadas e a incluir ações integradas, como: “criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública” (SPM, 2011, p.7). À SPM foi designado o *status* de Ministério (que vigorou até o fim de 2015) e ela passou a desenvolver ações com outros Ministérios e Secretarias, dentre eles o Ministério da Saúde, a fim de incorporar as especificidades de gênero nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para alcançar a plena cidadania das mulheres (Narvaz, 2009).

Apesar dos avanços e da articulação da SPM, o Brasil ainda é um país extremamente machista (Ipea, 2014) e possui uma alta incidência de casos de violência contra as mulheres (Instituto Avon, 2014). De acordo com o Mapa da Violência (2015), pesquisa realizada pela FLACSO/BR, o Brasil ocupa o 5º lugar nas taxas de homicídio feminino em uma amostra de 83 países. Em comparação com o Reino Unido, por exemplo, o Brasil tem 48 vezes mais homicídios femininos, dado que exemplifica a magnitude da violência e da morte de mulheres no país.

A violência contra as mulheres gera impactos socioeconômicos, assim como impactos na saúde (OMS, 2005; OMS, 2010; OMS, 2013). Segundo Henrica, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno (2008), mulheres que sofreram violência demonstram ter uma piora na saúde e passam mais dias acamadas do que as que não sofreram. Neste sentido, Schraiber e D'Oliveira (1999) afirmam que estas mulheres parecem utilizar mais os serviços de saúde do que a população em geral. Além disto, a violência física, sexual e psicológica tem sido associada com diversos problemas psiquiátricos tais como depressão, ansiedade, fobias, estresse pós-traumático, suicídio, tentativa de suicídio, abuso de álcool e drogas, insônia,

exacerbação de sintomas psicóticos, problemas alimentares, depressão pós-parto, transtorno bipolar (Henrica, et al., 2008; Rose, et al., 2011; Trevillion, et al., 2014).

Estes dados mostram que a opressão e a violência de gênero levam ao sofrimento e a uma diversidade de problemas psicológicos (Chesler, 2005). Que interface existe (se existe) entre as políticas públicas para as mulheres e as políticas de saúde mental no Brasil? O presente artigo tem como objetivo pesquisar e discutir esta interface.

SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Paralelamente aos avanços dos direitos das mulheres, também mobilizados pelo contexto da redemocratização brasileira, surgiu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se tornou ator estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. A psiquiatria brasileira vivia um momento, em conformidade com a psiquiatria mundial, de medicalização da loucura, que tornava a doença mental objeto exclusivo de um saber e de uma prática especializada, a biomédica (Engel, 2004).

Assim, a ideia inicial do Movimento era prover uma crítica ao modelo psiquiátrico clássico, mostrando sua presença na prática das instituições psiquiátricas. Buscou-se também entender a função social da psiquiatria para além de seu papel médico-terapêutico. A partir da década de 1980, o movimento passou a ser chamado de Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e teve como ponto de virada dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A conferência representou o fim da trajetória sanitarista, com o olhar voltado apenas para o sistema de saúde, e deu início à desconstrução do cotidiano dos manicômios, chamada de desinstitucionalização.

No encontro que ocorreu no mesmo ano em Bauru-SP, o movimento perdeu a natureza técnico-científica e se tornou social em busca de transformações no campo da saúde mental com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Assim, passou a requerer o envolvimento da sociedade na discussão e nos direcionamentos a serem tomados em relação à doença mental e à assistência psiquiátrica (Amarante, 1995).

Em 2001, a Lei 10.216/2001, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, foi aprovada (com vários vetos em seu texto original) após muitos anos de tramitação no Congresso Nacional e depois de diversas mobilizações da sociedade civil organizada. A Lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

A reforma trouxe importantes avanços para a área de saúde mental no Brasil (Tenório, 2002). No entanto, há pontos que precisam ser melhor desenvolvidos, dentre eles, podemos apontar a importação de um modelo psiquiátrico biologizante e a invisibilidade do gênero.

Andrade (2010) e Maluf (2010) problematizam essa importação do modelo psiquiátrico biologizante, ainda que este seja criticado na reforma. Segundo a primeira autora, a reforma psiquiátrica juntamente com a disseminação de uma cultura psicanalítica promoveu um alargamento do que é considerado patológico. Assim, a reforma teve dificuldade em consolidar um de seus pressupostos: ao invés de se abrir para a pluralidade de experiências, seu foco ainda se baseia na realização de diagnósticos, categorização e medicamentação da vida. A segunda autora corrobora esta ideia ao afirmar que dentro dos movimentos sociais há uma confusão entre os conceitos de universalização e democratização (fundamentados nos princípios do SUS), com a distribuição de medicamentos. Assim, as concepções de adoecimento, cura e saúde criadas pela indústria farmacêutica são pouco questionadas e a saúde mental acaba por ser reificada.

Um exemplo desta reificação da saúde mental é a falta de olhar para um viés de gênero na criação de diagnósticos e no tratamento/atendimento nos serviços de saúde mental. Zanello (2014a) afirma que o viés de gênero provoca um grande desconforto para a área de saúde mental, “pois abala as certezas de uma suposta neutralidade, traz o íntimo para o político e questiona as próprias relações de poder neste campo, bem como seus valores” (p. 116). Com esta ideia, a autora sublinha que todo diagnóstico implica um ato hermenêutico, calcado em valores dos próprios profissionais de saúde, dentre os quais destaca-se os estereótipos de gênero. Neste sentido, aponta-se que o nível de “tolerância” para que um comportamento seja visto como sintomático é diferente para homens e mulheres, como é o caso da agressividade e da expressão da sexualidade (Zanello, 2014a). Outro exemplo trata da tendência em ver o sofrimento expressado pelas mulheres como dramático ou histriônico (Zanello & Silva, 2012). Muitas situações de violência acabam por serem desqualificadas neste tipo de leitura, aparentemente científica, mas profundamente preconceituosa (Zanello, 2014b).

A invisibilidade do gênero na reforma psiquiátrica impossibilita a criação de políticas públicas levando em consideração as especificidades de ser homem ou mulher em nossa cultura, bem como reifica e biologiza o sofrimento mental, separando-o de questões sociais. Dentre os desdobramentos da invisibilidade de gênero da reforma, destaca-se a invisibilidade da violência contra as mulheres.

Segundo estudo realizado por Barbosa, Dimenstein e Leite (2014), mulheres que viviam situações de violência e possuíam transtornos mentais em uma comunidade do Rio Grande do Norte não conseguiram encontrar nos serviços um local que as atendesse de maneira integral. Nessa pesquisa foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam tanto nos Centros de Referência de violência contra as mulheres, como em Centros de Atenção Psicossocial. Foi possível perceber com o estudo que os profissionais acolhiam apenas a demanda para a qual o serviço era direcionado a priori, ou seja, serviços de saúde

mental acolhiam, apenas, demandas do sofrimento mental e serviços de atendimento à violência focavam seu atendimento na violência sofrida e não se preocupavam com a saúde mental. Assim, as mulheres ficavam desassistidas em pelo menos uma de suas demandas e não se qualificava, devidamente, os impactos da violência sobre a saúde mental delas. Barbosa, Dimenstein e Leite (2014) destacam que, apesar das políticas serem especializadas em diferentes setores de atendimento, é necessário que haja uma maior articulação para que se obtenha uma melhor resolutividade.

Mas, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPMs) delinearão o atendimento à saúde mental das mulheres em situação de violência? E como as conferências em Saúde Mental precisam (ou não) a especificidade deste público?

POLÍTICAS PARA AS MULHERES: COMO É TRATADO O TEMA DO IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE MENTAL

Os PNPMs tiveram, como objetivo geral, a efetividade das políticas públicas para as mulheres. No total, foram realizadas três conferências, que geraram três planos. O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM), criado em 2004, foi resultado da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e teve como objetivo a efetivação dos direitos das mulheres. As ações previstas neste documento envolveram quatro eixos de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres (Narvaz, 2009; SPM, 2004).

Neste I PNPM, o foco de atuação manteve-se na saúde reprodutiva e na redução da mortalidade materna, o que provocou uma lacuna em outras áreas que compreendem a saúde integral das mulheres, como a saúde mental. Apesar disso, este plano incluiu o tema no

capítulo referente à “saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, relacionando, ainda que incidentalmente, a saúde mental ao ciclo biológico e reprodutivo das mulheres. O plano visou atingir a saúde mental ao estabelecer como meta a implantação de “projetos pilotos de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)” (SPM, 2004, p. 66)¹.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), realizado em 2008, ampliou os eixos de atuação para onze, são eles: autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica, não-lesbofóbica; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar; direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; cultura, comunicação e mídias igualitárias, democráticas e não discriminatórias; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas; e, gestão e monitoramento do plano (SPM, 2008).

Este II PNPM manteve o tema da saúde mental no capítulo “saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”. Neste plano, permanece a relação entre a saúde mental e ciclo reprodutivo, sendo este inclusive o foco das ações, pois há a afirmação de que os transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério merecem ser mais investigados. Pesquisa realizada em 24 capitais e no DF, em 2001,

¹ Esta meta não saiu do papel.

num universo de 3265 mulheres, identificou 97 mortes por suicídio, associadas à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto² (SPM, 2008, p. 76).

Este plano propôs que as ações de saúde busquem a integralização e estabeleceu como meta a implantação de “cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero” (SPM, 2008, p. 80)³. Além disto, também priorizou “promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais” (SPM, 2008, p. 81).

No tópico de “enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres”, o plano traz a seguinte reflexão: “os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares” (SPM, 2008, p. 95). Embora esta afirmação seja corroborada pelo dado de que a maior parte da violência explícita sofrida pelas mulheres acontece no ambiente doméstico (Instituto Avon, 2014), ela invisibiliza as violências que acontecem no espaço público, no cotidiano das mulheres. Estas violências, por nem sempre serem físicas, são naturalizadas e menosprezadas pela sociedade, por exemplo, o assédio que as mulheres sofrem ao andar nas ruas da cidade, independentemente do horário; as propagandas que objetificam os corpos das mulheres criando um ideal de beleza inatingível, entre outros.

² Zanello (2016) aponta que o aumento do número de depressão pós-parto deve ser lido por um viés feminista de gênero. Segundo a autora, nos últimos 2 séculos, houve a construção de um certo ideal de maternidade e uma associação naturalizante entre a capacidade de procriar (das mulheres) com a capacidade de cuidar (humana). O resultado foi um excesso de tarefas e responsabilidades “maternas” (construídas) sobre as mulheres, impactando a saúde mental das mesmas quando na situação de serem mães. Uma leitura biologizante, prevalente em nossa cultura (depressão pós-parto como sinônimo de desequilíbrio hormonal) não apenas escamoteia estas questões, como as invalida, por ser uma leitura extremamente reducionista e silenciadora das mulheres.

³ Estas metas foram implementadas posteriormente, de forma tímida.

O III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (III PNPM), realizado em 2013, teve como enfoque a transversalidade como forma de transformação dos espaços cristalizados de opressão e invisibilidade das mulheres dentro do aparato estatal. A transversalidade é entendida como construto teórico, que visa ressignificar conceitos chaves que possibilitam o entendimento mais amplo na produção de desigualdades, e como conjunto de ações e de práticas políticas e governamentais, que constitui uma nova estratégia para o desenvolvimento democrático como processo estruturado em função da inclusão das diferenças no âmbito público e privado (SPM, 2013).

Este III PNPM estabeleceu como linha de ação a promoção da atenção à saúde mental das mulheres, e considerou várias especificidades, tais como as raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero. E ainda, as especificidades de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais (SPM, 2013).

Dentro desta linha de ação, uma que merece destaque é a “3.10.4” pelo fato de propor um olhar para a especificidade do adoecimento mental das mulheres vítimas de violência: “implantar ações específicas para atenção às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde e nos serviços de saúde mental” (SPM, 2013, p. 39). O que podemos perceber, portanto, é que há uma maior sensibilidade em relação ao adoecimento mental de mulheres, decorrente das violências.

Além dos PNPMS, faz-se mister analisar a Lei Maria da Penha e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Estes documentos são marcos brasileiros importantes no enfrentamento da violência contra as mulheres, sendo a Lei Maria da Penha considerada pela OMS, em 2012, uma das três melhores leis do mundo de combate à violência contra as mulheres. A Política Nacional surgiu a partir de propostas do I PNPM e

oferece diretrizes sobre como devem ser realizadas as políticas públicas para as mulheres no Brasil. Assim, analisar como é tratada a saúde mental nestes documentos é fundamental, pois ambos são importantes norteadores de políticas no cenário nacional.

A Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, é a norma de prevenção, assistência e punição à violência doméstica contra as mulheres mais relevante do Brasil. Foi criada partir da luta de mulheres que insistiram em uma política mais incisiva de punição aos agressores e proteção às vítimas de violência, e estabeleceu mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Além disso, não é uma lei meramente punitiva, mas propõe que fossem garantidas medidas de proteção e prevenção à integridade física das mulheres. Também buscou o empoderamento das mulheres para romper com a reprodução da violência de gênero na sociedade (Pasinato, 2011).

A saúde mental é tratada, por esta lei, de forma muito abrangente. Ela propõe a “preservação da integridade física e psicológica” da mulher em situação de violência. Porém não estabelece como deve ser realizada a preservação da integridade psicológica. Já no que concerne à integridade física, o texto da Lei propõe uma atenção conjunta com os serviços de saúde para atender às lesões corporais e à demanda “fisiológica” da violência sexual. Isto fica evidente no artigo 9º, §3º, que prescreve:

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2011, teve por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à

violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Além disso, foi estruturada a partir do I PNPM, o qual estabeleceu, no eixo IV de enfrentamento à violência contra as mulheres, a criação de uma Política Nacional (SPM, 2011). Apesar da ênfase deste documento ser a prevenção e o combate à violência, também trata da assistência. Ainda que a violência tenha um grande impacto sobre a saúde mental das mulheres, este tema sequer é mencionado. O documento, ao tratar do tema, apenas especifica as formas de violência contra as mulheres ou cita trechos da lei, ou seja, não faz considerações relevantes a respeito do assunto.

A partir da análise dos PNPMs, da Lei Maria da Penha e da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres destaca-se a inclusão da saúde mental dentro do capítulo intitulado “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”. Maluf (2010) afirma que nos discursos de quem elabora as políticas públicas, a perspectiva de gênero é reduzida ao que seria especificidades femininas quanto à aflição e ao sofrimento, e que estão ligadas, em geral, à noção do “ciclo de vida” biológico, ou seja, prevalece um modelo fisicalista e de racionalização médica de diferença de gênero. Assim, a eleição deste capítulo para abordar a saúde mental, reforçou, ainda que não intencionalmente, a ideia do adoecimento mental das mulheres ligado às questões biológicas e pouco às questões sociais.

Outro dado comum a todos os PNPMs é a existência de um capítulo específico de “enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres”. Entretanto, ao analisar este capítulo pôde-se observar que há uma invisibilidade em relação ao adoecimento psíquico como decorrente da violência sofrida. O que se observa é que a relação entre violência e saúde mental ainda é incipiente, pois a primeira é pensada com ações de âmbito social e a segunda ainda inserida no âmbito biológico da saúde sexual e reprodutiva.

PRINCÍPIOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: É RECONHECIDA A ESPECIFICIDADE DO ADOECIMENTO PSÍQUICO EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO?

As Conferências de Saúde Mental tiveram um papel estratégico na elaboração e consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A I Conferência, realizada em 1987, teve seu foco no impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais. A conferência foi estruturada conforme três temas básicos: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (MS, 1987; MS, 2001).

O foco desta conferência foi humanizar e promover uma melhor atenção aos “portadores de transtornos mentais”. Entretanto, acabou por tratar estas pessoas, ainda que incidentalmente, de maneira reificada e universal, ou seja, neste relatório não é possível observar a interface com as especificidades de raça, gênero, classe e orientação sexual. O uso do termo gênero, por exemplo, foi relacionado à espécie, tipo, qualidade ou modo de ser e fazer, como na expressão: “loucos de todo gênero”. Assim, não se fez uma leitura de gênero como categoria de análise histórica dos papéis sociais definidos para homens e mulheres.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, aprofundou as críticas ao modelo hegemônico e também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (MS, 2001). Esta também foi dividida em três temas que centralizaram as deliberações dos delegados, a saber: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; e, direito à atenção e direito à cidadania.

Esta conferência pouco evoluiu no sentido de se analisar as especificidades do “doente” e do adoecimento mental. Assim, as questões de ordem social permaneceram invisibilizadas.

A III Conferência de Saúde Mental foi realizada em 2001, após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001). Teve o tema “Cuidar, sim. Excluir, não” como central das discussões, em consonância com a Organização Mundial da Saúde, que propôs a centralidade deste tema para o ano de 2001. Também foi discutido o tema: *“Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”*, que era/é atual e fundamental para a realidade brasileira. Assim, os seguintes subtemas tiveram papel central nos debates realizados pela Conferência: financiamento; recursos humanos; controle social e acessibilidade, direitos e cidadania. Segundo a avaliação da conferência, descrita em seu relatório final, ela representa o

fortalecimento do consenso sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial. Todo este percurso vem reafirmar que o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos (MS, 2001, p. 19).

Esta conferência, de modo geral, buscou pensar nas interseccionalidades do adoecimento mental. Entre elas, encontra-se uma maior preocupação em relação a situações de violência. Por exemplo, no capítulo sobre a política de saúde mental e a organização de serviços são propostos: “garantir a definição de uma política intersetorial para atendimento às pessoas portadoras de deficiência mental articulando as ações da saúde, educacional, assistência social, poder judiciário e atenção às vítimas de violência” (MS, 2001, p. 28) e

“implementar ações preventivas de saúde mental, que articulem práticas de promoção de cuidados às vítimas de violência e de desinstitucionalização” (MS, 2001, p. 38).

Nestes casos, não é possível identificar quem são as “vítimas de violência”, ou seja, elas são tratadas de maneira universal. As formas e o sentido da violência são diferentes a depender das especificidades do grupo na qual ela ocorre, portanto as ações governamentais para erradicar este problema também devem ser distintas. Assim, não especificar a “vítima de violência” pode impedir a criação de políticas públicas mais adequadas e eficazes às demandas dos diversos grupos sociais.

Ao tratar do acesso aos serviços de saúde mental, o relatório propõe que “deve ser garantida uma atuação intersetorial da política de saúde mental voltada àqueles segmentos de usuários em situação de maior risco: mulheres vítimas de violência doméstica, crianças, adolescentes e idosos” (MS, 2001, p. 115). Há, neste fragmento, uma preocupação com as mulheres vítimas de violência. Entretanto, elas aparecem ao lado, indiscriminadamente, de crianças, adolescentes e idosos. As mulheres são um pouco mais da metade da população brasileira (52,2%), já as classificações “criança”, “adolescente” e “idoso” dizem acerca de etapas da vida, ou seja, apontam vulnerabilidades diferentes que podem se assomar ao gênero. Neste sentido, pouco se fala exclusivamente das mulheres, apesar de um estudo do Instituto Avon (2014), retratar que 3 em cada 5 mulheres no Brasil admitiram ter sido vítimas de violência física ou sexual. Ou seja, trata-se de uma epidemia, de um problema de saúde pública, da qual os serviços de saúde mental não podem e nem devem se esquivar.

No capítulo sobre Direitos e Cidadania, o texto tangencia a notificação (que neste momento histórico ainda não era compulsória) dos casos de violência: “garantir que os médicos registrem, nos prontuários clínicos e laudos periciais realizados em portadores de transtornos mentais, as lesões observadas, em conformidade com o código de ética, como já

se procede em casos de violência de gênero e contra crianças e adolescentes” (MS, 2001, p. 133).

A IV Conferência de Saúde Mental, realizada em 2010, reafirmou os princípios gerais da reforma psiquiátrica em curso no país. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na garantia de um sistema público e estatal da saúde mental. Também reafirmou a necessidade da participação ativa dos usuários, na produção do cuidado e no ativismo junto aos serviços. Foi a única conferência realizada após a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, e nela existe uma maior sensibilização para a questão da violência contra elas.

No capítulo de Direitos Humanos e Cidadania, há propostas que visaram, sob um enfoque de gênero – aqui visto como categoria de análise sócio histórica -, um cuidado com a atenção à saúde mental das mulheres, com a finalidade de: melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS; qualificar a atenção dada à elas; incluir um enfoque de gênero e raça na atenção às mulheres; promover a integração com a sociedade civil, a fim de aumentar a participação nas políticas de atenção às mulheres com sofrimento mental; e defender a descriminalização do aborto. O foco em questões das mulheres é fundamental, mas não necessariamente fez com que os serviços voltassem a atenção para as especificidades de ser mulher e na interlocução deste fato (do sexismo) com a saúde mental.

Há nesta conferência um capítulo relacionado à violência e à saúde mental. Entretanto, neste tópico a palavra “mulher” não foi citada nenhuma vez. Isso pode indicar a falta de sensibilidade para a violência contra as mulheres e sua interface com as políticas de saúde mental. Este fato é preocupante, tendo em vista a forte correlação entre a violência e o adoecimento mental (Henrica, et al., 2008; Rose, et al. 2011; Trevillion et al., 2014), e a elevada presença destas mulheres nos serviços de saúde e de saúde mental em específico (Schraiber, 1999; Barbosa, Dimenstein e Leite, 2014). A notificação dos casos de violência se

tornou compulsória em 2003 e, ainda assim o documento não ressalta esta obrigatoriedade, o que vai ao encontro dos resultados de pesquisas recentes que apontam que a notificação da violência contra a mulher não vem sendo realizada como deveria no sistema de saúde mental (Galvão & Dimenstein, 2009; Mattos, Ribeiro & Camargo, 2012).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada em 2001, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Na lei, ainda que não intencionalmente, houve a reificação do adoecimento mental, no sentido de não se questionar a própria natureza do adoecimento e suas interfaces com questões sociais. Quando a lei tratou da violência, houve uma preocupação com a violência contra as pessoas com transtorno mental, enfatizando uma anterioridade (temporal) do transtorno à violência, mas pouco abordou os transtornos decorrentes das violências ou a participação das violências na configuração dos transtornos. Por exemplo, no inciso III do parágrafo único do artigo 2º: “são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”.

Foi possível assim observar através da análise dos documentos (as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Lei da Reforma Psiquiátrica), que pouco se trata das especificidades das pessoas “portadoras de transtorno mental”. De maneira geral, elas são tratadas de forma universal, invisibilizando questões de sexo, raça e classe. Entretanto, existem grupos, considerados minorias, que conseguiram, ao longo das conferências, ainda que de forma incipiente, manter o foco neles mesmos, como é o caso da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), que possuem propostas exclusivas para si. Cabe frisar, no entanto, que, embora as mulheres representem 52,2% da população brasileira (SPM, 2013), as leis e conferências pouco focam exclusivamente nelas e no sofrimento a que elas são submetidas pelo simples fato de serem mulheres (sexismo e violência de gênero).

Ao tratarem da questão da violência, os documentos não analisam dois aspectos importantes. O primeiro deles é em relação ao sujeito receptor da violência, ou seja, quem é a vítima, assim não se pensa nas diferenças de cuidados necessários a um idoso, uma criança ou uma mulher vítima de violência. O segundo aspecto é relacionado, como já mencionado, a esses documentos não pensarem na violência como fator partícipe da configuração do quadro de adoecimento mental, e sim, ela sendo sofrida pela pessoa que já apresenta o transtorno mental. Este segundo aspecto acaba por facilitar uma invisibilidade da violência no atendimento de transtornos mentais, os quais parecem ser vistos, muitas vezes, como entidades independentes, separadas do próprio histórico da violência, como sugerem os estudos de Dimenstein (2014) e Zanello (2014b).

CONCLUSÕES

A análise dos documentos relacionados às políticas para as mulheres e os relacionados à saúde mental no Brasil demonstraram que o diálogo entre eles ainda é incipiente. Este dado corrobora aquilo que é visto na prática dos cotidianos de saúde, como demonstrado por Barretos, Dimenstein e Leite (2014). Assim, falta a integralidade nas ações acerca do adoecimento mental em mulheres com histórico de violência.

Nos documentos da SPM, como visto, o tópico da saúde mental das mulheres foi inserido juntamente à saúde sexual e reprodutiva, ou seja, relacionado ao ciclo reprodutivo. Desta forma, o adoecimento mental corre o risco de ser reificado e tratado pelo viés biomédico, com o foco na menarca, climatério e puerpério. A ligação da saúde mental com a biológica acaba por promover a biologização e a medicalização do sofrimento e, mais uma vez, afasta as questões sociais que afligem as mulheres do contexto da saúde. Paralelamente a isto, ao falar da violência contra a mulher, o aspecto psicológico é visto como algo a ser

preservado, como por exemplo, na Lei 11340/2006 (Maria da Penha), o texto traz, diversas vezes, a expressão “preservação da integridade física e psicológica”. Porém, os documentos não fazem uma reflexão sobre como a mulher, que teve sua integridade física e psicológica violada, deve ser tratada e nem sobre o impacto desta violação para sua saúde física e, principalmente, mental. Assim, o sofrimento mental causado pela violência fica, de certa forma, invisibilizado nestes documentos.

Já nos documentos de saúde mental, percebe-se uma tentativa de olhar para as mulheres, mas o foco ainda se dá no “portador” de transtorno mental que sofre a violência e não o transtorno como sendo configurado, em grande parte, pelas próprias situações de violência. Este fato invisibiliza especificidades das histórias de vida que levaram ao sofrimento e ao adoecimento. Assim, em conformidade com os pressupostos da psiquiatria biomédica, descontextualiza os sintomas e reifica a “doença mental”.

Embora a literatura mostre que a violência é um fator de risco para a saúde mental, é importante que este dado chegue em quem elabora as leis ou participa de conferências que norteiam as mesmas. Pode-se desprender da leitura destes documentos que a violência de gênero contra as mulheres não é tratada claramente como um fator de risco para a saúde mental. Faz-se mister visibilizar esta relação e propor aos serviços de saúde, principalmente aos serviços de saúde mental, intervenções mais eficazes para lidar com mulheres que foram ou estão sendo vítimas de violência, para que elas não sejam apenas medicalizadas e silenciadas, configurando uma nova situação de violência, a institucional.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.

- Andrade, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: Zanello, V. & Andrade, A. P. M. (Orgs). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.
- Chesler, P. (2005). *Women and Madness*. New York: PalgraveMacMillan
- Engel, M. (2004). Psiquiatria e Feminilidade. In. *História das Mulheres no Brasil*. M. Del Priore (Org.). São Paulo: Contexto.
- Galvão, V. A. B. M. & Dimenstein, M. (2009). O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. *Mental*, 7(13).
- Henrica, M.E., Jansen, A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet.com*, 37.
- Instituto Avon (2014). *Violência contra mulher: o jovem está ligado?* Recuperado de http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens_versao02-12-2014.pdf
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SPIS): tolerância social da violência contra as mulheres*. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf
- Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cism/doc/Lei_10216_2001.pdf
- Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006*. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação

contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Maluf, S. W. & Tornquist, C. S. (2010). *Gênero, saúde e aflição [abordagens antropológicas]*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Mattos, P. R., Ribeiro, I. S. & Camargo, V. C. (2012). Análise dos casos notificados de violência contra a mulher. *Cogitar e Enferm.* 17 (4), 738-44.

Ministério da Saúde. (1987). I Conferência Nacional de Saúde Mental. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_rel_fnal.pdf

Ministério da Saúde. (1992). *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Recuperado de http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3703

Ministério da Saúde. (2001). *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

Narvaz, M. (2009). *A (in)visibilidade do gênero na psicologia acadêmica: onde os discursos fazem(se) política*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating violence*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women.WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Pasinato, W. (2011). Avanços e obstáculos na implementação da Lei 11340/2006. In C. H. Campos (Org.). *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Geder, G. & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 189-194.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. L., (1999). Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface_ comunicação, saúde, educação* 3(5), 11-26.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2004). *I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2008). *II Plano Nacional de Política para as Mulheres*. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>

- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2013). *III Plano Nacional de Política para as Mulheres*. Recuperado de http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf
- Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciência e saúde*, 9(1), 25-59.
- Trevillion, K., Hughes, B., Feder, G., Borschmann, R., Oram, S. & Howard, L. M. (2014). Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 430-444.
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF Retirado de <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>
- Zanello, V. (2014a). A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M. (Orgs). *Saúde Mental e Gênero- Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*, 41-58. Curitiba: Appris.
- Zanello, V. (2014b). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In Stevens, C., Oliveira, S. R., Zanello, V. *Estudos Feministas e de Gênero: articulações e perspectivas*. Florianópolis: Editora Mulheres. Disponível em: <http://www.coloquiofeminista2014.com>
- Zanello, V. & Silva, R. M. (2012). Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural. *Bioética*, 22 (2), p. 267-279.

ARTIGO 2 – (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

RESUMO

A violência é um problema mundial e tem sido associada a diversos transtornos psicológicos. Por isso, é necessário que os profissionais de saúde mental estejam preparados para lidar com esta demanda. O objetivo deste estudo foi fazer um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimentos sobre violência contra as mulheres e as políticas públicas relativas a este tema em profissionais de saúde de um CAPS II. Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas com estes profissionais. A partir da análise das entrevistas, foram criados cinco eixos temáticos representativos das respostas dos profissionais: “percepção das diferenças entre as demandas entre homens e mulheres”; “experiência de atendimento de mulheres que sofreram violência”; “relação entre violência e saúde mental”, “conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas para as mulheres”; “(des)conhecimento da notificação compulsória da violência contra as mulheres”. Os profissionais apresentaram dificuldade para lidar com o tema, principalmente no que diz respeito ao encaminhamento e à notificação da violência. A atuação é baseada na intuição e não em conhecimentos teórico práticos. Faz-se mister que as políticas públicas não fiquem apenas no plano teórico, mas estejam na prática dos profissionais de saúde.

Palavras chaves: violência contra as mulheres; saúde mental; profissionais de saúde; gênero.

ABSTRACT

The violence against women is a worldwide problem and it has been associated to many psychiatric problems. Therefore, it is necessary to make health professionals capable to deal with this problem. The aim of this study is analyze the perception, beliefs and knowledge of these professionals about violence against women and public policies related to this issue. To accomplish this objective, 12 semi-structured interviews were realized. From the data analysis, five themes were proposed: “perception of the differences in the women’s and men’s problems”, “experience in the treatment of women victims of violence”, “the relationship between violence and mental health”, “knowledge about the Maria da Penha Law and women’s public policies”, “(un) knowledge” of the compulsory notification of violence against women”. The interviewed professionals had difficulties to deal with those themes, specially the ones about how to address and notify the violence. Their practices are based on their intuition and not in theoretical and practical knowledge. Therefore, it is necessary do not keep the public policies only in the theoric field, instead, those policies have to be seen in practice.

Key words: violence against women; mental health; health professionals; gender

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, segundo o conceito definido na Convenção de Belém do Pará (1994), é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (artigo 1º). O tema, que possui dimensões assustadoras e traz impactos importantes para a sociedade, ganhou visibilidade a partir da década de 90, sendo considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma questão de saúde pública (OMS, 2005).

Segundo uma revisão dos dados mundiais sobre violência contra as mulheres, realizada pela OMS em 2013, verificou-se que 35% das mulheres no mundo já foram vítimas de violência física e/ou sexual. Em alguns países, esse número pode chegar a 70%. Baseada nessa estatística, concluiu-se que três em cada cinco mulheres foram ou serão vítimas de violência. Assim, é importante ter em mente que se trata de uma epidemia e que deve ser combatida (OMS, 2005; OMS, 2013). Apesar dos dados alarmantes, a maioria dos casos ainda não são identificados. Conforme estudo realizado na União Europeia, apenas 14% das mulheres registraram na polícia o mais grave incidente de violência cometida por parceiro íntimo (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

No Brasil, a realidade não é diferente. De acordo com o Mapa da Violência (2015), pesquisa realizada pela FLACSO/BR, o Brasil passou da 7ª colocação (2012) nas taxas de feminicídios em uma amostra de 84 países, para a 5ª colocação, em uma amostra de 83 países. O Mapa da Violência também mostrou que, dos 4.762 casos de feminicídio cometidos em 2013, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que, a maioria (33,2%), foi realizada por parceiros ou ex-parceiros.

Em 2015, o DataSenado realizou uma pesquisa que concluiu que uma em cada cinco mulheres no Brasil já foi espancada por um parceiro íntimo. De modo geral, para se chegar ao feminicídio é necessário se pensar em uma escalada de violência, o que aponta que outras violências são muito mais invisíveis e menos problematizadas. Portanto, é necessário que o governo brasileiro e as políticas públicas deem atenção ao tema.

A exposição a situações de risco, como a violência contra as mulheres, tem sido fortemente associada a diversos problemas psiquiátricos. Dillon, Hussain, Loxton e Rahman (2012) realizaram um levantamento de 75 artigos, que faziam associação entre a violência contra as mulheres e transtornos mentais. A pesquisa foi feita em três bases de dados online (SAGE premier, ProQuest e Scopus) e foram selecionados os artigos publicados entre janeiro de 2006 e junho de 2012. Combinações entre os termos “domestic violence” (violência doméstica) e “intimate partner violence” (violência por parceiro íntimo) com os termos “physical health” (saúde física) e “mental health” (saúde mental) foram realizadas. Dos artigos levantados, a experiência de violência foi associada à depressão (em 42 estudos), transtornos pós-traumáticos (em 14 estudos), ansiedade (em 16 estudos), suicídio e autoextermínio (em seis estudos), problema psicológico (em 19 estudos). Este estudo demonstra a alta correlação que tem sido realizada pela literatura entre a violência e os transtornos psicológicos. Trevillion et al. (2014), Nyame, Howard, Feder & Trevillion (2013), Schraiber, D’Oliveira e Couto (2009) e Barreto, Dimenstein e Leite (2013) demonstram que há um expressivo número de vítimas de violência doméstica que utilizam os serviços de saúde mental, tanto no Brasil quanto em outros países. Estes serviços possuem, assim, um papel importante na identificação, prevenção e no encaminhamento da violência doméstica para serviços especializados (OMS, 2010).

Para que o atendimento dado às mulheres seja efetivo, é necessário que os profissionais de saúde que trabalham na atenção à saúde mental tenham conhecimentos, e se

sintam capacitados para atender esta demanda. Entretanto, estudos demonstram que os profissionais de saúde não são devidamente preparados para lidar com a violência contra as mulheres (Schraiber & D'Oliveira, 1999; Nyame et al., 2013; Rose et al., 2011).

Esta falta de preparo é algo que acontece desde a graduação. Souza, Penna, Ferreira, Tavares e Santos (2008) fizeram uma análise dos currículos de graduação de medicina e enfermagem em dez universidades públicas e privadas do Rio de Janeiro e de Cuiabá. Foram analisadas as ementas das disciplinas regulares do curso em que o termo violência e seus correlatos apareciam explicitamente. No curso de medicina, apenas em 23% das disciplinas o termo aparecia de forma explícita, porcentagem que caiu para 16,3% nos cursos de enfermagem. Além disso, a violência mais especificada nos currículos é a perpetrada contra crianças e adolescentes.

Outro estudo, realizado por Rosa, Boing, Schraiber e Coelho (2010), analisou a percepção dos acadêmicos dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia no que tange à presença do tema da violência nos cursos de graduação. Para os estudantes, a dificuldade de identificar vítimas de violência foi relacionada a dificuldades pessoais, dificuldades do paciente, e na formação acadêmica. Em relação às dificuldades pessoais, o estudo incluiu a invisibilidade da violência perante o profissional, o distanciamento entre profissional e paciente e a ausência da concepção de integralidade. Já em relação às dificuldades dos pacientes, destaca-se o fato deles esconderem a violência sofrida e a vergonha que sentem em relação ao fato ocorrido. No que diz respeito à formação acadêmica, eles ressaltaram que as informações não são suficientes na universidade e que o tema é abordado superficialmente. A forma de violência considerada mais relevante e urgente de ser abordada pelos alunos foi contra a criança e o adolescente (66,3%), sendo que a violência contra as mulheres foi considerada urgente por apenas 14,3% dos acadêmicos. Estas pesquisas demonstram que a violência contra as crianças é considerada assunto de maior importância tanto pelas

universidades, que elaboram os currículos de graduação, quanto pelos alunos. Assim, desde a graduação, a violência contra as mulheres é vista como um tema secundário.

Cabe ressaltar que os estudos acima não englobaram os estudantes de psicologia. Entretanto, nesta área, Narvaz e Koller (2007) problematizam a falta de matérias e temas relacionados às questões de gênero na graduação e afirmam que este não é um problema exclusivo do Brasil, mas algo que acontece em todo o mundo. As autoras discutem que, pelo fato de a psicologia ser baseada em pressupostos biologicistas, as teorias, de modo geral, possuem “concepções binárias, hierárquicas, essencialistas, naturalizadas e cristalizadas quanto ao gênero” (p. 220). Portanto, assim como nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, há também na psicologia uma falta de debate a respeito das questões de gênero em geral e do impacto das violências de gênero sobre as mulheres.

Levando em consideração a importância do reconhecimento da violência contra as mulheres como epidemia, seu impacto sobre a saúde mental das mesmas, bem como a insípida presença desta temática nos currículos de graduação dos profissionais de saúde, o presente artigo teve por objetivo fazer um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimento sobre a violência contra as mulheres e políticas públicas relativas a este tema, em profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de uma capital brasileira. Buscou-se averiguar a compreensão do tema por parte destes profissionais, bem como seus conhecimentos sobre a rede e os serviços disponíveis para o encaminhamento e trabalho conjunto com essas mulheres.

MÉTODOS

Para atingir os objetivos da pesquisa foram entrevistados 12 profissionais de saúde que trabalham em um Centro de Atenção Psicossocial II do Distrito Federal (CAPS II/DF). Os

profissionais eram de diversas especialidades: um psiquiatra, cinco psicólogos, duas enfermeiras, uma técnica em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e um gerente de saúde. Como não é uma equipe grande, para preservar o sigilo e a identidade dos profissionais, eles foram apresentados como: “profissionais da área *psi*”, que inclui os psicólogos e o psiquiatra, e “profissionais de saúde mental”, que inclui os demais profissionais de saúde.

Dos 12 profissionais, oito trabalhavam 20 horas semanais, sendo que apenas quatro trabalhavam 40 horas por semana no serviço. Quanto à formação profissional, três possuíam apenas o nível superior completo (25%), quatro tinham mestrado (33,3%), um doutorado (8,3%) e quatro profissionais tinham especialização (33,3%). O tempo de trabalho no serviço variou de um a nove anos, sendo que a maioria está no serviço entre quatro e seis anos.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas disparadoras que buscavam conhecer primeiramente a rotina dos profissionais de saúde e como eles lidavam com as demandas de homens e mulheres atendidos no CAPS. Em um segundo momento, foram realizadas perguntas mais específicas para analisar o conhecimento que estes profissionais tinham sobre violência contra as mulheres, sua relação (ou não) com a saúde mental e os sistemas disponíveis na rede para atender essa demanda.

As entrevistas foram realizadas, na maioria das vezes, no próprio local de trabalho, em uma sala separada a fim de preservar o sigilo do entrevistado. Apenas duas entrevistas foram realizadas fora do local de trabalho, a pedido dos entrevistados, mas em locais fechados, nos quais o sigilo também foi preservado. As entrevistas duraram em média 49 minutos, e com a anuência dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise de dados.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 47775515.3.0000.5540) e no Comitê de Ética

e Pesquisa da Faculdade de Saúde do Distrito Federal (CAAE: 53102116.6.3001.5553). Os participantes só foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para o tratamento dos dados, foi realizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977; Minayo, 2014). Em um primeiro momento, foram lidas todas as entrevistas para haver uma sensibilização de temas recorrentes. Esta leitura foi realizada pelas duas pesquisadoras. Depois, foi realizada a exploração do material buscando-se encontrar eixos temáticos que categorizassem as falas dos profissionais. Estes foram comparados pelas duas pesquisadoras autoras do artigo e então elencou-se os cinco eixos temáticos das entrevistas.

Os cinco eixos temáticos construídos a partir da análise de conteúdo foram: “percepção das demandas apresentadas entre homens e mulheres”; “experiência no atendimento à mulheres que sofreram violência”; “relação entre violência e saúde mental”, “conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas para as mulheres”; “(des)conhecimento da notificação compulsória da violência contra as mulheres”. A apresentação das respostas dos profissionais será dividida conforme os eixos temáticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERCEPÇÃO DAS DEMANDAS APRESENTADAS POR HOMENS E MULHERES

Dos 12 profissionais entrevistados, sete (58,3%) percebem que há diferenças entre as demandas de homens e mulheres. Para estes profissionais, as mulheres pedem mais ajuda, são mais “choronas”, trazem mais conteúdos, mais problemas de relacionamento e relatos de violência, como explicitou a profissional da área *psi* 4: “*relacionada a problemas familiares,*

a maioria. Problema social e problemas familiares né? É separação, é dificuldades com os filhos, né? Também a violência, né? Com relação a ela, né? Permeia as famílias, essas questões são bem presentes”.

Já os homens, na percepção dos profissionais, pedem menos ajuda, são mais focados e secos, e o sofrimento é, geralmente, relacionado às atividades sexual e laborativa, como na fala do profissional da área *psi 2*: “os homens geralmente sentem muito com o fato de parar de trabalhar, por exemplo, e perdem todo o lado macho da casa”.

Uma diferença trazida por vários profissionais é que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres. E aqueles que já são usuários do serviço têm mais dificuldades de falar sobre o seu sofrimento. Desta forma, os profissionais entendem que, quando eles trazem o seu sofrimento de forma explícita, é sinal de que a situação é grave e a equipe deve se preocupar mais:

ai é aquela história: a mulher ela bota pra fora, seja chorando, seja dançando, seja gritando. O homem cria aquela crosta, é aonde tá o perigo, né? Que é por isso que ocorre mais suicídio com o homem do que com a mulher, né? Porque o homem, ele fecha e não fala nada (profissional de saúde mental 3).

No caso das mulheres, por elas buscarem mais os serviços e falarem mais sobre si e seus problemas, os profissionais desqualificam ou relevam o seu sofrimento, as rotulam como “reclamonas” e utilizam o diagnóstico “poliqueixosas”. A fala da profissional de saúde mental 4 exemplifica esta desqualificação: “as mulheres são sempre mais poliqueixosas, né? Elas sempre trazem muito mais queixas nesse sentido amoroso, na necessidade das relações com o marido, com o filho, né?”. O uso deste tipo de “diagnóstico” é problemático, pois carrega uma ideia negativa sobre a fala das mulheres e desqualificadora de seus sofrimentos. O conteúdo perde sua importância e passa a ser visto como mais uma “reclamação”.

Dois profissionais denegaram a existência da diferença entre demandas de homens e mulheres. A denegação consistiu em negar que existe a diferença, mas na própria fala conseguir apontar essas diferenças. Nestes casos, houve uma tendência a racionalizar as respostas. Os profissionais tiveram um discurso com caráter universal, baseado no argumento de que

todo mundo fala de sofrimento, né? Todo mundo tá falando de amor, de rejeição, de, sei lá, sonhos perdidos. (...) não vejo uma demanda de mulheres e uma demanda de homens, mas o que eu vejo, porque, no final, tá todo mundo falando de desamor, de desamparo, de problemas sociais gravíssimos (profissional da área psi 3).

Por trás deste discurso universal, há a ideia de que não se faz diferenciação de gênero, e que todos são tratados da mesma maneira. Esta ideia deve ser problematizada, pois, ao não se pontuar e assumir as diferenças perde-se a possibilidade de um tratamento com equidade entre os gêneros. Schraiber, d'Oliveira, Portella e Menicucci (2009) corroboram o tema e afirmam que há uma necessidade de desconstruir a noção de igualdade posta na saúde. Este olhar transforma qualquer acolhimento diverso em adoção de privilégios e não como realização de direitos. Assim, a ideologia da igualdade é uma barreira para a busca de equidade.

Apesar de denegarem, os profissionais trouxeram diferenças nas demandas de homens e mulheres. No caso dos primeiros, a demanda era, na percepção deles, ligada ao trabalho. Já nas mulheres, estaria relacionado ao fato de elas serem mais vítimas de abusos sexuais na infância e dificuldades relacionais com as mães e os maridos.

Três profissionais relataram nunca ter pensado na diferença das demandas entre homens e mulheres. Destes, dois (profissional da área psi 5 e a profissional da área de saúde mental 1) conseguiram, durante a entrevista, identificar diferenças entre as demandas. O sofrimento das mulheres foi relacionado a problemas relacionais e necessidades da família e o

dos homens, ao fato de serem provedores e terem dificuldade em buscar ajuda. A terceira profissional (profissional de saúde mental 2) de fato não conseguiu observar diferenças entre as demandas, relatando apenas que todos os que buscam o CAPS o fazem para terem acesso aos medicamentos.

A partir das entrevistas, foi possível observar que, apesar de alguns afirmarem nunca terem pensado no assunto e de outros denegarem a diferença, onze profissionais (91,66%) conseguiram perceber diferenças nas demandas de homens e mulheres. Além disso, há um consenso sobre quais são as maiores demandas entre homens e entre mulheres.

O sofrimento dos homens, de modo geral, foi ligado à função de provedor e a queixa das mulheres a questões de cunho relacional. Em estudo realizado na ala de internação psiquiátrica por Zanello e Bukowitz (2011), as autoras observaram que 77% das queixas das mulheres eram de cunho relacional e 71% das queixas dos homens possuíam um discurso marcado pela virilidade sexual e atividade laborativa. Este estudo corrobora o que foi afirmado pelos profissionais de saúde e reforça a ideia de que não é possível separar o sofrimento mental dos estudos de gênero, tendo em vista que o próprio sofrimento psíquico é construído socialmente (Zanello & Silva, 2012).

EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA

Todos os profissionais já haviam atendido mulheres vítimas de violência no CAPS. Mediada pela fala dos profissionais e da percepção dos mesmos em relação às demandas das mulheres, foi feito um levantamento do perfil das mulheres, do tipo de violência sofrida por elas e das atitudes dos profissionais para lidar com os casos.

Em relação às vítimas de violência, foram citados os pacientes psicóticos (8,3% dos profissionais), as crianças (41,6% dos profissionais) e as mulheres (100% dos profissionais).

Em relação às crianças, os profissionais enfatizaram o abuso sexual sofrido na infância e o impacto disto na saúde mental atual. Vale ressaltar que, em muitos casos, as mulheres que sofreram abuso na infância, continuaram sofrendo abuso/violência na vida adulta. Os agressores citados foram os ex-companheiros, companheiros, pais e padrastos.

Os profissionais levantaram a violência física (33,3%), psicológica (41,6%), sexual (33,3%) e moral (16,6%) como as principais violências sofridas pelas usuárias do serviço. Os locais onde ocorre a violência foram a casa da vítima, o trabalho e a sociedade. Em relação à demanda de saúde mental, os profissionais citaram que, frequentemente, os usuários chegam no serviço após tentativas de suicídio e com sintomas de depressão, insônia e ansiedade.

Durante a entrevista, os profissionais comentaram sobre como eles lidavam ao atender mulheres em situação de violência. A partir das respostas dos profissionais, os comportamentos que eles citaram foram divididos em três grupos: atitudes passivas e acolhedoras, atitudes interventivas e atitudes indiferentes.

Nas atitudes passivas e acolhedoras foram elencados comportamentos como escutar, apoiar, observar carga emocional e observar silêncios. Destes, o comportamento mais citado foi o de escuta (citado por sete profissionais). Os comportamentos deste grupo são importantes, pois podem servir de base para a realização de comportamentos mais ativos. Oito profissionais que apontaram ter atitudes passivas e acolhedoras, também realizaram intervenções com as mulheres, como na fala do profissional da área *psi* 1: *“então, é aquela coisa, é ouvir muito, colher muito e, depois, ir pontuando algumas coisas”*.

Nas atitudes interventivas foram agrupados comportamentos como empoderar, pontuar, orientar, perguntar, aumentar a frequência dos atendimentos, discutir com a equipe, medicar, notificar, responsabilizar e realizar visitas domiciliares. É importante frisar que os comportamentos interventivos não são, necessariamente, adequados para atender a demanda da violência.

Um exemplo desta inadequação é a medicalização do sofrimento das mulheres. O profissional da área *psi 6*, por exemplo, afirma não levar em consideração a violência ao medicalizar as pacientes: “*em relação à conduta médica, medicamentosa, havendo ou não violência, eu vou medicar para o quadro depressivo. Se é motivado ou não, se o motivo é ou não a violência, não vai mudar minha conduta*”. Ao não se levar em consideração o que vem por trás dos sintomas, há uma redução da história vivida pela mulher à condição psiquiátrica da mesma.

Segundo Maluf (2010), o que ocorre é um processo de medicalização da vida e controle da experiência das mulheres. A psiquiatria, por meio do uso massificado de psicofármacos, passa a atuar como um dispositivo disciplinador, de controle ou de vigilância das mulheres. O que se busca é a supressão de sintomas e que as mesmas possam continuar exercendo os papéis sociais a elas atribuídos (Zanello, 2010; Zanello, 2014).

Outra ação interventiva citada pelos profissionais que merece destaque é a responsabilização das mulheres, possível de ser observada nos seguintes trechos:

eu acho que de todos os modos, a violência tem alguma coisa de eu não sou responsável pelo que acontece. E eu acho que o trabalho clínico vai na contramão disso, vai dizer: ‘você é responsável por você sim’. E a gente vai ter que começar a fazer essa autonomia aparecer e você vai ter que se responsabilizar (profissional da área psi 5).

é mais no sentido desse empoderamento, dessa responsabilização, né? Tirar a mulher, né, fazer ela, ajudar ela a sair desse lugar de vítima (profissional da área psi 3).

É necessário pontuar que, no imaginário social, em situações de violência só existem duas opções: responsabilizar ou vitimizar as mulheres. Há, portanto, a necessidade de pontuar

a diferença entre responsabilizar a mulher e mostrar que elas possuem protagonismo nas suas vidas. Quando os profissionais trazem a ideia de responsabilização, é possível observar um discurso psicológico baseado na ideia de “o que você fez para provocar a violência?”. Há uma busca pela forma como o "inconsciente" agiu nestes casos. Já ao mostrar o protagonismo das mulheres, o profissional passa a empodera-las para sair daquela situação. Assim, na fala dos profissionais, a responsabilização pode ser lida como uma tentativa de *psicologizar* a violência, atuação que, por si só, é violenta.

Nas atitudes indiferentes os comportamentos elencados foram: não nomear a violência e não puxar o tema. A falta de atitude e a indiferença em relação a violência podem ser lidas como sinais de: despreparo dos profissionais para lidar com o tema, falta de interesse no relato da mulher, desqualificação e naturalização da violência.

Em relação a “não puxar o tema”, a profissional da área de saúde mental 1 afirmou: *“nem sempre eu puxo, na verdade, a gente vai levando assim, até porque nem é muito meu papel como assistente social ficar puxando a questão assim”*. Nessa fala, fica claro que o entrevistado não entende que a violência é um tema que também concerne à saúde pública e ao quadro clínico de transtorno mental apresentado. Esta dificuldade foi encontrada por Schraiber e D’Oliveira (1999), Rose et al (2011), Nyame et al. (2013) que trabalharam com a atuação dos profissionais de saúde em situação de violência. Por estarem diante de uma ótica biomédica, muitas vezes os profissionais não sabem lidar com situações de violência e não as entendem como uma demanda do serviço. Assim, a falta de atendimento ou de cuidado para lidar com a situação, naturaliza a violência sofrida pelas mulheres.

O comportamento que merece destaque nas atitudes indiferentes é o de não nomear a violência, que, por si só, pode ser considerado uma violência simbólica, como fica claro na fala a seguir:

é... primeiro o que é violência para a pessoa né? Não sou eu que vou dizer que ela tá sofrendo uma violência, porque, bom, ela viveu isso a vida inteira, então, às vezes, ela não tá se sentindo violentada, não é nada disso. Então, o momento em que ela sentiu que está sendo uma violência, que eu também tenho muita reserva para falar desse assunto. Primeiro, porque eu não tenho muita propriedade para falar deste conceito, porque eu acho que é um conceito a violência né? E também porque não é o foco do trabalho, né? Eu não parto daí, ela faz parte (profissional da área psi 5).

Neste trecho, a profissional demonstra uma falta de crítica social e um desconhecimento sobre como lidar com uma demanda de violência no serviço. Um dos papéis do profissional de saúde nestas situações é desnaturalizar a violência sofrida. Por conta da escalada da violência, muitas vezes as mulheres não veem o que sofrem como violência e, não entendem o que está por trás de seu sofrimento. É papel dos profissionais de saúde nomear a violência para as mulheres. Ao identificar que o que ela sofre é violência, o profissional legitima o sofrimento dela, valida sua dor e pode empodera-la para sair desta situação.

RELAÇÃO ENTRE A VIOLÊNCIA E A SAÚDE MENTAL

Os profissionais também falaram sobre a relação entre a violência e a saúde mental. As respostas dos profissionais foram divididas em quatro grupos: no primeiro grupo, os que afirmam que a violência tem um papel na configuração dos transtornos mentais; no segundo, que é uma relação cíclica, ou seja, os transtornos mentais vulnerabilizam as pessoas para situações de violência e a violência ajuda na configuração do transtorno mental; no terceiro, os profissionais que disseram que o transtorno mental traz uma vulnerabilidade às situações de violência; e, no quarto, os profissionais que nunca pensaram no assunto.

No primeiro grupo, cinco (41,6%) profissionais afirmaram acreditar que a violência tem um papel importante na configuração dos transtornos mentais. Esta violência pode ser atual ou ter sido sofrida na infância, como na fala a seguir:

nossa, uma relação... grande. No acolhimento é que eu escuto mais. Porque ai, você vê muitas pessoas com histórias mesmo de grande sofrimento, assim, desde a infância, né? (...) E, às vezes, a pessoa chega, às vezes, busca o atendimento e dizem que de repente estão assim. E ai, a pessoa começa a trazer todas as histórias e você começa a perceber que, a grande maioria, tem situações de violência desde a infância (profissional de saúde mental 4).

No grupo 2, os quatro profissionais (33,3%) consideraram a relação entre violência e saúde mental como cíclica. As falas a seguir, representam o pensamento dos profissionais incluídos neste grupo:

é uma relação assim, muito forte. Que eu vejo que assim, muitas pessoas adoecem por terem passado por processos de violência, né? Isso não tem, assim, não tem a menor dúvida. E os sofrimentos também fazem com que as pessoas se tornem violentas, também (profissional da área psi 3),

a violência leva a saúde mental, e a doença mental leva a violência, eu vejo dessa forma. Se você tem uma violência que nunca termina, a doença vai cronificar. Se você é depressivo porque seu marido lhe agride e você não adquire meios de resolver este problema, seja saindo de lá, mudando o comportamento deste indivíduo ou o seu, tomar antidepressivo vai resolver? (profissional da área psi 6).

A relação percebida pela maioria dos profissionais de saúde, que a violência acarreta prejuízo à saúde mental das pessoas e ajuda na configuração dos transtornos mentais tem sido discutida em diversos estudos. Segundo Schraiber e D'Oliveira (1999), mulheres vítimas de violência tem mais chance de desenvolverem diagnósticos de depressão, ansiedade, insônia,

fobia social, entre outros. Este dado se confirma em estudo realizado por Rose et al. (2011) que apontam que mulheres que sofreram violência chegam 11 vezes mais aos serviços de saúde mental do que mulheres que não sofreram violência.

No terceiro grupo, apenas um profissional afirmou que o foco era o transtorno o qual colocava o sujeito em uma situação de vulnerabilidade a sofrer violência, como na fala da profissional de saúde mental 2: *“tanto os pacientes com transtorno mental são vítimas, quanto eles... é... como que eu usaria isso? Eles causam vítimas”*. Cabe ressaltar que as conferências em saúde mental, tal qual levantamento previamente realizado (Pedrosa & Zanello, prelo), enfatizam a vulnerabilidade em que o transtorno mental coloca o sujeito por ele acometido, no sentido de sofrer violência. No entanto, não foi esta concepção a predominante neste CAPS, como pode-se observar neste eixo temático.

No quarto grupo, duas profissionais não souberam responder. A falta de resposta para a pergunta pode ser lida como uma falta de crítica sobre a própria prática. Há, portanto, a necessidade de se estimular a reflexão dos profissionais sobre as questões sociais (como violência, gênero, raça, classe social) que auxiliam na configuração dos sofrimentos psicológicos. Se a cultura tem participação importante no adoecimento mental e na forma pela qual os sintomas são manifestados (Zanello, 2014), o tratamento deve conversar com ela, e não ser pensado de forma independente.

CONHECIMENTO SOBRE A LEI MARIA DA PENHA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES

A Lei Maria de Penha (Lei 11.340/2006) é considerada uma das três leis mais avançadas no mundo no combate à violência contra as mulheres e, a partir dela, diversas políticas públicas foram propostas no Brasil. Entretanto, o que se observa é que há um lapso

entre as leis e a prática nos serviços. Esta disparidade pode ser observada na fala dos profissionais de saúde entrevistados.

A lei foi citada por 50% dos profissionais como uma das políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Contudo, os profissionais não possuíam muito conhecimento sobre a lei: seis profissionais afirmaram saber apenas o que está no senso comum; três afirmaram não saber nada; dois afirmaram saber em termos práticos; um sabia da história da criação da lei. Estes dados demonstram que há uma evidente falta de conhecimento a respeito da Lei Maria da Penha por parte dos profissionais de saúde do CAPS.

Os profissionais que afirmaram que sabiam da lei em termos práticos foram profissionais da psicologia e relataram que durante a graduação haviam feito estágios em órgãos da justiça ou com professores que trabalhavam com este tema. Portanto, na graduação eles tiveram a oportunidade de lidar com a temática, contudo, não em nível teórico e, sim, no prático. A falta de abordagem do conteúdo nos cursos de graduação também já foi debatida em pesquisas no Brasil, como por Souza et al. (2008).

Apesar de afirmarem ter pouco conhecimento sobre a lei, os profissionais emitiram suas opiniões em relação a ela, as quais se basearam, muitas vezes, no senso comum. Por exemplo, com a ideia de que a Lei Maria da Penha não funciona e que tem sido utilizada de maneira equivocada pelas mulheres, como a seguir:

conheço é... o fato de que a mulher pode denunciar um homem e... isso criminaliza um homem, basicamente. [Ri] (...) e eu sou até um pouco crítico, que eu acho que, o processo de criminalização é maior que, que, que o resto, né? Que é isso, a mulher vai prende o homem, daqui a pouco volta com o homem e prendeu. O que mais se faz, né? Nesse sentido (profissional da área psi 2).

E que, às vezes, as mulheres usam a Maria da Penha, eu digo assim, que tinha que ter o João da Penha também, porque as mulheres usam isso de uma forma

distorcida, para ter esse poder assim: ela não consegue sair do jogo da violência, mas vai lá e usa a Maria da Penha [risada]. É difícil, é delicado também. Acho que não é garantido que a mulher que tá lá na Maria da Penha, que ela tá realmente sofrendo violência e não está violentando ninguém, ou tá realmente havendo um trabalho para ela sair daí. Hm... é basicamente isso que eu conheço (profissional da área psi 5).

As falas acima mostram que a falta de conhecimento dos profissionais a respeito da lei, dos dispositivos legais de proteção e assistência às mulheres, pode trazer diversos equívocos nos pensamentos e nas práticas dos profissionais. Há nestas falas uma ideia de que as mulheres seriam “vilãs” e que, com a criação de um mecanismo de proteção, elas passaram a se beneficiar das políticas públicas para “prejudicar” os homens. Esta ideia é difundida no senso comum e é um argumento usado por muitos para desqualificar a Lei Maria da Penha.

É importante nos questionarmos sobre os mitos sociais que os profissionais possuem e a influência que os mesmos exercem em sua prática profissional. Pensamentos como os citados são uma forma grave não só de invisibilização da violência, no sentido que os profissionais não buscam conhecimentos sobre a Lei para embasar a prática, mas de violência institucional que os próprios profissionais podem cometer, ao atender mulheres nesta situação. Estes estereótipos devem ser quebrados na sociedade e, em primeiro lugar, nos prestadores de serviço público na área de saúde.

Além da Lei Maria da Penha, os profissionais apontam a existência de outras políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Estas, de modo geral, foram relacionadas aos locais para os quais os profissionais encaminhavam suas pacientes quando identificavam situações de violência. O Programa de Assistência à Violência (PAV) foi citado por sete profissionais (58,3%). Este programa tem como objetivo “o atendimento às pessoas em situação de violência, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da

cultura de paz e a vigilância dos casos de violência” (Portaria nº 141/2012 - MS). O programa atende todas as pessoas vítimas de violência, e não há um enfoque especializado nas mulheres nesta condição. Cabe ressaltar que existe um PAV no hospital no qual o CAPS está localizado. Ficou clara, em muitas falas, a ideia de que os profissionais encaminham para este programa a fim de “sanar” uma responsabilidade e “passar o problema adiante”. Desta forma, eles estariam cumprindo seu papel de encaminhar e resolver a situação. Quando questionados, a maioria dos profissionais afirmou não acompanhar as vítimas e nem questionar o andamento do atendimento nestes locais.

Também foram citados como políticas públicas para o enfrentamento da violência as delegacias especializadas de atendimentos às mulheres (DEAMs), as delegacias comuns, a defensoria pública, o Programa Pró-Vítima, a notificação compulsória e a assistência social do hospital. Apesar de terem sido citadas pelos profissionais, é possível observar que eles conhecem estes dispositivos mais pelo nome do que pelo papel e pela função que eles têm na rede de enfrentamento à violência.

O conhecimento dos profissionais acerca da Lei Maria de Penha e das políticas públicas foi, de fato, baseado no senso comum. Apenas três profissionais afirmaram que havia uma necessidade de buscar mais sobre a lei e sobre o tema, portanto, o que se observa é o desinteresse pelo assunto e pela busca de formas mais eficazes de atuação. Esta falta de conhecimento tem sido amplamente destacada na literatura (Trevillion, et al., 2014; Rose et al., 2011; Schraiber & D’Oliveira, 1999) como uma das barreiras para uma prática mais efetiva no atendimento à demanda da violência contra as mulheres no Brasil e no mundo. Há, portanto, a necessidade de investimentos na área da educação destes profissionais.

(DES)CONHECIMENTO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA
CONTRA AS MULHERES

A notificação compulsória foi citada pelos profissionais e merece destaque, por ser considerada como uma importante fonte para base de dados para a criação de políticas públicas. Apesar disso, os profissionais de saúde demonstraram, novamente, não conhecer a função deste mecanismo e não o executarem adequadamente.

Dos profissionais entrevistados, nove relataram não realizar a notificação compulsória. Dos que não realizam, os motivos citados foram: medo de perder o vínculo, a alta demanda do serviço, a ideia de que não funciona, o tamanho e a complicação da ficha de notificação, a falta de conhecimento sobre a diferença entre denúncia e notificação, questões relacionadas ao sigilo profissional e o desconhecimento deste mecanismo. A fala do profissional da área *psi 2*, a seguir, retrata algumas destas dificuldades encontradas pelos profissionais:

Olha, a gente teve, recentemente. Isso a gente sabe um pouco mais como fazer, mas a gente faz muito pouco. (...) Por que recentemente obrigaram a gente fazer não só a de gênero, só as questões de violência física de gênero, mas de várias formas de violência. A obrigação nossa era o seguinte: que é uma coisa meio louca na verdade. Qualquer paciente que entrar no consultório ou em qualquer lugar que já foi violentado no passado, no presente e no futuro – no futuro eu to brincando. Você tem que preencher uma ficha imensa, surreal a ficha. A ficha de notificação é bem, complicada, você tem que ter um monte de dado, leva assim uns vinte minutos preenchendo aquela ficha, que eu já preenchi uma vez.

Além disto, ele também traz a crença de que a notificação não serve para proteger e sim, uma forma de denúncia e criminalização:

É... é... e sinceramente as que a gente preencheu não foram pra lugar nenhum, por que nenhuma delas teve um processo resolutivo de proteger alguém, então... aí tem esses dois lados que faz desistir, que dá muito trabalho, de não ter tempo pra isso sempre e outro que não dá em nada. (...) por que eu pessoalmente acho que as

notificações servem pra proteger, mas eu acho que assim, a gente tem que... é o que eu falo: denuncia, criminalização é importante, mas é um papel muito reduzido, eu acho, do que a gente pode fazer nesse caso. (...) Eu denunciei. E não ajudou de nada. Foi o que eu falei no dia, eu tinha falado antes: 'gente, é... pode adiantar pra dizer que eu me amparei como psicólogo, que eu fiz a notificação, que eu sei que é verdade, então pensando na, no meu não indo pra reta, é ótimo notificar, que se a mulher morre eu falo: notifiquei'. Então pensando em mim é ótimo, mas pensando em vínculo terapêutico, em negociação de tudo o que eu falei antes cara... cagou o caso. Acabou mesmo, lascou tudo. Mas a gente conhece a ficha, mas a gente quase não preenche. A gente tem as fichas, inclusive, no nosso armário. Eu acho ela super complicadas... elas super...

Os argumentos trazidos nesta fala podem ser lidos como desconhecimento do profissional sobre o que de fato é a notificação compulsória. Segundo a Lei 10.778/2003, todos os profissionais de saúde ficam obrigados a notificar os casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados. A notificação é um instrumento de vigilância epidemiológica que tem como objetivo mapear as formas de violência, seus agentes e proporções para, assim, pensar em ações e políticas voltadas à prevenção e assistência mais adequadas. Nenhum profissional conseguiu identificar a notificação como o instrumento de vigilância epidemiológica.

Os profissionais também demonstraram dificuldades em entender a diferença entre notificação e denúncia ou comunicação. A primeira é encaminhada para o serviço de vigilância epidemiológica e serve como fonte de dados para a criação de políticas. Ou seja, a partir dos dados obtidos na notificação, o Estado consegue mapear a violência e pensar em formas mais eficazes de atuação. A notificação não implica em resultados para o caso notificado de modo particular, ela abrange uma dimensão maior da violência, que é a

construção do perfil das mulheres que sofreram violência e que frequentam o serviço. Já a denúncia ou comunicação é realizada em delegacia junto à autoridade policial e gera um boletim de ocorrência e o inquérito policial (Lei Maria da Penha, art. 12), que uma vez concluído, é o instrumento que dá subsídios ao Ministério Público para oferecer denúncia e dar início à ação penal (Código de Processo Penal, art. 24).

É fundamental que os profissionais saibam a diferença entre os dois para não criarem a expectativa de que, ao notificar, o problema específico será resolvido, tendo em vista que esta não é a função da notificação.

CONCLUSÕES

Levando em consideração os cinco eixos temáticos, faz-se mister destacar que as diversas categorias de profissionais de saúde do CAPS tiveram respostas variadas em relação à percepção, crenças, conhecimentos, práticas e modo de atuação diante da demanda da violência contra as mulheres, independentemente da formação profissional. No entanto, é importante apontar um limite deste estudo, visto que foi realizado em apenas um CAPS. Seria interessante que estudos futuros abarcassem outros CAPS, para que haja um quantitativo maior de profissionais e saber se há especificidades e diferenças acerca dos eixos temáticos encontrados em relação às diversas categorias profissionais.

Além disto, de modo geral, os profissionais apresentaram dificuldades em lidar com o tema, principalmente no que diz respeito ao encaminhamento e à notificação da violência. Com base nas entrevistas, foi possível observar que a atuação é baseada na intuição e não em conhecimentos teóricos e práticos.

A violência, apesar de ter sido relatada como recorrente no serviço, não é teorizada, como podemos ver na seguinte fala: “*o nosso grande público no CAPS, é de maioria*

mulheres, né? E, basicamente, não sei, diria que 90%, assim, tem uma... uma situação de violência recorrente” (profissional da área *psi* 1). Assim, a invisibilidade para lidar com o tema é relacionada, principalmente, a uma não qualificação dos profissionais e pela falta de busca dos instrumentos legais que poderiam embasar a prática. Ou seja, ainda que haja a percepção da recorrência de situações de violência sofridas pelas mulheres atendidas neste CAPS, em geral, não há notificação nem o encaminhamento, só em casos bem graves, mesmo que a violência tenha sido apontada por muitos profissionais como sendo fator de peso para a compreensão do adoecimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra as mulheres é uma epidemia mundial. No Brasil, os dados também são alarmantes, tendo em vista que o país foi classificado como o quinto em número de feminicídio em uma amostra de 83 países. Como os poucos estudos apontam, a violência não tem sido atendida, nem qualificada nos serviços de saúde mental (Schraiber et al., 2009; Barreto et al., 2013).

Neste estudo, de caráter qualitativo, foram feitas doze entrevistas e pode-se perceber a baixa qualificação de conhecimentos teóricos e práticos para lidar com a violência. Neste sentido, ainda que haja uma percepção frequencial da violência nas mulheres atendidas, há pouca efetividade tanto na notificação quanto nos encaminhamentos. Uma hipótese plausível para essa dissonância cognitiva seja o fato de que por ser esta uma pesquisa sobre violência e saúde mental no CAPS, a entrevista tenha interpelado os profissionais a relatar o que veem; entretanto, há pouca atuação efetiva no cotidiano. É necessário que as políticas públicas saiam do papel para os vários níveis de agentes públicos, inclusive os de saúde e, especificamente, os de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (Reto, L.A., Pinheiro, A. trad.) São Paulo: Edições 70.
- Barreto, L. Dimenstein, M., Leite & J. F. (2013). Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. *Athenea Digital* 13(3), 195-207.
- Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (1994). Recuperado de <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.
- DataSenado. (2015). *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. Retirado de <http://www12.senado.gov.br/noticias/arquivos/2015/08/10/violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher>.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2012). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. Recuperado de http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf.
- Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. (2003). Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm
- Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a

- Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Maluf, S. W. (2010). Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: S. W. Maluf, C. S. Tornquist (orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora. 14 ed.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico*, 38 (3), 216-233.
- Nyame, S., Howard, L., Feder, G. & Trevillion, K., (2013). A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*, 22(6), 536-543.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's reponses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating violence*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Pedrosa, M. & Zanello, V. (prelo). Impactos da violência sobre a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas.
- Portaria n. 141 de 17 de julho de 2012. (2012). Institui Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violências (PAV) no organograma da Regional de Saúde. Brasília, DF. Recuperado de <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Jul/19/portaria-no-141-de-17-de-julho-de-2012-institui-o>.
- Rosa, R., Boing, A. F., Schraiber, L. B. & Coelho, E. B. S. (2010). Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface comunicação, saúde educação*, 14 (32), 81-90.
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Geder, G. & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 189-194.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. L., (1999). Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface_ comunicação, saúde, educação* 3(5), 11-26.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Portella & A. P. Menicucci, E. (2009). Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciência e saúde coletiva* 14(4), 1019-1027.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira, A. F. & Couto, M. (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos de violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública* 25(2), 205-216.

- Souza, E. R., Penna, L. H. G., Ferreira, A. L., Tavares, C. M. M. & Santos, N. C. (2008). O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *Revenferm*, 16, 13-9.
- Trevillion, K., Hughes, B., Feder, G., Borschmann, R., Oram, S. & Howard, L. M. (2014). Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 430-444.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF. Recuperado de http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF. Recuperado de <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Zanello, V.; Stevens, C.; Almeida, T.; Brasil, K. (Org.). *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-320.
- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. e Andrade, A.P. M. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Editora Appris.
- Zanello, V. & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*. 20-21.
- Zanello, V. & Silva, R. M. (2012). Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural. *Bioética*, 22 (2). Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776 .

ARTIGO 3 – RECONSTRUINDO HISTÓRIAS PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: ESCUTA (E INTERVENÇÃO) DE GÊNERO COMO MEIO DE EMPODERAMENTO DE MULHERES COM HISTÓRICO DE RELAÇÕES VIOLENTAS

RESUMO

O objetivo deste estudo é relatar como a experiência de um grupo de mulheres teve um impacto importante na vida das participantes. O grupo teve como objetivo escutar, atender e empoderar as participantes, encaminhadas pelos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Foram encontros semanais, em um período de nove meses. A partir do grupo, foram escolhidas três mulheres, que tiveram constância de 75% para terem suas histórias reconstruídas. Os dados foram obtidos a partir da construção de um diário de campo ao término de cada grupo e de entrevistas semi-estruturadas. Em todos os casos, as demandas das mulheres giraram em torno da violência, dos papéis sociais atribuídos a elas na sociedade e dos dispositivos amoroso e materno (Zanello, 2016). A partir desta experiência, pode-se compreender que o grupo pode ser uma importante ferramenta de atuação para profissionais de saúde mental que lidam com a demanda da violência. É importante que o grupo seja também trabalhado com um olhar e uma escuta de gênero, tendo em vista que a violência, nestes casos, é permeada estruturalmente por estas questões.

Palavras-chaves: saúde mental; mulheres; violência contra as mulheres; gênero; papéis sociais.

ABSTRACT

The main goal of this study was to describe how the experience of a women's group had an important impact in the life of the participants. Lasting nine months, the activities developed in the group took place in weekly meetings which objective was hear, provide care and improve the empowerment of women addressed by the mental health professionals of a Center of Psychosocial Attention II (CAPS II). From the group, based on the regularity of the attendance in the meetings (75% or more), three women were chosen to have their histories recreated. The data were collected from field reports written after the group's meetings and semi structured interviews. In all cases, the complaints of the women were related to violence and the social roles assigned to them and of the loving dispositive and the motherly dispositive (Zanello, 2016). By this experience, it was possible to comprehend that the group could be an important tool in dealing with violence by mental health professionals. It is also important the group having a gender bias, because, violence against women is usually related by those issues.

Key words: mental health; women; violence against women; gender; social roles.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um problema de saúde pública e possui números alarmantes em todo o mundo. A Lei Maria da Penha, a mais importante lei do país no combate à violência, define a violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (artigo 5º). Além disto, ela pode ocorrer no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto. A lei tipifica, no artigo 7º, cinco formas de violência contra as mulheres: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Lei 11.340/2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência traz sérias consequências para as mulheres. Entre os problemas físicos decorrentes da violência destacam-se as lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, queixas gastro-intestinais, problemas ginecológicos, dores de cabeça, uso de álcool, cigarro e outras drogas (OMS, 2005; Heise, 1993; Heise, Pitanguy & Germain, 1994).

Em relação à saúde mental, a violência tem sido associada a problemas psiquiátricos, dentre eles, depressão, ansiedade, transtorno pós-traumático, transtornos alimentares, transtornos obsessivo-compulsivos (Heise, Pitanguy & Germain, 1994; Jordan, Campbell & Follingstad, 2009). Em um estudo realizado no Brasil (Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior & Jansen, 2008), verificou-se a prevalência de transtornos mentais comuns em 49% das mulheres que relataram terem sofrido algum tipo de violência e 19% das que não sofreram. Os problemas mentais aumentavam conforme a severidade das agressões, sendo a prevalência de transtornos mentais em 30,6% nas que sofriam apenas agressões físicas e 62,9% naquelas que sofriam as diversas formas. Além disto, segundo Ellsberg, Jansen, Heise,

Watts e Garcia-Moreno (2008), os efeitos negativos permanecem mesmo após o fim dos episódios violentos.

Apesar dos prejuízos à saúde física e mental, o que se observa é que as mulheres, muitas vezes, têm dificuldades de sair da relação. A primeira dificuldade para romper o relacionamento é comunicar o fato para as autoridades competentes. Isto se dá, muitas vezes, porque elas utilizam o segredo e o silêncio como uma estratégia de sobrevivência para evitar novos episódios (Diniz & Pondaag, 2004). Após a quebra do segredo, existem outros pontos importantes para a saída das mulheres desta relação. Souza e Ros (2006) realizaram um estudo no Brasil para avaliar os motivos pelos quais as mulheres permanecem nos relacionamentos e destacam a dependência financeira, a falta de apoio social, a dependência emocional e a criação dos filhos.

A dependência financeira, segundo os autores, tem sido motivo de discussão na literatura, já que em muitos casos, mesmo com independência econômica, as mulheres persistem em relacionamentos abusivos. Entretanto, não se pode negar que a falta de recursos financeiros é um fator importante na tomada de decisão e a garantia destes é uma forma eficaz de empoderamento.

A falta de apoio social também é um fator de peso. É necessário entender que, muitas vezes, sem o apoio de algum membro da família e/ou da comunidade, a mulher acredita que não tem condições de sair da relação. Há, portanto, a necessidade de que alguém a escute de forma verdadeira e livre de julgamentos (Francisquetti, 1999) e apoie sua saída.

A dependência emocional e a criação dos filhos merecem destaque, pois envolvem questões de gênero que dizem respeito aos papéis sociais esperados pelas mulheres na nossa sociedade. Para entender o fator da dependência emocional e da criação dos filhos é necessário pensar a ideia do dispositivo amoroso e do dispositivo materno (Zanello, 2016).

Segundo Zanello (2016), o dispositivo amoroso e o dispositivo materno são os principais caminhos de subjetivação das mulheres em nossa cultura. O dispositivo amoroso implica que as mulheres se subjetivam em uma relação consigo mesmas mediadas pelo olhar de um homem que as "escolha". A autora se utiliza de uma metáfora: as mulheres se subjetivam na "prateleira do amor". Esta prateleira é mediada por um ideal estético que é branco, loiro, jovem e magro; sendo perversamente desigual dentre as mulheres, ainda que ruim para todas, em suas devidas proporções. O amor é para as mulheres, portanto, algo identitário e elas pagam preços caros para serem escolhidas por um homem, porque isto implica em serem validadas como mulheres. Para Zanello (2016), trata-se do principal fator de desempoderamento das mulheres. Isto faz com que elas sejam “doces, devotadas, amáveis e, sobretudo, amantes” (Swain, 2012), sendo o amor (ou esta forma de amar) sua “razão de viver”.

Portanto, a dependência emocional é mais do que “a necessidade de ter alguém como ‘referência’” (p. 524), como apontado por Souza e Ros (2006). Ao falarmos desta dependência não estamos falando apenas da perda da relação, mas também da perda de um aspecto identitário e de um lugar de reconhecimento narcísico. O dispositivo amoroso é reforçado por meio do dispositivo materno, citado como um dos motivos pelos quais as mulheres não saem da relação: a criação dos filhos.

O dispositivo materno também diz respeito à experiência do “ser mulher” em nossa cultura. A função do cuidar, utilizando como base a capacidade procriadora, foi historicamente atribuída às mulheres (Badinter, 1980; Del Priore, 2009). Cabe às mulheres, em nossa cultura, a função de criar e cuidar dos filhos. E não só deles, a maternidade se estende à domesticidade: há uma naturalização de que os cuidados da casa, das pessoas da família e do ser para o outro é um dever da mulher (Zanello, 2016). Além disso, Zanello (2007) aponta o caráter “de função” que muitas mulheres adquirem nas relações

amorasas/familiares: sendo um dos únicos lugares de reconhecimento narcísico que lhes resta, elas acabam por "precisar serem precisadas". O que geralmente leva à estafa tanto na execução de tarefas domésticas quanto de cuidado com os outros. Como “empoderamento colonizado” (Zanello, 2016), o funcionamento do dispositivo materno aparece, sobretudo, através do sentimento de culpa. Assim, muitas vezes, as mulheres permanecem na relação violenta pensando na criação dos filhos e, no mito de que, caso ela saia da relação, o filho irá se “desvirtuar” e ela será culpabilizada por isto.

Trabalhar o empoderamento destas mulheres e a saída da relação violenta, requer dos profissionais, portanto, uma leitura de gênero. Esta leitura contribui também para o entendimento do sofrimento mental por elas vivido. Segundo Zanello e Bukowitz (2011), a atuação com o olhar para as relações de gênero permite não só reler a quebra psíquica, mas também pensar em novas formas de intervir nas quais os próprios valores de gênero possam ser utilizados.

Pensando nisso, o objetivo deste estudo é relatar como a experiência de um grupo de mulheres realizado em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) trouxe mudanças importantes na vida das participantes. O objetivo do grupo era escutar, atender e empoderar mulheres encaminhadas pelos profissionais por terem vivido situações de violência de gênero. A escuta se deu através de encontros grupais semanais, em um período de nove meses.

MÉTODO

Durante o ano de 2015, entre os meses de abril e dezembro, foi realizado um grupo de mulheres em um CAPS II de uma capital brasileira. As mulheres participantes do grupo foram encaminhadas pelos profissionais deste CAPS, por terem, em seu histórico, vivenciado situações de violência. O grupo era aberto e voluntário e, neste sentido, houve variação na

quantidade de participantes (mínimo dois e máximo seis, a cada encontro) e constância de três mulheres. O grupo foi manejado por duas psicólogas clínicas, autoras deste artigo, durante os primeiros quatro meses e por uma delas durante os cinco meses restantes.

Ao final de cada encontro do grupo, foi realizado um diário de campo. A partir deste diário, montou-se a história de vida delas, bem como seu processo de elaboração psíquica no decorrer dos encontros grupais cuja escuta e acolhimento se deram em uma perspectiva feminista de gênero.

A análise dos casos foi realizada em duas etapas: a primeira, por meio da reconstrução das histórias de vida, através do registro em diário de campo semanal; a segunda, a partir de entrevista aberta realizada com 3 participantes que frequentaram o grupo em pelo menos 75% dos encontros. Por meio dos diários de campo, reconstruímos as histórias com o que elas trouxeram no grupo e com as mudanças relatadas por elas também no grupo. Já na entrevista, buscou-se tirar dúvidas a respeito de suas histórias de vida, conhecer como elas estavam atualmente e perguntar sobre a experiência do grupo. Para a apresentação dos casos, os nomes das participantes foram modificados a fim de preservar o sigilo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 47775515.3.0000.5540) e no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde do Distrito Federal (CAAE: 53102116.6.3001.5553). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As três mulheres participantes do estudo tinham 28, 29 e 40 anos de idade. Duas eram casadas e uma divorciada e todas tinham filhos. Duas estavam afastadas do trabalho e

recebiam auxílio pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e uma era dependente financeiramente do marido. Todas viveram situações de violência física e/ou psicológica.

CASO 1- LUCIANA, O QUE VOCÊ SABE SOBRE VOCÊ?

Luciana é casada com um homem doze anos mais velho que ela e tem três filhos. Eles se relacionaram por dois anos e, quando ela tinha 16 anos, ele a pediu em casamento. Por conta da diferença de idade entre os dois, a mãe dela não permitiu que eles se casassem e, para tentar receber o apoio da mãe, ela engravidou. Entretanto, a mãe passou a rejeitar ainda mais o relacionamento e a gravidez foi um período conturbado na relação das duas. Quando o filho nasceu, a mãe de Luciana o aceitou, mas exigiu que ela continuasse morando na casa dos pais. Ela só obteve a permissão para se casar e morar com o marido após prometer que iria visitar a mãe todos os dias. Por conta deste histórico, a relação entre as duas é bastante conflituosa.

Como se casou muito nova, aos 17 anos, Luciana não teve a oportunidade de se autoconhecer. Tudo que fez/faz sempre foi mediado pela vontade da mãe e do marido. Assim, ela não tinha autonomia e não conseguia identificar o que lhe dava prazer, o que ela gostava de fazer, se queria ter uma educação formal, entre outros. Quando ela queria sair, tomar um sorvete ou realizar outra atividade de seu interesse, ela esperava que o marido fizesse por ela ou com ela, o que a tornava extremamente dependente dele. A paciente chegou ao CAPS com queixa de tristeza, desmotivação e afirmava que não tinha vontade de fazer nada. Ao ser questionada sobre estes sentimentos, ela afirmou que se sentia muito sozinha e com a sensação de “vazio” quando o marido ia trabalhar e os filhos iam para a escola.

Depois do início do tratamento no CAPS, decidiu retomar os estudos e concluir o ensino médio. O marido, ao perceber que ela estava ganhando autonomia em relação a ele,

demonstrou ser muito ciumento. Ainda assim, ela não o considerava uma pessoa ciumenta, interpretando seu controle como "cuidado". Ele a deixava e buscava todos os dias na escola, para que ela não pegasse ônibus nem carona, pois era "perigoso" por causa da sua "depressão". Ele também utilizava a depressão de Luciana como justificativa para não permitir que ela fizesse coisas sem ele, como sair à tarde para resolver alguma coisa no comércio. Toda tentativa de sair deste estado de tristeza era cortada pelo marido sob o argumento de que ela não teria condições de realizar tais ações.

Em um encontro, ela relatou que além de levá-la todos os dias à escola, o marido passou a lhe esperar nas escadas internas do colégio, assim que a aula acabava, impedindo que Luciana permanecesse conversando com os colegas. Sentiu-se incomodada, mas ao mesmo tempo culpada já que ele era tão "bom" e cuidadoso. Sua ambivalência a paralisava. Então uma das psicólogas lhe disse (em tom humorado): "*Mas, criatura, você só está deprimida, você não tá abobalhada não. Dá para fazer as coisas sozinha! Não dá não?*". Luciana riu e, depois disso, começou a tentar fazer as coisas sozinha. Foi quando o controle excessivo do marido passou a ficar cada vez mais evidente e claro para ela. Nomear é um ato terapêutico importante, o qual permite o processo de elaboração psíquica (Zanello, 2007).

Além disto, Luciana não tinha voz dentro de casa, e todo o auxílio que pedia para o marido e os filhos nas atividades domésticas era ignorado. Ela se queixava do excesso de trabalho doméstico e da invisibilidade do mesmo para os filhos e, sobretudo, para o cônjuge. Ao mesmo tempo, acreditava que manter a casa limpa, fazer a comida, lavar as roupas, independentemente de suas condições, era sua obrigação. Segundo ela, quando o marido chegava em casa, depois do serviço, e a encontrava cansada, dizia: "*Cansada de que? Passou o dia em casa!*". Luciana passou, em sua vida, a ser "função", porém com o adoecimento psíquico, deixou de executá-la com esmero. O sofrimento em relação a isso vinha, de um lado, por não executar mais como antes as mesmas tarefas que fazia e, por outro, por não mais

querer executá-las, porém acreditando ser este seu dever e destino como mulher. Ela foi diagnosticada com depressão.

CASO 2 – PATRÍCIA, O ESTUPRO É CULPA DE QUEM?

Patrícia tem 29 anos e é casada há 12. Possui dois filhos, um de 16 anos, de relacionamento anterior ao marido e uma de 10, filha do marido atual. Durante a adolescência, sofreu abuso sexual de um tio. Ele passava a mão em seus seios e vagina, além de retirar a roupa de ambos. Ela relatou para a mãe, que não acreditou nela e não tomou nenhuma atitude em relação ao ocorrido.

Patrícia trabalhava como empregada doméstica e, aos 25 anos, sofreu um estupro do filho do patrão, de 40. Após o fato, ele a ameaçou e disse que se contasse alguma coisa, ele negaria e mataria os filhos dela. Desta forma, continuou trabalhando na mesma casa e convivendo com o estuprador. Porém, ficou desatenta com as atividades domésticas. Quando sua chefe a questionou sobre a falta de atenção, ela contou o ocorrido e a patroa pediu que não contasse a ninguém, especialmente para o patrão, pois ele tinha problema de pressão e poderia passar muito mal. Patrícia também não contou para o marido o que aconteceu, pois tinha medo de ele não acreditar nela.

Ela continuou trabalhando na casa por mais seis meses, na tentativa de “esquecer” o que aconteceu. Um dia, porém, ela passou mal e apenas se lembra de ter acordado no pronto socorro de um hospital.

Após o surto, ela revelou ao marido, que é pastor evangélico, o estupro que sofrera. Este respondeu não poder fazer mais nada, pois já havia decorrido muito tempo. Depois da crise, ela perdeu a vontade de realizar as tarefas domésticas e começou a enfrentar um

descompasso libidinal em relação ao marido. Ela sentiu um aumento no desejo sexual, que não foi correspondido. Ela sentia que o cônjuge não acreditava no que aconteceu. Segundo nos relatava, ele acreditava que há um espírito tomando conta do corpo dela.

Ela sentia que não só o marido não acreditava nela como as outras pessoas ao seu redor. A participante afirmou que leu em seu prontuário, que dentre outras características, o psiquiatra a descreveu como “sedutora”. Ela se preocupava com o fato das pessoas não acreditarem nela e na vivência dela, preocupação que se reforçou ao ler o prontuário.

A religião tinha um papel importante na vida de Patrícia, e por conta dela, o marido a proibia de ir ao cinema, assistir televisão ou ouvir música na rádio. Coisas simples como tomar um sorvete na padaria precisavam esperar o fim de semana, para que ele a acompanhasse na atividade. Ele era controlador e, em muitas situações, mostrou-se ciumento, usando "o cuidado" (por ela ter um transtorno mental) e a religião como justificativa para controlá-la. A usuária parecia viver em um "cárcere privado", construído por um discurso religioso. Ela entrou no CAPS por conta da psicose reativa, já recebeu diversos diagnósticos e, atualmente, foi diagnosticada com transtorno bipolar.

CASO 3 – ZÉLIA, A MENDIGA DO AMOR

Zélia tem 40 anos e é divorciada. Possui cinco filhos de diferentes relacionamentos. A relação com a família de origem é bastante conturbada. Durante o período de realização do grupo, ela morava na casa da irmã que, como contrapartida, exigia que ela fizesse o trabalho doméstico e pagasse várias contas da casa. A relação com a mãe também era complicada, e havia a expectativa de que sua mãe tivesse comportamentos de carinho e afeto com ela, o que nunca aconteceu. Desta forma, tornou-se dependente do carinho das pessoas ao seu redor, e fazia de tudo para conseguir o mesmo, se contentando com migalhas. Por conta da

necessidade de receber amor, sempre buscava estar envolvida em relacionamentos amorosos. Ela teve quatro relacionamentos marcantes.

No primeiro relacionamento, ela tinha 17 anos, se casou e teve duas filhas. O marido era muito agressivo e a agredia verbalmente por meio de xingamentos, principalmente os relacionados ao comportamento sexual ativo. Por conta disso, ela terminou o relacionamento.

O segundo marido, com o qual ela teve um filho, também era agressivo e bebia muito. Houve um episódio em que ela preparou o almoço para ele, que não gostou e jogou toda a comida quente sobre ela. Ela o arranhou e ele a agrediu fisicamente. Após esta briga, ela terminou o relacionamento. Segundo Zélia, até então, ela sempre saía bem dos relacionamentos. Após terminar uma relação, segundo ela, ia para festas e bebia muito.

A partir do terceiro companheiro, ela começou a ter mais dificuldades em se recuperar dos rompimentos. Este ela conheceu quando ele estava preso. Por meio de uma colega em comum, ele se interessou por Zélia e pediu que ela fosse encontra-lo no presídio. Em busca de um novo amor, ela foi e eles começaram a namorar. Enquanto ele estava preso, o relacionamento era muito bom e havia a promessa de que eles ficariam juntos assim que ele fosse posto em liberdade. Entretanto, o companheiro estava utilizando o relacionamento como garantia dada ao sistema penitenciário de que ele tinha para onde ir quando saísse da prisão. Quando ele saiu, o relacionamento ficou conturbado e ele passou a rejeitá-la. Para tentar manter a relação, ela engravidou dele. Apesar da gravidez, ele continuou rejeitando-a e afirmou que “ela não tinha mais valor” para ele. Ela teve duas filhas com ele e o relacionamento foi marcado por alguns episódios de violência física e violência psicológica.

O último companheiro era 20 anos mais novo que ela. Ela o conheceu por intermédio de uma vizinha e, na busca de um novo amor, se apaixonou e o convidou para morar com ela. Porém, ele não trabalhava e quando Zélia se queixou sobre isto, ele disse que iria mudar e não o fez. Então, ela terminou o relacionamento. Por não aceitar o fim da relação, ele a esfaqueou

no peito. Ela foi socorrida por vizinhos e levada ao hospital. Ele fugiu para o norte do país e ela nunca mais o viu.

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO

A proposta de trabalho com o grupo era que as próprias mulheres pudessem levantar os temas que elas quisessem trabalhar, ou seja, não havia um tema pré-estabelecido para cada encontro. Em relação ao tema de violência doméstica, este não foi proposto pelas psicólogas em nenhum momento. Contudo, por ser um tema presente na história de vida das mulheres, elas o trouxeram com frequência, sendo tratado em diversos momentos. A abordagem do tema possibilitou o compartilhamento de experiências, reconhecimento das situações como violentas e o empoderamento pelas histórias uma das outras.

Na história da Luciana, ela chegou ao grupo sabendo que se sentia triste, mas sem entender direito o motivo. Como ela nunca tinha tido muitas experiências fora do casamento, ela não conseguia ter referencial para compreender sua tristeza com a relação, nem para pensar que o que ela vivia era apenas uma possibilidade diante de outras.

Em seu relacionamento, por exemplo, Luciana começou a compreender que os comportamentos “de cuidado” do seu marido eram, na verdade, comportamentos de controle. O fato de ele ir buscá-la na porta e nas escadas da escola, e não deixá-la sair sozinha, passou a ser visto como uma forma de controlar suas ações e não permitir que ela tivesse novas experiências longe dele. Assim, ela rejeitou certos comportamentos dele e ganhou autonomia na relação e na sua vida. Esta autonomia foi rechaçada pelo companheiro, que começou a tentar “prendê-la” no contexto doméstico. Conforme a Lei Maria da Penha, o comportamento de controle pode ser considerado como violência psicológica. O artigo 7º da lei inclui como violência psicológica “qualquer comportamento que vise degradar ou controlar suas ações e

comportamentos”. Este “aprisionamento” foi mal visto e rejeitado por Luciana e, por conta do empoderamento dela, ele não conseguia mais justificar, em nome do “cuidado”, as ações que a mantinham na vida de “dona de casa”.

Com o grupo, ela alimentou o interesse de cursar uma graduação e, até conseguir entrar na universidade, buscou formas alternativas para conseguir renda. Assim, tornou-se revendedora de uma rede de cosméticos e passou a ganhar seu próprio dinheiro, se tornando cada vez mais autônoma. Como já afirmado, segundo Souza e Ros (2006), a dependência financeira é um fator que mantém as mulheres em situação de violência. Programas e políticas públicas que pensem no empoderamento financeiro das mulheres são, portanto, ações de prevenção e de combate à violência.

Em relação ao cuidado com a casa, Luciana percebeu que se frustrava por “não ter voz”, ou seja, tudo que pedia aos filhos e ao marido era ignorado. O modo pelo qual ela solicitava a ajuda nas tarefas domésticas era ineficaz. Além disto, conforme ela ia se desenvolvendo nos estudos, a vontade de realizar o cuidado com a casa diminuía. Como já dito, a função do cuidar foi historicamente atribuída às mulheres e, neste sentido, o caráter de “função” é um dos únicos lugares de reconhecimento delas na sociedade. A partir do momento em que Luciana adquiriu outros espaços de reconhecimento, o exercício das atividades domésticas perdeu valor e função em sua vida, o que fez com que ela tivesse menos vontade ainda em exercê-las. Porém, junto a isto, surgiu um sentimento de culpa por perder o “prazer” em realizar estas tarefas. Este prazer foi desnaturalizado pelas psicólogas, como pode ser visto no diálogo a seguir:

Luciana: “meus filhos dizem que preferem estudar a lavar uma louça para mim”

Psicóloga: “e você? O que prefere?”

Luciana: “estudar também”

Psicóloga: “Então? Ninguém gosta de lavar louça e não é porque você é mulher que esta função tem que ser exercida somente por você”.

Com a desnaturalização do suposto prazer (como “dever”) em realizar as tarefas domésticas, Luciana descentralizou os serviços e buscou outras formas de conseguir o auxílio dos membros da família. Uma atitude tomada por ela (e compartilhada com as outras participantes do grupo) foi deixar um copo, um prato e um par de talheres para cada membro da família, com seus respectivos nomes. Se quisessem usar e estivessem sujos, eles teriam que lavar. Assim, a demanda do trabalho doméstico diminuiu, e sobrou tempo para que ela pudesse pensar em si mesma, no seu futuro, nos seus desejos e, inclusive, no estudo.

O grupo foi muito importante para dar autonomia para Luciana. Esta autonomia fez com que ela, aos poucos, se tornasse independente do marido. Este processo culminou em diversos desentendimentos entre o casal, já que o marido não aceitou a “nova Luciana”. Ao final do grupo, a participante estava pensando seriamente na possibilidade de se divorciar do marido.

Na história de Patrícia, o sofrimento mental estava relacionado ao estupro e ao fato de não ter tido nenhuma fonte de apoio para poder conversar sobre o ocorrido. Além disto, após a revelação do mesmo, não recebeu o amparo necessário da rede de apoio com a qual contava e sentiu que as pessoas duvidavam do que tinha acontecido. Isto já havia acontecido na sua infância com o abuso cometido por seu tio. Com o grupo, Patrícia conseguiu nomear o desamparo e a falta de apoio, e entender como isso participou na construção do sentimento de desempoderamento e na configuração do seu adoecimento.

Da mesma forma que na história de Luciana, o marido de Patrícia a aprisionava na sua casa e, em nome do “cuidado”, não permitia que ela saísse sozinha. Assim, por meio do grupo e do compartilhamento de histórias, ela pode ver que o comportamento de cuidado do marido

era, na verdade, um comportamento de controle. Portanto, ela também começou a se tornar mais autônoma em relação ao cônjuge. O comportamento de controle exercido por ele também pode ser considerado como uma forma de violência psicológica, segundo a Lei Maria da Penha, já que ele tirava sua autonomia, sua possibilidade de ir e vir e seu direito de acesso à informação.

O companheiro de Patrícia não permitia que ela assistisse à televisão ou ouvisse músicas. Seu empoderamento se deu, também, quando ela passou a não aceitar essas regras. E, com o acesso à informação, ela conseguiu definir os seus gostos, seus desejos e ir atrás de seus interesses. Ela não dependia mais do marido para realizar estas atividades, nem dele instruí-la para o que seria de seu interesse. Chamou a atenção que, ao ouvir o relato de Luciana, Patrícia, em diversos momentos também demonstrou interesse em voltar a estudar, mas não foi concretizado até o final do grupo.

No caso de Patrícia, as mudanças dela também geraram conflitos em seu relacionamento. O cônjuge tentou prendê-la nos papéis que ela assumia anteriormente e utilizou a religião como meio de aprisioná-la nestes papéis. Ela não aceitou as novas imposições do marido e eles também iniciaram o processo de separação. Neste caso, por conta de religião, o processo foi mais conturbado.

Zélia chegou ao grupo contando seus casos e mostrando como sempre buscou alguém para amar. A primeira ação do grupo foi mostrar a ela sobre a necessidade que ela tinha de ser amada e como isto fazia com que ela se contentasse com qualquer “migalha de amor” que ela encontrava em seu caminho. Havia uma repetição também em sua história: a própria participante trouxe, em diversas situações, uma relação de busca incessante de aprovação e amor (nunca recebido) de sua mãe. Em um destes relatos, ao narrar o quanto se dispunha a servir à sua mãe e ficar frustrada por nada receber em troca, uma das psicólogas fez a seguinte intervenção:

Isso que você está falando me lembra uma estória que eu ouvi. Trata-se de um homem que morava em uma cidade do interior, onde tinha uma mangueira na praça. O homem estava doido para comer pitanga e, com raiva, começou a chutar o pé de manga, gritando "quero pitanga!". Quanto mais ele fazia isso, mais caíam mangas em sua cabeça, machucando-o. Me parece que você faz algo semelhante. Pé de manga não vai dar pitanga.. Manga é ruim? Não necessariamente. Mas esperar pitanga do pé de manga só te faz sofrer. Já percebeu que você faz isto em todas as relações? Fica em um "me ame, me ame, me ame" e só tomando manga na cabeça! E recebendo migalhas... você é uma mendiga do amor!".

Estas metáforas a tocaram profundamente. Por meio delas, ela conseguiu se ver em seus relacionamentos tão complicados e que traziam poucos benefícios para ela. Ela conseguiu entender que se envolvia com pessoas pelo simples fato de querer ter alguém do seu lado e não pela pessoa em si, e que quando começava a enxergar o outro como ele era e não como ela imaginava, se frustrava. Isto modificou o modo como esta mulher passou a se colocar na sua relação com sua mãe e com os homens, deixando de se envolver em relacionamentos que não seriam tão positivos, além de levá-la a fazer coisas pensando mais em si mesma. A metáfora é uma importante ferramenta clínica e uma de suas funções é a nomeação, driblando a resistência afetiva deste processo (Zanello, 2007).

Em todos os casos, as demandas das mulheres giraram em torno da violência, dos papéis sociais atribuídos a elas na sociedade e dos dispositivos amoroso e materno. Em relação à violência, foi realizado um trabalho de desnaturalizar a violência cotidiana, sofrida por todas as mulheres e tratada como forma de cuidado do homem com a mulher. Também foi trabalhada a falta de amparo que as mulheres sentiam ao relatar a violência para outrem e para sair daquela situação. Conforme Souza e Ros (2006), a rede de apoio social é fundamental para a saída das mulheres em situação de violência. Dentro do grupo, elas passaram a exercer

esse apoio social, combinando encontros entre elas fora do contexto do CAPS. Foi criada uma rede social, fora do âmbito privado do lar e do próprio tratamento.

Em relação aos papéis sociais de gênero, ou seja, aos comportamentos socialmente aceitos e esperados que as mulheres executem em nossa sociedade, foi realizada uma releitura destes com as participantes. Foi quebrada a ideia de que a “verdadeira mulher é esposa, mãe, bela, sedutora, amante e disponível” (Swain, 2012). Passaram a entender que era possível se realizar por outros meios que não o do cuidado. Muitas mulheres relacionavam a “doença mental” com o fato de não quererem mais realizar atividades domésticas e só se considerariam “curadas” quando este “desejo” voltasse. Conforme o dispositivo materno, cabe às mulheres o papel de cuidado com a casa, com os filhos e com o marido. Com a desconstrução desta função, realizada no grupo, as mulheres entenderam que era possível não querer realizar estas atividades sozinhas. Assim, passaram a buscar novas formas de realização, como por exemplo, por meio do trabalho e da independência financeira.

Em relação ao dispositivo amoroso, chama atenção o fato de que, a partir do momento em que elas mudaram o olhar sobre a relação, passaram a não aceitar certos comportamentos dos maridos, o que culminou em que a própria relação fosse colocada em xeque. A “descolonização afetiva” provocada pela desconstrução do dispositivo amoroso é, portanto, uma importante forma de empoderamento das mulheres, tendo em vista que o modo de amar interpelado nelas é sua maior forma de aprisionamento (Zanello, 2016).

CONCLUSÕES

Uma das limitações desta pesquisa foi o fato de que, por ter sido um grupo aberto, muitas mulheres começaram a participar e desistiram durante o ano, enquanto outras entraram no meio do ano, tendo perdido o vínculo inicial formado entre as participantes e as psicólogas.

Estas três mulheres terem tido a frequência maior que 75% pode ser explicado justamente pelo fato delas terem sido as únicas que participaram do grupo desde o início.

A partir desta experiência, pode-se compreender que o grupo pode ser uma importante ferramenta de atuação para profissionais de saúde mental que lidam com a demanda da violência (Diniz & Pondaag, 2004; Moreira, 1999; Duarte, 2011). Ele auxilia na quebra do silêncio pelas mulheres, na identificação de que ela não é a única que passa por situações violentas e conturbadas e abre possibilidades de ação para as participantes. Conforme Zanello (2010), nomear e partilhar o sofrimento, ao mesmo tempo em que o percebe semelhante em outras pessoas “pode ser uma experiência transformadora, sobretudo quando se abre o ‘é a vida’ em que muitas mulheres vivem, para um ‘pode ser diferente’, construído em novas relações interpessoais”. Este foi um dos objetivos do grupo.

É interessante que o grupo seja também trabalhado com um olhar e uma escuta de gênero, tendo em vista que a violência, nestes casos, é permeada estruturalmente por estas questões. Segundo Santos (2009), trabalhar com uma leitura de gênero na saúde mental é resgatar a fala do sujeito como uma fala engendrada e marcada pelo lugar social no qual o sujeito fala. E, além disto, conforme Zanello e Bukowitz (2011), ao analisar o adoecimento psíquico, sob o viés de gênero, torna-se possível desnaturalizar o sofrimento e abrir novas possibilidades de intervenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (3 ed.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Del Priori, M. (2009). *Ao sul do corpo*. (2 ed.). São Paulo: Editora UNESP

- Diniz, G. & Pondaag, M. (2004). Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos de violência doméstica. In: G. Maluschke, J. S. N. F. Bucher-Maluschke, K. Hermanns. *Direitos Humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Fundação Konrad.
- Duarte, K. R. (2011). Oficinas em dinâmica de grupo com mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições metodológicas aos estudos sobre violência de gênero. *OP SIS*, 11(1), 111-124.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: and observational study. *Lancet*, 371, 1165-1172.
- Francisquetti, P. P. (1999). A escuta da dor. *Jornal da Rede de Saúde*, 19, 3-4.
- Heise, L. (1993). Violence against women: the hidden health burden. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, 46, 78-85.
- Heise, L., Pitanguy, J. & Germain, A. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: World Bank Discussion Papers.
- Jordan, C. E., Campbell, R. & Follingstad, D. (2009). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 6, 1.1-1.22.
- Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006*. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código

- Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I. & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008-1018.
- Moreira, V. (1999). Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. *Estudos de psicologia*, 4(1), 61-77.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's reponses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf em 22/02/2016
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (4), 1177-1182.
- Souza, P. A. & Ros, M. A. (2006). Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. *Revista de Ciências Humanas*, 40, 509-527.
- Swain, T. N. (2012). A construção das mulheres ou a renovação do patriarcado. (Texto inédito apresentado em Lausanne, França).
- Zanello, V. (2007). Metáfora e transferência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 132-137.
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Zanello, V.; Stevens, C.; Almeida, T.; Brasil, K. (Org.). *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-320.
- Zanello, V. (2016). Saúde mental, gênero e dispositivos. In: Dimenstein, M. (Org.). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais*. São Paulo: Intermeios Cultural (prelo)

Zanello, V., Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*. 20-21.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre a violência e a saúde mental. Buscou-se verificar a interseccionalidade entre ambos nas leis e políticas públicas, na prática dos serviços de saúde e na experiência de um grupo no qual participaram mulheres com histórico de violência.

Para tanto, no primeiro artigo, foi feito um levantamento das políticas públicas para as mulheres e as resultantes da reforma psiquiátrica. Foi feita a análise, nos três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, do enfoque dado à saúde mental das mulheres e chegou-se a constatação de que este olhar ainda era incipiente. Além disto, quando era abordado, o tema era incluído em capítulos ligados à saúde sexual e reprodutiva. O que demonstra a associação entre a saúde mental e o ciclo biológico das mulheres. No caso específico das mulheres vítimas de violência, embora os planos apresentassem capítulos destinados a elas, em nenhum momento era abordada sua saúde mental, o que mostra a invisibilidade do tema na criação de políticas públicas.

Para a análise das políticas resultantes da reforma psiquiátrica, foram utilizados os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Nestes, pode-se observar que o “portador de transtorno mental” é tratado de maneira universal, ou seja, não distingue

classe, raça e gênero. Dessa forma, as políticas públicas não pensaram nessas especificidades, não levaram em consideração os seus impactos no adoecimento mental. Ao tratarem da violência, os documentos não fazem a análise de dois pontos importantes: quem é o receptor da violência e o impacto da mesma no adoecimento mental.

Assim, o primeiro artigo mostra que falta integralidade nas ações acerca do adoecimento mental em mulheres com histórico de violência. E, embora a violência seja considerada como um fator de risco para o adoecimento mental, esta relação não é problematizada de maneira adequada pelas políticas públicas. Dessa forma, é necessário visibilizar esta relação e atuar para que as mudanças no nível político cheguem aos serviços de saúde.

O segundo artigo se propôs a analisar a percepção, as crenças e o conhecimento sobre a violência contra as mulheres e políticas públicas relacionadas com o tema por profissionais de saúde mental de um CAPS II. Por meio das entrevistas, observou-se que, de modo geral, os profissionais identificam os casos de violência e percebem o seu impacto no adoecimento mental. Porém não entendem as políticas públicas e não sabem como atuar ao se depararem com os casos. Isso gera, muitas vezes, inseguranças em relação à efetividade da lei e das políticas públicas e, conseqüentemente, um atendimento ineficaz.

A invisibilidade da violência se dá pelo fato dos profissionais não buscarem conhecer e utilizar os instrumentos legais para o encaminhamento dessas mulheres e por não fazerem a notificação aos serviços de vigilância epidemiológica. Ou seja, ainda que consigam ver a violência, não lançam mão dos mecanismos de encaminhamento e notificação aplicáveis aos casos concretos. E, por não os conhecerem e não saberem utilizá-los, não são capazes de elaborar críticas que proporcionem a melhoria desses instrumentos e o correspondente aumento na efetividade das políticas públicas de combate à violência.

Por fim, o terceiro artigo traz uma proposta de estratégia de atuação que consiste em permitir que as mulheres falem de suas experiências e possam nomear as violências que sofrem no dia-a-dia. Portanto, o artigo traz a experiência do grupo de mulheres usuárias do CAPS II com histórico de violência. No grupo, buscou-se trabalhar levando em consideração as especificidades de gênero permitindo às mulheres redefinirem seus papéis dentro de casa e entenderem que certas obrigações, até então aprendidas como sendo naturalmente delas por serem mulheres e mães, eram, na verdade, imposições. Também foi realizado um trabalho que possibilitou a elas um autoconhecimento que não fosse mediado pelo parceiro. O grupo também demonstrou a importância da rede de apoio social e de programas de redistribuição de renda para o empoderamento dessas mulheres e como forma de auxiliá-las a sair das situações de violência.

Esta dissertação aponta, portanto, a necessidade de se pensar na relação entre a violência contra as mulheres e a saúde mental. Esta intersecção deve ser levada em conta desde a criação de políticas públicas que não reduzam o sofrimento das mulheres tão somente ao nível biológico, até a prática dos serviços de saúde. Assim, é necessário que as leis cheguem aos serviços para que esta atuação em rede, tão valorizada nas ações de combate à violência, seja realizada de maneira efetiva e alinhada.

REFERÊNCIAS⁴

- Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (1994). Recuperado de <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> em 22/02/2016
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: and observational study. *Lancet*, 371, 1165-1172.
- Heise, L. (1993). Violence against women: the hidden health burden. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, 46, 78-85.
- Heise, L., Pitanguy, J. & Germain, A. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: World Bank DiscussionPapers.
- Jordan, C. E., Campbell, R. & Follingstad, D. (2009). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 6, 1.1-1.22.
- Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006*. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição

⁴ Aqui estão incluídas apenas as referências utilizadas na introdução e conclusão.

Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 27 de abril de 2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I. & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008-1018.

Malpass, A., Sales, K., Johnson, M., Howell, A., Agnew-Davies, R., Feder, G. (2014). Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. *British Journal of General Practice*, DOI: 10.3399/bjgp14X677527.

Marinheiro, A. L. V., Vieira, E. M., Souza, L. (2006). Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde . *Revista Saúde Pública*, 40(4), 604-610.

Nyame, S., Howard, L., Feder, G. & Trevillion, K., (2013). A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*, 22(6), 536-543.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf em 22/02/2016

- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Geder, G. & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 189-194.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. L., (1999). Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface_ comunicação, saúde, educação* 3(5), 11-26.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres (2011). *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento> em 09 de julho de 2016.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres (2015). *Balanco ligue 180*. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco1sem2015-versao-final.pdf> em 09 de julho de 2016.
- Trevillion, K., Hughes, B., Feder, G., Borschmann, R., Oram, S. & Howard, L. M. (2014). Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 430-444.
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF. Retirado de <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf> em 22/02/2016
- Zanello, V., Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*. 20-21.