

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas  
filhas e seus filhos adultos/os jovens.**

**MARCELA NOVAIS MEDEIROS**

**Brasília/DF**

**2010**

**Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas  
filhas e seus filhos adultos/os jovens.**

**MARCELA NOVAIS MEDEIROS**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia Clínica e Cultura,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de mestre em psicologia.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Gláucia Ribeiro Starling  
Diniz, PhD.**

**Brasília/DF**

**2010**

**ii**

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus  
filhos adultos/os jovens**

Banca Examinadora:

---

Presidente: Prof<sup>a</sup> Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD  
Universidade de Brasília

---

Membro interno: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Malushcke  
Universidade de Brasília

---

Membro externo: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Cassia Mendonça Pondaag  
Instituto de Educação Superior de Brasília

---

Membro suplente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Decnop Coelho  
Universidade de Brasília

Brasília, DF, 16 de Setembro de 2010

**Este trabalho é dedicado a todas as mulheres com experiências de violência conjugal e a suas/seus filhas/os que cresceram em famílias marcadas por tais experiências.**

## **Agradecimentos**

Foram muitas as pessoas que construíram comigo este trabalho, o qual não me atrevo a chamar de meu, mas, sim nosso. Cada trecho, cada linha, cada espaço em branco representam escolhas que não fiz sozinha. Devo toda a construção deste trabalho a minhas/meus interlocutoras/es, com quem compartilhei meu percurso profissional e pessoal. Enfim, esta produção é nossa.

Agradeço a toda minha família simplesmente por existirem. Às minhas tias, avós, primas e mãe, pelos exemplos, cada uma a sua maneira, de questionamento dos papéis femininos.

Agradeço a meu pai e minha mãe, Vilson e Regina, pelo incentivo e apoio para que eu continuasse meus estudos, valorizasse meus desejos e buscasse minha felicidade. Com vocês, aprendi a viver com perseverança, com alegria, e a não desistir diante dos obstáculos. Obrigada por tudo!

Agradeço a minha irmã Isabela e meu cunhado Daniel pelo acolhida em sua casa, pelo carinho e companheirismo, possibilitando meus estudos e tornando minha estadia em Brasília mais leve e divertida. Um agradecimento especial à minha irmã, meu porto seguro de carinho e de apoio, e que trouxe um novo colorido para nossa família com os nascimentos de seu filho Paulinho e de sua filha Gabriela. Com você, aprendi a ressignificar o que é importante na vida e a compartilhar os desafios da vida com todas as pessoas significativas em minha vida.

Não poderia deixar de agradecer minha tia-madrina Gercina, a qual, durante minha formação e no período mais difícil dela, que foi o término da faculdade, me ajudou a ver “meu rumo” e acertar “meu prumo”. Agradeço também pelas ricas contribuições teóricas e pela ajuda na preparação e revisão deste trabalho.

Agradeço à minha prima Raissa e minha tia Eliane, que me acompanharam e me apoiaram durante esta trajetória e me auxiliaram na preparação da versão final deste trabalho.

Agradeço ao Junior pela tolerância diante de minha ausência, pela escuta acolhedora e incentivadora, pelo carinho, incentivo e apoio essenciais para que eu conseguisse começar um novo ciclo em minha vida. Obrigada por tornar minha vida mais bela. Devo a você também meus agradecimentos pela ajuda na transcrição das entrevistas e revisão das referências bibliográficas.

Agradeço aos professores que tive ao longo de minha trajetória como estudante de graduação em psicologia e pós-graduação pelas discussões e apontamento de referenciais teóricos. Todos os textos que li e/ou reli ajudaram-me a formar minha visão sobre a saúde mental, a psicologia e a violência conjugal.

Meus agradecimentos especiais à minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Gláucia Starling Ribeiro Diniz, a quem admiro como pesquisadora, terapeuta e mulher. Obrigada pelo carinho, acolhimento, e por ter acreditado em mim. Sou grata também pelas contribuições teóricas e apontamentos.

Agradeço as/os participantes do grupo de pesquisa do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, em especial, Vivian, Nayara, Bill, Socorro, Danusa, Fábio e Miriam pelos conselhos, incentivo e auxílio na busca de referências.

Agradeço às minhas amigas/os de Minas Gerais, especialmente Luciana, Manoela, Luciana Garcia, Maíra, Karen, Sâmia, Arianne, Laiane, Gabriela, Gabriela, Gabriela Jeremias, Fernanda, Lorena e Franciely pelos nossos momentos de convivência e inesquecíveis conversas.

Às minhas amigas Gabi Valadão e Gabi Castro, grandes incentivadoras para que eu continuasse e investisse na pesquisa. Com vocês, compartilhei minhas angústias, tristezas e sonhos, desde em que fizemos juntas nosso Master, na Itália.

Às/aos estagiárias/os, voluntárias/os e coordenadoras do Projeto Maria da Penha, pela possibilidade de participar de um grupo interdisciplinar e de dividir minhas angústias, (in)certezas, reflexões e inquietudes frente ao entendimento da violência conjugal.

Às/s profissionais e voluntárias da Ong Sos Ação Mulher Família, por terem me apresentado as discussões teóricas da temática violência conjugal, sendo minhas/meus primeiras/os parceiras/os de diálogos e construções de significados sobre a violência conjugal.

Aos funcionários do Núcleo de Prática Jurídicas da Universidade de Brasília, pela disponibilidade e contribuição que ofereceram e possibilitando que meu estudo fosse realizado lá.

Às secretárias do Instituto de Psicologia, pela contribuição com as questões burocráticas do mestrado.

Às/os minhas/meus colegas e amigas/os da Secretária de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda, pelas boas risadas e compreensão quanto às minhas necessidades, não medindo esforços para me auxiliar a conciliar o trabalho e os estudos.

Um agradecimento especial a todas/os as/os participantes da pesquisa, que dividiram comigo detalhes íntimos de suas vidas, enfrentando medo, vergonha e outros sentimentos que uma conversa sobre experiências difíceis de serem lembradas pode suscitar.

Encerro meus agradecimentos na certeza de que muitas pessoas que aqui não foram nomeadas merecem meu sincero reconhecimento.

**“Violência contra as mulheres: onde tem violência todo mundo perde”**

**(Instituto Patrícia Galvão, 2006).**



## Resumo

O objetivo geral desta pesquisa qualitativa foi compreender possíveis repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e filhas/os. Os objetivos específicos foram: conhecer a história de vida e de violência conjugal nas perspectivas de mulheres e filhas/os; identificar fatores de risco para adoecimento mental, ao longo da história de vida das mulheres e filhas/os; identificar fatores de proteção da saúde mental, ao longo da história de vida de mulheres e de suas/seus filhas/os; investigar a percepção das mulheres sobre as repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e de suas/seus filhas/os; investigar a percepção das/os filhas/os sobre as repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e na de suas mães. Participaram da pesquisa três mulheres com experiências de violência conjugal e uma/um filha/o adulta/o jovem de cada uma delas. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário demográfico e entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas foram analisados com a estratégia de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram a transgeracionalidade da violência e a vulnerabilidade feminina a violências físicas, psicológicas, sexuais e patrimoniais ao longo do ciclo de vida de famílias moradoras de uma cidade satélite do Distrito Federal. A violência conjugal foi fator de risco para as mulheres e filhas/os. Foi evidenciado que a compreensão das repercussões provocadas pela violência conjugal requer a análise da interação saúde mental, gênero, violência conjugal, outros fatores de risco e fatores de proteção. Tal interação não ocorre isolada dos contextos nos quais as pessoas estão inseridas e dá-se por meio de uma causalidade recursiva, na qual um elemento influencia e é influenciado pelos outros. Prescrições de gênero contribuem para que determinados eventos de vida e projetos constituam fatores de risco para mulheres. Assim, projetos de vida de ter família unida e cristã, a participação em grupo religioso, o projeto de cuidar e o cuidado com as/os filhas/os foram tanto fatores de risco quanto de proteção da saúde mental das mulheres. Novos projetos para o futuro formulados após a separação, flexibilizando os papéis de gênero, representaram proteção. Outros fatores de proteção estavam relacionados às redes sociais das mulheres, como o apoio social de vizinhas e de amiga. Alguns fatores de risco para as filhas/o foram desencadeados pelos fatores de risco presentes na vida das mães. Para filhas/o significaram risco, especialmente, o isolamento social, a falta de cuidadoras/es, a separação dos pais, inconstâncias do relacionamento dos pais. Significaram proteção: apoio social de cuidadora/or alternativa/o, autocuidado e cuidados recebidos das mães, incentivo para investimento em projetos de vida, projetos de vida de estudar e trabalhar. As repercussões das experiências de violência ocorridas na saúde mental das mulheres foram alteração na percepção sobre a eficácia para controle do que acontece com ela; alteração do apetite; ansiedade; concentração e atenção reduzidas; diminuição da autoestima; diminuição da autoconfiança; dificuldades com o próprio corpo; atividades; entorpecimento emocional e evitação comportamental; fadiga; humor deprimido; hipersonia; insônia; medo; pânico; perda do interesse e prazer; queixas somáticas e sofrimento psíquico. As repercussões apresentadas pelas filhas/o foram alteração do sono; ansiedade; abalo na formação da identidade; comportamento violento; humor deprimido; ideação suicida; medo; perda do interesse e prazer; sofrimento psíquico. Tais resultados revelam que a interação saúde mental, gênero e violência merece atenção no campo da pesquisa e intervenção.

Palavras chaves: Mulheres; Filhas/os adultas/os jovens; Violência Conjugal; Saúde Mental.

## Abstract

The main objective of this qualitative study was to understand the possible impacts of experiences of marital violence on mental health of women and their daughters and sons. The specific objectives were: to understand the life history and the experience of marital violence from the perspectives of women and their daughters and sons; to identify risk and protective factors for mental illness throughout the women's, daughters's and sons's lives; to investigate women's perception of the repercussions of their experiences of violence in their mental health and in the mental health of daughters and sons; to investigate the daughters's and sons's perceptions of the repercussions of the experiences of violence in their mental health and in the mental health of their mothers. Three women victims of marital violence, two daughters and one son participated in the research. Semi-structured interviews and a Demographic Questionnaire were used as the data collection strategy. The data collected were analyzed using thematic content analysis. The results showed the transgenerationality of violence and female vulnerability to physical, psychological, sexual and patrimonial violence throughout the life cycle of families of a satellite city of the Federal District. Marital violence was a risk factor for women and their daughters and sons. The understanding of the impacts of marital violence requires the analysis of the interaction between mental health, gender, marital violence, other risk factors and protective factors. Such interaction does not occur in isolation from the various life contexts in which people are embedded. It is a result product of recursive causality. Gender prescriptions play an important role in life events and projects and may constitute risk factors for women. Thus, life projects like having a united and Christian family, participation in religious group, the family care were, at the same time, risk and protective factors of women's mental health. Other protective factors were, the new projects to the futures made after the separations, since these projects implied flexibility regarding gender roles. Another protective factors were social support from neighbors and friends. Some risk factors for daughters and son were triggered by risk factors present in their's mother's lives. For them it represented risk, especially, lack of alternative caretakers, social isolation, the separation of parents and the inconstancy in their parents relationship. Protection for them came from life projects like to study and to work, social support, self-care and care received by their mothers, incentive for investment in life projects. The impact of violence in the mental health of women manifested itself through anxiety, appetite changes, change in perceptions regarding their ability to control life events, decreased self-confidence, decreased self-esteem, decreased concentrating and attention, depressed mood, difficulty with their own body, fatigue, generalized fear, hypersomnia, insomnia, loss of interest and pleasure, low numbness and avoidance behavior, panic, somatic complaints and psychological distress. The impact direct or indirect of marital violence experiences on daughters and son were anxiety, depressed mood, damages in identity formation, fear, loss of interest and pleasure, psychological distress, sleep disturbances, suicidal ideation; violent behavior. These results point out that the interaction between mental health and violence deserves attention.

Key Words: Woman; Daughters and Sons; Marital Violence; Mental Health.

## Sumário

Introdução.....	16
Capítulo 1: Violência conjugal, gênero e saúde mental.....	26
1.1. Violência conjugal e gênero.....	26
1.1.1. Reflexões sobre a categoria gênero.....	26
1.1.2. Desigualdades de gênero e patriarcado: a vulnerabilidade feminina a violências conjugais.....	28
1.2. Violência conjugal.....	34
1.2.1. A violência conjugal, seus significados e suas manifestações.....	34
1.2.2. A violência conjugal como violação dos direitos humanos das mulheres.....	43
1.2.3. A repetição das violências conjugais e a falta de reação frente a elas.....	48
1.3. Violência conjugal e saúde mental.....	49
1.3.1. Aproximação entre as temáticas violência conjugal e saúde mental.....	49
1.3.2. Saúde mental.....	52
1.3.3 Interações entre saúde mental, gênero e violência conjugal.....	54
Capítulo 2: A violência como fator de risco para saúde mental.....	58
2.1. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental.....	58
2.2. Saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal.....	63
2.2.1. Repercussões da violência conjugal na saúde mental.....	63
2.2.1. Violência conjugal, saúde mental e estratégias de pesquisa.....	73
2.3. Saúde mental de filhas/os de mulheres com experiências de violência conjugal.....	75

2.3.1. Repercussões das violências conjugais na saúde mental.....	75
2.3.2. Violência conjugal, saúde mental e estratégias de pesquisa.....	81
Capítulo 3: Método: considerações acerca do objeto de investigação e das formas de aproximação.....	83
3.1. Violência contra a mulher, pesquisa e ética.....	83
3.2. Delineamentos da pesquisa.....	89
3.2.1. Descrição do método.....	89
3.2.2. Participantes.....	93
3.2.3. Contexto da pesquisa.....	95
3.2.4. Instrumentos.....	95
3.2.5. Procedimentos.....	98
3.2.6. Análise dos dados.....	101
Capítulo 4: resultados e discussão dos casos.....	103
4.1. Caso 1: família A.....	104
4.1.1. Família A, suas histórias de vida e de violências.....	107
4.1.2. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental..	115
4.1.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental.....	120
4.2. Caso 2: família B.....	128
4.2.1. Família B, suas histórias de vida e de violências.....	129
4.2.2. Repercussões das experiências violência de conjugal na saúde mental..	142
4.2.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental.....	149
4.3. Caso 3: família C.....	155
4.3.1. Família C, suas histórias de vida e de violências.....	157
4.3.2. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental..	166

4.3.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental.....	170
4.4. Os três casos: família A, família B e família C.....	176
4.4.1. Histórias de vida e de violências.....	176
4.4.2. Interação gênero, saúde mental, fatores de risco, fatores de proteção e violência conjugal.....	181
4.4.3. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental das mulheres.....	184
4.4.4. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental das/o filhas/o.....	187
4.4.5. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental das mulheres e das/o filhas/os.....	191
Considerações finais.....	198
Referências.....	206
Anexos.....	228
Anexo A: Aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	229
Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido para as mulheres.....	230
Anexo C: Termo de consentimento livre e esclarecido para as/o filhas/os.....	233
Anexo D: Questionário demográfico.....	236
Anexo E: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as mulheres.....	241
Anexo F: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as mulheres.....	245
Anexo G: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as filhas/os.....	248

## Lista de quadros

Quadro 1: Perfil demográfico da família A.....	94
Quadro 2: Perfil demográfico da família B.....	94
Quadro 3: Perfil demográfico da família C.....	94
Quadro 4: Violências, período de ocorrência e eventos de vida da família A.....	114
Quadro 5: Violências, período de ocorrência e eventos de vida na família B.....	141
Quadro 6: Violências, período de ocorrência e eventos de vida na família C.....	164
Quadro 7: Repercussões na saúde mental das mulheres com experiências de violência conjugal.....	184
Quadro 8: Repercussões na saúde mental das filhas e do filho de mulheres com experiências de violência conjugal.....	188
Quadro 9: Outros fatores de risco e de proteção da saúde mental das mulheres.....	192
Quadro 10: Outros fatores de risco e de proteção da saúde mental das/o filhas/o.....	193

## Lista de Figuras

Figura 1: Interação entre elementos na produção de repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental.....	182
--	-----

## Introdução

O tema do presente trabalho são as repercussões das experiências de violência conjugal para a saúde mental de mulheres e de suas/seus filhas/os. Não foi por acaso que escolhi esse tema de pesquisa. A primeira história de violência contra a mulher que chamou a minha atenção foi o assassinato, no ano de 1992, da atriz Daniela Perez por Paula Thomaz e seu marido, o ator Guilherme de Pádua, que, na ocasião, fazia par romântico com a vítima em uma novela exibida em uma emissora de televisão. A morte dessa atriz foi, na época, cercada por discussões sobre o caráter passional do crime. Segundo uma das versões de Guilherme de Pádua, o crime teria sido motivado por ciúmes que sua esposa sentia dele. Esse crime, na ocasião, não foi compreendido em sua complexidade por mim, que tinha 8 anos de idade, mas chamou minha atenção uma vez que era fã da atriz.

O interesse profissional pela temática violência contra as mulheres ocorreu durante a graduação em Psicologia, entre os anos de 2002 a 2006. O contato com profissionais que atuam nessa área e com reflexões sobre o tema ocorreu nos dois últimos anos da referida graduação, durante estágio na organização não governamental SOS Ação Mulher Família de Uberlândia/MG. Essa instituição presta assistência a pessoas em situação de violência conjugal, sendo mulheres as principais usuárias dos serviços. Nesse contexto, elas recebem atendimento jurídico, psicológico e social, individual ou em grupo.

As atividades vinculadas ao estágio possibilitaram o contato com dados estatísticos sobre a violência contra as mulheres. Esses dados dão visibilidade às manifestações violentas entre os sexos e evidenciam sua alta incidência nos relacionamentos afetivos, em todos os países do mundo, independente da raça ou da condição econômica das famílias. Nas narrativas sobre histórias de mulheres que sofreram violência por parte de seus companheiros,



ficaram evidentes os sofrimentos físicos e psíquicos relacionados às violências conjugais. Ficou evidente também a grande preocupação das mulheres-mães agredidas com o desenvolvimento de suas/seus filhas/os - crianças, adolescentes e adultas/os jovens - em ambientes marcados pela violência.

Após a conclusão da graduação em Psicologia, realizei trabalho voluntário na referida ONG, oferecendo atendimento psicológico a mulheres que sofriam violência em suas relações conjugais. No contexto desses atendimentos, era recorrente a reflexão acerca dos problemas conjugais e relacionamentos entre pais e filhas/os, bem como queixas relativas à agressividade das/os filhas/os.

Era também motivo de preocupação dessas mulheres em situação de violência que as filhas adultas jovens solteiras sofressem violência em seus relacionamentos afetivos - tanto namoro quanto casamento. Além do desejo de oferecer subsídios para que essas filhas estudassem e trabalhassem, havia uma preocupação com a (im) possibilidade de elas terem um espaço - físico e emocional - propício para a manutenção de relacionamentos amorosos que pudessem culminar em um casamento satisfatório. As mães temiam, em especial, as seguintes situações: que as filhas desacreditassem no casamento; restringissem seu círculo de relacionamentos íntimos para evitar a publicização da ocorrência de violências em sua família; não possuíssem tempo e local para namorar, na medida em que a rotina da vida familiar era marcada por situações violentas; e, por fim, que viessem a repetir suas histórias, encontrando parceiros violentos como seus pais.

Continuei os estudos sobre violência conjugal em um curso de pós-graduação denominado “Master Internazionale di 1° Livello in Educazione e Integrazione delle Persone in Situazione di Disabilità, Disagio Sociale e Anziane”<sup>1</sup>. Esse curso - cujo objetivo era o de

---

<sup>1</sup> “I Master Internacional de Educação e Integração da Pessoa Deficiente, em Risco Social e Idosa”.

promover uma formação sob a perspectiva da inclusão/exclusão - foi desenvolvido, conjuntamente, pela Universidade Federal de Uberlândia (Brasil), Istituto Universitario di Scienze Motorie (Itália), Università degli Studi del Molise (Itália) e Universidad Católica San Antonio de Murcia (Espanha).

Como aluna desse Master Internacional, foi possível aprofundar conhecimentos relativos às pessoas em situação de risco social, tendo como pano de fundo as teorias de inclusão/exclusão social e educacional. Foi desenvolvida, como requisito parcial para conclusão do curso, uma pesquisa intitulada “Os movimentos feministas e de mulheres no entrelaçamento dos fios da rede de apoio às mulheres vítimas de violência conjugal”, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Puga de Souza, da Universidade Federal de Uberlândia.

Essa pesquisa teve como objeto de estudo os mecanismos de proteção às mulheres em situação de **violência conjugal**. A premissa que sustentou o trabalho foi a compreensão de haver uma íntima relação entre violência conjugal e exclusão/inclusão social. As mulheres em situação de violência conjugal sofrem processos de exclusão na medida em que seus direitos humanos são violados e o isolamento social é, frequentemente, imposto pelos parceiros.

Situações vivenciadas por essas mulheres, que evidenciam a presença de exclusão social, são: ausência de qualidade de vida; grandes obstáculos na obtenção de meios de sobrevivência; processos de sofrimento e violência. Tais experiências estão entre as citadas por Aldaiza Sposati (1998) como critérios úteis para se avaliar a existência de exclusão social. Maria Claudia Brauner e Paula Carlos (2004) também relacionam a violência contra a mulher que ocorre em relacionamentos conjugais como situação de violação dos direitos humanos. Essas autoras também discutem os instrumentos legais de defesa dos direitos humanos nesse contexto.

A pesquisa desenvolvida foi de natureza qualitativa, dos tipos bibliográfica, documental e de campo. Teve como objetivo compreender os significados da rede de apoio às mulheres em situação de violência conjugal/ doméstica / familiar do município de Uberlândia. Também visou refletir sobre as possíveis contribuições dos movimentos feministas e de mulheres na constituição e no desenvolvimento de mecanismos/ações de proteção e atendimento às mulheres que estão presentes na rede de apoio entre 1990 a 2007.

Para atingir os objetivos propostos, foram utilizados como fontes de dados a literatura sobre o tema, boletins feministas<sup>2</sup>, tratados internacionais<sup>3</sup> e os depoimentos de uma líder do movimento feminista<sup>4</sup> e de duas mulheres que sofreram violência conjugal e procuraram a rede de apoio na cidade de Uberlândia - MG.<sup>5</sup>

O principal resultado da pesquisa foi que a rede de apoio às mulheres em situação de violência conjugal oferece às mulheres a possibilidade de terem acesso a direitos fundamentais para a promoção de sua inclusão social. Os direitos adquiridos foram: uma vida com menos violência conjugal e/ou rompimento das relações afetivas com agressores; liberdade de opinar e escolher; ambiente familiar seguro (garantia da integridade física e psicológica); condições de trabalho adequadas; qualidade de vida e bem-estar psicossocial. A

---

<sup>2</sup> Boletins nºs. 3, 8 e 10 da SempreViva Organização Feminista, dos anos de 1993 e 1995, respectivamente, e Relato de Experiência da SempreViva Organização Feminista do ano de 1989.

<sup>3</sup> Convenção sobre Todas as Formas de Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, que entrou em vigor em 3 de setembro de 1981 (ONU, 1981); Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994 (BRASIL, 1994); Relatório da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo, em 1994 (United Nation Population Fund - UNFPA, 2004); Informe da IV Conferência Internacional da Mulher, de 17 de outubro de 1995 (NACIONES UNIDAS, 1995); Relatório Nacional Brasileiro, de junho de 2000, sobre a implementação da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher (BRASIL, 2000).

<sup>4</sup> Gláucia Matos, feminista entrevistada por mim em novembro de 2007, escolhida por sua experiência em movimentos sociais feministas e participação em conferências nacionais e internacionais sobre a situação da mulher e violência.

<sup>5</sup> Janice, cor de pele branca, 27 anos de idade, operadora de caixa, 2 filhos, ficou casada 10 anos com o agressor e foi atendida na ONG SOS Mulher Família. Zulmira, cor de pele branca, 47 anos de idade, cabeleireira, ficou casada durante 11 com seu agressor e foi atendida na Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher de Uberlândia. Tais nomes são fictícios.

rede de apoio, no município de Uberlândia-MG, vem colaborando, portanto, para a inclusão social de mulheres e a para sua retirada da situação de risco social.

Foi possível constatar também, por meio da pesquisa, que os feminismos e outros movimentos de mulheres contribuíram para a formação dessa rede de apoio configurada por serviços governamentais e não-governamentais. Tais movimentos lutaram pela conscientização da importância da igualdade entre os sexos, fundamental para a diminuição da violência nos relacionamentos afetivos, e deram visibilidade às formas de discriminação e violências sofridas pelas mulheres.

Os feminismos, por meio da participação em conferências mundiais, nacionais e locais que abordaram a situação das mulheres e através da fiscalização da aplicação nacional dos acordos delas decorrentes, deram contribuição fundamental para a construção de políticas públicas em favor das mulheres. Nesse contexto, como apontam Sueli Carneiro (2003), Fernanda de Queiroz (2002), Mônica de Melo e Maria Amélia Teles (2003), foram criados órgãos públicos para o atendimento às mulheres em situação de violência e elaboradas novas leis, a partir da perspectiva da violência doméstica como assunto da esfera pública e alvo de políticas públicas nas áreas da saúde, educação e direitos humanos. Ademais, as campanhas, as ações e as discussões dos movimentos feministas contribuíram para a formação de muitos profissionais que atuam em órgãos que atendem mulheres em situação de violências.

Devo destacar que o contato com as histórias das mulheres em situação de violência, a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas durante a referida pesquisa, fortaleceu o interesse em compreender melhor e aprofundar estudos sobre as famílias que vivenciam relações violentas. Ao falar da busca de ajuda na rede de apoio às mulheres em situação de violência, as entrevistadas apresentaram suas percepções sobre os efeitos das violências nelas e em seus familiares. Nas percepções das entrevistadas, a presença da violência nas relações

conjugais afeta sua saúde, sua subjetividade, altera sua autopercepção, diminui sua autoestima e as deixa fragilizadas. Em tais condições, torna-se difícil a visualização de um futuro melhor para si mesmas ou para sua prole, na medida em que as mulheres não se vêem com habilidades e capacidades positivas.

As mulheres entrevistadas destacaram sua preocupação com os impactos da violência conjugal tanto em sua família nuclear quanto na extensa. Disseram saber que suas/seus filhas/os sofrem com as situações de violência vivenciadas por elas. O sofrimento familiar e a falta de conhecimento a respeito das repercussões da violência em suas/eus filhas/os constituem fontes de angústia para as mulheres, ampliando o próprio sofrimento. Nas percepções das entrevistadas, a violência conjugal pode culminar em agressões contra filhas, independente da idade das mesmas, e na imitação, por parte dos filhos, de comportamentos violentos cometidos pelos pais. Essas mulheres acreditam também que o testemunho de tais situações pode ser prejudicial à saúde física e mental das/os filhas/os.

As percepções de mulheres vítimas de violência merecem atenção, tendo em vista que há na literatura indícios de que muitas mulheres acreditam que manter a família intacta consiste em um fator de proteção aos familiares (Diniz & Pondaag, 2004). As crenças das/os filhas/os são de igual importância para compreender quais contextos são favorecedores das violências. Precisamos entender melhor os impactos das experiências de violência para elaborarmos estratégias de intervenção profissional nas famílias e ajudá-las a sair de circuitos de interações violentas.

Dados da literatura corroboram as percepções das mulheres entrevistadas acerca da vulnerabilidade feminina às violências domésticas (Koller & Narvaz, 2004) e dos danos à saúde relacionados à violência (Organização Mundial da Saúde, 2006). Também há na literatura debates sobre repercussões, imediatas ou em longo prazo, das violências conjugais

em crianças e adolescentes (Benetti, 2006). Embora sejam feitas menções e debates sobre as repercussões da violência conjugal em toda a família, há uma ausência de dados sobre os efeitos deste tipo de violência em filhas/os adultas/os jovens.

Há na literatura sobre famílias, saúde mental e violência, como evidencia o Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF - e o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES - (2004), uma ausência de dados sobre os fatores que podem influenciar o processo de impactos das violências, o que dificulta o adequado entendimento e tratamento de famílias em situação de violência conjugal por profissionais diversos. São escassas também as pesquisas que discutem os efeitos da violência doméstica em filhas/os adultas/os jovens, sendo mais comum encontrar literatura centrada nos impactos da violência em crianças.

O processo de estudo e a atuação na área da violência conjugal me levaram a concluir que temas como fatores de produção da violência conjugal e a construção de saídas desta situação não podem ser tratados desvinculados dos seguintes temas: família e impacto da violência conjugal. Assim, fortaleci o desejo de continuar a pesquisar sobre a violência conjugal com vistas a contribuir para a compreensão da seguinte **questão**: quais são as possíveis repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/eus filhas/os adultas/os jovens?

Esta dissertação de mestrado, pautada no questionamento acima citado, foi orientada pelo **objetivo geral** de compreender as possíveis repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/eus filhas/os adultas/os jovens.

A partir do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**:

1) Conhecer a história de vida e de violência conjugal nas perspectivas de mulheres e de suas/eus filhas/os.

2) Identificar fatores de risco para adoecimento mental ao longo da história de vida das mulheres e de suas/eus filhas/os.

3) Identificar fatores de proteção da saúde mental ao longo da história de vida das mulheres e de suas/eus filhas/os.

4) Investigar as percepções que as mulheres têm das repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e na de suas/eus filhas/os.

5) Investigar as percepções que as/os filhas/os têm das repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e de suas mães.

Para atingir os objetivos propostos, adotamos no presente trabalho uma matriz conceitual interdisciplinar. A análise e a reflexão sobre os dados foram orientadas pela perspectiva de gênero enquanto categoria de análise, na medida que possibilita a compreensão de que o gênero influencia a constituição dos sujeitos e suas experiências. O gênero, de acordo com Gláucia Diniz (1999), repercute tanto em aspectos intrapessoais e individuais, como em aspectos interpessoais e relacionais.

Também guiaram as considerações as perspectivas sistêmicas e feministas, as quais nos auxiliaram a olhar para problemas e manifestações pessoais, considerando seu contexto de produção e de expressão e suas bases relacionais. Além disso, contribuiu para que atentássemos para as relações desiguais de poder existentes nas famílias em razão do gênero e para a compreensão das famílias como sistemas fundados tanto no pertencimento a determinada geração, como em razão dos gêneros, raça e classe social.

Ao adotar tais perspectivas teóricas a intenção foi de apresentar uma visão ampliada sobre a violência conjugal e saúde mental que abarcasse a complexidade destes fenômenos. Esta adesão também foi orientada pelo desejo de contribuir para que a produção em

psicologia clínica seja pautada por postura crítica e atuante na promoção dos direitos humanos de mulheres e homens.

Organizamos o trabalho em cinco capítulos, os quais abordam as seguintes temáticas:

1. Capítulo I: Apresentação das interações entre violência conjugal, gênero e saúde mental.
2. Capítulo II: Considerações sobre a violência conjugal enquanto fator de risco para a saúde mental e seus danos.
3. Capítulo III: Delineamento da pesquisa e dos caminhos metodológicos.
4. Capítulo IV: Apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.
5. Capítulo V: Reflexões e considerações.

Utilizamos no presente trabalho uma linguagem que reflete nossa perspectiva feminista. Assim, são especificados os gêneros dos substantivos, artigos, pronomes e adjetivos, numa postura de negar o uso de termos masculinos para designar referentes femininos. É importante lembrar que, segundo a gramática da língua portuguesa denominado padrão ou norma culta, em referência a pessoas de distintos sexos, é utilizada a forma gramatical masculino plural. Regra também válida para a concordância nominal. A negação desse uso não significa o desconhecimento dessa regra da gramática normativa. É um ato ideológico que parte da reflexão e vontade de contribuir para a desconstrução do uso do gênero masculino para designar tudo que é universal e genérico.

Cabe ressaltar que, ao longo da pesquisa, tratamos as autorias da seguinte maneira: na primeira citação de cada autora e autor no corpo do texto foram descritos o primeiro nome delas/es e na lista de referências foram expostos os nomes completos de todas/os citadas/os de maneira direta e indireta. Essa forma de apresentação foi eleita a fim de valorizar a produção de mulheres e de homens e desmistificar a ciência como algo masculino. Entendemos que a



luta pela igualdade entre mulheres e homens não prescinde da ação de minar a dita neutralidade nas produções científicas, uma vez que a linguagem estrutura nosso mundo e nosso modo de estar no ambiente.

## Capítulo 1

### Violência conjugal, gênero e saúde mental

Situações de violência conjugal vivenciadas por algumas mulheres e a tentativa de compreensão das repercussões destas experiências, em especial, na saúde mental e de suas/seus filhas/os adultas/os jovens, exigem reflexão sobre as interações entre violência conjugal, gênero e saúde mental. É essa discussão que apresentamos neste capítulo.

#### 1.1. Gênero e violência conjugal

##### 1.1.1. Reflexões sobre a categoria gênero

Existem várias definições da categoria gênero. Variados são também os usos desse termo em diversos campos do saber. A compreensão do que é e a que serve o gênero perpassa desde olhares essencialistas a construtivistas culturais. Isso significa que algumas leituras sobre gênero o compreendem como ligado a uma determinação biológica e/ou a uma universalidade da experiência de ser homem e de ser mulher. Outras noções afirmam a historicidade e o caráter cultural do gênero, numa postura não essencialista e não naturalista.

A multiplicidade de discussões feministas em torno do gênero sugere que sua definição e seu uso constituem um problema não resolvido e que a ausência de um consenso a respeito do que seja essa categoria poderia minar pesquisas orientadas pelos feminismos. Contudo, utilizando as palavras de Judith Butler (2003, p. 7), afirmamos que “(...) problemas são inevitáveis e nossa incumbência é descobrir a melhor maneira de criá-los, a melhor maneira de tê-los”.

A palavra gênero, ao contrário do que muitas/os crêem, não foi usada por uma mulher. Simone de Beauvoir, em seu famoso livro *O Segundo Sexo*, na frase “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, expressa a primeira noção do conceito de gênero (Saffioti, 1999). Mas foi Robert Stoler que usou, em 1968, pela primeira vez, o termo gênero, no livro “*Sex and Gender*”, para marcar a diferença entre o sentimento de “ser mulher” e o sexo biológico. Esse conceito, todavia, não teve difusão rápida. Foi a partir dos escritos de Gayle Rubin, em 1975, que o conceito de gênero propagou-se (Pedro, 2005; Piscitelli, 2004; Saffioti, 2004). Essa nomenclatura foi disseminada no âmbito dos feminismos americanos da década de 1970, e, posteriormente, outras feministas passaram a utilizá-la.

A categoria gênero - difundida amplamente no Brasil, na década de 1990 - não foi e nem é utilizada por todas as feministas. As francesas, por exemplo, em sua maioria, preferem usar a terminologia relações sociais de sexo, que demarca a existência de uma relação social entre os homens e as mulheres. A existência de oposição e problematização não anula, todavia, os méritos da criação da categoria gênero e os benefícios de sua utilização. Maria Luiza Heilborn, Bila Sorj (1999) e Rachel Soihet (2003) afirmam que, a partir de uma perspectiva social das diferenças entre os sexos, o uso do termo gênero contribuiu para um olhar não naturalista sobre as diferenças entre mulheres e homens e para a compreensão de que elas e eles só podem ser entendidos se pensados e estudados juntos, ou seja, na relação.

Considerando a relevância da categoria gênero, podemos entendê-la como uma matriz na qual somos inseridas/os no início da nossa existência. É uma estrutura abstrata

Que participa mais da ordem das instituições do que propriamente dos sujeitos sociais que por eles transitam; que faz parte antes do mapa cognitivo com que os sujeitos operam do que de uma identidade estável supostamente inerente à sua constituição. Essa identidade, longe de ser inerente e determinada de antemão, vai se

imprimindo no sujeito como parte do processo pelo qual emerge como ser social a partir das identificações em que se envolve. A leitura de seus próprios signos anatômicos é, ali, nada mais do que uma referência que conduz a sua construção de uma identidade, mas essa leitura ou interpretação da relação entre sua identidade e esses signos ou inscrições anatômicas é sempre individual e bastante aleatória (Segato, 1997, p. 248).

O “(...) gênero é aprendido, transmitido ao longo das gerações e incorporado pelas diversas instituições sociais” (Diniz, 1999, p. 183). Essa transmissão inicia-se a partir da inserção da pessoa no seu primeiro meio social, que é a “cena familiar” (Segato, 1997, p. 237). É a partir das interações na família e em outros espaços sociais que se imprime nas pessoas a estrutura abstrata - gênero - formando sujeitos generificados e que têm noções estereotipadas do que seja ser mulher e ser homem. Nesse processo, há a defesa de que não é possível transitar pelas posições dessa estrutura (Segato, 1997). A binariedade masculino e feminino e a desigualdade entre eles são sustentadas por um regime simbólico chamado de patriarcal. Apresentamos a discussão sobre esse regime a seguir.

### **1.1.2. Desigualdades de gênero e patriarcado: a vulnerabilidade feminina a violências conjugais**

O patriarcado é um conceito útil, como afirmam Lourdes Bandeira e Ana Lieser Thuler (2009), para o entendimento da situação de risco e de vulnerabilidade à violência vivenciada pelas mulheres nos espaços familiares. Esse conceito, muito criticado por aquelas/es que acreditam ser impossível provar sua historicidade, deve ser compreendido como “um caso específico de relações de gênero” (Saffioti, 2004, p.119). É tratado como caso

específico porque as relações estabelecidas no âmbito patriarcal são marcadas pela desigualdade social entre mulheres e homens. Todavia, essa não é a única forma de relação de gênero possível. “(...) O gênero compreende também relações igualitárias” (Saffioti, 2004, p.119).

O patriarcado pode ser definido da seguinte maneira:

Caracteriza-se pela autoridade, imposta institucionalmente do homem sobre a mulher e filhos no âmbito familiar. Para que essa autoridade possa ser exercida, é necessário que o patriarcado permeie toda a organização da sociedade, da produção e do consumo à política, à legislação, à cultura. Os relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente, a personalidade, também são marcados pela dominação e violência que têm origem na cultura e instituições do patriarcalismo (Castells, 1999, p. 169).

Podemos afirmar, portanto, que o patriarcado envolve o assujeitamento da mulher aos desejos e demandas do seu marido e de sua família, devendo ela ser um “ser para os outros” (Diniz & Pondaag, 2004, p.174). Nessa perspectiva, podemos afirmar que o patriarcado é um “regime de dominação-exploração das mulheres pelos homens” (Saffioti, 2004, p. 44). Para Heleieth Saffioti (2004, p. 105), o elemento central dessa relação de submissão é o controle da sexualidade da mulher para garantir que ela seja fiel ao marido. “Nesse regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas tecnologias”.

O patriarcado envolve duas dimensões complementares - o dominar e o explorar - que não se limitam ao exercício de poder de um pai sobre sua filha. Ele é um sistema que, antes de dar poder ao homem como pai, dá a ele o direito sexual sobre uma mulher que é filha de alguém, sendo o poder do marido precedente ao de pai. É assim regulador das relações

entre homens e mulheres, envolto em um direito sexual e não em um direito paterno (Saffioti, 2004). O poder do patriarca sobre a reprodução na sua família dá-se de diversas maneiras, como o controle das roupas usadas pelas mulheres, das suas despesas pessoais, de suas sexualidades, de seus comportamentos e pensamentos (Bandeira & Thuler, 2009).

O patriarcado, regime que não se limita à vida privada e aos vínculos familiares, mantém uma hierarquia entre homens e mulheres em todos os espaços e em toda sociedade. Confere aos homens o amplo e irrestrito direito de dominar qualquer mulher. E tal poder pode ser exercido por qualquer um, simplesmente por ele ser homem (Saffioti, 2004).

Essa dominação-exploração das mulheres pelos homens é justificada e mantida por meio de discursos que transformam as diferenças em desigualdades e conferem papéis diferentes e hierarquizados para cada sexo. Nesse contexto, a opressão patriarcal utiliza as diferenças biológicas entre mulheres e homens para determinar papéis sociais e econômicos desiguais para homens e mulheres, mantendo estas últimas numa condição mais ligada à natureza e biologia.

A especificidade corporal das mulheres é usada para explicitar e justificar as posições sociais e as capacidades cognitivas diferentes (leia-se: desiguais) dos dois sexos. As mulheres são apontadas como mais expostas às irregularidades (hormonais), intrusões e imprevistos. Por implicação, são presumivelmente incapazes das realizações masculinas, sendo mais fracas, necessitadas de proteção, dependente de seu funcionamento biológico, endócrino e fisiológico. Já o homem é considerado aquele que tem um corpo forte e saudável. Por isso, é aquele que pode prover a mulher da proteção necessária (Gross, 2000).

Em razão dessas supostas diferenças entre homens e mulheres, são estabelecidas prescrições de gênero. Fica prescrita para a mulher a realização de atividades ligadas ao ambiente doméstico e familiar; aos homens, as atividades públicas e que requerem

inteligência e força. Tais papéis de gênero são perpetuados e transmitidos através de educação sexista. As mulheres são educadas para serem doces, pacatas, controladas e subordinadas aos homens. Eles são treinados para serem corajosos, fortes, agressivos, controladores e provedores da família.

Esse desequilíbrio de características, em que um não deve desenvolver o que o outro desenvolve, não é favorável a ninguém. Enfim, “o sexismo prejudica homens, mulheres e suas relações” (Saffioti, 2004, p.35). Como afirma Lia Zanotta (2002), a valorização pela nossa sociedade da figura masculina enquanto guerreira contribui para que os homens usem o controle nas suas relações afetivas. As diferenças de poder entre homens e mulheres permitem que os primeiros sintam-se legitimados a fazer o uso de violências contra suas companheiras (Angelim, 2009), caso seja preciso reestabelecer o controle sobre a família e evitar desvios de condutas femininas, como a traição (Alves & Diniz, 2005).

Os papéis de gênero hierarquizados também contribuem para que as mulheres permaneçam na relação conjugal violenta. A crença de que à mulher cabe o papel de manter o vínculo conjugal, por exemplo, associada a outros fatores como o desejo de não “macular a imagem idealizada da vida familiar” pesam em prol da manutenção do vínculo conjugal. A presença de amor combinada a dor podem levar ao silenciamento de mulheres frente às agressões e a não nomeação de suas experiências como violência, contribuindo para que elas continuem a vivenciar tais experiências (Diniz & Pondaag, 2006, p. 233). Quando os agressores tentam uma reconciliação com as vítimas, as mulheres ficam vulneráveis na medida em estão expostas a “um estereótipo de gênero feminino numa cultura do patriarcado” (Angelim, 2009, p.126).

A compreensão das violências enquanto destino das mulheres, como afirmam Lilia Schraiber, Ana Flávia D’Oliveira, Márcia Falcão e Wagner Figueiredo (2005), contribui para

o entendimento da violência enquanto natural e trivial. Nesse sentido, a não ocorrência de violência contra a mulher nos relacionamentos conjugais seria uma exceção. As violências conjugais seriam problemas individuais não compreendidos enquanto violação de direitos humanos e relacionados a desigualdades na relação entre homens e mulheres.

A hierarquia entre homens e mulheres é tida como natural e, por isto, dificilmente é questionada (Ravazzola, 2005). A constância da desigualdade de gênero é mantida pela solidariedade entre os homens que utilizam a dominação-exploração das mulheres como meio de produção de suas vidas e de si mesmos (Saffioti, 2004). Há entre os homens um acordo solidário para que mantenham a dominação-exploração das mulheres com quem convivam e que permitam que façam o mesmo com outras mulheres.

A prevalência da opressão patriarcal explica-se pelos benefícios dessa situação para os homens. As mulheres exploradas-dominadas proporcionam a eles os subsídios para que possam desenvolver seus papéis sociais e obter sucesso na vida pública. Não é raro que um homem sintam-se no direito de exigir que suas roupas estejam limpas, o lar e filhos cuidados por sua esposa, mesmo que ela trabalhe fora e traga dinheiro para as despesas da família. Esse mesmo homem acha que também é seu direito apenas trabalhar fora e ter possibilidade de se divertir com os amigos, desfrutar de uma posição social valorizada por ser o chefe de família e não ter preocupações ou gasto de tempo e esforço com as tarefas domésticas, pois elas não seriam sua responsabilidade. Tal homem, a fim de manter benefícios, não se preocupará em lutar por novas relações entre mulheres e homens.

Os homens não são os únicos a contribuírem para a manutenção do regime patriarcal e de consequentes desigualdades de gênero. Mulheres também podem re-afirmar a importância do patriarcado e garantir seu funcionamento. Isso pode ser considerado como expressão da chamada violência simbólica, ou seja, da “interiorização pelas mulheres das



normas enunciadas pelos discursos masculinos” (Soihet, 1997, p. 10). Essa incorporação de regras e normas ditadas pelos homens pode ser resumida na “adesão dos dominados às categorias que embasam sua dominação” (Soihet, 1997, p. 10). Assim, “ainda que não sejam cúmplices deste regime [patriarcal], colaboram para alimentá-lo” (Saffioti, 2004, p.102), quando educam as/os filhas/os para não transgredirem as normas de gênero; quando estabelecem relações conjugais baseadas em sexismos; quando educam as/os filhas/os para respeitarem o pai como a autoridade superior da família; quando legitimam o estupro e outras violações de mulheres que usam roupas que deixam partes de seu corpo visíveis.

A existência de políticas públicas com vistas à diminuição das desigualdades entre homens e mulheres não efetivou a plena igualdade (Welzer-Lang, 2001). Pode parecer estranho falar em desigualdades de gênero na contemporaneidade, tendo em vista a conquista das mulheres de espaços públicos e atividades antes restritas a homens. Contudo, as mudanças ocorridas nos papéis femininos e masculinos não provocaram alterações radicais na socialização de acordo com as prescrições de gênero.

É importante demarcar características dessa socialização na contemporaneidade. As instruções sobre o que é pertinente a cada um em decorrência de seu gênero/sexo são ao mesmo tempo novas e antigas. Teresa Negreiros e Terezinha Féres-Carneiro (2004), afirmam com base em diversos estudos brasileiros que nas famílias atuais coexistem antigas representações de feminino e masculino e novas propostas. Nesse contexto de novo e velho lado a lado, continua ainda a seguinte regra: o que está para um, não deve estar para o outro.

A permanência de diferenças desvantajosas para as mulheres é percebida por algumas brasileiras ao pensarem sobre como é ser mulher na atualidade. Em pesquisa, cujo tema é “como é ser mulher” (Saffioti, 2004, p. 43), de 61,5 milhões de das mulheres entrevistadas apenas 8% demonstraram reconhecer igualdade entre elas e os homens em

relação ao acesso a direitos políticos como possível para as mulheres. 17% identificaram que as condições femininas estão relacionadas com a divisão tradicional de papéis e que os que são atribuídos às mulheres são menos valorizados. Todavia, um percentual pequeno de mulheres relacionava essa divisão tradicional de papéis com a negatividade da vida de mulher e com a situação de desigualdade entre homens e mulheres. 4% criticaram a alta responsabilização feminina no cuidados das filhas e dos filhos. 3% expuseram sofrer de falta de liberdade em razão de limitações determinadas pelos seus maridos. 11% reclamaram da jornada dupla de trabalho. 7% achavam injusto receberem menores salários que homens e 5% disseram estar descontentes com a maior valorização de tudo que é masculino em detrimento do feminino.

É importante destacar que, ao defendermos a existência de uma situação de desigualdade, ou seja, que não há igualdade efetiva entre homens e mulheres, estamos dizendo de uma situação de ordem política e social. Não negamos, todavia, a existência de diferenças entre mulheres e homens, nem pensamos que tais diferenças devam ser ignoradas no processo de construção da igualdade. Nosso grande desafio é fazer com que essas diferenças deixem de ser transformadas em desigualdades.

## **1.2. Violência conjugal**

### **1.2.1. A violência conjugal, seus significados e suas manifestações**

Refletir sobre as repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e suas/seus filhas/os adultas/os jovens exige transpor uma primeira barreira que é oferecer respostas às seguintes questões: O que é violência contra a mulher? Como conceituar

a violência conjugal? Responder tais perguntas configura-se como desafio, visto que na literatura sobre violências contra as mulheres não há consenso sobre a terminologia mais adequada para falar das violências sofridas nas relações afetivas e familiares. Também é vasto o campo de tipologias, ou seja, das diversas modalidades de violência passíveis de serem perpetradas.

A violência está impregnada no nosso cotidiano e nas instituições pelas quais transitamos, dentre elas a família. Sofrida por mulheres em relacionamentos conjugais pode ser vista como uma dentre as várias formas de controle e uso do poder de uns sobre os outros. Todavia, assume características distintas de outros tipos de violências presentes em nossa sociedade. É uma problemática social, que se materializa em relações e é experienciada de maneiras específicas por cada pessoa envolvida. Não é, dessa maneira, vista como expressão de patologias individuais, ou casos individuais isolados do contexto social. Qualquer família, branca ou negra, dentre outras raças, independente do nível socioeconômico, idade, condição escolar e profissional, país de origem, religião e cultura, pode vivenciar esse tipo de violência (Brauner & Carlos, 2004; Guerra, 1998).

A categoria mais ampla para referir-se às violências sofridas por mulheres é “violência contra a mulher”. Esse termo, cunhado pelo movimento feminista na década de 1970, relaciona-se ao uso da força física, psicológica ou intelectual para coibir desejos, anseios e liberdades, bem como causar constrangimento e forçar atos contrários à vontade da mulher (Melo & Teles, 2003). De acordo com a Assembléia Geral das Nações Unidas, esse tipo de violência pode ser definido como

Qualquer ato de violência que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres,

incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação de liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada (Azambuja et al., 2003, p. 15).

A violência de gênero é comumente considerada como sinônimo da violência contra a mulher. Mas não o é. Na violência de gênero, a vítima pode ser tanto o homem quanto a mulher. “A disputa por uma fêmea pode levar dois homens à violência, o mesmo podendo acontecer com duas mulheres na competição por um macho. Como se trata de relações regidas pela gramática sexual, podem ser compreendidas pela violência de *gênero*” (Saffioti, 2004, p.71). Abarca, portanto, tanto a violência entre mulheres e homens, quanto as cometidas por mulheres e homens entre si.

A chamada violência de gênero é aquela que ocorre em razão do gênero da pessoa agredida, sendo um conceito amplo e não restrito às relações afetivas e/ou familiares. Não é uma violência que ocorre ao acaso, nem entre pessoas com poderes iguais. Ela deriva, segundo Saffioti (2004), da organização social de gênero que confere uma posição elevada ao homem. É, portanto, uma violência decorrente de uma relação de dominação, sendo as mulheres agredidas em função de serem mulheres (Melo & Teles, 2003).

A situação desigual de poder vivida pelas mulheres, pode ser melhor compreendida a partir do entendimento de que homens e mulheres estão inseridos em estrutura de gênero e em regime patriarcal (Saffioti, 2004). Esses esquemas e estruturas são responsáveis pela hierarquia entre masculino e feminino com a superioridade dos homens nas relações. Assim, a vulnerabilidade feminina às violências não é uma situação somente do âmbito pessoal, mas uma questão da ordem social. Outra consideração importante é que, como afirma Zanotta (2002, p.16), a violência conjugal

Não se trata de mediação entre partes, mas entre parceiros em posições desiguais de poder. O processo violento se dá num contexto cultural fortemente tolerante em

relação ao controle pela força do homem sobre sua companheira. Os valores culturais que legitimam o controle das mulheres pelos homens os tornam desiguais.

A violência contra a mulher, enquanto expressão de uma violência de gênero, pode ocorrer em diversos espaços, ou seja, tanto em locais públicos quanto privados, e o agressor pode ser desconhecido ou conhecido. Todavia, em decorrência da permanência da relação hierárquica patriarcal existente entre os sexos nas famílias, as mulheres, ao contrário dos homens, sofrem mais violência nos espaços privados dos lares do que em locais públicos (Brasil, 2004; Schraiber et al., 2005) e têm como agressor, principalmente, homens que são conhecidos por elas.

Estatísticas dos atendimentos feitos pela Central de Atendimento à Mulher, no ano de 2008, revelam que 94,1% dos casos atendidos eram de violência contra a mulher cometida no ambiente doméstico (Secretaria Especial de Políticas para Mulheres [SPM], 2009). Pesquisa realizada pelo Senado Federal, em 2009, concluiu que 60% das mulheres entrevistadas conhecem alguma mulher que já sofreu algum tipo de violência no âmbito doméstico (DataSenado, 2009). Essa prevalência espelha a tradicional concepção patriarcalista de mulher ligada ao espaço privado e familiar e o homem ligado à esfera pública (Giffin, 1994).

Frequentemente, os agressores das mulheres são pessoas com quem elas mantêm algum tipo de relacionamento afetivo (Brasil, 2004; Schraiber et al., 2005). Tal fato contraria o mito de que os agressores são desconhecidos qualificados como delinquentes, perversos e tarados (Diniz & Angelim, 2003).

A violência contra as mulheres cometida por homens com quem elas têm algum vínculo recebe diversas denominações: doméstica, intrafamiliar e conjugal. Os fenômenos

expressos por esses termos possuem pontos em comum, mas não são totalmente coincidentes e, por isto, não podemos usá-los como sinônimos.

A denominação violência doméstica é usada quando as violências ocorrem no espaço dos lares e é cometida por pessoa do convívio da mulher, com base nas relações desiguais entre os sexos (Guerra & Lemes, 2006). Não se reduz a pessoas que possuem laços familiares. Abarca também pessoas que convivem de alguma maneira em um mesmo domicílio. Isso inclui as relações entre patrão e empregada doméstica, por exemplo.

É importante acrescentar que, no que se refere à violência doméstica, existem especificidades ligadas ao sistema sexo/gênero. As filhas, juntamente com as mulheres, são os principais alvos dessa violência, sendo mais alvo de violências sexuais e negligências do que meninos, o que aponta uma situação de vulnerabilidade feminina no interior das famílias (Koller & Narvaz, 2004; Pinheiro, 2006). Considerando que, nos espaços domésticos, a violência contra a mulher ocorre concomitantemente com outras formas de violência, os impactos destas manifestações não podem ser abordados desvinculados de um olhar sobre a experiência da família da mulher em situação de violência.

A denominação violência intrafamiliar não se limita ao ambiente doméstico, mas relaciona-se a relações interpessoais ligadas ao âmbito privado. Ela pode ocorrer dentro ou fora do lar, sendo o agressor membro da família da vítima e havendo relações de poder entre eles (Azambuja et al., 2003, p. 15). Assim, um pai pode agredir sua filha para resgatar seu poder enquanto homem, pai e provedor da família em um espaço público ou privado.

Outra denominação para a violência cometida contra mulheres é expressa pelo termo violência conjugal. Ele é usado para designar a violência que “ocorre nas relações entre marido e mulher ou naquelas propiciadas pela união estável, forma de constituir família reconhecida pela Constituição Federal de 1988 (art. 226, parágrafo 3º.) regulamentada pela lei

8.971/94” (Melo & Teles, 2003). Melo e Teles (2003) incluem também na categoria conjugal as relações entre ex-cônjuges, ex-namorados e namorados. Exemplos desse tipo de violência são as aquelas cometidas por homens contra suas “mulheres” na porta dos seus trabalhos, em suas casas, em festas e outros locais.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2009) revela que o cônjuge pode ser apontado como o responsável em 63,2% das denúncias de agressões feitas no ano de 2008 por mulheres em situação de violências à Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Pesquisa (Schraiber et al., 2007) realizada com mulheres entre 15 e 49 de idade, na cidade de São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP, exceto região metropolitana de Recife), também encontrou resultados semelhantes. Do total entrevistadas - 1172 de SP e 1437 da ZMP -, 46,38% das mulheres paulistanas e 57,60% das pernambucanas declararam ter sofrido alguma forma de violência nos seus relacionamentos íntimos (companheiro ou ex-companheiro independente da formalidade da relação, namorados que pratiquem relações sexuais).

Optamos por utilizar, neste trabalho, o termo violência conjugal, entendendo que esse tipo de violência é uma violência de gênero, pois tem como pano de fundo questões de gênero. Colocado em termos adequados o objeto do presente trabalho, consideramos pertinente descrever as modalidades de ações tipificadas como violências conjugais e seus agrupamentos.

Violência física, sexual, patrimonial e psicológica são tipos específicos de violência conjugal. Em comum, essas violências têm a seguinte característica: “independente de suas formas de manifestações, a violência é uma forma de exercício do poder – físico, psicológico, econômico e político” (Grossi, Casanova & Starosta, 2004, p. 199).

A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), define a violência física como aquela que afeta a saúde do corpo e envolve atitudes como bater, espancar, empurrar e chutar. Tais atos podem ser praticados com armas brancas e/ou de fogo. Segundo Saffioti (2004), é frequente que as violências resultem em lesão corporal, haja vista que, em pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 20% das entrevistadas declararam ter sofrido Lesão Corporal Dolosa.

Esse dado está em concordância com aqueles apresentados pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (2009) sobre os atendimentos feitos na Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Dos atendimentos feitos, no período de janeiro a dezembro de 2008, por esse serviço de acolhimento a mulheres em situação de violência e oferecimento de informações e encaminhamentos para os órgãos competentes, 56% tinham como tema lesão corporal de mulheres, sendo que, desse resultado 52,5% eram lesão corporal leve, 3,2% era lesão corporal grave e 0,5% era lesão corporal gravíssima.

As violências físicas podem resultar também em homicídios. Pesquisa realizada por Joelma Cezário e Melissa Navarro (2006) indica que, no Distrito Federal e entorno, durante os meses de janeiro a junho de 2005, ocorreram 4561 casos de violência contra a mulher, sendo que 60% deles foram tentativas de homicídios. Dentre elas, somente 6 foram cometidas por pessoas desconhecidas pelas mulheres em situação de violência. Esse dado revela a impunidade dos homens que praticam homicídios ou tentativas de homicídio contra mulheres de suas famílias. Frequentemente os autores utilizam o argumento da legítima defesa da honra para justificar seus atos.

Os dados sobre a alta frequência de homicídios contra mulheres alertam para o risco de morte sofrido pelas mulheres em suas relações afetivas e para a necessidade de haver intervenção de modo a evitar que as violências culminem em homicídios. Alguns fatores que



nos ajudam a identificar o risco de morte são delineados por Daniel Sonkin e Leonore Walker (1972) citados por Walker (2000). É alto o risco de homicídios, quando presente uma destas situações: crescimento da frequência das violências e de suas intensidades; existência de tentativas de homicídios anteriores por parte do homem agressor; aumento do uso de álcool e outras drogas por parte do homem agressor; demonstrações de que o agressor necessita controlar as crianças; episódios de sexo forçado entre o casal; isolamento social do casal; estabelecimento de novos relacionamentos amorosos; identificação de transtornos psiquiátricos seja na mulher ou no homem; existência de história criminal prévia.

Os riscos de homicídio e a morte de mulheres, enquanto fatos que remetem a um evento singular e extraordinário, não devem apagar as demais violências conjugais sofridas pelas mulheres (Zanotta, 2002). É importante lembrar que a violência física, quando presente em uma relação afetiva, na maioria das vezes, não é um ato isolado. Ocorre de maneira repetida e com alta intensidade. Exemplo disso é que 27,6% de mulheres no Brasil, durante o ano de 2008, relataram ter sofrido algum espancamento (SPM, 2009).

A violência física não é a única que ocorre nas relações conjugais. Existem outras violências que podem acontecer sozinhas ou acompanhá-la. A violência sexual, sob a forma de estupro, por exemplo, foi o tipo de violência contra as mulheres mais anunciado no Correio Brasiliense, durante os meses de janeiro a junho de 2005 (Cezário & Navarro, 2006).

A violência sexual envolve qualquer forma ou tipo de atividade sexual não consentida pela mulher mediante uso da força ou do poder, manipulação ou suborno. É caracterizada como sendo o impedimento do livre exercício da sexualidade; o impedimento do uso de métodos contraceptivos; a coação a participar e/ou a presenciar uma relação sexual, envolver-se em práticas sexuais indesejadas, a fazer da sexualidade uma forma de comércio, contrair matrimônio, realizar aborto (Brasil, 2006). Esse tipo de violência é tipificado pelo

Código Penal Brasileiro nos seguintes crimes: estupro (art. 213), atentado violento ao pudor (art. 214), violação sexual mediante fraude (art. 215), atentado violento ao pudor mediante fraude (art. 216), assédio sexual (art. 216 - a), estupro de vulnerável (art. 217 - a), satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente (art. 218 – a), favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável (art. 218 – b).

A violência patrimonial é descrita como a restrição, destruição, retenção ou subtração de bens e recursos financeiros, de instrumentos de trabalho, de documentos e objetos pessoais (Brasil, 2006). São exemplos desse tipo de violência a transferência de dinheiro ou de bens da mulher para o companheiro motivada por medo ou ameaça; o impedimento do acesso ao trabalho; a destruição de roupas e pertences da mulher pelo companheiro; a gestão arbitrária da renda familiar por parte dele; a negação de pensão alimentícia.

Essa violência é extremamente impactante para as mulheres, embora possa parecer que gere ressonâncias apenas na vida material. Um montante de 15% de mulheres que sofreram diversas agressões (Saffioti, 2004), relatou ser a destruição de objetos pessoais um tipo de ação que mais causou sofrimento psíquico para elas.

A violência psicológica, de acordo com o Ministério da Saúde e Secretaria de Política de Saúde (2001):

É toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço; manipulação afetiva; exploração; negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situação de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros); ameaças; privações arbitrárias da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio

dinheiro, brincar, etc.); confinamento doméstico; críticas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negar atenção e supervisão (p. 22).

As ações que caracterizam a violência psicológica são as mais difíceis de identificar pelas mulheres agredidas e pelos/as profissionais visto a falta de materialidade. Por isso, muitas vezes, não são alvo das ações daquelas/es que intervém em casos de violência e muitas mulheres não buscam ajuda diante de tais vivências.

A dificuldade de reconhecimento não significa que a violência psicológica ocorra com menos frequência que os demais tipos de violências. Há indicações de que a violência física, na maioria das vezes, é acompanhada da psicológica (Ellsberg & Heise, 2005). Evidência disso pode ser encontrada em pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2005), em dez países (Brasil, Sérvia, Bangladesh, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia), na qual a violência psicológica e a física foram consideradas as mais frequentes, tendo, respectivamente, as seguintes taxas: 20% a 75% e 23% a 49%.

Em resumo, as violências podem ser física, sexual, patrimonial e psicológica. Essa variedade de manifestações de violência não deve ser vista como fenômenos isolados, mas como um só *continuum* de violência. Assim, uma ameaça de dilapidação do patrimônio, o cárcere privado e o espancamento são atos que podem ser vistos como pertencentes a uma mesma linha de atos violentos.

### **1.2.2. A violência conjugal como violação dos direitos humanos das mulheres**

As violências sofridas por mulheres configuram-se como uma violação dos seus direitos humanos (Brauner & Carlos, 2004; Espíndola, Bucher-Maluschke & Santos, 2004;

Saffioti, 2004; Schraiber et al., 2005). Os direitos humanos devem ser compreendidos não como amor de todas e todos para com toda a humanidade, mas o respeito a qualquer ser humano, independente de sua identidade, de ser mulher ou homem (Saffioti, 2004). Nesse sentido, os direitos humanos representam o direito a ter direitos (Arendt, 1974) e todo desrespeito a isto é uma forma de violência.

O texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, marco na discussão sobre os direitos humanos, bem como conferências, pactos e protocolos internacionais a respeito do tema orientam-nos quanto aos direitos reconhecidos como de todas as pessoas. Em resumo, toda pessoa tem direito: à vida, à propriedade, à livre expressão, à opinião, à circulação, à segurança pública, à escolha de religião, à igualdade perante a lei, à igualdade entre homens e mulheres no casamento, à saúde, à educação, à qualidade de vida, à vida livre de violência, à proteção especial à maternidade e à infância, à paz, ao meio ambiente saudável, ao bem-estar, à cultura, à proteção pelo Estado, a não ser torturada/o e escravizada/o, dentre outros (Nações Unidas, 2001; Prá, 2006).

É importante destacar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos faz alusão a mulheres e homens como portadoras/es de direitos. A título de ilustração, vejamos o seguinte artigo:

Artigo II: Todas as pessoas têm capacidade para gozar os direitos e liberdades estabelecidos nessa Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (Naciones Unidas, 1948).

O respeito e a compreensão dos direitos humanos como estendidos às mulheres nem sempre existiram e não foram garantidos pela referida declaração. Como afirmam José Augusto e Lindgren Alves (1997), os direitos humanos, e em especial os direitos das

mulheres, sempre foram alvos de críticas e de oposições. Os feminismos contribuíram para que fosse dada atenção para os riscos de violação de direitos sofridos pelas mulheres e para a consideração de que os direitos humanos são direitos das mulheres (Medeiros & Puga, 2007).

A Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, realizada no ano de 1979, no México, é o principal instrumento internacional relativo aos direitos humanos das mulheres (Augusto & Alves, 1997). Nele estão presentes a preocupação com as discriminações e com a necessidade de os Estados atuarem na proteção das mulheres e no combate às discriminações e aos danos causados por elas.

A Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada no ano de 1993, representa o reconhecimento de que é preciso dar atenção especial aos direitos humanos das mulheres. Por isso, incluiu em suas discussões tópicos específicos sobre o tema. No texto da Declaração de Viena afirma que “os direitos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos Universais” (Nações Unidas, 1993, 3º). Defende-se também a necessidade do combate às violências sofridas pelas mulheres.

A Conferência Interamericana para Prevenir Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) também merece destaque dentre as ações de proteção aos direitos humanos das mulheres. Essa conferência tratou especificamente da violência sofrida por mulheres e tem a seguinte premissa norteadora: “Toda mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto no âmbito público quanto privado” (Brasil, 1994, 3º).

Outras conferências internacionais também trataram da defesa dos direitos das mulheres, contribuindo para a compreensão de que a violência é uma violação de direitos. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, alertou para os altos números de violência doméstica contra a mulher e sobre a necessidade de os governos

estimulem as mulheres a denunciarem a violação dos seus direitos humanos quando sofrerem qualquer tipo de violência (United Nation Population Fund [UNFPA], 2004). A IV Conferência Mundial das Mulheres, realizada em Pequim, no ano de 1995, menciona que toda mulher tem o “direito a ter controle sobre sua sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva e decidir livremente a respeito dessas questões, sem estar sujeita a coerção, a discriminação e a violência” (Naciones Unidas, 1995, p. 41).

O reconhecimento da relação entre violação de direitos humanos e violência é essencial para a promoção de ações de defesa dos direitos das mulheres e suas/seus filhas/os que, com frequência, presenciam, escutam tais violências e podem ser alvos de violências. A defesa dos direitos humanos é um processo em permanente construção, sendo necessário ampliar o seu alcance para toda a população feminina, em decorrência das violências conjugais sofridas por diversas mulheres.

A Lei 11.340/2006 - Lei Maria da Penha - representa, no Brasil, grande avanço no tocante à proteção do Estado aos direitos das mulheres. Essa legislação estabeleceu novos procedimentos judiciais e policiais para com o agressor, retirando a possibilidade de penas pecuniárias como o pagamento de cestas básicas. Permite que o policial faça prisão em flagrante e que o juiz decrete prisão preventiva. Também possibilita que sejam decretadas algumas medidas, caso haja o requerimento da vítima ou do Ministério Público e o juiz avalie que estas são necessárias para protegê-la. Dentre as medidas protetivas de urgência, estão: suspensão do porte de armas do agressor, afastamento do agressor do lar, fixação de distância mínima entre agressor e a vítima, proibição de visita as/aos menores e pagamento provisório ou provisional de alimentos (Brasil, 2006).

Dados mostram que essa lei pode ter contribuído para a difusão de informações sobre o que é violência e como buscar auxílio. Pesquisa feita pelo Senado Federal (DataSenado,

2009) mostra que, desde a criação da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha -, a declaração de violência tem aumentado, em comparação com pesquisas feitas em período anterior a sua existência e logo após sua promulgação. Em 2005, antes dessa lei, a taxa divulgada desse tipo de violência, no Brasil, era de 15%; em 2007, de 17%. Em 2009, 19% de 87 entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência, sendo a violência física o tipo de ocorrência mais frequente (51%) e os maridos, companheiros e namorados foram os principais agressores (81%).

Dados do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - TJDF - e da Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher - DEAM -, publicados no Correio Brasiliense (Campos, 2009), mostram que, desde a criação da Lei 11.340/2006 - Lei Maria da Penha -, em 2006, foram abertos 3.122 inquéritos de violência contra a mulher na DEAM do Distrito Federal. Dentre esses casos, 80% eram denúncias de violências cometidas pelos ex-companheiros das mulheres.

O Distrito Federal foi apontado como a região do Brasil que, no ano de 2008, mais atendeu mulheres em situação de violência na Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (SPM, 2009). Não podemos afirmar, contudo, que essa região tem maiores índices de violência ou se devido à proximidade física as mulheres utilizam mais o serviço.

Diversas pesquisas têm trabalhado no sentido de desvelar as violências conjugais. Embora variem em métodos e formas de tratamento dos dados, impedindo a comparações entre prevalência da violência, essas pesquisas são relevantes por mostrarem que inúmeras mulheres têm sofrido violação de seus direitos e procurado auxílio e orientações para lidar com estas experiências.

### **1.2.3. A repetição das violências conjugais e a falta de reação frente a elas**

A violência sofrida por mulheres em seus relacionamentos conjugais é tema de debates acadêmicos e, amplamente, divulgada pelos meios de comunicação. A veiculação frequente de histórias e de estatísticas de violência contra a mulher em suas relações afetivas, envolvendo tentativas de homicídio e suicídio, apesar de dar visibilidade a este fenômeno, não é garantia para a reflexão sobre os acontecimentos violentos, seus significados, suas consequências e, por conseguinte, para a diminuição das formas de interações violentas entre os casais.

Maria Cristina Ravazzola (2005) mostra que a apresentação constante de casos de tortura, mutilações, mortes e outras violações - típicas do mundo globalizado – extingue, ao longo do tempo, nossa capacidade de responder e reagir a tais acontecimentos. Assim, violências podem ser naturalizadas e deixar de causar indignação e repúdio, dificultando o exercício da capacidade de agir em prol da não violência conjugal.

Ravazzola (2005) defende que a repetição das violências entre casais tem íntima relação com a falta de reação e mal-estar frente às violências sofridas. A ocorrência dessas falta de reação é possibilitada pela existência de ideias, ações, emoções da vítima, do agressor ou das testemunhas - pessoas que têm alguma forma de interação e contato com o casal - que contribuem para tal. Mudança em algum desses elementos por parte de uma das pessoas envolvidas ressoa nos demais e pode possibilitar que as violências conjugais sejam interrompidas.

As mulheres em situação de violência conjugal, seu agressor e as testemunhas (amigos, parentes, filhas/os), na opinião de Ravazzola (2005), compartilham ideias baseadas na desigualdade de gênero, que justificam as violências e dificultam sua nomeação enquanto



tal. Algumas dessas ideias são: o amor da mulher é incondicional; o amor feminino deve ser dado a pessoas vulneráveis e/ou para suprir a necessidade de ter alguém; a mulher não tem poder, ou ele é menor do que o do homem; o valor do feminino é menor do que o masculino; a mulher e suas/seus filhas/os não devem discordar de pensamentos e ordens do pai; e mulheres não podem ir embora quando desejar.

As pessoas chamadas de testemunhas são, para Ravazzola (2005), aquelas nas quais podemos ter mais esperanças de que sejam propulsoras das mudanças. Elas/es podem mudar suas ideias e atos com menos dificuldades do que o agressor ou vítima. E tais mudanças podem provocar mudanças no casal envolvido em interações violentas. As/os filhas/os das mulheres que sofrem violência conjugal, a própria mulher, agressor e outros membros do contexto possuem ideias, ações, e fazem parte de estruturas que favorecem as violências. Assim sendo, o olhar para as filhas e os filhos das mulheres agredidas pelos seus companheiros cresce em importância. Precisamos, portanto, saber em que medida são afetadas/os pelas violências e quais as suas ideias, ações e pensamentos a respeito das repercussões das experiências de violência conjugal em sua família.

### **1.3. Violência conjugal e saúde mental**

#### **1.3.1. Aproximação entre as temáticas violência conjugal e saúde mental**

A violência, em todas suas manifestações (urbana, doméstica, intrafamiliar, conjugal), é considerada, atualmente, nos âmbitos internacional e nacional, como problema de saúde pública que merece olhar de gênero e atenção para grupos vulneráveis, como as mulheres e as crianças. A Organização das Nações Unidas - ONU - contribuiu para que essa

discussão fosse incluída na agenda internacional de saúde. Na 49ª Assembléia Geral das Nações Unidas, no ano de 1999, em Geneva, foi aprovada a primeira resolução na qual se declarava a violência como alvo de ações da saúde pública mundial (WHO, 2002).

O reconhecimento das relações entre violência e saúde gerou discussões importantes, a partir das quais foram elaborados documentos que serviram de diretrizes para ações de enfrentamento à violência em diversos países (Schraiber & D'Oliveira, 2006). Entre as ações internacionais com vistas a debater e ampliar a discussão mundial sobre violência e saúde pública, merece destaque o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, publicado em 2002, pela Organização Mundial de Saúde - OMS. Esse documento, pioneiro na discussão dos impactos da violência nas comunidades, mostra que grande parte dos gastos com pessoas em situação de violência é para intervir nos problemas de saúde decorrentes da violência. Tal relatório também chama a atenção para a necessidade de a violência ser foco de prevenção e tratamento da saúde pública, tendo em vista que esta área objetiva promoção, ampliação e manutenção da saúde de grupos em risco de adoecimento e perda do bem-estar.

No contexto do debate internacional sobre a intersecção entre violência e saúde, e de sugestões da ONU para que fossem desenvolvidas ações locais de enfrentamento à violência, o Governo Brasileiro, publicou em 2005, o Relatório Impactos da Violência sobre a Saúde dos Brasileiros (Ministério da Saúde, 2005). Por meio dessa publicação, cujo foco recaiu sobre os gastos e danos físicos, o Brasil reconheceu a violência como um problema de saúde pública, que afeta a saúde e o bem-estar de mulheres. Nesse documento, ficou evidente que a violência contra as mulheres é responsável por 25% dos dias de trabalho perdidos por trabalhadoras; suas/seus filhas/os adoecem mais e 63% deles repetem, no mínimo, um ano na escola. A violência é, assim, fenômeno que gera gastos para a economia do país e requer a atenção de diversos setores, como saúde, educação e economia.

Cabe destacar que a aproximação entre a temática da violência contra a mulher e o campo da saúde ocorreu paulatinamente. Maria Cecília Minayo (2006) argumenta que as primeiras discussões sobre a violência empreendidas por profissionais da saúde tinham como foco a morbi-mortalidade por violências e acidentes. A atenção estava voltada para as lesões corporais, traumas e mortes decorrentes de violências interpessoais e coletivas. O foco era, portanto, a saúde física e tinha com maior frequência o olhar para os homens, que sofrem mais violências em espaços públicos e se envolvem mais em acidentes.

Na década de 1960, profissionais da área da saúde começaram a pensar sobre a violência que ocorre no âmbito da família e entre pessoas conhecidas. Seu interesse era na violência cometida contra crianças e adolescentes por suas/seus cuidadoras/es. A violência sofrida por mulheres em seus relacionamentos conjugais e a relação dessa violência com a saúde física e mental não foram incorporadas ao campo da saúde por iniciativa das/os profissionais. As reflexões dos feminismos e as ações políticas dos movimentos feministas contribuíram para que esse fenômeno fosse incorporado nas ações e discussões na saúde (Minayo, 2006).

Ao final da década de 1970, momento em que a legislação protegia os direitos do homem sobre a mulher, separando os assuntos públicos e privados, os feminismos brasileiros começaram a posicionar-se publicamente contra a violência contra a mulher. Esses movimentos passaram a questionar a defesa da honra e o amor como explicações que legitimavam crimes cometidos pelos homens contra suas companheiras, irmãs e namoradas. A primeira atuação pública das feministas com relação à violência contra a mulher ocorreu em 1979, em função do assassinato de Ângela Diniz por seu namorado Doca Street, em 30 de dezembro de 1976.

Além dos feminismos, outro elemento contribuiu para a aproximação entre violência conjugal e saúde, a saber: o fortalecimento das discussões em torno da necessidade de superar a visão dicotômica da saúde-doença e compreender a saúde de maneira ampliada (Deeke, 2007; Minayo; 2006). A dicotomia saúde-doença envolve o entendimento de que cura significa a ausência de doenças. Em contrapartida, uma visão ampliada de saúde engloba a compreensão de que saúde e doença não são fenômenos separados, isolados e estáticos. Olga Kubo e Silvio Botomé (2001) indicam que as pessoas não são apenas saudáveis ou doentes. Existem diferentes matizes em seus estados, sendo os termos saúde e doença nada mais que graus na condição de saúde dos sujeitos. Considerá-los em conjunto permite-nos identificar a condição vivenciada num contínuo que vai da extrema saúde até a extrema doença.

As condições de saúde sofrem influências por processos de natureza diversa. “As variações que uma pessoa pode ter nas suas condições de saúde dependem da combinação de uma quantidade relativamente grande de fatores de naturezas diversas” (Kubo & Botomé, 2001, p. 98). Vários fatores de tipos sociais, ambientais e genéticos são relevantes na promoção da saúde dos sujeitos (Kubo & Botomé, 2001) e devem ser compreendidos no âmbito individual, doméstico e comunitário.

### **1.3.2. Saúde mental**

A saúde mental é uma dimensão importante da saúde geral das pessoas. No contexto do surgimento de conceitualizações não dicotômicas sobre saúde-doença, a Organização Mundial de Saúde definiu no ano de 1981 e reafirmou em 2000 a saúde mental da seguinte maneira:

Saúde mental é a capacidade do indivíduo, do grupo e do ambiente de interagirem entre si de maneira a promoverem o bem-estar, o desenvolvimento ótimo e o uso de habilidades mentais (cognitivas, afetivas e relacionais), o alcance de objetivos individuais e coletivos consistentes com a justiça e o alcance e preservação das condições fundamentais de igualdades (WHO, 2000, p.11).

É preciso superar qualquer tipo de reflexão que trate o binômio saúde mental-doença de forma compartimentada. Qualquer processo de adoecimento psíquico pode ser reversível. Nas palavras de Ana Maria Pitta (1999, p. 83), “A saúde e a doença podem ser perdidas e recuperadas”. A saúde mental tem natureza dinâmica, processual e complexa. É algo que, como a Organização Mundial de Saúde indica (OMS, 2001), vai além da ausência de distúrbios psíquicos. Envolve o bem-estar subjetivo, a autonomia, a autorrealização da competência intelectual e emocional, a autoeficácia percebida.

A noção de sofrimento psíquico construída por Pitta (1999), a partir de leituras dos trabalhos de Dejours (1987) auxilia-nos a compreender os processos de saúde-doença. Para a autora (1999), há uma “grande zona cinzenta situada entre a saúde e a doença mental, ‘espaço que se caracteriza por uma luta constante contra a doença mental’ ” (p.82). Essa difusa zona é chamada de sofrimento psíquico e, com frequência, aparece quando as pessoas não conseguem ajustar-se e adaptar-se às exigências com as quais se deparam ou não conseguem flexibilizá-las.

A compreensão da saúde e dos processos de adoecimento mental exige a consideração da complexa interação entre vários elementos que interagem na produção da saúde mental. Fatores pessoais, relacionais, sociais, culturais e econômicos têm impacto nas condições de vida e saúde. Assim, a saúde mental não é resultado apenas do mundo interno dos sujeitos, tendo estreita relação com o contexto social em que vivem (Diniz, 2004;

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], Organização Mundial de Saúde [OMS] & Organização das Nações Unidas [ONU], 2001 Santos & Diniz, 2006). “Falar em saúde mental é, portanto, falar do ser humano, do seu desenvolvimento, da sua família, do seu trabalho, do seu lazer, da sua história de vida” (Diniz, 2004; Santos & Diniz, 2006).

### **1.3.3. Interações entre saúde mental, gênero e violência conjugal**

Estudos sobre as interações entre gênero e saúde mental não são abundantes (Correa, 2002). Apesar disso, são reconhecidas diferenças no adoecimento entre homens e mulher e suas relações com as prescrições de gênero (WHO, 2000). Essas diferenças têm relação com os tipos de transtornos desenvolvidos, não havendo diferenças significativas nas taxas de prevalência geral de transtornos em mulheres e em homens. As mulheres sofrem mais depressão e ansiedade, enquanto os homens sofrem mais transtornos devido ao uso de substâncias e transtorno de personalidade antissocial (OPAS, OMS & ONU, 2001). Estudos apontam também a interação de gênero com outros elementos tais como pobreza e trabalho na produção de adoecimentos (Areias & Guimarães, 2004; Diniz, 1999; Diniz, 2004; Lima & Diniz, 2009; Oliveira, 2007).

Pesquisadores (Rabasquinho & Pereira, 2007) sugerem que há diferenças na forma como as mulheres e homens lidam com situações estressantes, em relação a que não sabem se adaptar e isto influencia nas suas condições de saúde mental. Mulheres tendem a internalizar os problemas, o que contribui para o surgimento de ansiedade, depressão e ideações suicidas. Homens são mais propensos a comportamentos externalizantes, o que os predispõe a quadros antissocial e ao uso de drogas. Essas diferenças podem ser explicadas pela educação sexista, o

que impede que ambos desenvolvam as mesmas habilidades e possam usá-las de acordo com o contexto e de forma mais adaptada.

As mulheres no âmbito doméstico e familiar, em comparação com os homens, vivenciam mais dilemas quanto ao exercício de papéis ligados a dupla jornada de trabalho. Tais vivências são apontadas por estudo (OPAS, OMS & ONU, 2001) como elementos que também podem predispor ao adoecimento pela necessidade de acumular papéis - mãe, esposa, trabalhadora, educadora, provedora.

Elas também são mais expostas a discriminações e a violência nos espaços doméstico e familiar. Pelas múltiplas violências e situações de pobreza, mulheres são mais vulneráveis do que os homens a transtornos mentais e recebem mais prescrições de psicotrópicos (OPAS, OMS & ONU, 2001). Elas também são mais propensas a buscar ajuda diante desses adoecimentos do que os homens (Rabasquinho & Pereira, 2007).

A vivência de experiências de violência, enquanto fator que repercute na saúde mental, merece atenção. Em pesquisa feita por Andrade et al. (2009), 60% das pessoas que apresentaram sintomas de adoecimento mentais, já tinham sofrido violência ou cometido atos agressivos. Na mesma pesquisa, a vivência de violência foi mais associada a psicopatologias do que outros eventos de vida negativos.

Os resultados dessa pesquisa não significam que a violência seja o único evento de vida negativo relacionado ao adoecimento de mulheres com experiências de violências ou de outros envolvidos. Todavia, apontam que, embora a agressividade e uso da violência sejam frequentes e, muitas vezes, vistos de maneira banalizada em nossa sociedade, a repetição de violências nas famílias pode prejudicar as pessoas envolvidas.

A Organização Mundial de Saúde, por meio de suas diversas publicações (Ellsberg & Heise, 2005; OMS, 2002; OPAS, OMS & ONU, 2000; WHO, 2005), alerta que a violência

conjugal está entre os fatores de risco para a saúde mental de mulheres e de crianças de ambos os sexos que presenciam tais eventos. Esse pensamento está em consonância com outros estudos que também apontam esse risco para a saúde de mulheres (Andrade et al., 2009; Rondon, 2006), para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (Maia & Williams, 2005) e para a saúde da família em geral (Ribeiro et al., 2009; Goodman & Epstein 2008; Castillo-Manzano & Arankowsky-Sandoval, 2008; Osofsky, 1995).

A ideia de a violência ser fator de risco para a saúde de outras pessoas envolvidas além das mulheres está presente também em movimentos de defesa dos direitos das mulheres. A Organização Não Governamental Instituto Patrícia Galvão, que desenvolve projetos de defesa dos direitos humanos das mulheres nos meios de comunicação, vem contribuindo para a difusão da ideia de que a violência conjugal afeta negativamente todos os membros do sistema familiar. Campanha divulgada por meio de mídia impressa e digital, como o slogan “Quem bate na mulher machuca a família inteira”, tem contribuído de modo especial para veicular a ideia de que a violência conjugal repercute sobre as/os filhas/os também.

O desenvolvimento humano e o ciclo de vida individual, incluindo desvios em seu curso “normal”, ocorrem inseridos no contexto familiar, dentro do ciclo de vida da família, ou seja, nas várias fases evolutivas pelas quais uma família passa. Os sintomas e disfunções tendem a surgir em períodos de estresse familiar, quando a dificuldade de lidar com a situação estressante leva à interrupção ou deslocamento no curso normal do ciclo de vida familiar. Quanto maior a ansiedade familiar diante de estresse gerado por situações de mudança e de transição, por padrões, segredos, mitos e legados familiares, bem como pelo contexto em que vivem, maior a probabilidade de produzir sintomas e disfunções (Carter & McGoldrick, 1995). A vivência freqüente de experiências de violência afeta os processos de desenvolvimento individual e o ciclo vital da família.



Betty Carter e Mônica McGoldrick (1995) alertam que as maneiras como as pessoas atravessam as várias etapas do ciclo de vida familiar e lidam com as crises ao longo delas dependem das formas como outras gerações vivenciaram tais períodos. Os sujeitos reagem com base em heranças afetivo-emocionais a partir dos relacionamentos estabelecidos na família nuclear e com outras gerações. Maria Aparecida Penso, Liana Costa e Maria Alexina Ribeiro (2008, p. 16) ressaltam a importância da transmissão multigeracional de Bowen, que faz referência aos processos de diferenciação do *self* para os indivíduos no contexto das interações com a família. Fica evidente que tudo o que acontece em uma família envolve todos os seus membros, gerando, em cada um, repercussões diversas. Nesse sentido, é importante considerarmos a família quando estamos tratando da violência conjugal, pois ela é uma catalisadora de dor e danos à saúde mental.

Essa pesquisa considerou importante investigar como a violência conjugal e outros possíveis eventos de vida, enquanto fatores de risco e fatores de proteção, podem afetar a saúde mental de mulheres e de suas/seus filhas/os adultas/os jovens.

## Capítulo 2

### **A violência como fator de risco para saúde mental**

A violência conjugal é apontada pela literatura como um dos fatores de risco para a saúde mental das/os pessoas envolvidas/os, podendo produzir danos à saúde mental de mulheres e suas/seus filhas/os. No presente capítulo, abordamos essa discussão a partir de três eixos: fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental, a saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal e a saúde mental de filhas/os de mulheres com experiências de violência conjugal.

#### **2.1. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental**

A compreensão de como a violência pode afetar a saúde mental exige que definamos o que é fator de risco e fator de proteção da saúde mental. Fatores de risco podem ser definidos como aqueles eventos e características pessoais ou ambientais que aumentam a probabilidade de ocorrer desvios no desenvolvimento normal, resultando em comprometimentos, sofrimento e até mesmo psicopatologias e outros adoecimentos (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Fatores de risco “(...) relacionam-se com toda a sorte de eventos negativos de vida, e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais” (Yunes & Szymanski, 2001, p. 24).

Em contrapartida, fatores de proteção são aqueles elementos que ajudam a continuar o curso do desenvolvimento saudável, mesmo quando a pessoa está diante de situações desfavoráveis (Pesce et al., 2004). Referem-se aqueles eventos e características pessoais ou ambientais que protegem as pessoas da vulnerabilidade a que são expostas pelos fatores de risco e mudam suas respostas a estas situações. São, portanto, diferentes de experiências

positivas ou qualidades socialmente aceitas. Ao contrário dessas, podem não ter efeito na ausência do risco (Rutter, 1987). Sua função é “(...) modificar a resposta do indivíduo em situações adversas mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento normal” (Yunes & Szymanski, 2001, p. 37).

Essas definições nos dão pistas da íntima relação entre os fatores de risco e de proteção. Há uma relação de interdependência entre esses fatores, na medida em que a existência de um pode minimizar os efeitos do outro. Pensar em risco para a saúde mental exige, portanto, que pensemos em proteção para a mesma. Não há, todavia, uma relação causal direta entre eles. Também não existe causalidade direta entre fator de risco e danos à saúde mental, ou entre fator de proteção e promoção da saúde mental. Risco e proteção atuam na forma de processo e não como eventos isolados e estáticos.

Isto significa que os riscos são flutuantes na história dos indivíduos, ou seja, mudam de acordo com as circunstâncias de vida e têm diferentes repercussões, dependendo de cada um. Portanto não é possível fazer inferências do tipo causa-efeito, com um raciocínio linear (...). É preciso identificar que processos ou mecanismo influenciaram o que liga risco à consequência em um determinado ponto da história do indivíduo.” (Yunes & Szymanski, 2001, p.24 e 25).

As idéias de Maria Angêla Yunes e Heloísa Szymanski (2001), da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) e de Michael Rutter (1987), levaram-nos a utilizar no presente trabalho os conceitos “fator de risco”, enquanto um indicador de situações de risco, e “fator de proteção”, como indicador de situações de proteção dos mecanismos de risco. Não enxergamos o risco ou a proteção como uma variável em si, embora, como afirma Rutter (1987), o uso da terminologia “fator” possa induzir este entendimento. Acreditamos que seja possível usar o termo “fator” e dar ênfase em sua característica processual.

A compreensão da relação entre violência, como fator de risco, e saúde mental perpassa o entendimento dos mecanismos pelos quais as experiências de violência podem provocar danos à saúde mental. Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), os seguintes mecanismos mediadores podem ser apontados na relação entre fator de risco, fator de proteção e saúde mental, produzindo adoecimentos: presença cumulativa de vários fatores de risco juntos; ausência de fatores protetivos; interação de situações de risco e de proteção que colocam cada sujeito em condição de saúde vulnerável, depois levam a sintomas e, posteriormente, ao desenvolvimento de psicopatologias. Assim, é a forma como os eventos são percebidos e o somatório de vários fatores de proteção ou de risco que impactam a saúde mental.

Outros mecanismos que mediam a relação entre fator de risco, fator de proteção e saúde mental apontados pela literatura são: alteração de característica da situação que faz com que ela deixe de ser de risco; alteração da exposição ao risco; alteração da reação frente ao risco; alteração da autoestima e autoeficácia; criação de oportunidades de mudar a trajetória de vida (Rutter, 1987). Todavia, a forma como esses fenômenos atuam ainda não está esclarecida.

É preciso considerar que há uma infinidade de eventos, características ambientais e individuais, além da violência conjugal, que podem ser fatores de risco e que interagem com uma variedade de fatores de proteção. Verusca Oliveira (2007) aponta que na vida de mulheres pobres estão presentes vários fatores de risco, tais como pobreza, violência e a sobrecarga de trabalho. Nesse contexto, as mulheres pobres estão sujeitas a inúmeras fontes de estresse. Contudo, em decorrência de processos de proteção, mesmo em face ao sofrimento e desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade, elas podem superar as adversidades.

Os fatores de risco e de proteção podem ser de naturezas sociais, econômicos e ambientais, individuais e familiares. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) afirma que os fatores de risco e de proteção do tipo sociais, ambientais e econômicos podem ser descritos em um único grupo:

- Fatores de risco: acesso ao álcool e outras drogas; delinquência; pobreza; nutrição insuficiente; desemprego; discriminação racial; desvantagem social; falta de urbanização; falta de moradia, transporte e educação; isolamento; rejeição social; deslocamentos e migrações; estresse laboral; guerra; violência.
- Fatores de proteção: empoderamento; tolerância; responsabilidade social; interações pessoais positivas; participação em grupos; integração das minorias étnicas; suporte social; serviços sociais.

Com relação aos fatores dos tipos individuais e familiares, a referida Organização afirma que eles podem estar relacionados à biologia, cognição, ao comportamento ou às emoções das pessoas. Também podem ser de natureza relacional ou ligados a outros elementos do contexto familiar. De maneira geral, tais fatores são agrupados da seguinte maneira:

- Fatores de risco: déficit de atenção; fracasso escolar e processo de escolarização desmoralizante; leitura deficiente; situações de deficiência; uso abusivo de substâncias; uso de substâncias durante a gestação e complicações gestacionais; gravidez precoce; baixo peso ao nascer; abuso de álcool e outras drogas no sistema parental; transtornos mentais no sistema parental; doença física; disfunção neuroquímica; insônia crônica; dor crônica; pertencimento a uma classe social baixa; cuidar de doentes crônicos; incompetência social; solidão; comunicação inadequada; imaturidade emocional e

descontrole; abuso infantil; conflitos familiares; exposição a agressões, violências e traumas; eventos de vida estressantes; perda de parentes.

- Fatores de proteção: habilidades para lidar com situações estressantes e com adversidades; adaptabilidade; capacidade para administrar conflitos e resolver problemas; sentimentos de domínio e controle; comportamento pró-social; autonomia; autoestima elevada; maturidade emocional; apoio social da família e amigos; estimulação cognitiva precoce; apego positivo com os cuidadores no início da vida; ter sistema parental que exerça sua função.

A teoria ecológica de Urie Bronfenbrenner (1996) constituiu outra fonte importante para nos ajudar a compreender as várias fontes de fatores de risco e de proteção, bem como a variedade da natureza desses fatores. Esse autor acredita que as pessoas desenvolvem-se a partir das relações recíprocas que estabelecem com seu ambiente ecológico, que é formado por quatro contextos: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O microsistema é o ambiente imediato da pessoa englobando suas relações mais imediatas. O mesossistema é introduzido na vida da pessoa quando ela começa a ter vários ambientes significativos, sendo definido como “um sistema de microsistemas” (Bronfenbrenner, 1996, p.21) formado pela interconexão e relações entre dois ou mais sistemas - por exemplo, escola-trabalho. O exossistema é composto pelos ambientes de que a pessoa não participa com frequência. Exemplos desse ambiente são as estruturas sociais formais e informais, tais como a família extensa, a rede de amigos dos pais, que pode afetar as/os filhas/os, as unidades de saúde, as delegacias. O macrosistema é o contexto mais amplo do desenvolvimento humano, sendo o ambiente mais distante da pessoa em desenvolvimento. Ele engloba os eventos históricos, valores culturais e crenças.

Bronfenbrenner (1996, p. 6) sugere também que é a interpretação do evento feita pela pessoa que o caracteriza como sendo de risco ou de proteção - “[...] aquilo que importa para o comportamento e o desenvolvimento é o ambiente conforme ele é percebido (...)”. Por isso, não basta saber se a pessoa vivenciou alguma situação tida como de risco ou de proteção. É preciso saber como essa situação é interpretada por ela.

Essa posição de Bronfenbrenner (1996) levou-nos a ter como um dos objetivos específicos dessa pesquisa conhecer as percepções que mulheres com experiências de violência conjugal e suas/seus filhas/os têm sobre eventos estressores que vivenciaram. Além da violência em si, estão presentes na vida dessas famílias outros fatores de risco significativos, tais como o isolamento social, rede social precária e uso abusivo de álcool e outras drogas por parte dos companheiros. Pensar a saúde mental de membros de famílias em situação de violência conjugal é questão relevante. A presença de fatores de risco e fatores de proteção constituiu fator que pode afetar a saúde de maneiras distintas (WHO, 2004).

## **2.2. Saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal**

### **2.2.1. Repercussões da violência conjugal na saúde mental**

Quais são as repercussões das violências conjugais na saúde de mulheres? Como podemos identificar e compreender essas consequências? Pesquisadoras/es, tanto nacionais quanto internacionais, mostram que a violência está relacionada a diversas repercussões na saúde mental, ou seja, podendo causar danos.

Lisa Goodman e Debora Epstein (2008) apontam que pesquisas da década de 1980 chamaram a atenção para a relação entre violência nos relacionamentos com parceiros íntimos

e uma série de repercussões na saúde mental. As/os pesquisadores perceberam que as mulheres que sofriam violência tinham as mesmas manifestações psicológicas apresentadas por ex-combatentes de guerra. Os efeitos dos horrores vividos nas guerras e as violências sofridas nas relações afetivas deixavam sintomas que foram enquadrados no diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático.

Os estudos sobre o transtorno de estresse pós-traumático ganharam legitimidade e espaço nos tribunais. Esse conceito, associado à defesa de uma possível debilitação psicológica da mulher com experiências de violência, era útil para inocentar mulheres que haviam agredido o agressor ou perdido a guarda das filhas/os por terem abandonado o lar (Soares, 1998).

Estudos recentes (Campbell, 2002; Diniz, Lopes, Rodrigues & Freitas, 2007; Ellsberg & Heise, 2005) sobre a saúde mental de mulheres com experiências de violências mencionam ser frequente nessas mulheres a presença do transtorno de estresse pós-traumático. Seus resultados revelam que mulheres que sofreram violência conjugal sofrem mais desse transtorno do que aquelas que nunca passaram por tais experiências. Estudo brasileiro (Diniz et al., 2007) realizado em um serviço de referência para tratamento de queimados, em Salvador (BA), mostrou que 50% das mulheres com queimaduras decorrentes de violência conjugal e intrafamiliar afirmam sentir sintomas que têm relação com o transtorno de estresse pós-traumático, tais como: re-vivência de situação estressante, insônia e esforço deliberado para evitar lembranças que se relacionem com o evento traumático.

Walker (2009), pioneira nos estudos sobre a mulher em situação de violência e saúde mental, ao invés de utilizar a terminologia transtorno de estresse pós-traumático, faz uso do conceito de síndrome da mulher maltratada (The battered women's syndrome - BWS). Essas duas classificações, na perspectiva da autora americana, não são excludentes, pois têm pontos



em comum. Ela argumenta que resultados de suas pesquisas mostraram que a síndrome da mulher maltratada é uma subcategoria do transtorno de estresse pós-traumático.

A síndrome da mulher maltratada, de acordo com Walker (2009), engloba sintomas observados em mulheres que sofreram violências físicas, psicológicas, sexuais, como forma de controle e cerceamento de direitos por parte de seus companheiros. Essa síndrome tem em comum com o Transtorno de Estresse Pós-traumático os seguintes sintomas: reviver as experiências traumáticas por meio de recordações intrusivas relativas às experiências de violência; hiperestimulação e ansiedade.

Outros sintomas estão presentes especificamente na Síndrome da Mulher Maltratada: ruptura na relação do casal, marcada pelo isolamento da mulher e controle e poder por parte do agressor, cujos comportamentos são imprevisíveis e manipuladores; distorção da imagem corporal; queixas físicas ou somáticas e ligadas à intimidade sexual; entorpecimento emocional e evitação comportamental da situação, por meio de minimização, repressão, negação e depressão. Esse último sintoma decorre da alteração da percepção de eficácia da pessoa para controlar o que acontece com elas. Cabe ressaltar que a percepção do perigo não é alterada. O que fica prejudicada é sua capacidade de prever quais ações serão efetivas, tendo em vista que mulheres em situação de violência conjugal ficam mais pessimistas e com a sensação de que nada pode ser feito para mudar sua situação (Walker, 2009).

Outras repercussões da violência conjugal na saúde mental são apontadas na literatura. A pesquisa das italianas Patrizia Romito, Marguerita de Marchi, Rosa Bottaretto, Michela Tavi e Janete Molzan Turan (2005) em estudo quantitativo realizado com usuárias de um serviço de clínica médica, verificaram que a violência conjugal, vivida no último ano, correlacionava-se positivamente com estados depressivos, uso de psicotrópicos e autodeclaração negativa sobre a saúde mental. Tal relação foi verificada em mulheres de

idades diferentes, com ou sem filhas/os, de diversos estados civis (casadas, separadas, divorciadas, viúvas ou noivas) e ocupações (trabalho regular, trabalho informal, donas de casa, estudantes e aposentadas).

Os estados depressivos aparecem como fator que merece atenção. Estudos feitos com mulheres espanholas e com adultas/os na Dinamarca demonstraram, respectivamente, que as mulheres agredidas por seus companheiros utilizavam mais antidepressivos e tranquilizantes (Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005) e apresentavam mais sinais depressivos (Ellsberg & Heise, 2005; Sundaram, Helweg-Larsen, Laursen & Bjerregaard, 2004).

Mulheres grávidas também podem ter sua saúde mental comprometida pela violência conjugal (Ellsberg & Heise, 2005). Pesquisadoras italianas, que estudam a condição de saúde de parturientes, revelaram que a violência conjugal pode estar associada também à depressão pós-parto (Romito et al., 2008). A análise de dados coletados por meio de entrevistas feitas com mulheres italianas, oito meses após seu parto, mostrou que, dentre o grupo de parturientes que sofreram violência conjugal ou intrafamiliar (física, sexual ou psicológica), houve maior número de diagnósticos de depressão pós-parto. Verificou-se que 27% das mulheres do referido grupo apresentavam sintomas depressivos em comparação a 2,7% das mulheres do grupo sem experiências de violência após o parto.

Jacquelyn Campbell (2002) defende que a discussão acerca da relação entre depressão e violência já era forte na década de 1990. A partir de análises de pesquisas publicadas em língua inglesa nessa década, a autora concluiu que inúmeras investigações relacionavam violência conjugal como um dos possíveis fatores de risco para depressão em mulheres e que a remissão de sintomas pode estar associada à diminuição das violências entre o casal. A autora, todavia, chama a atenção para o fato de que tais estudos não levaram em consideração as diferenças entre os sexos na ocorrência de depressão.

Esse ponto ressaltado por Campbell (2002) merece atenção e esclarecimento. Na literatura sobre saúde mental, nos trabalhos que partem de explicações culturalistas ou biologizantes, as mulheres são vistas como mais predispostas a apresentarem quadros depressivos. De acordo com Harriet Lerner (1990), terapeuta feminista, são frequentes as explicações que elegem como causa da depressão feminina a maior necessidade de mulheres de cultivarem vínculos afetivos, de ligar-se a outras/os e de serem cuidadoras. É tentador aceitarmos essa hipótese, pois nos facilitaria entender porque muitas mulheres, ao romperem o relacionamento com o agressor, entram em estados depressivos.

Afirmar que uma mulher agredida, ao romper o vínculo agressivo, se deprimiria porque necessita manter a qualquer preço um relacionamento afetivo, é incorrer em um erro gravíssimo. Lerner (1990) argumenta que a necessidade de vinculação é necessária a todo ser humano, por isto não poderia ser apontada como fator de risco apenas para a saúde mental de mulheres. Em contrapartida, a compreensão da causalidade da depressão em mulheres requer um olhar para fenômenos tanto intrapsíquicos quanto culturais. Para Lerner (1990), é a perda do *self* em seus relacionamentos íntimos e familiares que pode levar à presença de maior índice de depressão em mulheres. Segundo a autora, a ideologia patriarcal, ao colocar a mulher em um lugar subordinado e inferior ao homem, a predispõe a anular-se em virtude dos valores, desejos e metas masculinas e a construir seu senso de identidade em função dos outros.

Gláucia Diniz e Miriam Pondaag (2006) apontam ser frequente encontrar uma adesão rígida aos papéis e estereótipos de gênero em mulheres que vivenciam relações conjugais violentas. Isso deixa a mulher predisposta a anular-se em virtude das suas condições femininas. Participantes da pesquisa-intervenção relatada pelas autoras mostraram enxergar os homens também de uma forma rígida e estereotipada. Apesar de reconhecerem a dor causada

pelos atos de seus parceiros, elas tendem a não nomear seus comportamentos como violência e a adotar estratégias de enfrentamento da violência que perpassam o silêncio e o segredo. Muitas vezes se sacrificam, calando-se para evitar questionar o poder do homem e, por conseguinte, evitar as manifestações violentas mais intensas. Tal silenciamento das mulheres produz isolamento da dor da situação de violência, gerando a minimização de tais experiências e as deixando vulneráveis à depressão e outras repercussões na saúde mental, como baixa autoestima, isolamento, culpa, vergonha.

As pesquisas que apontam a depressão como uma das repercussões na saúde mental tratam também do uso de psicotrópicos como um dos indicadores deste transtorno mental. Os psicotrópicos incluem medicamentos contra a ansiedade, antidepressivos, sedativos, hipnóticos e antipsicóticos. Dados publicados no Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (OPAS, OMS & ONU, 2001) sugerem existência de maiores taxas de uso desses remédios entre a população feminina do que entre a masculina em todo o mundo.

O Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (OPAS, OMS & ONU, 2001), todavia, chama atenção para o fato de as mulheres procuram mais ajuda em serviços de saúde do que os homens. Esse fenômeno é reconhecido por pesquisas e desperta interesse na comunidade científica. Pesquisa brasileira sobre a procura de homens pelos serviços de saúde (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007) aponta que o modelo hegemônico de masculinidade, segundo o qual o homem deve encarregar-se do sustento da casa e negar tudo que é feminino, incluindo a tarefa de cuidar, é um dos elementos explicativos para o não engajamento em práticas de autocuidado por parte dos homens.

Outro fenômeno é indicado como explicação para as altas taxas de uso de psicotrópicos por mulheres em todo o mundo: médicos costumam prescrever medicamentos como a única solução para problemas psicossociais complexos (OPAS, OMS & ONU, 2001).

Nessa perspectiva, mulheres em situação de violência conjugal, por exemplo, ao buscar ajuda profissional, estariam recebendo apenas medicamentos para curar os sintomas psíquicos decorrentes de vivências que têm relação com fatores sociais e relacionais.

O suicídio também é destacado como repercussão da violência conjugal na saúde mental (OMS, 2002; WHO, 2005). Em um serviço de referência para queimados na cidade de Salvador (BA), todas as mulheres que haviam provocado queimaduras em si mesmas, numa tentativa de tirar a própria vida, disseram que esta ação foi precedida por situação de violência conjugal, a qual seria a causa da vontade de morrer (Diniz et al., 2007). Outra pesquisa - feita com mulheres do Ceará atendidas em uma Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher - também mostra essa relação, ao afirmar que as violências contra as mulheres, além de deteriorarem a qualidade de vida, colocam as mulheres em risco de suicídio (Adeodato, Carvalho, Siqueira & Matos, 2005).

Nos estudos sobre violência contra a mulher e saúde mental está presente também a preocupação com o uso de álcool e outras drogas, enquanto comportamento de risco e como repercussão dos traumas vividos (Campbell, 2002; OMS, 2002; WHO, 2005). Campbell (2002) alerta para a existência de duas hipóteses para o alto índice de mulheres em situação de violência conjugal que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: a mulher pode começar a usar tais substâncias ao longo do seu relacionamento com seu companheiro ou como estratégia de escape da sua realidade de violências.

A Organização Mundial de Saúde (2002), no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que compila dados sobre países da região Africana, região das Américas, região Européia, região do Mediterrâneo Oriental e região do Pacífico Ocidental, indica outros danos à saúde mental além dos já citados. A OMS destaca que também são repercussões na saúde mental os seguintes comprometimentos: transtorno do sono e alimentação, sentimentos de

vergonha e culpa, baixa autoestima, transtornos somatoformes, tabagismo, comportamento sexual inseguro.

Estudo chileno (Illanes, Bustos, Vizcarra & Muñoz, 2007) mostra que os danos à saúde mental em mulheres com experiências de violência sexual e psicológica estão associados a outros fatores. A depressão e a ansiedade, enquanto repercussões das violências conjugais na saúde mental, são mais presentes no grupo de mulheres que fazem uso de álcool e consideram não ter uma rede social formada por familiares. Álcool, violência e rede social precária, embora não discutidos pelos autores à luz das teorias de risco e proteção, seriam fatores de risco para a saúde mental.

Outro estudo, que nos alerta para a importância de analisarmos os fatores de risco e fatores de proteção ao tratar da violência e da saúde mental, é o das autoras mexicanas Rosa María Castillo-Manzano e Gloria Arankowsky-Sandoval (2008). Resultados de pesquisa realizada em ala psiquiátrica de hospital mostram que pertencer a um nível socioeconômico médio e receber apoio social diminuem as chances de mulheres agredidas apresentarem depressão.

Há na literatura a indicação de que os danos podem ser superados e que nem todas as mulheres com experiências de violência desenvolvem, como repercussões destes fenômenos, psicopatologias. Resultados de estudo com mulheres em situação de violência e abrigadas (Humphreys, 2003) mostraram que mulheres que apresentaram níveis elevados de resiliência, tiveram menores índices de danos à saúde mental, apesar de estarem presentes sofrimentos psíquicos. Na opinião da pesquisadora, tais resultados expõem o fato de que algumas mulheres, em decorrência de serem resilientes, conseguem adaptar-se diante de situações traumáticas e não desenvolvem intensas e duradouras repercussões na saúde mental.

Tais resultados, todavia, devem ser vistos com ressalvas. A pesquisadora adota o seguinte conceito de resiliência: “Habilidade individual de adaptar-se diante de esmagadora adversidade e restaurar o equilíbrio para si e para sua vida, evitando efeitos deletérios do estresse” (Humphreys, 2003, p. 139). A partir desse conceito, defende que mulheres que antes de sofrerem violências tinham características pessoais (fé, confiança, habilidade para fazer planos, força de vontade) indicativas de resiliência, conseguiam fazer negociações seguras rumo à resistência ao abuso. Essa teorização, a nosso ver, desconsidera as influências das relações para a construção dos sujeitos e revitimiza as mulheres que não conseguem recuperar-se dos danos em sua saúde mental.

Cabe destacar que vários trabalhos que se propõem a pesquisar os efeitos da violência na saúde mental restringem suas análises às violências físicas e sexuais, não levando em consideração a presença de violência psicológica. Pode ser que isso ocorra pela dificuldade de identificar esse tipo de violência, de medir suas repercussões, pois, frequentemente, a violência psicológica não ocorre sozinha. Outra hipótese explicativa é que, diante da gravidade dos comprometimentos causados pelas violências físicas e sexuais, as repercussões das violências psicológicas sejam subestimadas por pesquisadoras/es. Segundo Iracema Silva e Estela Aquino (2008), com frequência, estudos tratam das lesões causadas pelas violências físicas ou sexuais, mas deixam de lado a violência psicológica que não causam marcas visíveis no corpo das mulheres.

Estudos que tratam das repercussões da violência psicológica apontam a importância de que esta violência seja considerada nas análises sobre as interações entre violência e saúde mental. Seus resultados mostram que, mesmo quando é a única forma de violência sofrida, ela pode ser associada a diversas repercussões na saúde mental. Estudos de natureza transversal e longitudinal, respectivamente, destacam que mulheres que sofreram violência psicológica,

sem a presença de violência física concomitante, também apresentaram danos à saúde mental, apresentando depressão, depressão pós-parto e fazendo uso de psicofármacos (Romito et al., 2008; Sundaram et al., 2004). Outro estudo transversal (Porcerelli, West, Binienda & Cogan, 2006), envolvendo a comparação da saúde física e mental de mulheres de um grupo de pesquisa e de um grupo controle, corrobora os resultados dos estudos já mencionados. O estudo constatou haver grandes diferenças quanto às repercussões na saúde mental de mulheres que sofreram violência psicológica e aquelas que não foram sofreram este tipo de violência.

Devemos ressaltar que a relação entre a ocorrência de um só tipo de violência (física, sexual, psicológica, patrimonial) e saúde mental ainda não está conclusivamente esclarecida. John Porcerelli, Patricia West, Juliann Binienda e Rosemary Cogan (2006) afirmam que existe uma ausência de estudos que tratem dos efeitos do abuso psicológico sofrido por mulheres em seus relacionamentos com parceiros ou ex-parceiros. Tais pesquisadoras/es consideram que há uma lacuna no conhecimento sobre a saúde de mulheres que sofrem abuso psicológico e não foram agredidas fisicamente, o que é plausivelmente entendido, uma vez que frequentemente mulheres sofrem mais de um tipo de violência.

O aprofundamento das nuances da interação entre cada tipo de violência, seja física, sexual ou psicológica, e a saúde mental de mulheres requer atenção de pesquisadoras/es, sendo elementar a difusão do conhecimento sobre esta temática entre acadêmicas/os, profissionais e comunidade para que haja uma melhoria no atendimento profissional às mulheres em situação de violência.



### **2.2.2. Violência conjugal, saúde mental e estratégias de pesquisa**

Ao olharmos para os resultados de pesquisas sobre as repercussões da violência na saúde de mulheres agredidas, devemos levar em consideração o uso pelas/os pesquisadoras/es de metodologias variadas, a existência de especificidades culturais das mulheres entrevistadas e das/os entrevistadoras/es, a diversidade de perspectivas teóricas e de gênero, relacionamento e violência utilizadas. A diversidade de metodologias e de resultados apresentados revela a complexidade da violência contra a mulher e indica a necessidade de que sejam desenvolvidos mais estudos com vistas a ampliar nossa compreensão sobre o tema.

Além de buscarem respostas para questões relacionadas às repercussões da violência conjugal, as/os pesquisadoras/es têm outra preocupação: Quanto tempo podem durar os danos à saúde mental de mulheres? Algumas pesquisas (Brasil, 2006; Diniz et al., 2007; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005; Organização Mundial de Saúde, 2002; Silva, 2003), que, em suas metodologias, optaram por entrar em contato com as agressões sofridas ao longo da vida, mostram que as experiências de violência pode repercutir na saúde física e mental da vítima por tempo indeterminado. Mas essa defesa não é unânime, havendo pesquisadoras/es que limitam seu foco de estudo a vivências ocorridas até um ano antes da data da entrevista (Romito et al., 2005; Sundaram et al., 2004) ou ainda oito meses antes da entrevistas (Romito et al., 2008).

Consideramos que a extensão do dano à saúde é uma questão que merece maiores investigações. Será que diversas violências sofridas produzem repercussões que se acumulam ao longo do tempo? É possível que os efeitos não sejam percebidos logo após cada um dos episódios de violência? Será que as consequências só são identificadas quando as violências

são interrompidas, quando os danos à saúde mental cronificam-se ou quando as mulheres buscam algum tipo auxílio profissional?

Os métodos dos trabalhos consultados são essencialmente quantitativos. A percepção das mulheres, quando investigadas, limitou-se à autoavaliação da sua saúde mental em palavras que representam uma condição ótima, média ou péssima. Não encontramos, portanto, relatos de uma escuta detalhada de como a interação violência-saúde é percebida por elas mesmas.

Essa ausência de escuta das mulheres com experiências de violência conjugal nos estudos sobre repercussões da violência na saúde mental feminina representa uma lacuna na literatura. Walker (2009) afirma que qualquer pesquisa sobre essa temática deve abranger a visão das mulheres. As mulheres agredidas possuem uma narrativa mais precisa sobre as violências vividas, mesmo negando, diminuindo ou não lembrando alguns fatos.

Assim sendo, para que possamos avançar no exame das repercussões da violência conjugal na saúde mental de mulheres, precisamos devolver a voz às mulheres, as quais são as *experts* em falar sobre suas próprias experiências. A construção de teorias precisa partir da fala das próprias mulheres, e não o contrário. Nesse sentido, justifica-se a presente pesquisa, que tem como um dos seus objetivos identificar as percepções das mulheres com experiências de violência conjugal e de suas/seus filhas/os sobre as repercussões para sua saúde mental.

## **2.3. Saúde mental de filhas/os de mulheres com experiências de violência conjugal**

### **2.3.1. Repercussões das violências conjugais na saúde mental**

Pesquisas (Booth, Crouter & Clements, 2001; Grych & Fincham, 2001; Souza, 2000) sobre conflitos conjugais apontam que as situações conflituosas entre genitores podem influenciar o desenvolvimento e o ajustamento das/os filhas/os durante a infância e ao longo do seu ciclo vital. Todavia, o conflito conjugal por si só não é fator de risco para a saúde mental. Isso porque os conflitos podem auxiliar positivamente no crescimento da criança, quando são resolvidos de maneira a buscar possibilidades de superação e com uso da comunicação e da reflexão sobre o acontecido (Benetti, 2006).

Algumas maneiras de abordar os conflitos podem ser prejudiciais às crianças (Benetti, 2006). O uso da violência física ou verbal na resolução de conflitos conjugais pode predispor a diversas manifestações violentas nas pessoas envolvidas. Segundo Benetti (2006, p. 263), “a resolução de conflitos familiares de forma agressiva é vivida pela criança como experiência cotidiana de violência, indicando que a solução de problemas pode ser alcançada através do uso de estratégias agressivas.” Também pode levar a outras diversas repercussões. Tal constatação motivou nosso interesse em investigar as repercussões da violência na saúde mental de filhas/os adultas/os jovens de mulheres com experiências de violência conjugal.

Ravazzola (2005), ao falar sobre os efeitos dos abusos ocorridos nas relações familiares para as/os filhas/os, enquadra na categoria “haver sido objeto de maus tratos na vida infantil” (p. 258) tanto o testemunho de violências quanto ter sido o alvo das violências. Tal categoria é relacionada a vários efeitos negativos para as meninas e os meninos, os quais podem ter efeitos na vida adulta também. Outras pesquisas (Brancahona, Foco & Williams,

2004; ONU, 2006; Sani, 2006) que tratam das influências da presença de violência conjugal para a saúde de crianças e adolescentes também chamam atenção para o fato de que, nas famílias em que há violências entre os pais, as/os filhas/os ficam expostas/os a estes eventos, vendo e/ou ouvindo os fatos ocorridos ou por meio de relatos dos eventos por parte dos pais. Por isso, podem ser consideradas/os vítimas indiretas das violências conjugais.

Essa afirmativa, a qual consideramos ser de grande relevância, é aceita por nós. A nosso ver, o homem que utiliza a violência contra sua companheira, mesmo que não agrida fisicamente, pratique abuso sexual ou seja negligente com suas/seus filhas/os, também está produzindo violência contra elas/eles. A Organização Mundial de Saúde ressalta que muitas crianças e adolescentes que presenciam as violências sofridas pela mãe apresentam muitas das repercussões na saúde mental presentes naquelas/es que sofrem abuso infantil por parte de suas/seus cuidadoras/es (OMS, 2002).

Estudo (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, Jaffe, 2003) de revisão de 41 artigos sobre as repercussões das violências conjugais para saúde de crianças revelou que este fenômeno está relacionado com o comprometimento do desenvolvimento social, emocional, cognitivo e de saúde geral. Outro estudo de revisão alerta para os diversos comprometimentos físicos e para o risco de danos na saúde mental (Bair-Merritt, Blackstone, Feudtner, 2006).

Estudos da década de 1990 são concordantes com a seguinte afirmativa: crianças pequenas também podem ser afetadas pela exposição à violência. Muitas apresentam regressões na linguagem e comportamento, sofrimento psíquico, doenças psicossomáticas, sintomas parecidos com os do transtorno de estresse pós-traumático e diminuição da responsividade ao ambiente (Osofsky, 1995). Estudo recente corrobora a ideia de que, mesmo pequenas, as crianças podem sofrer ressonâncias das violências. Cássia Carlotto e Vanusa Calão (2006), em seu estudo com mães e filhas/os abrigadas/os em casa-abrigo na cidade de

Londrina, verificaram que as crianças apresentavam hiperatividade e nervosismo, bem como dificuldades escolares.

Estudo (Corrêa & Williams, 2000) citado por Daniela Maldonado e Lúcia Williams (2005) indica que crianças expostas às experiências de violência conjugal podem apresentar depressão, isolamento e baixa auto-estima. Outra possível repercussão é o comportamento agressivo (Correa & Williams, 2000; Maldonado & Williams; Osofsky, 1995).

A literatura aponta também que a formação da identidade e autocuidado em crianças pode ser afetada pelas experiências de violência conjugal. Em contextos de violência familiar, a diferenciação entre si e o outro é comprometida. Fica difícil atingir essa tarefa evolutiva, bem como aprender a cuidar de si e defender-se. A fusão entre a pessoa e os outros pode levar à priorização do bem estar do outros e à defesa do agressor por seus próprios atos. Os *selfs* fundidos dão a falsa impressão de que a proteção do outro é proteger a si mesmo (Ravazzola, 2005). Além disso, podem surgir sentimentos ambivalentes de amor e ódio para com os pais e dificuldades em compreender qual figura parental é merecedora de afeto (Costa & Santos, 2004).

As repercussões das violências conjugais em filhas/os que estão na adolescência também foram objeto de estudos anteriores. É possível que surjam medo, depressão e ansiedade (Diniz & Angelim, 2004). Elas/eles podem também envolverem-se em gangues e ir para a delinquência (Osofsky, 1995). Além de comportamentos disruptivos, elas/eles têm mais chances de fazer uso abusivo de álcool do que outras/os que não foram expostos à violência conjugal na infância ou adolescência (Benetti, 2006).

Estudo de Cristiane Paula et al. (2008) com população escolar verificou que adolescentes oriundos de famílias nas quais há violência conjugal no sistema parental, têm maior chance de desenvolver algum transtorno mental do que aqueles que não foram expostos

à essa violência. Assinalou também que a violência conjugal tem mais impacto do que a urbana em adolescentes de 11 a 14 anos que participaram de uma pesquisa no interior de São Paulo.

Há também indícios de que a violência conjugal presenciada durante a infância e/ou adolescência pode influenciar comportamentos de mulheres adultas. Narvaz (2005) constatou que, entre os fatores que contribuem para a não formalização de denúncia de abuso sexual sofrido por meninas dentro de casa, estão as situações de violência vivenciadas por mães em sua família de origem quando crianças, bem como a falta de uma referência de família protetora. A referida autora confirma a seguinte afirmação de Osofsky (1995): muitas mulheres que sofrem violência de seus companheiros foram testemunhas dos maus-tratos sofridos por suas mães em seus casamentos, revelando a existência de um padrão transgeracional de violência.

Um estudo longitudinal (Fergusson & Horwood, 1998) desenvolvido na Nova Zelândia ao longo de 18 anos buscou compreender quais as repercussões em adultas/os jovens das violências conjugais vistas durante a infância. A partir de relatos retrospectivos, os autores identificaram que aquelas/es que foram expostas/os a conflitos violentos entre pais durante a infância apresentaram elevados índices de repercussões na saúde mental: tentativa de suicídio, ansiedade, depressão, desordens de conduta, abuso de substâncias e envolvimento em crimes aos 18 anos. Esse estudo identificou também que os danos à saúde mental podem variar de acordo com a figura que inicia as violências. Se for o pai, há mais chances de haver o desenvolvimento de ansiedade e desordem de conduta. Se for a mãe, há maior propensão ao uso abusivo de álcool e outras substâncias.

Outro estudo sobre repercussões da violência numa perspectiva retrospectiva mostra-nos que é possível que filhas jovens adultas de mulheres agredidas tenham saúde mental boa.

Humphreys (2001a), a partir da investigação das histórias de vida de mulheres de 20 a 40 anos que cresceram em uma família marcada pela violência conjugal, verificou que é possível crescer em lar violento e ter uma vida adulta saudável, mas não sem passar por sofrimento psíquico. As entrevistadas consideravam que, no momento da entrevista, estariam com boa condição de saúde, embora duas delas tenham reconhecido ter tido depressão durante a fase adulta inicial. Para elas, viver em um lar violento significou conviver com medo e tensão, mas, com a ajuda de fatores ambientais e pessoais, puderam ter um desenvolvimento saudável. Dentre esses fatores, foram citados: inteligência, estilo cognitivo, atributos físicos pessoais, suporte da mãe e da avó. Esses fatores, na opinião da autora, auxiliaram as entrevistadas a desenvolverem resiliência e por isto elas superaram os danos à saúde mental e outros comprometimentos ao desenvolvimento sadio.

Humphreys (2001b) alerta-nos que eventos que sucedem as violências, como o divórcio dos pais e as mudanças de residência da família, podem ser de risco ou de proteção da saúde mental. Sua pesquisa mostrou que eventos de vida que exigem adaptação das pessoas, como divórcio e mudança de cidade, podem, ao mesmo tempo, diminuir as violências e aumentar o isolamento social da família, como também auxiliar na superação das adversidades. Isso demonstra que em si não são fatores de risco ou de proteção.

A pesquisa de Humphreys (2001b) revelou também padrões de comportamento que possibilitaram que as entrevistadas tivessem uma vida adulta saudável e desenvolvessem estratégias para lidar com as situações adversas, apesar dos sofrimentos que passaram por causa de suas experiências de vida enquanto crianças, adolescentes e jovens. Na opinião da autora, tais comportamentos foram: fazer planos; entender que a violência não é adequada; dirigir a raiva para os pais; entender que não têm culpa pelas violências; buscar atividades

fora de casa que preenchem o dia; pensar de maneira otimista; cuidar de si mesmas; buscar descobrir e entender o passado.

Estudo (Osofsky, 1995) mostra que o tipo de relação entre a criança/ adolescente e o agressor de sua mãe interfere nas repercussões. Quando há afetividade entre eles, os danos à saúde mental podem ser maiores. Ravazzola (2005), sem fazer distinção de idade, destaca que, dependendo da forma como o agressor é visualizado, são possíveis várias repercussões nas/os filhas/os. Quando quem agride é, ao mesmo tempo, uma figura carinhosa e que suscita amor, as/os filhas/os ficam confusas/os por amar quem provoca danos. Diante disso, muitas/os vezes negam os danos sofridos, já que é difícil conviver com a ideia de que quem ama também machuca. Outras explicações para as cenas violentas são buscadas e as percepções são negadas e alteradas. Pode haver também o não registro dos abusos ou a desculpa constante das agressões (Ravazzola, 2005).

Outras condições podem ser observadas quando a relação afetiva com o agressor não é marcada pelo amor. Quando ele é visto, em razão de suas reiteradas violências, como alguém que deve ser odiado sem conflitos internos, as/os filhas/os sentem medos de grande intensidade. Experimentam também sentimentos de desproteção e desconfiança diante de figuras adultas e problemas em respeitar a autoridade. Casos em que o agressor não é genitor e é considerado apenas companheiro da mãe, as/os filhas/os podem acreditar que a permanência dele como parte do sistema familiar deve-se às atitudes da mãe. É ela quem é amada pela/o filha/o, mas que age de maneira não compreendida por elas/es (Ravazzola, 2005).

O argumento da afetividade ser mediadora dos impactos das violências abrem margem para os seguintes questionamentos: Será que elementos que caracterizam a relação afetiva de filhas/os adultas/os jovens com suas mães e o agressor mediam também os efeitos



das violências conjugais na saúde mental dessas/os filhas/os? É fator de risco ou de proteção para a saúde mental de jovens adultas/os a qualidade da relação com a mãe em situação de violência conjugal e com o agressor? Em revisão sobre essas questões, não encontramos respostas. Há, todavia, a indicação de que muitos eventos ocorrem na vida das/os filhas/os de mulheres em situação de violência conjugal e que estes devem ser objeto de investigação.

De acordo com Sani (2006), a pessoa que é exposta à violência na família geralmente vive sob outras fontes de estresse. O testemunho da violência entre os pais frequentemente ocorre concomitantemente a outros fatores de risco, como depressão paterna e/ou materna, divórcio e dificuldades econômicas (Esfandyari, Baharudin & Nowzari, 2009) e a violência direta contra filhas/os (Esfandyari, Baharudin & Nowzari, 2009; Illanes et. al 2007; Reichenheim, Dias & Moraes, 2006; Walker, 2009). Outros elementos que acompanham as violências assistidas ou escutadas são o clima de medo, ansiedade, a raiva, a tensão e o controle sobre todos os membros da família (Sani, 2001). Na percepção da autora, todos esses fatores que ocorrem no contexto da violência, especificamente em decorrência dela, envolvem-se nos processos de danos à saúde mental das pessoas envolvidas.

### **2.3.3. Violência conjugal, saúde mental e estratégias de pesquisa**

É recente o interesse pelo estudo sobre as repercussões das violências conjugais nas/os filhas/os. Os primeiros estudos concentravam-se nos efeitos para a saúde física decorrentes das violências físicas. Por isso, os estudos apresentados representam grande avanço na nossa compreensão global do funcionamento das pessoas membros das famílias e apontam a necessidade de que haja espaços terapêuticos para aquelas/es que testemunham cenas de violência no seu sistema familiar.

Independente do tipo de violência assistida, os estudos apresentados sugerem que a violência pode causar danos à saúde da criança, do adolescente e da/o adulta/o jovem de maneira imediata ou a médio e longo prazos. É importante destacar que a maioria dos estudos sobre violência conjugal e seus efeitos em filhas/os de mulheres com tais experiências é de corte transversal, havendo poucos estudos longitudinais.

São poucos os estudos que tratam da exposição à violência conjugal com população adulta, havendo concentração do interesse em investigações feitas com crianças e adolescentes que foram expostas/os às violências conjugais. Não encontramos na literatura descrição extensa e aprofundada dos possíveis danos para a saúde mental das violências conjugais em filhas/os adultas/os jovens. Todavia, os estudos sobre crianças e adolescentes são úteis para entendermos nosso objeto de estudo. Muitas/os das/os filhas/os são expostas/os às violências ao longo de seu ciclo vital e crescem em ambientes marcados pela violência conjugal. Nessa perspectiva, a presente pesquisa objetiva compreender as repercussões das violências na saúde mental de filhas/os adultas/os jovens de mulheres que sofreram violência conjugal e na das próprias mulheres.

### Capítulo 3

#### **Método: considerações acerca do objeto de investigação e das formas de aproximação**

Apresentamos aqui os caminhos metodológicos utilizados para conhecermos as repercussões da violência conjugal na saúde mental de mulheres e suas/seus filhas/os. Nossas escolhas foram orientadas pelas especificidades do tema estudado e pelos referenciais teóricos que sustentam nossa leitura sobre a temática, especialmente as produções sobre violência conjugal, saúde mental e relações de gênero.

Para a exposição do método, serão apresentadas: considerações sobre pesquisas na área de violência contra a mulher, suas especificidades e ética; descrição do método, do contexto da pesquisa, das participantes, dos instrumentos utilizados, dos procedimentos de pesquisa e da análise dos dados.

#### **3.1. Violência contra a mulher, pesquisa e ética**

Falar de pesquisa sobre violência contra a mulher é pensar em velhos e atuais problemas, antigas e atuais questões, em busca de novos olhares e reflexões. É recente, contudo, o interesse de pesquisadoras/es por esse tema. Há 30 anos, como afirmam Mary Ellsberg e Lori Heise (2005), não era temática tida como merecedora de atenção internacional, nem ligada à saúde da mulher e a direitos humanos. Na atualidade, essa conjuntura modificou-se, sendo a violência de gênero foco de atenção e estudo em vários países, tanto na academia quanto por parte organizações internacionais.

Essa atenção dada à violência contra a mulher no âmbito internacional tem gerado muitas reflexões sobre o tema, que contemplam definições, causas e necessidades de

intervenção. Tal fato não significa que o tema tenha se esgotado. Ao contrário, percebemos que pesquisadoras/es apontam ser preciso aprofundar os estudos sobre o tema para ampliar a compreensão sobre as várias facetas desse fenômeno complexo.

Há indicações, ainda, da necessidade de pesquisas com metodologia mais acuradamente desenhada, a fim de superar a repetição de ideias e concepções baseadas no “senso comum”, que se reduzem a opiniões pessoais. Conforme expõem Ellsberg e Heise (2005), o rigor na escolha e utilização de métodos de pesquisa é necessário para dar subsídios para o aprimoramento de ações de intervenção nas áreas de saúde, da justiça, de prevenção e de segurança pública.

Em pesquisas com mulheres em situação de violência conjugal, é preciso ter outros cuidados além daqueles considerados em pesquisa com temas sensíveis. Nessa perspectiva, esse estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (Anexo A), seguiu as normas estabelecidas pelo Código de Ética Profissional dos Psicólogos, publicado em 21 de julho de 2005, por meio da Resolução CFP nº 010/05. Também levou em consideração as recomendações da Resolução 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa com seres humanos e as orientações da Organização Mundial de Saúde (Ellsberg & Heise, 2005) para o desenvolvimento de pesquisas na área de violência contra a mulher.

A Organização Mundial de Saúde (Ellsberg & Heise, 2005) defende que os estudos na área de violência contra a mulher requerem o seguimento de um protocolo rigoroso quanto à escolha de questões e objetivos de pesquisa, bem como de procedimentos metodológicos para coleta de informações e análise dos dados.

Levamos em consideração que a violência doméstica tem potenciais traumáticos e que a vida das/os pesquisadoras/es e entrevistadas/os pode estar em risco. Tal vulnerabilidade

pode decorrer tanto das entrevistas quanto da publicização dos eventos violentos. O compartilhar das histórias pelas mulheres e suas/eus filhas/os com pesquisadoras/es pode fazer emergir nelas/es desejos submersos de autoextermínio.

A fala sobre as violências também pode fazer com que o agressor sinta-se ameaçado e enfurecido, levando-o tentar por fim às vidas de seus familiares e entrevistadores (Ellsberg & Heise, 2005). Alguns homens não permitem que suas companheiras ou ex-companheiras quebrem o silêncio sobre as vivências familiares violentas. Falar sobre isso com profissionais é um passo que, na maioria das vezes, é feito sem a ciência e/ou anuência do agressor. Esses, também com frequência, tentam ter o controle da situação por meio da obtenção de informações sobre a característica dos atendimentos. Caso sintam-se ameaçados pela ajuda ofertada, muitos deles tentam impedir que esses prossigam ou tentam minar a adesão à pesquisa e/ou aos atendimentos oferecidos.

Não há na literatura sobre violência conjugal, acordo e sistematização sobre o quanto e com qual frequência os participantes de pesquisa têm impactos negativos em decorrência da colaboração em estudos. Há, inclusive, sugestões de que as investigações sobre violência conjugal possam trazer benefícios para as participantes. “Mesmo o ato de contar sua história pode oferecer à mulher uma pequena oportunidade de transformar sua experiência pessoal”<sup>6</sup> (Ellsberg & Heise, 2005, p. 43). Também pode ser espaço para refletir sobre os estereótipos de gênero, sobre fatores relacionados à violência, sobre outras formas de violência, bem como para receber informações sobre como e aonde buscar ajuda profissional para si. As narrativas estabelecidas no contato entre pesquisadoras/es e entrevistadas/os podem contribuir para a construção de novas significações. Todavia, cabe ressaltar que as entrevistas não se configuram como processo terapêutico.

---

<sup>6</sup> Livre tradução.

Levando o contexto da violência em consideração, nossa intenção e postura foram marcadas pelo desejo de garantir a segurança e a integridade das/os participantes da pesquisa e das pesquisadoras. Além de minimizar possíveis efeitos negativos da participação em pesquisas, tivemos o compromisso ético de criar condições para promover benefícios para as/os participantes. Dentre os cuidados efetuados, podemos citar:

- As entrevistas não foram realizadas na presença do agressor.
- As mulheres e suas/seu filhas/o foram entrevistadas/o em momentos distintos.
- O ambiente buscou assegurar total privacidade da/o participante.
- Roteiros de entrevista falsos foram construídos para o caso de alguém, em especial o agressor, interromper a entrevista.
- A entrevista foi concluída com breve exposição dos pontos fortes, recursos e potencialidades de cada uma/o, a fim de contribuir para resgatar suas capacidades.
- Nenhum tipo de conselho sobre as escolhas futuras das/os participantes foi oferecido.
- Foi oferecido às mulheres e às/ao suas/seu filhas/o material informativo sobre a rede de atenção a casos de violência contra a mulher no Distrito Federal e sobre a rede de atenção à saúde mental no Distrito Federal.

Outras observações sobre o cuidado ético referem-se ao modo de explicitação do tema de pesquisa. Não há um consenso na literatura sobre a necessidade de explicitar para as/os participantes que a pesquisa será relacionada à violência conjugal, ou se basta advertir que será pedido que falem sobre tópicos difíceis (Ellsberg & Heise, 2005). Seguimos as orientações da Organização Mundial de Saúde sobre essa escolha. Conforme conduta ética dessa organização no WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women (WHO, 2004) e avaliação positiva dessa ação para a cultura brasileira, não

informamos que a pesquisa teria como tema a violência conjugal durante o convite para participação na pesquisa e nem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A e Anexo B). Expusemos nesse Termo de Consentimento que se tratava de um estudo sobre possíveis repercussões de experiências de vida na saúde mental de mulheres e suas/eus filhas/os jovens e que elas/es seriam convidadas/os a falar sobre tópicos difíceis de sua vida.

Uma explicação sobre a presença de questões sobre violência foi feita logo após o preenchimento do Questionário Geral de Saúde e antes do início da primeira entrevista. Foi dito às/ao participantes que elas/ele ou as suas mães foram encaminhadas ao Projeto “Maria da Penha” pelo Ministério Público do Distrito Federal ou Territórios ou pelo 2ª Juizado Especial Criminal de uma cidade satélite do Distrito Federal, e que, portanto, esta questão de alguma forma poderia estar presente em suas experiências de vida. Acrescentamos que, assim sendo, trataríamos desse aspecto. Nessa ocasião, foi claramente oferecida a oportunidade de retirar o consentimento e interromper a participação.

Não escrever no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que a pesquisa versa sobre a temática da violência é uma forma de proteger participantes e entrevistadora dos possíveis riscos já citados. Também é uma maneira de preservar a autonomia das/os participantes no que se refere a sua postura frente às próprias vivências. Em pesquisa anterior, Diniz e Pondaag (2004, 2006) constataram que as mulheres não nomeavam as próprias experiências de violência como tal. Foram usados termos como agressividade, nervosismo, jeito severo, falta de paciência, ao invés de violência, para fazer referência às vivências pessoais. O termo violência é usado para fazer referência aos atos temidos e de grande intensidade, mas que não foram efetivados. Tais silêncios e segredos foram entendidos como produtores de sinais, de sintomas e de sofrimentos. Também foram relacionados a mecanismos de enfrentamento. “Eles servem para separar a dor da experiência que a

referencia, produzindo uma situação de diluição e minimização do ato que origina tal dor” (Diniz & Pondaag, 2004, p. 182).

Outra recomendação seguida durante a aproximação do objeto de estudo refere-se às propostas de Ravazzola (2008) sobre a atuação profissional em contextos de violência. Essa autora sugere que os/as profissionais em contato com famílias que vivenciam violência em suas relações, devem ser treinados para o autoexaminar-se e o conhecer-se. Foi estendendo esse pensamento à atividade de pesquisa que a reflexão sobre histórias de vida foi valorizada como elemento primordial para a produção de conhecimento científico. Nesse sentido, refletimos sobre como a violência de gênero também está presente em nossas vidas, nas relações que estabelecemos com nossas/os familiares, parceiras/os, amigas/os, colegas de trabalho.

Em resposta à indagação “qual é minha conexão pessoal com a temática da violência familiar?”<sup>7</sup>, percebemos que é um exercício constante refletirmos sobre o sistema de gênero no qual somos lançadas/os antes mesmo do nosso nascimento e suas normas produtoras de corpos generificados. Além disso, em alguns momentos, é doloroso combater pensamentos e atitudes baseados na desigualdade de gênero em nossas relações com pessoas significativas em nossas vidas. Todavia, foi e é preciso superar tais obstáculos. Caso contrário, estaríamos contribuindo para que mulheres e homens de diversas gerações vivenciem violência em seus relacionamentos familiares, seja por meio de conjugalidades violentas, seja através de violência de pais contra filhas/os ou vice-versa.

Esse caminho de revisão de nossas crenças relacionadas às relações de gênero, embora árduo, é essencial para pesquisadoras/es e profissionais de diversas áreas do conhecimento que atendem famílias em contextos de violência. Precisamos ter

---

<sup>7</sup> Livre Tradução.



disponibilidade para refletir sobre como nos posicionamos em nossas vidas e o que pensamos a respeito de temas que irão aparecer nos depoimentos ou que estão subjacentes às experiências de vida das pessoas.

Além das considerações acima descritas sobre a temática violência, o desenvolvimento da presente pesquisa foi orientado por teorizações, assumidas por feministas, sobre ciência e ética. No âmbito dos movimentos feministas, há o reconhecimento de que não é possível um fazer científico neutro e livre de um engajamento político-ideológico. Nas palavras de Saffioti (2004, p. 43), “o conhecimento científico reflete o momento histórico, social, político de sua produção”, o que inclui a subjetividade das/os pesquisadoras/es e os ambientes nos quais estão inseridas/os, tais como família, universidade e comunidade.

### **3.2. Delineamento da pesquisa**

Com base nas considerações acima apresentadas, traçamos nossa pesquisa conforme abaixo descrito.

#### **3.2.1. Descrição do método**

Esta pesquisa se insere no campo da psicologia clínica e teve os seguintes objetivos:

- Objetivo geral: compreender possíveis repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e suas/eus filhas/os.
- Objetivos específicos: (1) conhecer a história de vida e de violência conjugal nas perspectivas de mulheres e de suas/seus filhas/os; (2) identificar fatores de risco para

adoecimento mental ao longo da história de vida das mulheres e de suas/eus filhas/os; (3) identificar fatores de proteção da saúde mental ao longo da história de vida mulheres e na de suas/seus filhas/os; (4) investigar as percepções que as mulheres têm das repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e na de suas/eus filhas/os; (5) investigar as percepções que as/os filhas/os têm das repercussões das experiências de violência na sua saúde mental e na de suas mães.

Tendo em vista os objetivos eleitos, desenvolvemos uma pesquisa de caráter naturalista ou interpretativo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Ellsberg & Heise, 2005), esse tipo de investigação tem por característica não manipular o ambiente, não limitar previamente resultados e, geralmente, é orientada por métodos qualitativos de pesquisa. Oposta às pesquisas orientadas pelo paradigma positivista, não pressupõe que exista uma verdade ou realidade única e objetiva. Parte do pressuposto de que as/os pesquisadoras/es e sua subjetividade estão implicadas/os em qualquer pesquisa.

Estudos qualitativos no campo de pesquisas sobre violência são indicados pela Organização Mundial de Saúde (Ellsberg & Heise, 2005) como de grande utilidade para pesquisadoras/es interessadas/os no tema, pois permitem que sejam percebidas as nuances do fenômeno complexo que é a violência contra a mulher. Esses estudos também oferecem elementos para a elaboração de projetos de intervenção, campanhas educativas e identificação das necessidades de grupos específicos.

Concordantes com essa ideia, optamos pela pesquisa de natureza qualitativa. Esse tipo de investigação caracteriza-se por

Uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeitos e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos

motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (Minayo, 1993, p. 244).

Assim, a pesquisa qualitativa permite que, no ato de produção de conhecimento, as/os pesquisadoras/es façam “emergir aspectos novos [sobre o objeto de estudo], de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito” (Serapioni, 2000, p. 190). Para tal, esse tipo de investigação utiliza dois caminhos. Em um deles, tece métodos, resultados e teorizações. Em outro, verifica suas teorias e refuta algumas considerações (Minayo, 1993).

A pesquisa de natureza qualitativa preconiza que, para cada objeto de estudo, devem ser identificados e elencados instrumentos e procedimentos específicos (Günther, 2006). De acordo com Robert Yin (2005), a escolha pela estratégia de pesquisa deve ser orientada pelo tipo de questão central de pesquisa e pelas características do objeto de estudo. Questões do tipo “o que”/ “quais” podem ser exploratórias ou predominar sobre algum tipo de quantificação. Caso sejam exploratórias, é possível usar qualquer estratégia de pesquisa, por exemplo, pesquisa experimental, levantamento bibliográfico, pesquisa histórica, pesquisa documental ou estudo de caso. Quando o questionamento que orienta a pesquisa visa obter algum tipo de dado quantificado, é mais indicado usar estratégias que favoreçam o processo de levantamento das informações necessárias quanto à frequência ou incidência, tais como levantamento e pesquisa documental.

Nossa pesquisa é do tipo “o que”/ “quais”, sendo nossa questão central: quais são as possíveis repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/eus filhas/os adultas/os jovens? Essa pergunta foi feita no intuito de investigar e explorar a temática da saúde mental de mulheres e filhas/os em ambientes com a presença da violência conjugal. Não desejamos quantificar ou enumerar, mas conhecer melhor esse tema na atualidade. Diante disso, elegemos a estratégia do estudo de casos, que é definido como

“(...) uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos” (Yin, 2005, p. 32).

Outros elementos que caracterizam nosso objeto de estudo e o tornam propício de ser investigado através de estudos de caso devem ser mencionados. O fenômeno saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal e de suas/seus filhas/os não ocorre separado do seu contexto e será investigado em seu ambiente natural. É possível demarcar elementos individuais das mulheres e de suas/seus filhas/os, mas não podemos isolar sua saúde mental dos seus contextos de vida. Diversos ambientes, como o contexto físico, a situação sócio-histórica, a cultura, as relações de gênero, dentre outros, estão ligados à família e exercem sobre ela influencia. Em pesquisas com características similares, ou seja, onde não há clara separação entre o fenômeno presente na atualidade e o contexto, podem ser feitos estudos de caso (Alves-Mazzoti, 2006; Yin, 2005)

Adotamos a forma de estudo de casos múltiplos. Isso significa que, ao invés de ter sido escolhido apenas um caso típico ou revelador ou longitudinal ou atípico – como ocorre em estudos de caso único –, foi eleita a análise de diversos casos. Esse tipo de estudo deve ser conduzido pela lógica da replicação tal como em estudos experimentais. Os casos individuais devem ser selecionados previamente de forma que, se espere que em cada caso, confirmemos os resultados dos outros, como na replicação de experimentos de laboratório, ou que não confirmemos os resultados (Yin, 2005). Nesse sentido, decidimos realizar três estudos de caso.

Para orientar o levantamento e a análise dos dados, bem como a formulação de idéias, foi utilizado um protocolo de estudos de caso, conforme sugerido por Yin, (2005). Segundo esse autor, o protocolo aumenta as chances de que o estudo tenha confiabilidade, ou

seja, que os procedimentos do estudo podem ser repetidos e obtidos resultados similares. Um bom protocolo de estudo de caso, na opinião de Yin deve conter: os procedimentos, os instrumentos e as regras gerais que devem ser seguidas no levantamento de informações com todas as pessoas participantes.

### **3.2.2. Participantes**

As participantes da pesquisa foram 3 mulheres com experiências de violência conjugal e 1 filha/o adulta/os jovens de cada uma delas. As/os filhas/os adultas/os jovens a serem entrevistada/os têm idades entre 19 e 25 anos. A escolha dessa faixa etária das/os filhas/os deveu-se ao fato de que, no presente trabalho, é adotada a conceituação de Bee e Mitchell (1984), sobre a fase adulta jovem, bem como a delimitação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) -, sobre a fase adolescência, a qual tem fim aos 18 anos completos de idade.

A composição do grupo de participantes da pesquisa levou em consideração os critérios estabelecidos: aceite da mulher e filhas/os da participação na pesquisa, e mulheres com filhas/os com mais de 18 anos e menos de 26. Embora tivéssemos a intenção de entrevistar todas/os as/os filhas/os de cada mulher com experiências de violência conjugal, apenas uma/um filha/o de cada uma aceitou participar da pesquisa.

Cada díade mãe-filha/o será compreendida ao longo desse trabalho com parte de uma família, composta por outras pessoas, ou seja, o companheiro agressor e outras/os filhas/os. Tais famílias foram identificados pelas letras A, B e C e seus membros receberam nomes fictícios, iniciados pela letra que define a família, a fim que suas identidades fossem preservadas.

Nos Quadros 1, 2 e 3 mostramos o perfil demográfico das/o participantes da pesquisa obtidos por meio do questionário demográfico (Anexo D).

Status	Nome	Idade	Cor/Raça	Tipo de relacionamento com o agressor	Escolaridade	Religião	Número de Filhos	Reside com
Mãe	Adelaide	44 anos	Branca	Foi casada	2°. Grau completo e curso técnico	Evangélica	2	Os filhos
Filho	Anselmo	22 Anos	Branca	Filho	1°. Grau incompleto	Evangélico	0	A mãe e o irmão

**Quadro 1: Perfil demográfico da família A**

Status	Nome	Idade	Cor/Raça	Tipo de relacionamento com o agressor	Escolaridade	Religião	Número de filhas/os	Reside com
Mãe	Berenice	47 anos	Branca	Foi casada	2°. Grau completo e curso profissional	Evangélica	3	Sozinha
Filha	Bel	23 Anos	Morena	Filha	3°. Grau completo	Católica	0	O pai, irmã e irmão

**Quadro 2: Perfil demográfico da família B**

Status	Nome	Idade	Cor/Raça	Tipo de relacionamento com o agressor	Escolaridade	Religião	Número de filhas/os	Reside com
Mãe	Célia	42 anos	Branca	Viveram em união civil	2°. Grau completo	Católica	6	Com filhas/os
Filha	Cíntia	23 Anos	Branca	Enteada	3°. Grau incompleto	Católica	1	A mãe e/ou o namorado

**Quadro 3: Perfil demográfico da família C**

### **3.2.3. Contexto da pesquisa**

A presente pesquisa foi realizada no contexto do Projeto de Extensão Universitária “Atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar”, que é conhecido na comunidade como “Projeto Maria da Penha”. Esse projeto é desenvolvido no Núcleo de Práticas Jurídicas - NPJ - da Universidade de Brasília, UnB, na cidade satélite de Ceilândia.

O Projeto de Extensão Universitária “Atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar” é resultado de uma parceria entre uma equipe da Faculdade de Direito, coordenada pela Prof<sup>a</sup> Ela Wieko Volkner de Castilho, e membros de uma equipe de pesquisa coordenada pela Prof<sup>a</sup> Gláucia Ribeiro Starling Diniz, do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, UnB. Ambas as equipes envolvem a participação de alunas/os dos Cursos de Graduação em Direito e em Psicologia e de Cursos de Pós-Graduação.

No projeto, são oferecidos atendimentos jurídico e psicológico a mulheres que sofreram violência conjugal ou doméstica e que foram encaminhadas ao NPJ pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e pelo Juizado Especial Criminal de Ceilândia. Tais atendimentos são feitos por duplas de estudantes ou profissionais de psicologia e direito.

### **3.3.4. Instrumentos**

Nossa postura investigativa e a escolha dos instrumentos foram orientadas pela crença de que é preciso escutar as pessoas envolvidas em ciclos de violência conjugal para que possamos compreender esse fenômeno. Pesquisadoras/es que investigam a violência contra a mulher já apontaram que a compreensão das experiências de violência acontece a

partir das descrições das vítimas, dos agressores e de testemunhas dos eventos agressivos (Ravazzola, 2008; Walker, 2000).

Nossa proposta foi, portanto, devolver a voz às mulheres e suas/eus filhas/os e, assim, nos aproximar das pessoas, de seus discursos e de suas práticas. Não tivemos a ilusão de compreender toda a dimensão das experiências. Sabemos que não existe uma realidade única e verdadeira. Cada pessoa é porta voz de sua versão do mesmo evento. Sabemos que a fala dos membros de uma família sobre um mesmo acontecimento pode divergir, pois os relatos estão relacionados às experiências pessoais de cada uma/um e suas memórias dos fatos.

A escolha do modo como seria feita a escuta das versões sobre os eventos de violência conjugal ocorridos na vida das/os participantes levou em consideração o que nossa experiência clínica e outras pesquisas (Diniz & Pondaag, 2004; Walker, 2000) já revelaram: que não é fácil engajar pessoas em conversações sobre as violências vividas, nem conseguir relatos acurados. Walker (2000) afirma que são inúmeras as razões para mulheres em situação de violência conjugal omitirem detalhes dos atos de violência em suas falas: (1) a fala detalhada pode levar à revivência das emoções; (2) há entre as mulheres em situação de violência conjugal a propensão a racionalizar e reprimir os eventos violentos; (3) é comum mulheres terem medo de não serem acreditadas quanto a intensidade das violências; (4) a maioria teme ser considerada mentirosa, louca ou responsável pelo vivido; (5) as reações das/os entrevistadoras/es podem inibir as falas.

Todos esses motivos, que acreditamos serem compartilhados por outras/os pessoas do sistema familiar, são úteis para a preservação da vida e integridade dos sujeitos. Por isso, precisamos respeitá-las, conhecê-las e entendê-las, pois eles nos oferecem pistas sobre como



ajudar as/os entrevistadas/os a colaborar na pesquisa e, ao mesmo tempo, zelar pela manutenção de sua sobrevivência.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados com as mulheres com experiências de violência conjugal foram: questionário demográfico (Anexo D) e duas entrevistas semiestruturadas (Anexo E e Anexo F) elaboradas de forma a incluir itens de dois instrumentos presentes na literatura sobre violência conjugal. Os instrumentos que foram usados na coleta de dados com as/o filhas/o das mulheres com experiências de violência conjugal foram: Questionário Demográfico, e entrevista semiestruturada também construída a partir de instrumento presente na literatura sobre violência nos contextos familiares (Anexo G).

O questionário demográfico é um instrumento que oferece um panorama sobre a situação socioeconômica familiar. Ele é composto por perguntas sobre a renda e a composição familiar, bem como sobre a autoavaliação de saúde. Foi desenvolvido pela equipe do Laboratório de Estudos em Saúde Mental e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, sob orientação da professora Gláucia Diniz.

Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com cada mulher. A primeira seguiu um roteiro de entrevista composto pelos seguintes eixos temáticos: história de vida, história de relacionamento com o parceiro, experiências de violência conjugal, avaliação sobre saúde, consequências das violências conjugais para si e para as/os filhas/os.

A segunda entrevista teve seu roteiro estruturado a partir de perguntas chaves baseadas em itens nas seguintes escalas: Escala de Tática de Conflitos Revisada – CTS2 - e no Index of Spouse Abuse – Isa. Esses dois instrumentos são compostos por itens que tratam de violências físicas, psicológicas e sexuais sofridas, no contexto da relação conjugal, por exemplo: “seu companheiro jogou você contra a parede com força?”, “seu parceiro exige que

você tenha relações sexuais com ele independente da minha vontade”. A escolha por utilizar questões de instrumentos presentes na literatura sobre violência conjugal para estruturar a segunda entrevista sustenta-se em pesquisas anteriores (Diniz & Pondaag, 2004; Diniz & Pondaag, 2006, Guimarães, 2009; Walker, 2009) que pontuam a dificuldade de mulheres falarem sobre suas experiências de violência e a importância de pesquisadoras/es desenvolverem estratégias que facilitem o lembrar e a quebra do silêncio.

A entrevista realizada com as/o filhas/o entrevistadas/o foi orientada por um roteiro de entrevista que continha os seguintes temas: história de vida, história familiar, ambiente familiar (comportamento dos pais para com elas/es), histórias de violências, formas de resolução dos conflitos familiares, saúde mental da/o entrevistada/o e de sua mãe, consequências das violências conjugais para si e para suas mães. Esse guia foi elaborado a partir do instrumento Questionário de Abuso Familiar, que é uma versão e adaptação do Child Abuse Test, desenvolvida pelo Laboratório de Estudos em Saúde Mental e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Marcelo Tavares.

### **3.2.5. Procedimentos**

O contato com as mulheres e suas/seus filhas/os foi feito através do Projeto de Extensão Universitária “Atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar”, chamado pelas mulheres participantes da pesquisa de “Projeto Maria da Penha”. Os critérios utilizados para seleção das/os participantes foram: a vivência de experiências de violência conjugal por mulheres que tenham filhas/os adultas/os jovens e a possibilidade de entrevistar as mulheres e suas/eus respectivas/os filhas/os.

Muitas dificuldades foram encontradas ao longo do percurso de escolha das/os participantes e da coleta de dados. Com a ajuda de profissionais voluntárias e estudantes que participam do referido projeto de extensão e tendo em vista os critérios citados, realizamos uma triagem de mulheres que estavam em atendimento ou que já haviam sido atendidas e que poderiam ser convidadas a participar da pesquisa. Após essa triagem inicial, fizemos contato com as 12 mulheres, que confirmaram ter filhas/os na faixa etária entre 19 e 25 anos.

Todas as mulheres contactadas demonstraram preocupação quanto à participação das/os filhas/os. Embora não tenha havido recusa explícita, uma delas disse que não teria como entrevistar sua filha, pois, após a separação do casal parental, ela foi residir com o pai e não tinham mais contato. Oito mulheres aceitaram participar, mas não permitiram o contato com suas/seus filhas/os. Também se recusaram diversas vezes a marcar a entrevista, alegando falta de tempo ou recusa das/os filhas/os em participar. Foi possível realizar os procedimentos de coleta de dados com apenas 3 mulheres. Cada uma delas tinha mais de uma/um filha/o, mas somente uma/um delas/es concordou em participar do estudo. Várias tentativas de contato com as/os filhas/os entrevistadas/os e com suas/seus irmãos/aos foram feitas.

Nesse processo de contato com as mulheres e suas/seus filhas/os e de coleta de dados, utilizamos como suporte uma lista preparada com questões que as/os entrevistadas/os poderiam ter sobre a pesquisa e suas participações. Essa lista foi de fundamental importância para nos orientar no oferecimento das informações necessárias às colaboradoras/es. Tal lista envolvia respostas para os seguintes questionamentos: por que fui escolhida/o para participar dessa pesquisa? Como minhas respostas serão utilizadas? Qual a importância do estudo? Como minha identidade será preservada? Por que outros membros da minha família serão entrevistados também?

A coleta de dados com as mulheres, dividida em duas etapas, foi realizada nas dependências do Núcleo de Práticas Jurídicas da UnB. Na primeira etapa, aplicamos o questionário demográfico e realizamos a primeira entrevista. Na segunda, que ocorreu por volta de 20 dias após a primeira, fizemos outra entrevista. Cada uma dessas etapas teve duração de aproximadamente 3 horas. O tempo decorrido entre uma e outra foi utilizado para leitura e análise do material, tendo sido o segundo contato essencial para a complementação das informações. Percebemos também que as mulheres ficaram mais desinibidas e dispostas a narrar detalhes sobre suas histórias de violência conjugal durante o segundo encontro.

Com relação as/o filhas/o, a coleta de dados envolveu apenas uma fase, que teve duração média de 2 horas. A aplicação dos questionários e a entrevista foram feitas nos seguinte locais: na casa de um entrevistado, em uma sala da Clínica Escola do Instituto de Psicologia e em uma área de um parque público, na qual não haviam outras pessoas presentes. A escolha dos locais levou em consideração a facilidade de acesso para elas/e e suas sugestões de locais.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram gravados em áudio por meio de gravador digital. As gravações foram transcritas. Cada participante recebeu um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B e Anexo C) que continha os objetivos da pesquisa e explicitava que seriam feitas perguntas por meio de questionários e entrevistas registradas em cd/áudio. Foi informado também que somente a pesquisadora e a professora orientadora teriam acesso às gravações, as quais deveriam ser inutilizadas após sua transcrição.

### 3.2.6. Análise dos dados

Realizamos uma análise articulada dos dados obtidos por meio do questionário demográfico e das entrevistas. O questionário forneceu-nos elementos que foram utilizados para construir o perfil das/os entrevistadas/os. Também identificou percepções sobre a saúde que foram analisadas em conjunto com as informações obtidas nas entrevistas.

Os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas foram analisados com a estratégia de análise de conteúdo. Essa forma de análise é definida “como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977 p. 42). Seu foco são as falas das/os participantes da pesquisa e os sentidos que são atribuídos a elas. “O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente mapeado sempre será o ponto de partida para identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou latente. A análise e interpretação dos conteúdos são passos (ou processos) a serem seguidos” (Franco, 2007, p. 16).

Optamos por fazer uma análise de conteúdo categorial, que envolve a classificação e agrupamento de elementos dos textos. Após a categorização, não foi realizada nenhuma quantificação, não sendo nosso foco a obtenção de estatística dos itens de sentido. Nossa análise qualitativa, baseada nas definições de Laurence Bardin (1977) sobre esta forma de tratamento dos dados, teve como característica a realização de inferências a partir da presença de um tema ou palavra nas narrativas individuais.

O processo de análise envolveu os seguintes passos, levando em consideração as orientações de Bardin (1977) sobre a condução de uma análise de conteúdo:

(1) Realizamos uma leitura “flutuante” das transcrições das entrevistas a fim de conhecer os textos e suas mensagens.

(2) Codificamos o material através da escolha das unidades de análise, a partir da leitura exaustiva de tais transcrições.

(3) Reunimos e classificamos as unidades de análise em categorias, sendo que esta ação foi guiada pelo agrupamento de unidades de análise que possuíam o mesmo sentido.

Nesse processo, formulamos as seguintes categorias: histórias de vida e de violência conjugal, repercussões da violência conjugal na saúde mental, fatores de risco da saúde mental e fatores de proteção da saúde mental. As categorias foram formuladas levando em consideração os elementos das falas das mulheres e de suas filhas/o participantes que estavam relacionados aos objetivos da pesquisa.

## Capítulo 4

### Resultados e discussão dos casos

Neste capítulo, apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa a partir da análise dos dados obtidos por meio das entrevistas e do questionário demográfico. A coleta de dados foi realizada com três mulheres com experiências de violência conjugal e uma/um filha/o de cada uma delas. A análise foi orientada pelo objetivo de compreender as possíveis repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/eus filhas/os adultas/os jovens. Durante o processo de tratamento dos dados das entrevistas, foram construídas as seguintes categorias temáticas: histórias de vida e de violência conjugal, repercussões da violência conjugal na saúde mental, fatores de risco da saúde mental e fatores de proteção da saúde mental.

Primeiramente, apresentaremos os dados e as reflexões acerca de cada um dos três casos - famílias A, B, C -. Para tal, faremos uma breve descrição e análise das famílias e apresentaremos suas histórias de vida e de violências. Em seguida, exporemos e discutiremos as repercussões na saúde mental, os fatores de risco e de proteção da saúde mental das/o entrevistadas/o. É importante destacar que isso será feito a partir das percepções das/o participantes da pesquisa. A discussão sobre os fatores de risco e os fatores de proteção será feita com base nas classificações de Bronfenbrenner (1996) sobre os sistemas dos quais as pessoas participam e na classificação da Organização Mundial de Saúde sobre os tipos dos fatores de risco e de proteção da saúde mental (WHO, 2004), ambos descritos no capítulo 3. Por fim, faremos uma síntese cruzada dos dados obtidos nos três casos. Lembramos que os nomes utilizados aqui são fictícios e iniciados pela letra que nomeia a família que a pessoa integra.

#### 4.1. Caso 1: família A

A família A é formada por Adelaide, 44 anos, Afonso, 48 anos, e seus filhos André, 24 anos, e Anselmo, 21 anos. Ela/es, de acordo com Adelaide e Anselmo, são brancos e residem em uma cidade satélite do Distrito Federal. O casal nasceu em uma cidade no sul do país e os filhos no Distrito Federal. Adelaide tem o ensino médio completo e fez curso técnico na área da saúde. Afonso e André têm o ensino médio completo e Anselmo cursa o ensino fundamental. Atualmente, Adelaide reside com os filhos, não exerce atividade remunerada e é responsável pelas atividades domésticas. Afonso trabalha fora de casa e paga mensalmente pensão alimentícia à Adelaide.

A família A tem renda familiar de cerca de 6 salários mínimos. Todavia, há nessa família uma diferença de gênero no acesso aos recursos financeiros. Desde que Afonso deixou a residência da família, a renda pessoal de Adelaide passou a ser de 1 salário mínimo e meio, com o qual deve prover a sua subsistência e a dos filhos.

Adelaide expressou o desejo de que fosse realizada a entrevista com os dois filhos. Se isso não fosse possível, que privilegiasse conversar com André, pois “ele tinha sido muito afetado pelas confusões de casa”. Todavia, não autorizou a comunicação direta com os filhos. Argumentou que:

Não usavam celulares e em casa seria difícil falar com eles, por isso falaria com eles, marcaria um dia e informaria por telefone (Adelaide).

Adelaide cumpriu o combinado: informou a data e o horário da entrevista com os filhos em sua própria casa. Afirmou que eles “estavam cientes da visita e tinham aceitado participar da pesquisa”. No dia e hora combinados, foi possível constatar que o filho Anselmo não tinha conhecimento do motivo da visita. Depois, ficou evidente que os dois filhos não



foram informados sobre a entrevista. Perguntada, Adelaide informou que “acreditava que eles não teriam coragem de dizer não, se eles fossem pegos de surpresa”.

A nosso ver, um dos aspectos a ser considerado na compreensão das repercussões da violência conjugal nos membros das famílias que vivenciaram este tipo de violência refere-se às estratégias utilizadas pelas pessoas para lidar com a possibilidade de narrar esta história. Adelaide desejava que seus filhos participassem da pesquisa, mas, ciente de que eles não desejavam falar sobre suas histórias familiares, criou a situação que, para ela, facilitaria a participação deles na pesquisa: o encontro entre a pesquisadora e seus filhos.

Tendo presente essa compreensão, apresentamos, a seguir, um fragmento das anotações feitas durante o processo de tentativa de entrevistar os filhos de Adelaide:

Foi explicado para seu filho Anselmo que o objetivo da pesquisa era compreender possíveis repercussões de experiências de vida na saúde mental de mulheres e seus filhos, e que, por isto, ele e o irmão estavam sendo convidados a falar sobre suas experiências de vida e de família. Anselmo perguntou se seu pai seria entrevistado. Após resposta negativa, ele expressou sua dúvida em participar da pesquisa e solicitou um tempo para pensar. Após uma hora, respondeu que aceitaria participar da pesquisa.

Enquanto estava sendo realizada a entrevista com Anselmo, no “quartinho do computador e bagunças”, foi possível escutar barulho de portas batendo e uma discussão entre Adelaide e André na cozinha. Ele dizia que não iria participar de nenhuma pesquisa, pois não tinha tempo para ficar “falando da vida com psicólogo”. Adelaide pediu intervenção na situação. Fui até a sala e pedi permissão para explicar, detalhadamente, a pesquisa. Informei o objetivo da pesquisa e que Adelaide e Anselmo haviam aceitado. Enquanto tentei expor a importância da pesquisa para o

oferecimento de atendimento profissional adequado para pessoas que passaram por experiências de vida semelhantes à deles, André levantou-se bruscamente e falou que “não tinha tempo”. Argumentei que poderíamos marcar outro dia, mas ele saiu de casa e bateu a porta com força. Adelaide pediu desculpas e disse para tentar outro dia. Outras tentativas de falar com ele por telefone foram feitas. Na primeira delas, ele atendeu e, quando identificou quem era, desligou. Nas demais, não atendeu a chamada.

Acreditamos que essa recusa de narrar a história de violência conjugal não tenha sido apenas pela ausência de tempo ou do desejo de conversar com uma psicóloga. Falar sobre as experiências familiares, conforme mostra a Organização Mundial de Saúde (Ellsberg & Heise, 2005), quando estas envolvem violência, pode trazer desgaste emocional. Isso foi expresso por Anselmo durante a entrevista. Para ele, lembrar e falar das histórias familiares “foi difícil porque sou tímido e é ruim também”.

Outra dificuldade refere-se ao fato de que frequentemente a sociedade trata a violência conjugal como uma questão privada, e, por conseguinte, não apóia aquelas pessoas que divulgam fatos ocorridos envolvendo este tipo de violência. Essa falta de apoio, somada a um dilema de lealdade, pode contribuir para a manutenção do silêncio. Falar sobre as violências em uma pesquisa, na qual a mãe também está participando, pode significar ser desleal com o pai, ou seja, não “corresponder às regras de união e mitos familiares” (Salomão, 2003, p. 260).

#### **4.1.1. Família A, suas histórias de vida e de violências**

De acordo com Adelaide, ela e Afonso tiveram um relacionamento conjugal durante 25 anos. Ela cresceu em uma cidade do interior do sul do Brasil. Conheceu Afonso na década de 1980, quando ainda era adolescente. Foram apresentados por amigos em comum, em um evento da igreja evangélica que ela frequentava. Duas semanas depois, começaram a namorar e, logo em seguida, ele se mudou para o Distrito Federal com o propósito de trabalhar como militar. Durante o namoro, que durou quatro anos, eles se encontravam raramente e se comunicavam por carta. Quando ele visitava Adelaide, “apresentava ser carinhoso” e a “pegava até no colo”. A família de Afonso era conhecida por Adelaide e familiares e considerada, por estes familiares e amigos, como “trabalhadora” e de “boa índole”. Segundo Adelaide, tais características familiares fizeram com que o casamento fosse apoiado por sua família.

Os relatos sobre o casamento de Adelaide, feitos por ela e por seu filho Anselmo, indicam que o apoio familiar e a priorização do desejo de Afonso foram os principais motivos do casamento. Nas palavras de Adelaide: “já casei com ele sem querer muito, mas ele queria”. De acordo com Anselmo, “parece que não gostavam um do outro. Tipo, não iam casar um com o outro e casou mais por causa da influência da família”.

A decisão de contrair matrimônio em virtude da vontade do parceiro e de familiares pode ser melhor compreendida à luz das teorias gênero e epistemologia feminista. A naturalização de papéis de gênero hierarquizados e a produção de corpos generificados em sociedades patriarcais insere mulheres e homens em uma lógica específica de valores. O casamento é obrigatório para mulheres; os corpos e os desejos femininos são tutelados pelo poder masculino existente em sua família e sociedade. Nesse contexto, o casamento significa

a transferência do exercício do poder sobre a mulher para seu futuro marido, bem como o cumprimento do “destino feminino”. Para tanto, a escolha do futuro marido é pautada em papéis de gênero masculinos, que englobam ser provedor e forte.

Nessa perspectiva, Adelaide seguiu um suposto destino e casou-se com o homem que poderia ser provedor de sua futura família, como fora indicado por sua família de origem. Segundo seu relato, logo após a cerimônia de casamento, mudou-se com o marido para o Distrito Federal. No segundo ano de casamento, tiveram o primeiro filho; no terceiro ano, engravidou do segundo filho e, para cuidar deles, abandonou seu projeto de estudar e trabalhar. O início do casamento foi marcado por dificuldades financeiras, mas eles “faziam o possível para viver com o salário dele”, conforme depoimento de Adelaide.

Adelaide revelou que seu casamento foi marcado por inúmeras violências. De acordo com Adelaide, “ele não sabia conversar era na violência mesmo”. E isso ele teria aprendido em sua família de origem, pois “ele via o pai dar uma surra na mãe umas duas a três vezes por ano, [o pai dele] batia [na mãe] com um negócio que coloca no cavalo”.

A repetição do comportamento violento do pai por Afonso chama nossa atenção para a transgeracionalidade da violência, ou seja, a repetição de um padrão de relacionamento conjugal violento entre as gerações de uma família. Para Koller e Narvaz (2004), um dos elementos para a compreensão da transgeracionalidade da violência é que a exposição a tais vivências naturaliza a situação de dominação das mulheres pelos homens e a submissão feminina.

O filho Anselmo, embora não reconhecesse nenhum de seus eventos de vida familiar como violência, confirmou o que fora relatado pela mãe quando descreveu as interações familiares. De acordo com Adelaide, seus dois filhos assistiram à maioria das violências. Anselmo nega: disse que ficou sabendo que houve agressões porque a mãe relatou. Uma das

hipóteses para essa diferença de percepção é que eles têm diferentes definições de violências. Pelo relato de Anselmo sobre como ficou sabendo das violências, verificamos que, para ele, só há violência se existir violência física: “Presenciar agressão raramente eu presenciava. Quer dizer nunca, já ouvi falar, falar alto, mas nunca vi agressão não (...) mas já fiquei sabendo que teve”.

As violências físicas e psicológicas de Afonso contra Adelaide começaram no primeiro ano de casamento e no contexto de exigências para que ela cumprisse seu papel de gênero. Ele fazia reclamações sobre a ineficácia dela para a realização das atividades domésticas: “Ele reclamava que eu não sabia, não fazia comida do gosto dele. Eu tentava fazer o melhor”. Segundo Adelaide, ela “ia tolerando” essas violências físicas e psicológicas. No segundo ano de casamento, pensou em separar-se de Afonso e voltar a estudar, “mas aí veio o primeiro filho” e, três anos depois, o segundo. Além disso, ele era um homem que “trazia as coisas para casa”.

Nesses períodos, ela tentou dizer que não concordava com as reclamações de Afonso sobre o cuidado com a casa e não achava correto seu comportamento agressivo. Ela também pedia a Deus que ajudasse a mudar aquela situação e prometia ao companheiro que iria aprender a realizar adequadamente as tarefas domésticas. Afonso, por sua vez, alegava que havia “aprendido vendo o pai fazer, via o pai bater na mãe”.

As violências físicas e psicológicas de Afonso contra Adelaide intensificaram-se na ocasião do adoecimento do filho Anselmo, quando ele tinha cinco anos de idade. Ele tem uma doença degenerativa e ficou por mais de 10 anos em tratamento. Ele não foi curado, permanecendo as sequelas, mas a doença parou de evoluir.

No período de surgimento da doença do filho Anselmo, Afonso começou a agredir fisicamente o filho André, então com sete anos de idade. Essas violências sofridas por ele não

foram reconhecidas pelo irmão Anselmo. Esse jovem, ao ser indagado sobre maus-tratos físicos na infância, disse que “isso nunca aconteceu com a gente”, referindo-se a ele e ao irmão.

Na tentativa de proteger André dessas violências, Adelaide também sofria violências físicas e psicológicas. Como afirma Saffioti (1997), a violência de gênero não atinge só as mulheres. O chefe da família, de acordo com a lógica patriarcal, tem o poder sobre todos os membros da sua família.

Afonso parou de bater no filho e xingá-lo de “vagabundo”, quando André, aos 16 anos de idade, pegou uma faca e tentou matar o pai, tendo sido impedido por Adelaide. Foi com o vislumbramento do poder do filho e da assunção da categoria homem dominador-explorador por este filho, que Afonso deixou de agredir André.

No período em que as violências físicas e psicológicas estavam mais intensas, aproximadamente 14 anos após o começo das violências, Adelaide buscou o primeiro auxílio profissional. Ela propôs ao companheiro que fossem ao médico. Agendou uma consulta para eles, pois ela não se sentia bem de saúde e acreditava que o companheiro tinha um problema psíquico. Eles foram ao médico, que receitou para o casal um medicamento psicotrópico, do tipo antidepressivo, o que foi aceito por Adelaide. Quando chegaram à casa, segundo Adelaide, “ele disse ‘eu não estou louco’ e foi querendo agredir no pescoço, tentar machucar”.

A análise desse episódio indica que Adelaide havia percebido os danos em sua saúde. Contudo, acreditava que a medicalização proporcionaria a “cura”. Não percebia a necessidade de problematizar o uso das violências na relação conjugal e seus prejuízos. Também não foi alertada pelo médico, o qual apenas medicou e reforçou a atribuição do comportamento violento como decorrente de adoecimento mental de Afonso, contribuindo para que ela se mantivesse em situação de risco de sofrer mais violências.

Houve um período de, aproximadamente, cinco anos em que Afonso não usou violência física contra Adelaide, mas continuou praticando violência psicológica. Tal período corresponde ao tempo em que parou de usar violência física contra o filho André e iniciou relacionamentos extraconjugais.

Segundo Adelaide, Afonso ameaçava-a de morte caso ela fizesse, na Delegacia, um boletim de ocorrência das agressões sofridas. O medo das ameaças, somado ao seu projeto de vida de ter uma família cristã e unida, fazia com que ela não procurasse a polícia. Quando descobriu que ele não se converteria, que tinha outras mulheres, seu sonho desmoronou. Nesse momento, ela buscou ajuda de profissionais da área da psicologia, ficou sabendo da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha - e decidiu fazer a primeira ocorrência policial.

Em abril de 2009, Adelaide fez a primeira ocorrência policial. Depois disso, ela e Afonso tiveram uma audiência no Juizado Especial Criminal, que julga casos nos quais é aplicada a Lei 11.340 - Lei Maria da Penha. Nessa audiência, o juiz responsável pelo caso suspendeu o processo por 90 dias. Afonso, “menos de 30 dias depois”, agrediu-a fisicamente com maior intensidade e deixou-a trancada em casa por um dia. Quando ela foi solta, a ameaçou de morte caso ela fizesse uma nova ocorrência policial.

É interessante destacar que, quando Afonso se viu diante da possibilidade de ser denunciado, pela segunda vez, pelas violências físicas cometidas contra Adelaide, ele pediu ajuda para um colega de trabalho para ajudá-lo a coagir Adelaide a aceitar uma negociação: “eu [Adelaide] não denunciaria as violências e ele sairia de casa”. Segundo relato de Adelaide,

Ele ficou dizendo que não queria ser preso; e quando o amigo chegou, o amigo conversou com os dois. O colega dele me ouviu e falou para ele que nem com uma prostituta poderia fazer isso, bater daquele jeito, ainda mais com a sua mulher, a mãe

dos seus filhos. O colega disse para mim que iria prende ele no quartel e eu não iria denunciar. Perguntou se assim tava bom pra mim e eu concordei. Mas ele ficou preso só um dia e voltou para casa (Adelaide).

Mas como tava entre amigos, ele perguntou “o que você quer pra você não denunciar? Quero que ele pega a roupa dele e sai agora de casa; e aí você concorda? (Adelaide).

Nas considerações feitas pelo colega de trabalho de Afonso, podemos perceber a legitimação do uso da violência contra determinadas mulheres. Ele recriminou somente a intensidade da violência, que aquela violência não deveria ser usada com mulheres que seguem a prescrição dos papéis femininos: ser mãe. Também explicitou a distinção que faz entre as mulheres “mães” e as que subvertem esta lógica exercendo sua sexualidade da maneira oposta a do modelo patriarcal de mulher que deve ter sua sexualidade controlada.

Em outubro de 2009, ela decidiu fazer uma nova denúncia, uma vez que as violências físicas e psicológicas continuaram. Antes disso, procurou um médico psiquiatra de sua confiança, que “falou que ele [Afonso] não era perturbado psicologicamente e que tinha a [lei] Maria da Penha”. Buscou também orientação com o chefe do seu marido sobre o que fazer.

Eu cheguei e o comandante não tava, estava o sub, e eu falei: tem um ditado que roupa suja se lava em casa, só que eu não estou dando conta de lavar esta roupa, e então é um assunto de briga de marido e mulher, eu estou correndo risco de morte, eu vim pedir ajuda para vocês (Adelaide).

Após essa segunda denúncia, o juiz expediu uma medida protetiva de afastamento do lar, e Afonso saiu de casa. Anselmo e seu irmão, segundo seu relato, acreditavam que não era necessário ter “chamado a polícia”.



Desde essa ocorrência policial, Adelaide e Afonso estão separados, mas ela ainda sofre violências. Quando foram morar em casas separadas, ele começou a cometer violências patrimoniais contra ela, destruindo objetos pessoais e controlando o dinheiro de modo a deixá-la com dificuldade para pagar despesas domésticas e pessoais.

Com base nos resultados da análise dos dados, foi possível elaborar o Quadro 4 que é demonstrativo das violências conjugais ocorridas no família A, situá-las no período de ocorrência, durante o relacionamento, e listar eventos concomitantes. Tendo em vista que as/os depoentes não situaram os eventos de vida em períodos específicos do relacionamento ou em momentos históricos, utilizaremos, como ponto de partida, o início do relacionamento do casal. Depois, situaremos os eventos de acordo com as etapas do ciclo de vida familiar propostas por Carter e McGoldrick (1995): jovem solteira/o saindo de casa, famílias sem filhas/os, famílias com crianças, famílias com filhas/os adolescentes, famílias na meia idade e com filhas/os seguindo seus caminhos e famílias no estágio de vida tardio. Em cada uma dessas fases, é necessário o casal adaptar-se para construir e manter a união conjugal, bem como exercer as funções inerentes a cada uma das fases: cuidar das/os filhas/os, permitir que elas/es adquiram sua independência, possibilitar que sejam incorporadas novas pessoas trazidas pelas/os filhas/os à família.

<b>Ciclo de vida familiar</b>	<b>Tipos de violência sofrida por Adelaide</b>	<b>Outros eventos de vida concomitantes</b>
- Família sem filhos - Década de 1980	Violências psicológicas e físicas	Mudança de cidade distante do local de moradia dos pais. Reclamações do marido sobre o cuidado com a casa. Pensou em separar.
- Família com crianças pequenas - Década de 1980 e início da década de 1990	Crescimento da intensidade e frequência das violências psicológicas e físicas	Nascimento do primeiro filho. Nascimento do segundo filho. Doença do filho mais novo. Violências físicas contra André. Tentativas de proteger o filho mais velho das agressões cometidas pelo pai.
- Família com filhos adolescentes - Década de 1990	Violências psicológicas e físicas	Ida ao psiquiatra. André tenta matar o pai e deixa de sofrer violência física.
- Família de meia idade - Década de 2000	Período de cinco anos sem violências físicas e patrimoniais, mas com violências psicológicas  Violências psicológicas, patrimoniais e físicas no último ano de relacionamento	Adelaide descobre relacionamentos extraconjugais do marido. Duas ocorrências policiais nos meses de maio e de outubro. Ida ao psiquiatra e psicólogas militares. Audiência preliminar de separação. Acompanhamento psicológico. Separação. Afonso faz visitas a Adelaide para almoçar.

**Quadro 4: Violências, período de ocorrência e eventos de vida da família A**

O Quadro 4 mostra que ocorreram violências ao longo de todo o ciclo de vida dessa família. De acordo com Carter e McGoldrick (1995), os ciclos de vida individuais ocorrem inseridos em um ciclo de vida familiar. Em cada etapa da vida familiar, as pessoas precisam lidar com estressores ligados aos períodos de transição e desenvolvimento da vida (nascimento, casamentos, morte, doenças) e com estressores ligados aos mitos e padrões familiares. No caso da família A, foi fonte de estresse, em especial, a doença do filho. O período de formação do sistema marital, que exigiu o realinhamento do novo casal com

relação às famílias de origem, e as crenças sobre o papel feminino sustentadas pelas referidas famílias também foram fontes de estresse para o casal.

Nesse contexto, é importante continuar descrevendo a história de violência sofrida por Adelaide, trazendo à tona os tipos de violências físicas e psicológicas presentes na relação estabelecida pelo casal Adelaide e Afonso. As físicas podem ser resumidas em: ser empurrada; ser jogada contra a parede com força; levar surras; ser espancada; ser segurada com força; receber tapas na face; levar murros no peito e ser atacada com objetos arremessados contra ela. As patrimoniais foram: destruição de objetos pessoais; controle e restrição do dinheiro das suas despesas domésticas e pessoais. As psicológicas foram: ser ameaçada com arma de fogo; receber xingamentos, insultos, humilhações; ser trancada em casa; receber críticas pelo desempenho sexual; ter restrita a liberdade de sair e de ter amigas.

A história de vida da família A é marcada por várias formas de violência e pela adesão rígida às prescrições de gênero sustentadas pelo patriarcado. Continuaremos a análise sobre a história de vida e violência da família A, no próximo item, com nossa atenção voltada para as repercussões das violências na saúde mental das mulheres e de suas/seus filhas/os.

#### **4.1.2. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental**

Na percepção de Adelaide, a violência conjugal está associada a danos à sua saúde mental e à relação dela com o companheiro. Ela afirmou que, “a partir do momento que ele me agrediu, o respeito acabou e também o amor acabou”. As repercussões ressaltadas por ela foram, contudo, as relacionadas à sua saúde mental.

Adelaide relatou também que, na época em que as violências eram mais intensas, ela chorava muito, comia em excesso ou não conseguia comer, não conseguia dormir, sentia-se

sempre cansada e perdeu o interesse pelo cuidado com a casa - algo muito prazeroso, anteriormente, para ela. Tudo isso era vivido com sofrimento psíquico e, por isto, podemos considerar como sintoma de comprometimento de sua saúde mental, levando em consideração a definição deste como: “[os sintomas] são indesejáveis e causam sofrimento, surgem a partir de algum precipitador (...) e alteram o comportamento peculiar da pessoa, diferenciam-se dos seus traços de caráter” (Crivelatti, Durman & Hofstatter, 2006, p. 65).

Os comportamentos descritos por Adelaide podem ser compreendidos como humor deprimido, perda do interesse e prazer, fadiga, alteração do apetite e insônia. Tais sintomas são descritos no CID-10 (OMS, 1995) como indicadores de episódio depressivo. Diversas/os pesquisadoras/es pontuam que a depressão é uma repercussão das violências conjugais (Campbell, 2002; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005; Sundaram et al., 2004).

Adelaide relatou também a presença de manifestações ansiosas junto com os sintomas depressivos: “Eu tinha muita ansiedade”; “Teve esse princípio de depressão mesmo, muita ansiedade, autoestima lá em baixo”. Seu filho Anselmo reconheceu essas alterações: “ela dormia demais”, “ela toma remédio aí direto, não sei o porquê, acho que é para depressão”.

Outra repercussão da violência conjugal, verificada a partir da análise de sua história de vida e de violência, é o entorpecimento emocional e evitação comportamental expresso por meio da minimização da gravidade da situação de violência vivida. Durante muitos anos, ela não percebia que as violências eram cada vez mais intensas. Também foi possível verificar o caráter disruptivo da relação conjugal, que fora marcada por humilhações dela por parte de companheiro e imprevisibilidade das reações dele que são formas de uso do poder e controle pelo agressor e contribuem para o isolamento da mulher. Tais sintomas são indicativos da síndrome da mulher maltratada (Walker, 2009).

Algumas repercussões na saúde mental de Adelaide decorreram dos efeitos das violências conjugais nos filhos. Por exemplo, o abandono do sonho de ter o filho graduado na universidade representou o abandono de um projeto de vida valorizado socialmente. Segundo ela, isso “abalou muito o emocional”, uma vez que o filho, para não depender financeiramente do pai violento deixou, os estudos. Por isso, podemos afirmar que a violência contra o filho foi fator de risco para a saúde mental de Adelaide, colocando-a diante de um outro evento de risco: percepção de que não seria possível realizar o projeto de vida de ver o filho estudar e ser bem sucedido.

A remissão de alguns sintomas e o retorno do prazer em estar arrumada e cuidar bem da casa, que ocorreu no período após a separação do casal e quando começou a fazer acompanhamento no “Projeto Maria da Penha”, são percebidos por Anselmo como sintomáticos. Ele acredita que a mãe passou a querer e gostar de gastar demais. Uma hipótese explicativa dessa percepção é que talvez ele tenha se acostumado a vê-la deprimida e que, para ele, este estado de humor tenha se tornado o comportamento “normal”. Outra hipótese é o estabelecimento de uma aliança formada com o pai, que Saffioti (2004) chama de acordo solidário para que pai e filhos mantenham a exploração-dominação das mulheres com quem convivem, a fim de manter a relação hierárquica entre homens e mulheres. Nas palavras de Adelaide, esse acordo envolve controle do dinheiro e vestimentas:

Ele [Afonso] está dando dinheiro, mas está botando o menino [Anselmo] para me controlar. Anselmo fica assim querendo saber aonde eu tô gastando o dinheiro (Adelaide).

Eles [André e Anselmo] controlam até minhas roupas (Adelaide).

Adelaide percebe que está conseguindo se recuperar dos danos em sua saúde mental. Em questões que investigam a utilização de serviços de saúde e motivos presentes no

questionário demográfico, Adelaide expressou: “Graças a Deus que tem o convênio médico, porque ainda estou fazendo acompanhamento no psiquiatra”. Acrescentou que “[minha saúde está] mais para melhor do que para pior”, pois ainda está “abalada com tudo que viveu”. Durante as entrevistas, Adelaide demonstrou ter planos para o futuro e estar começando a realizar atividades que viabilizem tais projetos.

Para compreender que as repercussões da violência conjugal na saúde mental podem não ser permanentes, devemos levar em consideração elementos que têm contribuído para a promoção da saúde mental de Adelaide e o que a tem deixado vulnerável. Ela está fazendo acompanhamento psicológico e jurídico no “Projeto de Extensão Maria da Penha” e utilizando medicamento psicotrópico, do tipo antidepressivo, com prescrição e orientação médica. Ela expressou estar “separada, mas sem saber se deve pedir a separação judicial, pois teme a reação dele”. Eles ainda se encontram, quando ele decide almoçar na casa dela, e ainda tenta controlá-la por meio do filho Anselmo e do dinheiro. Assim, não está livre de violências patrimoniais, mas não vive mais sob medo e tensão constantes, nem sofre violências físicas.

Na percepção de Adelaide, a violência conjugal sofrida por ela repercutiu em toda a família, causando sofrimento psíquico em todas/os. Nas palavras dela, “estava prejudicando nós quatro”. Ela descreveu que “os dois filhos começaram a ficar violentos com ela, tal como o pai”. André deixou de reconhecer o pai como figura paterna. “Parou de estudar para ficar só trabalhando e não depender financeiramente do pai”. Tais descrições demonstram que o fato de que André ter sido vítima direta de violências e vítima indireta das violências conjugais, por assistir e participar de episódios de violências ocorridas na relação do casal, teve repercussões nele e nas relações familiares.

Abalou [a saúde] e tudo mais. Ele chegava a dizer para mim, ele não é meu pai. E falava besteira mesmo, que ia matar (Adelaide).

O André me xingava, me maltratava por causa de que se eu deixava o pai fazer isso, eles diziam que podiam. O Anselmo também tava perdendo o respeito comigo (Adelaide).

Essas afirmações confirmam o que Benetti (2006) e Osofsky (1995) defendem: a violência física entre o casal parental, durante a resolução de conflitos conjugais, pode predispor a diversas manifestações violentas por parte das/os filhas/os. A exposição à violência conjugal, a que foram submetidos os filhos André e Anselmo, pode ter colaborado para a compreensão do uso da violência como uma forma de resolver os problemas.

Anselmo, que não reconhece a existência de violência conjugal em sua família, acredita que a separação dos pais é um fator que afetou sua saúde mental. No questionário demográfico, nas questões sobre o uso de serviços de saúde e motivos, Anselmo disse que não tem tido necessidade de procurar a rede privada ou conveniada de saúde, mas que sua saúde mental não está como gostaria que estivesse. Sobre isso, ele disse:

Acho que estou [me sentido] mais para melhor do que para pior, não estou bem e é porque meus pais não estão juntos, eles separaram esses dias aí (Anselmo).

Apesar da separação dos pais colaborar para diminuir a tensão na família, pode ser fonte de estresse para as/os filhas/os e, como apontam Esfandyari et al. (2009), fator de risco para filhas/os de mulheres que sofreram violência conjugal. Ceneide Cervený (2002) afirma que a separação é um evento que não está previsto e esperado pelo casal e filhas/os. Quando ela ocorre no ciclo de vida da família, exige re-organização de todas as pessoas envolvidas e, por isto, pode ter consequências para as/os filhas/os.

Na percepção de Anselmo, na época em que as “brigas” eram mais intensas, ele ficava triste, não tinha vontade de estudar, queria ficar sozinho, não ficava com vontade de

trazer pessoas para a casa dele, tinha dificuldades para dormir. Tais sintomas são indicativos de episódio depressivo, segundo o CID-10 (OMS, 1995). Quando indagado pela pesquisadora sobre as violências conjugais e a relação com sua saúde mental, ele expressou “minha saúde emocional nunca foi afetada [pelas violências conjugais], porque violência mesmo não teve”.

Tendo em vista os relatos de Adelaide e Anselmo acerca do estado de sua saúde mental ao longo de suas vidas, e de suas percepções sobre as repercussões das violências conjugais, afirmamos que tais experiências repercutiram em mãe e filho, que foram vítima direta e vítima indireta das violências conjugais. Nesse sentido, as violências conjugais foram fator de risco para saúde mental dela e dele, provocando danos que são expressos por meio de diversos processos, o que inclui sintomas psíquicos e mudança de comportamento.

Diante de tais considerações, discutiremos a seguir outras experiências que foram fator de risco para a saúde mental de Adelaide e Anselmo. Apresentaremos também os fatores protetivos que diminuíram a vulnerabilidade ao adoecimento mental a que foram expostos em função da presença de fatores de risco.

#### **4.1.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental**

A violência conjugal foi, nas vidas de Adelaide e Anselmo, somente fator de risco para saúde mental. Isso, todavia, não significa que o mesmo ocorreu com outros fatores. A partir da análise dos depoimentos de mãe e filho, podemos reafirmar a declaração difundida na literatura: nenhum evento em si mesmo constitui risco ou proteção, seja ele de natureza individual, familiar, social, ambiental ou econômica. Podem, assim, ora proteger da situação de risco para saúde mental, ora aumentar a probabilidade de ocorrer algum tipo de adoecimento mental.



A participação de Adelaide em grupo religioso evangélico e a valorização macrossistêmica da manutenção da família reforçavam seu desejo de alcançar o projeto de vida de ter família unida, conforme era a sua família de origem, baseada no modelo patriarcal. Também contribuía para que ela acreditasse que Deus e a religiosidade poderiam fazer cessar as violências. Conforme ela disse, os pastores e amigas/os da igreja diziam que, se ela confiasse em Deus, a situação de violência conjugal cessaria. Assim, ela ficou esperando a ação de Deus, isolou-se cada vez mais e sofreu com a percepção de que sua família era diferente das demais do seu grupo religioso.

Antes dele chegar do serviço, eu já fechava o vidro da casa, porque tinha vergonha. Como eu era evangélica, eu pensava: como é que eu estou passando por isso, e o meu testemunho? Eu tinha vergonha de dizer que era evangélica e ele chegar com esse comportamento (Adelaide).

Quando Adelaide se deu conta de que seu projeto de família cristã e unida, não seria realizado, pois Afonso estava mantendo relacionamentos extraconjugais e continuava violento, buscou alternativa além daquela sugerida pelos líderes religiosos. Ela resolveu buscar uma orientação de Deus diretamente na “palavra divina”. Durante a leitura da bíblia, acredita que Deus, diante do sofrimento psíquico dela, tenha agido sobre ela e “tirou a trave dos olhos que não deixava ver que não adiantava morrer de orar e jejuar, se Afonso não quisesse mudar, pois dependia dele também”. Diante disso, mesmo sem a aprovação do pastor da igreja, Adelaide fez a primeira ocorrência policial, denunciando as violências físicas sofridas.

Assim, podemos afirmar que sua espiritualidade e a participação em atividades da igreja tiveram também a função de proteger Adelaide. Crer em Deus fez com que ela não sucumbisse às violências e tivesse esperança num futuro melhor: “conversei com as irmãs da

igreja, minhas amigas me ajudaram muito e falavam assim que era uma coisa inaceitável aquilo”.

A situação em que a participação em um grupo religioso pode ser tanto de proteção quanto de risco para saúde mental corrobora o estudo feito por Fabrício Guimarães (2009). O autor constatou que a religião foi fonte de apoio e conforto para mulheres que não tinham apoio social de familiares e amigos, mas também contribuía para a não nomeação das violências e de suas consequências.

Alguns fatores foram somente de risco para saúde mental de Adelaide. A migração, quando tinha apenas 18 anos de idade, para cidade distante do local de moradia da família foi fator de risco na vida de Adelaide. Esse evento, por si só, não impõe riscos para a saúde mental. Todavia, essa mudança a colocou em outras situações que a literatura (WHO, 2004) aponta ser frequentemente fator de risco: o isolamento social, a pobreza e o abandono de projetos de vida. Sobre esse período, que também foi marcado por violências conjugais, Adelaide rememorou que:

Aí eu vim pra cá, aí e chorei muito, porque era cidade grande e longe da mãe (Adelaide).

Eu fui tolerando e até pensei em separar. Mas como eu estava longe dos pais e distante, imagine, 1500 Km daqui (Adelaide).

Tivemos nossas dificuldades, no início assim todo mundo tem. Mesmo porque a gente começou lá de baixo. Foi difícil começar com pouco sustento, meu marido ganhava pouco, a gente tinha que controlar (Adelaide).

O cuidado dispensado ao filho doente, cuja enfermidade desenvolveu-se de modo gradual, e o fato de que ela não realizava trabalhos fora do lar constituíram para Adelaide em fatores de risco para sua saúde mental. Ela disse ter sofrido muito nesse período, no qual as

violências intensificaram-se, e ela “dependia do convênio dele”. Ademais, ele tinha o controle financeiro do orçamento familiar, “controlava tudo”. Ela pensava em separar, mas não podia, pois considerava que não teria como, sozinha, oferecer a assistência médica que o filho precisava. Além disso, não pôde realizar seu sonho de trabalhar como enfermeira, uma vez que Anselmo demandava cuidados constantes.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) afirma que o cuidado com doentes crônicos é fator de risco para cuidadoras/es. Podemos entender essa afirmativa através das explicações de John Rolland (1995) sobre as relações entre doença crônica e ciclo de vida familiar. Esse autor argumenta que uma doença crônica, como a sofrida por Anselmo, coloca para a família a tarefa de viver constantemente com a possibilidade de morte. Exige, também, constante adaptação e mudanças de papéis de acordo com as necessidades do doente, o que, nos períodos de crise, exige frequentemente que os pais adiem outros planos de vida para cuidar do filho doente. Tudo isso é fonte de estresse para a família.

A divisão de papéis com base em estereótipos de gênero contribui para ampliar os riscos para a saúde de mulheres nas famílias. As mulheres são as responsáveis pelo cuidado com a casa, dos idosos e dos doentes, o que gera uma sobrecarga de tarefas. Caso essas atividades fossem divididas e houvesse possibilidade de negociação dos papéis, elas não ficariam sobrecarregadas, o estresse seria menor e a doença crônica não constituiria um evento de risco.

A violência cometida por Afonso contra o filho André foi um dos eventos que desencadeou mecanismos que representaram risco de adoecimento mental para Adelaide. Outro fator de risco foi a percepção de que não seria possível realizar o seu projeto de vida de ter o filho graduado em um curso superior.

O modo de aplicação da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha - pelo juiz também deixou Adelaide em situação vulnerável. No 2º. Juizado Especial Criminal de Ceilândia – DF, que julga os processos em que é aplicada essa lei, são realizadas audiências preliminares antes do início o processo criminal. Essa audiência é marcada com a finalidade de avaliar a situação de risco de novas violências, a necessidade de medidas protetivas e outras ações que podem ser tomadas para auxiliar os casais e famílias em situação de violência conjugal.

No caso de Adelaide, durante essa audiência, o juiz, referendado por discussões prévias com outros profissionais, indagou se ela teria vontade de o casal participar de algum acompanhamento psicológico ou se ela desejava que ele saísse de casa. Sobre isso, ela recorda que:

Ele falou em casa que se eu não amenizasse pra ele e se ele fosse preso, que ele podia ser preso, mas, se ele saísse, ia me matar. Aí no dia em que o juiz perguntou, eu disse que aceitava a terapia contra minha vontade, porque eu ainda tinha medo (Adelaide).

Diante da resposta de Adelaide, como mencionado anteriormente, o juiz suspendeu o processo por noventa dias a fim de que eles fizessem o acompanhamento psicossocial, que não é obrigatório, mas Afonso participou. Nesse período, ela foi agredida novamente e passou por momentos de medo do que pudesse acontecer com ela.

E agora [depois do arquivamento do processo] a agressão foi pior, ele me deu um murro no peito (Adelaide).

Isso indica que há uma lacuna na aplicação da lei. Nessa audiência, não obrigatória pela lei e que deveria auxiliar na avaliação da necessidade de proteção às mulheres, os profissionais não conseguiram avaliar o risco. Eles expuseram Adelaide a uma situação de tensão permanente e de violência e acabaram por reforçar a postura de Afonso. Outro aspecto a ser considerado nessa situação diz respeito ao desconhecimento das nuances da violência

conjugal por parte das/os profissionais envolvidos na aplicação dessa lei, o que pode produzir repercussões adicionais à violência conjugal.

É importante destacar um evento que foi de risco para toda a família. Manter as janelas fechadas e não contar para a família de origem as experiências familiares, para ocultar a violência, foi, por exemplo, fator de risco para a saúde mental tanto de Adelaide quanto de seus filhos. Ao tentar manter em segredo as violências conjugais, Adelaide diminuía a possibilidade de interação social e restringia cada vez mais sua rede social, limitando a possibilidade de receber apoio de familiares e amigos tanto para não adoecer quanto para sair da situação de violência conjugal. Oliveira (2007), em estudo com mulheres, verificou a importância da rede social para a proteção da saúde mental de mulheres em contextos de pobreza, violências e sobrecargas de papéis.

Outro exemplo de fator de risco que afetou tanto Adelaide quanto Anselmo foi a doença dele. Esse evento, apesar de ter sido uma experiência que deixava Anselmo livre das agressões do pai, o colocou numa situação de isolamento social e perda de atividades prazerosas. Isso reduziu sua inserção em outros contextos, ficando suas relações restritas às familiares, e abalou sua autoestima. Segundo ele, “queria ter amigos, pra ter com quem conversar”; “queria fazer as coisas normal, igual aos outros, mas não dava”.

Também foi fator de risco para a saúde mental de Anselmo a separação dos pais, pois rompeu com os sonhos dele de ter uma família unida. Conforme ele respondeu no questionário demográfico, a principal queixa sobre os motivos para sua saúde não estar melhor: “minha saúde não está boa, porque meus pais não estão juntos”. Sua mãe confirmou que a separação repercutiu na saúde mental de Anselmo: “antes eu falava em separar, o menor chorava muito”.

A presença de múltiplos fatores de risco não implica em ausência de fatores protetivos. Quais foram os outros fatores de proteção para a saúde mental de Adelaide presentes ao longo de sua história de vida? Os projetos de estudar e trabalhar foram o primeiro fator de proteção de sua saúde mental e estiveram presentes até o final do relacionamento. Esses projetos de vida, que em parte foram concretizados já que, aos 30 anos de idade, ela fez o curso técnico que desejava, contribuíram para que ela não sucumbisse diante das adversidades decorrentes da migração, das vivências de violência conjugal e contra o filho André.

Outros fatores também contribuíram para o não adoecimento mental de Adelaide. Sua autoestima positiva contribuía para que ela não desejasse não viver mais. Concomitante a esse fator de proteção, ela recebia a ajuda de vizinhas. Também fora proteção o seu desejo de proteger os filhos dos efeitos das violências que sofriam. Adelaide fala que quando ela pensava “que não aguentava mais aquele sofrimento, lembrava deles e levantava da cama”.

Eu não deixava me abater mais pra proteger mais meus filhos e eu sempre tive a autoestima boa, gostava de mim, tinha meus sonhos... (Adelaide).

A sua percepção e crença na efetividade Lei 11.340 - Lei Maria da Penha - foram fatores de proteção na vida de Adelaide. O conhecimento sobre a lei e sobre a história de superação da mulher a quem a lei homenageia, fizeram com que ela acreditasse que poderia ser protegida e se sentisse confortada. Para Adelaide: “essa lei fez eu tomar essa decisão de denunciar e eu tava morrendo na mão dele”.

O apoio de vários profissionais também foi fator de proteção. Adelaide ressaltou a importância do psiquiatra, que, em um momento, receitou medicamento, para diminuir a “ansiedade e voltar a viver melhor”, e, posteriormente, ajudou-a a desconstruir o mito de Afonso ter uma doença. Psicólogas e advogadas, que atendem “pelo convênio da polícia

militar”, também a ajudaram a fazer a denúncia, e psicólogas do “Projeto Maria da Penha”, desenvolvido no Núcleo de Práticas Jurídicas da UnB, estão participando do seu “processo de melhora”.

O acompanhamento do psicólogo na polícia militar que me fez abrir a minha mente e tomar esta atitude (Adelaide).

Desde que vim para o “Projeto Maria da Penha” tenho melhorado (Adelaide).

Os projetos para o futuro, formulados após a separação constituem alternativas àqueles que a colocavam em risco e geram esperança. Cuidar de si e desejar ter um novo companheiro são projetos protetivos na vida de Adelaide. Tais projetos representam a possibilidade de flexibilização dos papéis tradicionais de gênero, o que demonstra a íntima relação entre saúde mental e relações de gênero.

Quanto aos fatores de proteção da saúde mental de Anselmo, podemos citar seus projetos de vida de superar o risco de morte e voltar a estudar. Nas palavras dele, “eu sempre quis estudar, melhorar essa saúde”.

É possível apontar que tanto os fatores de risco quanto os de proteção da saúde mental de Adelaide e Anselmo tiveram origens nos diversos ambientes dos quais a mãe e o filho participam. Assim, outros eventos, além da violência conjugal em si, tiveram origens no microsistema (família), mesossistema (relação entre a família e o grupo religioso, comunidade, escola), no exossistema (delegacia, unidade de saúde, Fórum, Núcleo de Práticas Jurídicas da UnB), no macrossistema (cultura patriarcal) e tiveram implicações para a saúde mental de ambos.

## 4.2. Caso 2: família B

O sistema familiar B, natural do Distrito Federal, autodenominado branco pelas entrevistadas, é composto pelo casal Berenice e Bartolomeu, de 47 e 58 anos, de idade, suas filhas Betânia e Bel, de 26 e 23, e seu filho Bruno, de 27. O casal possui o mesmo nível educacional: ensino médio completo. As filhas estão em processo de conclusão do ensino superior e o filho concluiu o ensino médio. Bartolomeu está aposentado e Berenice ingressou no mercado de trabalho como faxineira há 2 meses. Bruno tem uma loja, Betânia e Bel não trabalham. As/o filhas/o residem com o pai. A renda familiar é em torno de 6 salários mínimos e a renda pessoal de Berenice é de 2 salários mínimos.

Diante do convite para participar da pesquisa, Berenice afirmou que “gostaria muito” e considerava ter “muito a ensinar às mulheres que estão sofrendo nas mãos dos homens”. Quanto à participação de suas filhas e filho, declarou que seria “difícil”, pois eles não se envolviam em assuntos relacionados à saúde dela ou à separação do casal. Pediu um tempo para pensar e, dois meses depois, procurou a pesquisadora para marcar data e local da entrevista e para informar o número de telefone residencial das filhas Betânia e Bel e do filho Bruno. Nesse momento, Berenice fez um pedido: o contato deveria ser feito primeiramente com Bruno e só depois com Bel e Betânia. Para a compreensão desse pedido, apresentamos a seguir trechos das anotações feitas durante o processo de contato com a família B:

Berenice disse que o filho precisava demais de conversar, porque ele foi vítima de tudo que viveram, e já tinha um filho com uma moça. Falou que a Betânia era ocupada demais com os estudos, que não conseguiria falar com ela. Sobre Bel, falou que esta filha era desnaturada. Tinha deixado sua vida para cuidar dela. Quando era



pequena, ficou muito doente e por isto tinha passado anos em hospital com Bel e ela nem reconhece isto; é mal agradecida.

O telefone para contato informado por Berenice foi o residencial. Diversas tentativas de contato com Bruno foram feitas, mas sem sucesso. Betânia aceitou participar, mas desmarcou e remarcou a entrevista várias vezes. Bel, a única filha que aceitou prontamente participar da pesquisa, disse que “estava bastante preocupada com sua saúde e seria legal poder conversar sobre como ela se sente”. Durante a entrevista, informou que o irmão não aceitaria participar da pesquisa, pois não estava se relacionando com a mãe e evitava qualquer situação relacionada à figura materna. Além disso, acreditava que ele acharia “bobagem essas coisas de pesquisa, é ignorante”. Comentou também que não tinha certeza se a irmã iria encontrar tempo para participar da pesquisa. É importante ressaltar que Betânia foi a primeira filha contatada, entretanto nunca comentou com a irmã sobre a pesquisa.

#### **4.2.1. Família B, suas histórias de vida e de violências**

A história de Berenice em sua família de origem é um elemento importante para o entendimento das relações estabelecidas neste sistema familiar. Precisamos compreendê-la também, uma vez que ideias sobre esse período permeiam o imaginário da família B. De acordo com Berenice, aos dois anos de idade, ela e um irmão foram abandonados pelo pai em uma “casa de freiras”. Nas palavras dela: “meu pai me levou escondido de minha mãe (...) ele [o pai] já tinha problema de meningite e teve um pouco de deficiência mental”. No período que ficaram nesse abrigo para crianças, seus pais não os visitava. Ela recebia cuidados de uma senhora que a visitava constantemente e a levava para sua casa em uma região nobre da cidade. Berenice se

lembra que tinha uma fantasia, “cada mulher que ia no abrigo, eu ficava pensando se queria me adotar, ficava chamando de mãe”. O sonho de Berenice era morar, definitivamente, com essa senhora a quem chamava de mãe e não entendeu porque não “foi criada por ela definitivo”. Entretanto, quando completou nove anos, a mãe biológica buscou-a no abrigo para que pudesse ajudar na “criação dos irmãos”.

O retorno para sua família de origem foi um fator muito estressante para Berenice. Segundo ela, chorou muito, porque não gostaria de morar com a mãe em uma casa “tão pobre” e ser responsável pelos cuidados com a casa e das/os irmãs/ãos, que no total eram 11. Acrescentou que também sofria violências físicas: “minha mãe me batia, porque ela já vinha com raiva lá de fora, já vinha com os nervos à flor da pele pelo sofrimento com meu pai”. O pai era “mulherengo, gastava todo o dinheiro e tinha uma vida perturbada”.

Berenice foi apresentada ao seu marido, Bartolomeu, na adolescência. Ela era amiga da irmã de Bartolomeu e frequentava a casa deles. O namoro foi um período definido por ela como de “muitas brigas” e “eram brigas de sofrimento”. Os conflitos eram motivados por ciúmes e permeados por violências físicas e psicológicas. Segundo Berenice, durante o namoro:

Ele agredia e eu não chorava, porque eu guardava, mas em mim tudo era roxo. Meus braços, minhas pernas, minha coxa.... (Berenice).

Ele falava tipo assim: fica aqui se não eu te mato, furo seus olhos (Berenice).

De acordo com o relato de Berenice, a manutenção do relacionamento com Bartolomeu ocorria ora por medo de que ele a matasse, ora porque ele prometia que iria parar de beber e mudar seu comportamento. Ela acredita também que a educação recebida na sua família tenha influenciado: “minha mãe sempre falava isso, que a mulher era sempre submissa

ao homem, aí fui crescendo desse jeito”. A educação foi, portanto, marcada pela adesão rígida aos papéis tradicionais de gênero, mesmo em face à violência e ao sofrimento.

Durante o namoro, Berenice tentou algumas vezes romper o relacionamento em virtude das violências físicas e psicológicas cometidas por Bartolomeu. Para reatar o relacionamento, Bartolomeu prometia casar com ela na igreja e mudar seu comportamento. A aceitação da promessa de mudança não é incomum em casos de violência. Saffioti (2004) destaca que as mulheres muitas vezes pensam ter a capacidade de mudar homens e que talvez isto esteja relacionado com a atribuição do papel de cuidado e educação nas famílias.

Ele chegava com bom senso, estava há três dias sem beber, chegava bem, ia conversar comigo, prometia que ia parar de beber, aquelas promessas, aquelas coisas, igual sonhamos com cavalo branco, o príncipe encantado, igual você sonhar em casar de véu, de roupa branca, em uma igreja, então ele prometia isso tudo (Berenice).

Aí nós passamos um mês sem se ver, graças a Deus. Mas depois ele voltou, chegou com um ramo de flores, comprando presentes, você sabe... (Berenice).

A decisão de contrair matrimônio com Bartolomeu ocorreu no contexto de uma gestação não planejada pelo casal. Diante da notícia de que teria um filho, Bartolomeu foi até a casa da família de origem dela informar que ela não “moraria mais com a mãe”. Berenice relatou que o casamento “não foi desejado, eu fui muito ameaçada”. Nesses momentos, as ameaças eram de que ele iria cometer suicídio e, diante disto, ela relatou ter pensado: “poxa, é pai do meu filho, eu não vou deixar ele fazer isso”. A cerimônia de casamento foi registrada: “tirei fotos, se você ver as fotos, vai ver que essa mulher sofria já há muito tempo”.

Na percepção de Berenice, após o casamento, o relacionamento “mudou”. Apesar de reconhecer que havia violências físicas e psicológicas durante o namoro, ela acredita que seu sofrimento psíquico aumentou quando se casaram. Ao comparar as fases do namoro e o

começo do casamento, ela disse que a relação no namoro era “até boa” e “depois que casei, as brigas começaram”.

Para ela, a satisfação conjugal nunca existiu. Isso não significa que durante o casamento não foi feliz. Sua felicidade envolvia o desempenho das funções de mãe. Os relatos de Berenice sobre a relação conjugal oferecem pistas para compreendermos sua permanência na relação conjugal violenta. Não havia só perda e sofrimento. Havia também a realização do projeto de vida de criar as/o filhas/o e proporcionar-lhes meios para serem felizes.

Depois que eu casei, tive os filhos, eu criei eles, pra eles também verem lá na frente a felicidade (Berenice).

A análise do depoimento de Berenice permite afirmar que o comportamento violento de Bartolomeu, demonstrado durante a fase do namoro, continuou ao longo do período que conviveram maritalmente. As discussões que precediam as violências, frequentemente, envolviam a discordância deles em relação às vestimentas de Berenice. Ela relatou que seu gosto por “andar arrumada” incomodava-o. Quando a via sair “arrumada”, acusava-a de ter outro relacionamento.

No início do casamento, Berenice e Bartolomeu ficaram “separados uma vez”. Esse rompimento foi motivado por uma tentativa de homicídio. Segundo Berenice, ele a empurrou em direção a um carro em movimento. Por causa disso, ficaram separados durante um mês, mas decidiram reatar o relacionamento depois de promessas feitas por ele de que iria “mudar” e parar de “beber”.

No segundo ano de casamento, Berenice engravidou novamente e, dois anos depois, teve a terceira gestação. Sua terceira filha, de acordo com Berenice, nasceu com um problema de saúde, que requereu idas frequentes a médico e hospital. Ela disse ter perdido

oportunidades de ingressar no mercado de trabalho para cuidar da filha. Bel, por sua vez, faz o seguinte depoimento acerca desse evento:

Eu era uma criança sadia, apesar de ter problemas nas costas, mas eu melhorei. Ia muito para o hospital, minha mãe fez acompanhamento comigo, mas eu nunca deixei de aproveitar nada por causa de saúde (Bel).

Após o casamento, quando as/o filhas/o eram crianças, além das violências físicas e psicológicas, Bartolomeu passou a cometer também a violência sexual e patrimonial contra Berenice, obrigando-a a se envolver em práticas sexuais indesejadas e controlando de maneira arbitrária a renda familiar. A primeira violência sexual sofrida foi lembrada por Berenice da seguinte maneira: “eu não queria ceder, pedia para ele parar. Depois eu queria ir para o hospital, sentia muita dor, dor, mas ele não deixava. Só não me senti estuprada mesmo, porque não era um homem estranho”. Além de sentir-se obrigada a ceder aos desejos do companheiro, Berenice guardou isso em segredo. Sobre essas violências, Berenice afirmou: “nunca cheguei a falar para os meus filhos, para os outros, é chato”.

Cabe ressaltar que, quando as/o filhas/o de Berenice ainda eram crianças, ela recebeu orientação para procurar auxílio médico a fim de tratar de sua saúde física e mental. Segundo ela, “um dia levei meus filhos no médico e ele disse que eles não tinham nada, que era eu que tinha, que tava precisando me cuidar”. Diante disso, ela procurou auxílio médico, que receitou um medicamento psicotrópico, do tipo antidepressivo.

A infância e a adolescência de Bel, de sua irmã e de seu irmão foram marcadas por “puxões de cabelos” da mãe que, às vezes, “batia por nada”. Esse relato de Bel, quando analisado à luz da história de vida e de violências narrada por Berenice, nos permite apontar a transgeracionalidade da violência entre as mulheres dessa família. A mãe de Berenice “batia”

nela, quando “vinha com o sofrimento” por causa do marido, e Berenice, depois das “brigas”, batia nas/o filhas/o.

Costa e Ribeiro (2008) apontam ser frequente encontrar a transgeracionalidade da violência em famílias que utilizam a força física como prática educativa das/os filhas/os. Em pesquisa desenvolvida pelas autoras, foi verificado que pais que usavam castigos violentos na educação das/os filhas/os diziam terem sido corrigidos da mesma maneira por seus pais e que não haviam aprendido outra forma de educar. Isso indica a transmissão geracional da violência, a qual pode ser rompida caso haja reflexão sobre este legado à família e a busca de novas formas de educar. Berenice não havia passado por tal processo e afirmava a importância da educação recebida da mãe e oferecida por ela:

Eu não me arrependo de ter sido uma mãe ruim para eles [filhas e filho] (Berenice).

Eu falo para minha mãe: Oh, eu não tenho dó, não tenha dó de ter batido em mim, porque a senhora me ensinou a ser mãe (Berenice).

Bel relembra a infância e a adolescência marcadas pela presença do uso de álcool pelo seu pai. Bel disse que se incomodava e ficava com vergonha dele pois, “andava combaleando”. Relatou que nunca ficou com medo quando ele estava sob efeito de álcool. Para ela, o pai “bebia bastante”, mas era “normal”. Contudo, informou que o uso de álcool era frequente e que, algumas vezes, o pai faltava ao trabalho porque havia bebido demasiadamente. Depois que o pai se submeteu a um tratamento em uma clínica de desintoxicação, parou de ingerir “bebida quente” e o uso de álcool “nem se compara a antes”.

Berenice acredita que Bartolomeu é violento em decorrência da bebida e por ele ser uma pessoa “ruim”. Bel atribui a maior intensidade das “brigas” ao uso de álcool feito por Bartolomeu, mas admite que o álcool apenas potencializava o desejo prévio de “brigar”. A

não responsabilização do agressor, mediante a transferência para o álcool, contribui para que ele não (re) pense suas atitudes (Soares, 2005).

A análise dos motivos apresentados por Bel e Berenice para as piores “brigas” confirma a hipótese de Walker (2009) de que as diferenças de percepções quanto às regras para os sexos podem ser motivadoras de violências entre os casais.

Eu acho que essas divergências são mais por causa da minha mãe do que pelo meu pai. Eles pensam um pouco diferente, meu pai é muito família e minha mãe não tem esse perfil [do pai querer que a família seja tradicional] e isso gera muitas brigas (Bel). Meu pai é militar, então ele é cheio de regras, acha que dez horas tem que tá em casa. Meu pai é muito certinho, só vai fazer B depois de fazer A. Minha mãe não, ela é mais aberta às mudanças, às coisas diferentes. E isso acabava dando em brigas, um xingar o outro, culpar o outro (Bel).

Quando as coisas de casa não estavam feitas, ele falava pra mim que minha comida nem cachorro queria comer (choro) e jogava tudo no chão (Berenice).

Mãe e filha, todavia, não mostraram ter consciência sobre as relações entre os papéis de gênero, suas prescrições e as violências conjugais. A filha Bel legitimava as reclamações do pai e desaprovava os comportamentos da mãe, que eram incompatíveis com o que tinha como ideal de mãe. Berenice acreditava que não deveria ser tratada da maneira como era pelo companheiro, pois não era “prostituta”. Era mãe e fazia seu papel. Como afirma Ravazzola (2005), o princípio de desigualdade hierárquica fixa dificilmente é questionado nas famílias, tendo em vista que a ideia do homem como o chefe e detentor do domínio familiar é bastante naturalizada.

Berenice relatou que, diante das violências sofridas, dormia e acreditava que Deus poderia mudar o comportamento do marido:

Se eu dormisse, eu estava fugindo daquilo, era o meu refúgio. Eu fugia daquilo dormindo (Berenice).

Eu falava: Deus, o que está acontecendo? Me dá uma solução, me dá uma resposta, uma lado pra eu poder sair, disso aqui, mas ele não queria que eu saísse dali (Berenice).

Era frequente também o silêncio como forma de evitar que ela sofresse agressões. Diniz e Pondaag (2006) apontam que muitas mulheres em situação de violência utilizam como forma de enfrentar as violências o calar, o falar pouco e o ouvir.

Se eu respondesse o que ele estava falando, eu não estava aqui com você (Berenice).

Durante a adolescência das/o filhas/o do casal, as violências físicas, psicológicas, sexuais e patrimoniais de Bartolomeu contra Berenice continuaram a ocorrer. Nesse período e início da idade adulta de Bel, era presente, também, a rivalidade materna. Bel relatou que ela e sua irmã viam a mãe como “alguém que queria competir” com elas. Acredita que elas tinham “regalias” com o pai, como “poder passear e ir para faculdade”. Como a mãe não tinha permissão para fazer tais coisas, na opinião de Bel, ela “ficava com raiva” das filhas e por isso “até atrapalhava”. O pai defendia as filhas e usava de violências contra Berenice. Tal relato mostra que a hierarquia de gênero presente nas famílias prejudica não somente as relações entre mulheres e homens, como também as relações entre as mulheres.

Podemos destacar uma similaridade na forma de Bartolomeu se comportar na conjugalidade e na coparentalidade, que é definida na literatura como a maneira como ocorre a divisão dos papéis parentais (Frizzo, Kretz, Piccinini & Bosa, 2005). Quando haviam problemas na relação conjugal, ou diante das divergências a respeito da criação das filhas e do filho, Bartolomeu era violento. Ele e Berenice não entravam em acordo sobre aspectos da



educação e, diante disto, Bartolomeu a desautorizava e não sustentava suas decisões. Também utilizava violência física e psicológica para inibir ações dela para com as filhas e o filho.

[Ela falava para ele] O dia que eu estiver falando, brigando com eles você não da nenhuma palavra, o dia que eu ver você passando lição pra eles eu também não dou nenhuma palavra (Berenice).

Ele discordava do que eu falava, e eles [filhas e filho] vinham todos em cima de mim (Berenice).

Ele pode estar erradíssimo, mas eu falo que ele é o certo (Berenice).

Eu falava que ele tava comprando os filhos, que ninguém gosta dele, que era só pelo dinheiro (Berenice).

A coparentalidade não envolve necessariamente a ausência de conflitos. Todavia, é possível que “negociem suas discordâncias, concordando em manter um bom nível de apoio coparental” (Frizzo et al., 2005, p. 88). É possível que o casal tenha objetivos comuns para com as/os filhas/os e una-se para desempenhar suas funções de modo compartilhado, sem depreciar ou desautorizar o outro, a fim de proporcionar um ambiente emocional favorável ao desenvolvimento delas/es. (Frizzo et al., 2005). Todavia, Giana Frizzo et al. (2005) cita estudo que sugere que problemas na coparentalidade ocorrem frequentemente nas relações conjugais violentas. O relacionamento conjugal afetaria o modo como é exercida a coparentalidade, que, por sua vez, influencia a relação parental da mãe e do pai com as/os filhas/os.

De acordo com Berenice, “eles [o filho e as filhas] nunca presenciaram as agressões sofridas por ela, mas escutaram algumas brigas”, o que indica que elas e ele presenciaram estes eventos. Relatou que o companheiro tinha técnicas para agredir de forma que não

ficassem marcas: “ele me agride nos pés, mãos, ele é militar, não vai machucar para os outros verem, não fica marca na mão, em outro lugar fica”.

Sobre o relacionamento conjugal de Berenice e Bartolomeu, Bel afirmou que era marcado por “brigas” e que “eles brigavam mais do que o de costume”, tendo como referência outras famílias. Eles “não vêem os conflitos como algo comum, eles ficam um pouco com raiva” e que as diferenças e problemas sempre geravam “brigas”. Para Bel, a tradução das “brigas” ocorridas na relação parental, enquanto fenômeno de violência conjugal, ocorreu somente quando a mãe fez a primeira ocorrência policial.

Eu achava que agressão era só física, tanto que minha mãe entrou com caso da Maria da Penha contra o meu pai na separação. Aí a gente pensou ‘meu pai nunca bateu na minha mãe’ e depois descobri que agressão também é verbal (Bel).

A Lei 11.340 - Lei Maria da Penha - faz uma tipificação dos atos que são considerados violência. O que Bel chama de “violência verbal” poder ser enquadrado na situação de violência psicológica descrita pela lei. Essa forma de violência engloba ações como insultar, humilhar, desvalorizar, fazer chantagem, ridicularizar, manipular afetivamente, ameaçar, restringir a liberdade e fazer críticas pelo desempenho sexual (Brasil, 2006). Alguns desses atos podem ser identificados nas falas de Berenice e de Bel sobre o relacionamento conjugal do casal parental:

Meu pai inventava coisa da minha mãe, minha mãe inventava coisa do meu pai (Bel).

Então tinha muita agressão verbal, um xingava o outro, mas nunca quebrava nada não (Bel).

Ele falava que ia me desfigurar todinha, que nem o IML iria me reconhecer (Berenice).

Ele falava assim: quando passar um ônibus entra na frente, quando subir em um prédio, pula lá de cima (Berenice).

Toda a vida eu tive isso, essa ameaça, até hoje eu tenho (Berenice).

Eu me arrumava muito e ele nunca aceitou eu me arrumar (Berenice).

Relatos de Bel e Berenice mostram que as filhas e o filho consideravam que as brigas excediam o limite “normal” e pediam à mãe para tomar alguma providencia para mudar o ambiente familiar. Elas/e diziam que não era “necessário aquilo” e “eles precisavam passar por aquilo”. Embora não reconhecessem como violências as suas experiências familiares, consideravam que as “brigas” deveriam cessar.

A análise do depoimento de Berenice permite afirmar que, para justificar para as/o filhas/o sua permanência no relacionamento conjugal, ela apontava os ganhos que elas/e tinham com aquela situação: condições de estudar, ter a casa limpa e uma família. Tais argumentos, eram de certa maneira, aceitos, mas, ao longo dos anos, as/o filhas/o começaram a exigir o rompimento do casamento. De acordo com o relato de Berenice, elas diziam que “[ela] não precisava aguentar aquelas humilhações”, “que era para tomar vergonha e separar”, “que quando crescessem não iriam passar por aquilo, suportar as coisas que [ela] agüentava”. Diante disso, ela deixou de oferecer os “ganhos” para as/o filhas/o (arrumar a casa, lavar roupa) e isto foi relatado por Bel como experiência de abandono e irresponsabilidade da mãe.

Segundo Bel, “as brigas sempre existiram, mas que teve uns acontecimentos que pioraram”. Ela relatou que a mãe estava envolvida em um processo movido por ela contra uma pessoa que a havia insultado. Na ocasião, ninguém da família foi informado disso e ficavam sem entender aonde Berenice ia, quando comparecia às inúmeras audiências de que teve que participar. Bartolomeu entendeu que os “sumiços” dela significavam que ela o estava

traindo. Para Bel, a mentira da mãe causou inúmeras brigas e, em decorrência das discussões, a separação do casal.

Na perspectiva de Berenice, a decisão de “colocar fim no relacionamento” ocorreu após sofrer o que ela considera a pior violência ocorrida durante todo o relacionamento. Bartolomeu cometeu violência sexual e psicológica. Além de ter sido submetida a práticas sexuais contra a sua vontade, sofrido violências físicas e ameaçada de morte, Bartolomeu afirmou que iria matá-la com a ajuda do filho. Em sua opinião, a ameaça da participação do filho foi a pior violência psicológica sofrida por ela. Uma hipótese para isso é que, com esse fato, ela começou a questionar a importância de seu projeto de vida de criar as/o filhas/o para ser feliz, sonho este que, segundo ela, a fazia postergar a separação.

Depois disso, ela procurou auxílio no Fórum da Cidade e foi encaminhada à “Casa Abrigo”, mantida pelo Estado com a finalidade de receber mulheres que vivenciam relações conjugais violentas e estão com suas vidas em risco. As filhas e o filho não estavam em casa, ficaram três dias sem saber do paradeiro da mãe e foram informados da ocorrência policial feita pela mãe, quando a “justiça tirou o pai de casa” e a mãe retornou. Segundo Bel, elas/e se sentiram traídas/o e consideraram que não era necessário fazer tal denúncia. Atualmente, Berenice e Bartolomeu estão separados, mas ele tem acesso à residência dela e com frequência destrói papéis que ela recebe do Fórum.

O Quadro 5 mostra as violências conjugais vividas e os eventos de vida significativos para Berenice e Bel, situados ao longo do ciclo de vida da família B.

Ciclo de vida familiar	Tipos de violência sofrida	Outros eventos de vida concomitantes
- Jovem Solteira - Década de 1980	Violências psicológicas Violências físicas	Mãe de Berenice pedia que ela fizesse as vontades de Bartolomeu. Tentativas de romper relação. Engravidou do primeiro filho. Ameaças de suicídio por parte de Bartolomeu.
- Família com crianças pequenas - Década de 1980	Violências psicológicas Violências físicas Violências sexuais Violências patrimoniais	Doença de Bel. Início do uso de medicamento psicotrópico. Berenice “descontava” o sofrimento nas/o filhas/o. Afastamento do casal por 1 mês.
- Família com filhas/os adolescentes - Década de 1990	Violências psicológicas Violências físicas Violências patrimoniais	Rivalidade entre mãe e filhas. Uso de medicamento psicotrópico.
- Família na meia idade e com filhas/os seguindo seus caminhos - Década de 2000	Violências psicológicas Violências físicas Violências sexuais Violências patrimoniais	Uso de medicamento psicotrópico. Filhas exigem a separação. Nascimento do primeiro neto. Ocorrência Policial de agressão. Ida para “Casa-abrigo”. Saída de Bartolomeu de casa. Separação do casal. Saída das/o filhas/o de casa. Retorno à condição de “namorada”. Acesso de Bartolomeu à casa de Berenice.

#### Quadro 5: Violências, período de ocorrência e eventos de vida na família B

Berenice ao longo do ciclo de vida de sua família sofreu diversos tipos de violência. As violências físicas eram: empurrões; ser jogada com força contra a parede e contra carro em movimento; surras; espancamento; ser segurada com força; receber tapas na face; levar murros; levar chutes na barriga; ter sua cabeça batida contra a parede e ser atacada com objetos arremessados contra ela. As psicológicas envolviam ser ameaçada com e sem arma de fogo, faca e pedaço de madeira; receber xingamentos, insultos, humilhações; ser trancada em casa; receber críticas pelo desempenho sexual; ter a liberdade de sair e ter amiga restrita. As sexuais podem ser resumidas em ter sido obrigada a envolver-se em práticas sexuais

indesejadas e as patrimoniais estão relacionadas à destruição de seus pertences e à gestão arbitrária da renda familiar por parte do agressor.

Tendo em vista as histórias de vida e de violência de Berenice e Bel, discutiremos, a seguir, as repercussões das experiências de violência conjugal nas saúdes mentais da mãe e da filha, a partir de suas percepções.

#### **4.2.2. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental**

Para Berenice, “o sistema nervoso abala com as violências”. Ela relatou vários sintomas que indicam repercussões da violência conjugal em sua saúde mental. Na época em que as violências eram mais intensas, ela informou viver com medo; dificuldade de concentração; depressão; vômitos após comer; dificuldade para continuar a realizar atividades que gostaria. Diante de situações de perigo e risco de morte em decorrência das violências, acreditava que nada poderia ser feito para mudar sua situação. Descreveu também que “dormia e não descansava”, às vezes dormia muito ou não dormia, que sofria muito e que fazia uso de medicamento psicotrópico, do tipo antidepressivo, para diminuir tais sintomas.

Eu dormia, mas meu corpo não descansava, tinha a minha ansiedade, a minha depressão (Berenice).

Quando eu comia, eu vomitava (Berenice).

Ele falava que era pra eu pular da torre, mandava eu fazer isso tudo, aí passei ter medo de altura (Berenice).

[Tive] Sabe aquela coisa que você está lutando para conseguir resolver, você quer resolver e saber que você não dá conta de conseguir dar um passo. Se você der

aquele passo, você vai desmaiar, aí eu sentia que ia desmaiar, e se eu voltasse não sabia onde estava (Berenice).

Eu precisei mais do remédio porque a violência continuou (Berenice).

Berenice também informou que era “ansiosa” e “viveu crises de falta de ar acompanhada com a sensação de que iria morrer”. Teve desmaios frequentes. Isso acontecia quando “todo mundo saía de casa”, porque lembrava que as piores agressões haviam ocorrido e poderiam ocorrer quando as/o filhas/o saíam. Destacou que “tinha ficado com medo de altura” e relaciona isso ao fato de que Bartolomeu sempre ameaçava jogá-la de locais altos, como prédio, e já tinha tentado empurrá-la na frente de um carro em movimento.

Berenice disse que todos esses sintomas a incomodam, entretanto considera que não são os “piores”. Para ela, as repercussões das violências conjugais que foram mais duradouras e mais prejudiciais para sua saúde mental incluem: a diminuição da autoconfiança e autoestima; a “insegurança, de deitar com outro homem, ter um amor por outro homem”; a “vergonha de olhar no espelho”, não estando satisfeita com seu corpo.

Os sintomas descritos por Berenice, quando avaliados em conjunto, sugerem que ela pode ter apresentado algum tipo de transtorno relacionado ao estresse, por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático. No CID – 10 (1993), o transtorno de estresse pós-traumático é descrito como relacionado a episódios de medo e pânico desencadeados por estímulos que lembrem o evento traumático.

Cabe ressaltar que o surgimento do medo e do pânico, em situações que lembrem as violências, da ansiedade, da depressão, das queixas somáticas, da alteração na percepção sobre a eficácia para controlar o que acontece com ela e das dificuldades com o próprio corpo, é descrito por Walker (2009) como sintoma da síndrome da mulher maltratada. Outros sintomas dessa síndrome identificados na história de vida e de violência são: entorpecimento

emocional e evitação comportamental expressos por meio da minimização da gravidade da situação de violência vivida e o caráter disruptivo da relação conjugal marcada por imprevisibilidade das reações do companheiro e a presença de humilhações frequentes, que são formas de manipulação e uso do poder pelo agressor.

As percepções de Berenice indicam que a violência psicológica pode deixar marcas profundas nas mulheres. Ela manifestou que “as agressões de palavras são as piores, ficam marcas, o médico me passou remédio” e que, desde 1994, faz uso de medicamento psicotrópico, do tipo antidepressivo. Não é possível, contudo, sustentar que as repercussões em sua saúde mental estejam relacionadas apenas a violência psicológica, uma vez que esta era frequentemente acompanhada de outros tipos de violência.

No questionário demográfico, nas questões sobre o uso de serviços de saúde e motivos para tal, Berenice relatou que Bartolomeu não quer que ela use o convênio médico da família, embora ele pague todo mês, e que, por isto, tem procurado a rede pública de saúde. Ela faz consultas frequentes com médico psiquiatra e reconhece que está em processo de superação dos danos à sua saúde mental.

Minha saúde está mais para melhor do que para pior, está uns 75% boa, ruim 25%.

Ainda não consegui separar totalmente, a gente sai, tem aquelas coisas de casal (Berenice).

Durante as entrevistas, Berenice também demonstrou que sente que está se recuperando e que os sintomas descritos por ela não têm se apresentado com a mesma frequência e intensidade. É importante ressaltar que Berenice está sendo acompanhada por profissionais da psicologia e do direito no “Projeto Maria da Penha” e fazendo uso de medicamentos psicotrópicos.



Berenice ainda mantém contato com Bartolomeu e ainda sofre as seguintes violências conjugais: ameaças de morte, destruição de objetos pessoais, restrição do usufruto de bens. Tais violências ocorrem, principalmente, quando ela demonstra para ele que não sabe se quer voltar a morar com ele ou se discorda de alguma ideia apresentada por Bartolomeu. Ela não reside na mesma casa que Bartolomeu e está “separada judicialmente”, mas informou que “namoram de vez em quando”, pois prefere manter relações sexuais com ele do que com outros homens.

Os danos à saúde mental de Berenice podem estar relacionados ao isolamento dela, pois afirma não ter mais uma família para conversar e ressentir-se por suas filhas e filho não residirem com ela. Ela acredita que o pai tenha “comprado” as/o filhas/o, pois Bartolomeu não financiaria os estudos das filhas se ficassem com a mãe. Bel relatou que o motivo maior de ter escolhido morar com pai foi:

Se a gente se estressava um pouquinho com ela, ela já dizia: vai ficar com se pai! Então eu fui ficar com meu pai. Porque ele é mais tranquilo na convivência. Porque uma hora ela está bem, outra hora ela estava mal e outra hora ela quer te mandar embora (Bel).

Benetti (2005) pontua que a lealdade com os pais coloca as/os filhas/os em uma posição de escolher se defende a vítima ou o agressor. Tal fato pode ocasionar divisões internas na família. Essa divisão na família de Berenice pode ter relação com as inconstâncias presentes no relacionamento do casal, com as repercussões das violências na saúde mental de Berenice e com o poder aquisitivo do pai.

Bel não tem a real dimensão dos danos à saúde mental ocorridos ao longo do relacionamento conjugal violento. Acredita que sua mãe não sofreu “tanto” com a separação, pois “parecia certa disso”. Sobre os períodos em que os pais estavam casados e em que a mãe

sofreu “mais”, ela disse que a causa do sofrimento psíquico foi porque sua mãe era “sentimental”.

Ela também identifica um adoecimento mental pré-existente e que as violências “só acentuavam mais” o adoecimento prévio. Bel acreditava que sua mãe era “bipolar”, pois “uma hora está bem com a gente, outra manda ir embora”; fator este decisivo para optar por morar com o pai. Não temos dados suficientes para confirmar esse diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, que envolve alterações abruptas entre sintomas depressivos e de manias. Os relatos indicam períodos de diminuição dos sintomas de humor deprimido, bem como momentos em que problemas familiares levavam a atitudes abruptas que podem ser interpretadas como mania.

Bel e a mãe acreditam que Berenice tenha uma “predisposição” ao adoecimento mental, herdado da família de origem que era “perturbada” e tinha pessoas com supostos transtornos mentais. Isso revela a influência dessas ideias para a avaliação dos eventos de vida. Para Michael Nichols (2007, p. 335), as histórias que contamos a nós mesmos são poderosas porque determinam o que percebemos, lembramos e, portanto, como enfrentamos o futuro. Ao longo de sua vida, Berenice relaciona-se com as pessoas sempre reafirmando essa idéia de ter herdado uma predisposição a adoecer e isto influenciou a percepção da filha sobre ela. Também contribuiu para a culpabilização de Berenice pelas violências sofridas.

Eu tenho certeza que nós [ela e as/o irmãs/ão], todos nós lá em casa temos um pouco de perturbação que pode ser uma coisa mental e que é porque meu pai teve a meningite. Essa coisa pode influir nessa vida que eu levo até hoje e eu falo isso com elas [filhas]. Tenho esse desequilíbrio mesmo. (Berenice).

A culpabilização de Berenice e a minimização das violências podem ter contribuído para a manutenção da familiar, sem haver o questionamento dos comportamentos. Esse

argumento ganha força ao analisarmos as relações familiares após a denúncia, quando a violência tornou-se pública e houve a intervenção do Estado. As filhas e o filho de Berenice, segundo exposto por ela, a acusaram de estar errada e legitimaram a ação do pai:

Aí, foi outro sofrimento, primeiro com pai, depois com meus três filhos, não foi só um não. Foram os três. Meu filho quase me deu um murro, ele só não me deu um murro, porque minha menina tirou, ele estava com tanto ódio (Berenice).

Ele [o filho] falou assim: sabe que essa casa não é do meu pai, eu quebro sua cara agora, eu quebro sua cara agora, meu pai falou que ia matar a senhora e nós íamos jogar a senhora no rio, não sei porque que ele não fez e me ligou que eu estava aqui com o carro (Berenice).

Meus filhos falaram: mãe é a senhora que tem que ir pra cadeia, não é meu pai não (Berenice).

Na percepção de Berenice, as violências conjugais afetaram, principalmente, seu filho Bruno. Ela acredita que ele sofreu muito com as ameaças de morte feitas por Bartolomeu a ela, e esta situação foi responsável por dificuldades escolares dele, levando-o ao fracasso escolar. Esse resultado contrasta com o da pesquisa anterior de Patrícia Brancalhona, José Fogo e Lúcia Williams (2004), na qual não foi identificada divergência no desempenho escolar de crianças expostas à violência conjugal e não expostas. Entretanto, está de acordo com resultados de Carloto e Calão (2006), que identificaram que a violência conjugal está relacionada a dificuldades escolares.

Consideramos que as dificuldades escolares podem estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que incluem a avaliação do professor e familiares, as práticas e estratégias educacionais, bem como o estado emocional da pessoa. Nesse sentido, podemos levantar a hipótese de que as repercussões da violência conjugal na saúde mental de Bruno

possa estar relacionadas a outros fatores além da violência conjugal, contribuindo para a produção das dificuldades escolares.

Berenice considera que Bruno aprendeu a ser violento. Ele é violento no relacionamento com sua namorada e mãe de seu filho, fato que aponta para a transgeracionalidade da violência.

[Ele tinha] preocupação comigo, meu menino chegava em casa, ele matava aula, chegava e perguntava: pai, cadê minha mãe? Cadê minha mãe? Então, quer dizer, tinha medo de chegar e me achar morta (Berenice).

Ele [Bruno] é bravo com a mulher dele, ele bateu na mulher, deu chute na perna dela, que ela me mostrou que estava roxo (Berenice).

Por outro lado, Berenice avalia que a saúde mental de suas filhas Bel e Betânia não foi “tão afetada”, pois elas conseguiram alcançar os objetivos de estudar e obter certificação para exercer uma carreira profissional, mesmo tendo sofrido muito. Seu relato indica que, nos momentos em que os conflitos conjugais eram mais intensos, tais experiências repercutiram na saúde mental de Bel e Betânia, assim como na de Bruno, provocando ideação suicida.

Choravam [as/o filhas/o], porque ele dizia que ia me matar (Berenice).

Falam, até hoje elas falam, falam em morrer, suicidar, bater o carro (Berenice).

Na percepção de Bel, os conflitos conjugais vividos pelos pais não tiveram muitas repercussões em sua saúde mental. Todavia, ela relata que ficava preocupada, ansiosa e com medo do que pudesse acontecer.

Afetou um pouco. A gente estando no meio, de certa forma, acaba atingindo. Você acaba ficando preocupada (Bel).

Vinham brigas, que geravam ameaças, você fica mais preocupada (Bel).

Ficava preocupada, mas minha saúde era boa (Bel).

O que mais lhe causou sofrimento, na avaliação de Bel, são as “brigas” que ela mesma tem com seus familiares. Tais “brigas” têm, com frequência, relação com os conflitos conjugais, como discutido anteriormente, o que fornece indícios para a relação entre seu sofrimento psíquico e as experiências de violência conjugal de sua mãe.

Bel acredita que está se sentido melhor atualmente do que no passado. Sua saúde está “mais para melhor do que para pior”, não estando excelente, pois ainda “tem preocupações familiares”.

A partir da análise dos relatos de Berenice e de Bel sobre saúde mental, ao longo de suas vidas, e de suas percepções sobre as repercussões das violências conjugais, podemos defender que as experiências de violências conjugais foram fator de risco para a saúde mental delas. Discutiremos a seguir dimensões da saúde mental de Berenice e Bel, levando em consideração outras experiências que foram fator de risco para a saúde mental delas. Também discutiremos os fatores que foram de proteção da saúde mental ao longo de suas vidas.

#### **4.2.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental**

A violência conjugal foi um grave fator de risco para a saúde mental de Berenice. Esse fator, todavia, interagiu com outros fatores de risco e de proteção ao longo de sua vida, sendo eles de natureza social, ambiental, econômica, individual e familiar. As violências sofridas em casa durante a infância e adolescência e a ida para o abrigo na infância colocaram Berenice numa situação de culpabilização, na qual ela duvidava se era merecedora de afeto. Na infância, o retorno para morar com a mãe e irmãs/ãos em um “barraco” para “cuidar deles”, porque sua genitora precisava de ajuda nas atividades domésticas para poder trabalhar impactou toda a vida adulta.

A pobreza, como já verificado em estudo de Oliveira (2007), expõe meninas à vulnerabilidade, ao adoecimento mental, na medida em que, nessas condições, frequentemente, elas ficam sobrecarregadas, assumindo as atividades domésticas e a função de mãe das crianças menores de sua família, o que pode representar desafios ao seu desenvolvimento. Não era a falta de dinheiro que representava em si risco para a saúde mental, mas os processos e dificuldades presentes nesse ambiente de privação (Rutter, 1999).

A pobreza continuou sendo fator de risco para a saúde mental de Berenice durante a vida adulta. O desejo de deixar aquela situação de privações contribuiu para a manutenção do seu relacionamento com Bartolomeu mesmo “sem querer”.

Então ele prometia isso tudo e, quer dizer, eu já era pobre, morava com minha mãe, vamos seguir (Berenice).

Berenice não realizava trabalho remunerado, seguindo a divisão tradicional de papéis: mulher no âmbito privado e homem no público. Ela, que teve a oportunidade de se tornar funcionária pública, orgulhava-se de ter desistido desse emprego para dedicar-se à família. Na percepção dela, esta foi uma escolha sua e do companheiro. Todavia, a visualização de que seu companheiro restringia seu acesso aos recursos financeiros da família e utilizava o controle dos gastos com as despesas domésticas para humilhá-la foi fonte de intenso sofrimento psíquico, ao longo de seu relacionamento. Bartolomeu não lhe dava “dinheiro nem para a casa”, dizia que “tava gastando o dinheiro da feira para pagar motel para homens”, e isto, para ela, era sinal de que ele não reconhecia seus esforços como mãe e mulher.

Eu pensava que ia viver outra vida [ao casar com ele e sair da pobreza] (Berenice).

A falta de apoio da mãe e o seu isolamento social, durante o namoro e casamento, foram fatores de risco para sua saúde mental. Segundo Berenice, ouvia da mãe: “ruim com

ele, pior sem ele”. Sua mãe, educada e socializada de acordo com as prescrições de gênero, através da violência simbólica, incorporou tais normas de gênero. Assim, legitimava o assujeitamento de Berenice aos desejos e demandas de Bartolomeu, não questionando a submissão à violência enquanto destino das mulheres. Essa ausência de legitimação do sofrimento psíquico, a necessidade de romper com as violências sofridas por parte da mãe e a falta de outras pessoas que pudessem colaborar com a superação destas violências contribuíram para que Berenice continuasse na relação conjugal e intensificaram seu sofrimento.

Ele tinha gente pra conversar e eu ficava dentro de casa, ali naquela solidão

(Berenice).

Eu guardei isso pra mim (Berenice).

A crença de que a mulher deve ser submissa ao marido e só deve envolver-se em relações sexuais com ele pode ser considerada fator de risco para sua saúde mental, pois faz com que ela continue se relacionando com Bartolomeu. Assim, fica sujeita a violências psicológicas e a sofrimentos e permanece diante do dilema da separação/não separação. Manter o vínculo conjugal e exercer a sexualidade somente no âmbito do casamento são construções de gênero. Tais ideias, presentes nos discursos de mulheres em situação de violência conjugal, relacionam-se a valores patriarcais, que envolvem o direito sexual do marido sobre a mulher que é filha de outro homem.

Eu sou mulher, ele é homem, eu prefiro ter relação com ele do que sair procurando

(Berenice).

O projeto de cuidar e o cuidado dispensado as/o filhas/o assumiu função de risco e de proteção para saúde mental ao longo de sua vida. Rutter (1987) afirma: é mais importante saber se a pessoa percebe algum evento como adversidade do que saber qual tipo de evento

adverso ela viveu. O projeto de Berenice de cuidar das/o filhas/o, embasada na sua responsabilização por esta tarefa, e sua ocupação com isto a protegiam de adoecimentos maiores.

Sempre eu tive isso, no casamento eu era assim, eu só não estava fadigada e com falta de ar, porque meus filhos, eu tirava esses pensamentos e cuidava dos meninos (Berenice).

Todavia, o projeto de cuidar das/o filhas/o fez com que ela usasse estratégias que a mantiveram na situação de estresse relacionada à violência. Esse projeto de vida também foi percebido como situação adversa na medida em que constatava que as/o filhas/o não reconheciam seu esforço pra cuidar delas/e.

O apoio profissional de funcionários da Delegacia de Policia, com quem Berenice estabeleceu relações, também se relaciona a risco e proteção da sua saúde mental. Quando esse apoio era inadequado, a deixava em situação vulnerável e sem vislumbrar saída para sua situação de sofrimento. Ela percebia que os profissionais a culpavam pelas violências e desmereciam suas experiências. Por outro lado, quando o apoio profissional, segundo ela, foi adequado, contribuiu para que vislumbrasse a possibilidade de uma vida sem violências conjugais.

Isso [culpabilização da mulher pelas violências] mudou quando eu fui lá na delegacia das mulheres (Berenice).

O apoio profissional é um fator a ser ressaltado. Berenice indicou as/os médicas/os, que consultou ao longo dos anos de relacionamento conjugal, como pessoas importantes para seu processo de superação das adversidades. Elas/es a ajudaram a perceber que a violência conjugal estava tendo repercussões na sua saúde física e mental. Também informaram sobre a existência da Lei 11.340 - Maria da Penha.



O médico perguntava: o que foi? Eu falava: meu marido... O médico falava: tem a lei das mulheres, a senhora não precisa passar por isso não, uma mulher tão bonita (Berenice).

Também destacou a importância do Ministério Público e de profissionais da Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher. Outro auxílio recebido que considerou relevante foi o atendimento de psicólogas e advogadas do “Projeto Maria da Penha” desenvolvido no Núcleo de Práticas Jurídicas da UnB.

Ajuda da promotora do fórum, foi a primeira que tive para sair da situação de violência conjugal] (Berenice).

Vocês [profissionais do “Projeto Maria da Penha”] também me ajudaram como muitos estão me ajudando, o trabalho está me ajudando muito (Berenice).

A espiritualidade foi outro fator de proteção da saúde mental de Berenice. A crença em Deus a confortava e auxiliava a vislumbrar a possibilidade de um futuro melhor. Era também a Deus que ela recorria quando, em momentos de pânico, pensava em matar o marido.

Eu tinha uma mensagem muito bonita que vinha na minha mente, uma mensagem muito otimista de paciência, perseverança: você vai vencer, você vai vencer, não joga pro alto, você vai vencer, eu [Deus] estou contigo (Berenice).

Eu tinha vontade de tirar a vida dele, mas eu me apeguei tanto a Deus. Quando eu pegava a faca para partir uma carne e via ele de costas... (Berenice).

Outro fator de proteção da saúde mental de Berenice foi pensar em seus projetos para o futuro formulados após a separação e que oferecem alternativas aos projetos antigos. Embora ainda esteja presa aos papéis de gênero estereotipados, ela demonstra vislumbrar outras fontes de prazer além da maternidade e do casamento.

Eu tenho vontade de ir ao cinema, sair, construir uma vida diferente, cinema, participar das coisas boas. Isso é que eu quero. Esse é o meu objetivo, estudar, não parar no tempo, me ocupar o máximo que eu puder (Berenice).

Na perspectiva de Berenice, ela teve papel fundamental na proteção da saúde mental das filhas. O desejo de proteger e a proteção ofertada por Berenice às filhas/o, a fim de evitar que elas/e sofressem com as violências conjugais ocorridas na família, e o incentivo para que mantivessem seus projetos de vida de estudar foram por muitos anos fatores de proteção para a saúde de Bel.

Porque quando minhas filhas começavam a sentir o que eu estava sentindo, eu secava as lágrimas delas e falava pra elas: você é uma mulher forte, você não tem nenhum problema de saúde, eu tratei de você até o dia que eu pude levar você no hospital, você não vai chorar mais, a partir de agora, você não chora por mais nada na vida, você vai passar por cima de tudo” (Berenice).

Eu sei que elas venceram por mim e por causa delas também, que esforçaram e queriam estudar, ser alguém (Berenice).

Bel não vê dá a mesma ênfase a atuação da mãe. Ela considera que os principais fatores de proteção da saúde mental dela são os cuidados dispensados a si mesma e a ocupação com seus estudos e trabalho. Esses fatores além de contribuírem para seu bem estar, a deixam “ocupada” e longe das “preocupações”.

Estou cuidando mais da minha saúde (Bel).

Agora que estou mais ocupada, eu engordei, estou cuidando mais da minha alimentação, dando prioridade para mim (Bel).

Foi fator de risco, para Bel, as violências físicas que sofria da mãe, causando-lhe sofrimento. Também foi experiência de risco a separação dos pais. As consequências da

separação dos pais a deixavam em uma situação vulnerável, “de lá para cá”, referindo-se às idas e vindas das residências dos pais e às inconstâncias no relacionamento deles.

Outro fator de risco para sua saúde mental foi o isolamento social, que deixou tanto Bel quanto Berenice sem apoio afetivo e social para enfrentar os conflitos familiares. Se ela participasse de outros ambientes, nos quais pudessem obter apoio social, talvez as repercussões, na sua saúde mental, seriam menores.

Eu ia pra escola e voltava, ia pro curso e voltava (Bel).

Cabe ressaltar que as fontes de proteção para Berenice têm relação com seu microsistema (família), mesossistema (relação entre a família e família extensa, igreja) e exossistema (delegacia, Ministério Público, Núcleo de Práticas Jurídicas da UnB). Os fatores de risco, além de terem relação com microsistema (família, abrigo) e exossistema (delegacia, pobreza da mãe), também tiveram origem no macrosistema (cultura patriarcal). Quanto a Bel, os fatores de proteção e de risco, para ela, tiveram origem no seu microsistema (família) e mesossistema (relação entre a família e escola, local de trabalho).

#### **4.3. Caso 3: família C**

Célia, 42 anos, define sua família: é composta por Clóvis, 54 anos, com quem teve uma união civil, suas filhas, seus filhos e seu neto. Com Clóvis, ela teve duas filhas e dois filhos: Cecília, de 16, Caetano, de 12, Cassiano, de 11, Camila, de 10. Ela também é mãe de Cíntia, 22, e de Caio, de 20. Na sua percepção, no período em que Clóvis conviveu com Cíntia e Caio, tratava-os como “se fossem dele”, “criou ela [Cíntia] desde de pequeninha” e considera-se avô do filho dela.

Cíntia, sua filha, demonstrou dificuldade em expor quem era sua família. Falou da participação em várias famílias ao longo de sua vida: a família da tia com quem morou, a família formada pelo pai e avó e a família formada pela mãe, suas irmãs/os e seu próprio filho. Não incluiu Clóvis em nenhuma das citações sobre sua família. Pode ser que ela não o considere como integrante desta família ou que em decorrência de sentimentos de mágoa e ressentimento pelos comportamentos dele, Cíntia negue sua participação na vida dela. Relatou que, nas visitas que fazia à casa da mãe, não tinha contato com ele. Segundo ela: “acho que só teve umas duas vezes que ele tava junto com minha mãe”. Cíntia disse que sua mãe afirma: “que ele cuidou de mim, sempre trocou minha fralda”. Não duvida disso, mas acredita que teve pouco contato com ele depois que “cresceu”.

A família C, natural do Distrito Federal, autodenominada branca por Célia e Cíntia, tem renda familiar de cerca de 6 salários mínimos, oriundos da aposentadoria de Clóvis e auxílio socioassistencial que Célia recebe do governo. Célia, que cursou o ensino médio e não exerce atividade remunerada fora do lar, desde a separação do casal, vive atualmente com 2 salários mínimos, sendo esta renda oriunda de auxílio socioassistencial do governo, de auxílio oferecido pela mãe dela e de pensão alimentícia que recebe de Clóvis. Ele, tem ensino superior completo, atualmente está aposentado. Cíntia trabalha em uma loja e está completando o ensino superior. As/os demais filhas/os de Célia frequentam o ensino fundamental ou médio.

Nas duas entrevistas realizadas com Célia, Clóvis estava na sala de espera. Foi pedido a ela que, no segundo encontro, fosse sozinha, mas ela retornou novamente acompanhada de Clóvis. Célia informou que ele havia “aparecido” em sua casa e insistido em acompanhá-la. Segundo ela, Clóvis argumentou que, no dia anterior havia notado a presença de homens no local da entrevista e que ela deveria estar “dando em cima” de alguém lá.

Durante a segunda entrevista, Clóvis ligou no celular de Célia para “saber se ia demorar”. Ela atendeu e disse: “pode ir embora, fico o quanto quero”. Ele esperou até o fim da entrevista e foram embora juntos.

Célia indicou Cíntia para a entrevista e permitiu que fosse feito o contato direto com ela. A escolha dessa filha, segundo ela, foi em razão de ela ser a única maior de 18 anos e com quem tem boa relação. Disse que com o filho de 19 anos não tem contato frequente, a última vez que o viu foi há mais de 3 meses quando ele a procurou. Ela não sabe como encontrá-lo. Célia não fez nenhuma referência a possíveis impactos das violências na filha e no filho mais velhos.

#### **4.3.1. Família C, suas histórias de vida e de violências**

Célia passou a infância e a adolescência na cidade de Brasília, em uma área considerada de classe média. Em sua opinião, foi muito feliz com sua família de origem, referindo-se ao seu pai e à sua mãe. Quanto às relações fraternas, disse que teve uma boa relação com seu irmão, mas o mesmo não aconteceu com suas duas irmãs. Ela considera que não pode “contar” com elas. A única experiência de vida considerada difícil e relacionada à sua família de origem foi a separação dos pais, quando tinha 20 anos de idade. Tinha um relacionamento bom com ambos, mas foi morar com a mãe em uma cidade satélite do Distrito Federal. Todavia, isso não foi o que mais lhe causou sofrimento. Para ela, as experiências que teve a partir da formação de uma família com Clóvis provocaram sofrimento psíquico.

Mas já sofri muito assim, com problemas de família. Não da minha família. E sim da família fora pai e mãe, da minha família eu com ele, companheiro e filhos (Célia).

Célia e Clóvis, segundo relato dela, eram vizinhos na área de classe média onde morou com pais e irmãos/os. Eles se conheceram quando ela tinha aproximadamente 12 anos. Célia frequentava a casa onde ele vivia com os pais dele e, conforme seu relato, “já gostava dele”. Havia uma diferença de 12 anos de idade entre eles, mas ela tinha esperança de ficarem juntos quando crescesse. Célia dizia para sua mãe que no futuro iria ser namorada dele e “sempre ficava de olho nele, tomava conta... tinha uma fixação nele”. Todavia, ele não “dava bola”, e ela, nesse período, teve alguns “namoradinhos”.

Célia relatou que, aos 20 anos, ela conheceu uma pessoa e ficou grávida da primeira filha, Cíntia. Logo no início da gestação, época da separação dos pais de Célia, ela mudou de endereço e decidiu não comunicar o pai da menina o novo local de moradia, nem informar-lhe que teriam uma filha, pois “ele já tinha outra pessoa”. Logo após o nascimento de Cíntia, Célia se relacionou brevemente com outro homem. Desse relacionamento, nasceu Caio, que não conheceu o pai biológico.

Antes de descobrir que estava grávida de Caio, Célia, que não via Clóvis há algum tempo o reencontrou e começaram a namorar. Quando suspeitou da gravidez, ela e Clóvis pensaram que ele seria o pai do bebê, mas, no pré-natal, descobriu que não: “aí depois eu vi que Clóvis não era o pai por causa do tempo”. Eles continuaram o namoro e pouco tempo depois do nascimento de Caio, ela e as crianças foram morar junto com Clóvis.

Segundo Célia, logo quando ela, Cíntia e Caio foram morar com Clóvis, o pai dele faleceu. Depois disso, Clóvis começou a fazer uso de bebida alcoólica de maneira abusiva: “ele bebia, fazia show e queria agredir”. Nas palavras dela, “minha vida de lá pra cá foi uma conturbação, assim... por causa de bebida dele”. Refere-se às violências físicas e psicológicas praticadas pelo companheiro contra ela, nos momentos em que ele estava sob efeitos de álcool, argumentando: “parecia que não era ele”. Relatou, ainda, que, além da bebida usada

diariamente, ele era violento porque é “doente da cabeça” e muitas vezes “era possuído por espíritos”.

Estudos indicam que o uso de álcool e transtornos mentais podem ter apenas efeito precipitado e não causal (Walker, 2000; Soares, 2005). A atribuição da culpa pelas violências ao álcool contribui para que não haja reflexão sobre outros fatores desencadeadores das violências. Independente do uso de álcool e psicopatologias, cabe questionar os interesses subjacentes aos conflitos, tais como manter o poder enquanto macho e controlar os corpos e a sexualidades femininas.

Célia ressaltou que a primeira separação do marido aconteceu quando Cíntia e Caio estavam com 2 e 1 anos de idade, respectivamente. Ela não tinha recursos financeiros para pagar um local para morar com as crianças, não queria pedir ajuda aos pais das crianças e “estava brigada com seu pai e irmã”. Pediu, então, para ficar alguns dias na casa de uma amiga. Nesse período, “decidiu procurar Clóvis para pedir dinheiro para comprar fralda e leite para as crianças, pois haviam voltado a se encontrar”. Deixou as duas crianças na casa de uma vizinha, que, a seu ver, cuidaria adequadamente delas. Quando retornou, profissionais do conselho tutelar, juntamente com seu pai e uma de suas irmãs “havam pegado as crianças, porque denunciaram anonimamente que estavam abandonadas lá”.

Segundo informações de Célia, com esse episódio, ela perdeu a guarda da filha e do filho, e teve início uma longa jornada da família C no contexto da justiça. A filha Cíntia relatou que tem cópia do processo que envolvia a guarda dela e do irmão e nele consta que: “meu padrasto e ela se drogavam e por conta disso houve agressões, de ambas as partes ou só dele”. Célia negou o uso de drogas pelo casal e afirmou, ainda, que ela não usava nem bebida alcoólica.

Cíntia e Caio foram morar com uma das irmãs de Célia, com quem permaneceram por 6 anos. Essa tia das crianças, na perspectiva de Célia, “inventou muita coisa e encheu a cabeça dos meninos contra a mãe verdadeira”. A saída deles dessa casa, segundo Célia, teve o seguinte motivo: “meu sobrinho, filho dessa minha irmã, tava querendo agarrar minha filha e ela contou isso lá no fórum para as psicólogas”.

Cíntia não mencionou esse fato de maneira explícita. Falou que os primos “batiam” muito nela e a obrigavam a fazer os serviços da casa, “porque era a única menina”. Relatou também que já teve experiências sexuais traumáticas durante a infância e que não podia falar sobre isto com nenhum adulto. Embora tenha expressado desejo de não continuar a conversar sobre esse evento de vida, indicou que nenhum adulto esteve envolvido nisso.

Cíntia informou que quando completou 9 anos, e ainda estava na casa da tia, Célia apresentou-a ao pai biológico. Nesse período, aguardava decisão para saber com quem ficaria sua guarda. O pai biológico entrou com pedido de guarda e, por decisão judicial, ela passou a residir com a avó paterna. Célia havia feito o pedido de guarda, mas achou apropriado deixar Cíntia “conviver com a família do pai”. Cíntia recorda-se que:

Na época que eu morava com minha tia, minha mãe tinha entrado na justiça para pedir minha guarda definitiva (...). Foi aí que conheci meu pai. (...). Ele pediu para eu ir morar lá com eles, para não dar dinheiro para minha mãe.

Cíntia deixou a casa da tia e foi para a casa da avó paterna. Seu irmão Caio retornou para a casa de Célia, que ainda se relacionava com Clóvis, embora estivessem morando em casas separadas. No primeiro mês em que Caio estava de volta à casa da mãe, ele, então com sete anos de idade, fugiu de casa durante a noite e foi encontrado por policiais militares. Sobre esse evento, Célia disse: “a policia falou que ele pediu para ir para casa da tia [irmã de Célia],



falou que não queria ficar lá em casa. Não sei o que deu nele, o que ela [irmã de Célia] fez para ele fugir”.

Após essa fuga de casa, foi decretada ordem judicial para que Caio fosse morar com a irmã do pai biológico de Cíntia. Ele permaneceu com essa “tia”, com quem não tinha nenhum parentesco, até completar 18 anos e era “praticamente obrigado” por ela a fazer visitas à mãe. Quando fez 18 anos, essa tia, segundo Célia, disse: “eu só tenho obrigação com você até os dezoito anos, que o juiz decretou assim; a partir dos 18 você vai para sua mãe”. Atualmente, Caio, que não quis retornar à casa materna, está morando sozinho. Célia e Cíntia desconhecem o endereço residencial dele.

Cíntia retornou para a casa da mãe aos 18 anos, mas logo em seguida foi morar com o namorado e seus familiares e está atualmente dividindo seu tempo entre as duas residências. Apesar disso, relatou que nunca conversou com a mãe sobre esses eventos que envolveram ela e o irmão Caio. Nas palavras de Cíntia, “minha mãe e eu nunca sentamos para discutir sobre esse assunto [as violências e o processo de guarda]. Acho que ela tem vergonha. Eu também nunca cheguei e fui conversar com ela a respeito não”.

O relacionamento de Célia e Clóvis foi marcado por inúmeras violências psicológicas e físicas, bem como por separações. Tais violências foram presenciadas pelas/as filhas/os, exceto Camila, que é a mais nova. Célia, ao longo dos anos de relacionamento conjugal, passou a reagir de maneira agressiva às violências sofridas. O uso de violências (físicas e psicológicas) contra Clóvis não fazia cessar as violências sofridas por Célia. Frequentemente, ela “saía mais machucada física e psicologicamente do que ele”. A análise do seu depoimento sobre o uso de violência contra Clóvis demonstra que era de cunho reativo, pois, primeiro era agredida e, então, agredia Clóvis.

Ele vinha pra me agredir e eu já agredia ele também. Eu deixei de ser boba. No começo, não fazia nada. Até então ele vinha, me dava uns tapas assim, uns murros e eu, sabe, ficava ali. Depois, eu, eu comecei a agredir também... porque até então eu tinha medo de agredir ele e ele me dar outro maior (Célia).

Já joguei objetos nele, até podia machucar, mas não. Uma vez até machucou, ele achou que eu tinha jogado fora a bebida dele, acusou, eu joguei de longe assim a garrafa nele (Célia).

Resgatamos as palavras de Saffioti (1994, p. 446) sobre o uso da violência por mulheres para o entendimento dessa situação:

Não se está, de forma alguma, afirmando que as mulheres são santas. Ao contrário disso, elas participam da relação violenta, chegando mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem, não podendo, por conseguinte consentir com seus desmandos ou com ele se acumpliciar. Trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente maior para a mulher do que para o homem.

À medida que outras/os filhas/os foram nascendo, Célia “não aguentava mais” as violências físicas e psicológicas. Célia e Clóvis moraram em casas separadas por diversas vezes. Durante uma dessas ocorrências, ele contraiu matrimônio com outra pessoa. Célia descobriu e terminou seu relacionamento com Clóvis. Quando ele foi deixado pela mulher com quem havia se casado, Clóvis reatou a relação com Célia. Eles voltaram a morar juntos e as violências físicas e psicológicas continuaram.

De acordo com Célia, as suas vizinhas chamaram a polícia várias vezes. Ela também procurou a delegacia e fez boletins de ocorrência, não sabendo precisamente quantas vezes

isto aconteceu. Os motivos para procurar auxílio eram: proteger as/os filhas/os que estavam sob seus cuidados e a si de violências maiores. Relatou que, nessas ocasiões, só podia “contar” com uma amiga. Seu pai e irmãs/os não a apoiavam. Sobre sua mãe, relatou que ela também era alvo das violências: “já tive que correr para delegacia com as/os meninas/os e minha mãe, estava grávida, perdi a criança, dormimos lá”.

No último ano de relacionamento, começaram a construir uma casa juntos. Mas, em dezembro, após sofrer violências físicas, fez ocorrência policial na Delegacia Especializada no Atendimento a Mulher e, em 2009, houve o deferimento de medida protetiva de proibição de aproximação. Célia disse que nesse período decidiu “acabar de vez [a união conjugal]”. Clóvis “tá proibido de chegar perto a 300 metros” dela e, se descumprir pode ser decretada sua prisão, informa Célia.

Essa medida protetiva foi deferida com a finalidade de evitar que Célia sofresse outras agressões de Clóvis e o contato entre eles. Entretanto, ela é utilizada por Célia como instrumento para evitar ocorrência de violências físicas. Célia permite que Clóvis aproxime-se dela com a condição de que se ele não “bater”, “der murros”, “jogar coisas nela”, ninguém saberá da existência da medida protetiva e ele não será preso.

Ele foi lá na escola dos meninos e disse: eu quero ver meus filhos, posso ir lá ver os meninos? Eu estou com medo, porque se a polícia pega... num sei o que acontece. Eu falei: ninguém vai saber, se a polícia passar perto da gente, ninguém vai saber que você está proibido de chegar a 300 metros de mim, ... ninguém né... ninguém tem bola de cristal. Mas ele não pode... ele sabe que não pode...” (Célia).

Esse uso da medida protetiva por Célia não fez as violências cessarem. Ela ainda vive sob ameaças e vigilância de Clóvis. Foi agredida com um “murro”, chamou a polícia, “mas ele não foi encontrado”. Todavia, acredita que, se não fosse a decretação da medida

protetiva, poderia ser pior. Argumenta que, mesmo sabendo que não deveria ter contato com ele, não “tem como ficar longe por causa dos meninos”. Não deseja, contudo, a revogação da medida protetiva. Tudo isso mostra que esse dispositivo pode assumir funções que vão além daquelas previstas pela Lei 11.340 – Maria da Penha.

Apresentamos abaixo o Quadro 6, que resume as violências conjugais e outros eventos de vida, situando-os no período de relacionamento.

Ciclo de Vida Familiar	Tipo de violência sofrida	Outros eventos de vida concomitantes
-Família com crianças pequenas -Final da década de 1980 e meados da década de 1990	Violências psicológicas Violências físicas	Início da união conjugal. Abuso de álcool por parte de Clóvis. Primeira separação do casal. Perda da guarda da filha Cíntia e do filho Caio. Cíntia e Caio vão morar com uma tia. Nascimento da primeira filha e de dois filhos do casal. Experiências sexuais traumáticas para Cíntia. Cíntia passa a morar com a avó paterna. Caio passa a morar com uma “tia”.
-Família com crianças pequenas e filhos adolescentes -Décadas de 2000	Violências psicológicas Violências físicas	Nascimento de mais uma filha e mais um filho do casal. Abuso de álcool por parte de Clóvis Idas a delegacias. Ocorrências policiais. Clóvis contrai matrimônio com outra mulher. Separações do casal. Cíntia, com 18 anos, retorna para a casa da mãe. Cíntia engravida e vai para casa da namorada e seus familiares. Caio não aceita morar com a mãe e vai morar sozinho.
-Família com filhos pequenos, adolescentes e seguindo seus caminhos -Ano 2009	Violências psicológicas Violências físicas	Cíntia passa a morar alguns dias na semana na casa da mãe. Ocorrência policial. Medidas protetivas. Separação do casal. Célia e Clóvis mantêm contato

**Quadro 6: Violências, período de ocorrência e eventos de vida na família C**

A subsistência financeira da díade conjugal e das/os filhas/os é marcada pelo seguinte acordo: o homem é responsável por trabalhar fora de casa e a mulher realiza as

atividades domésticas. Esse tipo de vivência familiar pode contribuir para a dependência financeira da mulher em relação ao homem e a vivência de situações relacionadas a dominação patriarcal, tais como submissão e obediência às normas ditadas pelo marido, enquanto “chefe da casa” (Bandeira & Thurler, 2009).

Apesar de imersos em relações patriarcais, como as demais famílias estudadas, Célia e Clóvis, desenvolveram um arranjo de convivência que não se enquadra nas noções tradicionais de casamento e família nuclear (pai, mãe e filhas/os). Nessa família, o casal optou por não manter a coabitação em todos os momentos de vida familiar, não houve a formalização do matrimônio, a criação de uma filha e um filho não foi feita pela mãe, há filhas/os que são oriundos de outros relacionamentos dos membros da díade conjugal e um dos cônjuges manteve, durante um período, outro relacionamento conjugal.

Tal configuração fez com que o sistema familiar C vivenciasse concomitantemente várias fases do ciclo de vida familiar propostas por Carter e McGoldrick (1995). Enquanto jovem solteira, Célia teve uma filha e um filho. Tendo em vista que ela tinha essa/e filha/o, foi necessário viver a tarefa de formar o sistema conjugal, buscar formas de convivências com as famílias de origem e, concomitantemente, unir-se com Clóvis para o cuidado com a/o filha/o. Na fase em que as/os filhas/os deveriam estar saindo de casa, houve o retorno da filha Cíntia para a sua casa. Diante disso, podemos sugerir que essa família deparou-se com estressores diversos, exigindo investimento maior para adaptação de todos os seus membros.

Dentre as experiências de violência conjugal presentes na família C, podemos elencar vários tipos de violências físicas e psicológicas. As físicas podem ser resumidas em: empurrões; ter a cabeça batida na parede; ser jogada contra a parede com força; espancamento; ser segurada com força; receber tapas na face; levar murros e ser atacada com

objetos arremessados contra ela. As psicológicas eram: ameaças com arma de fogo e faca; xingamentos; insultos; humilhações.

Levando em consideração a história de vida e de violência da família C, aprofundaremos no próximo item nossa compreensão sobre tais relatos e discutiremos as repercussões das violências na saúde mental de Célia e Cíntia.

#### **4.3.2. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental**

A violência conjugal provocou danos na saúde mental de Célia e na sua relação com Clóvis, os quais não são reconhecidos por Cíntia. Célia relatou, ainda, que as violências impactaram os seus sentimentos por Clóvis, ocasionando o fim do respeito e do amor. Segundo ela, “por mais que eu queira, não tem mais condição... eu não gosto mais dele, não amo... não sinto mais nada por ele” (Célia).

Segundo Célia relatou que na época em que as violências físicas e psicológicas eram mais graves, sofria muito e sua saúde mental estava “muito mau”. Ela enumerou várias repercussões percebidas. Os principais sintomas descritos foram: insônia, perda de apetite e alteração do apetite.

Acontecia... insônia...[ quando sofria violências conjugais] (Célia).

Não comia... ou então comia bem pouquinho... (Célia).

Outra repercussão das violências conjugais apontadas por Célia foi a sua “anulação”. Em suas palavras: “eu me anulei de tudo... e isso é horrível”. Essa “anulação”, na percepção dela, afetou o exercício de parentalidade com a filha Cíntia e o filho Caio.

Eu me anulei. Eu fiquei assim... muito fechada. Acho entendo um pouco meu filho. Nesse sentido... sabe... dele... dele ser assim comigo... Eu sinto falta dele me chamar de mãe, dele conversar mais comigo, dele ser mais presente na minha vida...” (Célia).

A “anulação” percebida por Célia aproxima-se do que Walker (2009) chama de evitação comportamental e entorpecimento emocional, por meio de minimização, repressão e negação da gravidade da situação e de suas consequências. Segundo a autora, essa alteração comportamental e emocional, sintomas da síndrome da mulher maltratada, têm relação com a alteração da eficácia das pessoas para controlar o que acontece com elas. Esse processo as deixa incapacitadas para prever quais ações serão efetivas para romper com as violências e fora percebido por Célia como repercussão em sua saúde mental.

Outro sintoma dessa síndrome identificado na história de vida e de violência de Célia é o caráter disruptivo da relação conjugal. Ela viveu sob a imprevisibilidade das reações do companheiro e humilhações freqüentes, que, levando em consideração Walker (2009) podem ser indícios de ruptura da relação.

Apesar de apresentar sintomas da síndrome da mulher maltratada, Célia não apresenta o quadro característico para diagnóstico da referida síndrome. Entretanto, isso não diminui os efeitos dessa “anulação em sua vida”. Apesar de Célia relatar no questionário demográfico que não utiliza serviços de saúde com frequência, ela acha que deveria fazê-lo, pois percebe que sua saúde precisa de atenção. Acredita que, para recuperar-se dos danos à sua saúde mental, “falta o amor do filho”, que não superou a “anulação” da mãe. Relatou também que teve e ainda tem dificuldade em recuperar e manter a confiança de sua filha Cíntia.

Quando iam [Cíntia e Caio] lá pra casa, que não queriam... minha filha mesmo, não queria nem ir lá. Até hoje não gosta....(Célia).

Esse impacto indireto das violências conjugais nas relações entre Célia e sua filha Cíntia e seu filho Caio foi expresso também por Cíntia. Ela relatou que o irmão ainda não “quer papo com ela [mãe], pelo fato de tudo que a gente passou, infância conturbada, ele culpa muito ela”. Informou também que sentia medo da mãe e do companheiro dela. Atribui esse medo às experiências que teve quando morava com eles e às informações que recebia de terceiro sobre eles.

Eu não queria nem vê-la, nem ela nem o companheiro dela, que é o pai dos meus irmãos. Porque ele bebia, ficava muito alcoolizado e fazia escândalos (Cíntia).

A minha relação com minha mãe era esta: eu tinha medo dela (Cíntia).

Minha tia falava muito mal dele [Clóvis], então ele me causava um certo pânico. Tinha medo dele fazer alguma coisa comigo, mas nunca fez, sempre mantinha distância” (Cíntia).

Esse medo que Cíntia, quando criança e adolescente, disse ter sentido de sua mãe e de Clóvis, segundo Diniz e Angelim (2003) é frequente em adolescentes filhas/os de mulheres em situação de violência conjugal. Célia confirma o medo que a filha sentia de Clóvis. Ela afirmou que Cíntia presenciou cenas de violência entre ela e Clóvis quando criança. Isso ratifica o que foi verificado em pesquisa anterior (Osofsky, 1995): crianças pequenas podem também ser afetadas pela exposição à violência conjugal.

A mais velha [Cíntia] não queria nem que ele [Clóvis] chegasse quando ela estivesse lá, que ela num queria que ele estivesse. Eu tinha que ligar pra ele... porque, às vezes, ele falava que ia lá em casa pra ver os meninos. E eu falava: não vem, porque a Cíntia está aqui. Sabe... era assim... ela num queria vê-lo, não queria que ele chegasse perto. Era assim... aos pouquinhos, com muito custo... (Célia).



A Cíntia já presenciou [as agressões], inclusive quando era pequena; uma vez ela montou em cima dele, porque ele vinha brigar comigo. E ficou assim na frente dele assim [entre Clóvis e Célia] (Célia).

A análise dos dados mostrou outra repercussão indireta das violências para a saúde mental de Cíntia. A “anulação” de Célia expôs Cíntia a uma condição de risco que ela chamou de “viver de casa em casa”. Esse fato, somado à falta de demonstrações de afeto por cuidadoras/es alternativas/os, a levou-a a apresentar humor deprimido, medo e ideação suicida durante a adolescência.

No questionário demográfico, nas questões sobre o uso de serviços de saúde e motivos para tal, Cíntia expôs que não tem feito uso de serviços de saúde, mas que, se houvessem psicólogas com vaga na rede pública, gostaria de receber atendimento. Ela informou que sua saúde “não está boa, porque ainda tenho aquelas coisas de estar de casa em casa e por isto, assim, não saber como sou”.

Durante a entrevista, informou, ainda, que considera que seu senso de identidade ainda está afetado pela experiência de ter crescido “de casa em casa”, apesar de o sofrimento psíquico ter diminuído. Assim, podemos afirmar que as violências conjugais sofridas por Célia foi fator de risco para saúde mental de Cíntia e as marcas ainda permanecem, embora não tenham impedido que ela se tornasse uma jovem adulta que assume múltiplos papéis. Ela estuda, trabalha, namora e cuida do filho de 2 anos.

Célia acredita que a filha Cíntia conseguiu ter pleno desenvolvimento mesmo diante das situações adversas que viveu. Considera que as outras crianças e adolescentes, em especial as/os que são filhas/os de Clóvis, ainda não se recuperaram do fato de terem presenciado diversas agressões. Acredita que Cecília, Caetano, Cassiano e Camila não têm mais o mesmo amor que sentiam pelo pai.

Como ele foi lá em casa, né!? Aí, ele: vem cá falar com seu pai, eu estou com saudade de você [filho], você está com saudade do papai? Aí ele [filho] fica ali... enrola... mas num diz... num é mais aquele... sabe... Quando eles eram menores, quando o pai chegava em casa, eles corriam pra abraçar. Agora num é mais aquele carinho... assim... de quando você tá com saudade de uma pessoa que você não vê há bastante tempo... você vai abraça... oi, como é que você tá?... né... eles num são mais assim com ele... (Célia).

Os relatos de Célia e Cíntia sobre as repercussões das experiências de violência em sua saúde mental nos oferecem indícios para afirmar que a violência conjugal foi fator de risco e provocou danos na saúde mental de ambas. Outras experiências de vida de Célia, vítima direta das violências conjugais, e de Cíntia, vítima indireta das violências conjugais, foram fatores de risco. Nesse contexto, ocorreram fatores de proteção que impediram que elas sucumbissem diante das adversidades. É essa discussão que apresentaremos a seguir.

#### **4.3.3. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental**

Ao longo da relação de Célia e Clóvis, podemos identificar outras experiências de vida que ofereceram risco para saúde mental dela conjugadas à violência conjugal. É possível apontar também a ocorrência de fatores de proteção que reduziram a intensidade dos impactos dos eventos de riscos. Tanto os fatores de risco quanto de proteção tiveram origens no microsistema (família), mesossistema (relação entre a família e grupo de amigos, família extensa, comunidade) e exossistema (delegacias, Conselho Tutelar e Fórum).

Podemos apontar a presença cumulativa de vários fatores de risco na vida de Célia. A perda da guarda da filha Cíntia e do filho Caio foi um evento de vida extremamente

estressante. Concomitantemente a essa situação, Célia vivenciava violência conjugal e percebia que não tinha apoio da família. Na sua percepção, a falta de apoio da família, em especial do pai e irmãs, no período de sua primeira tentativa de separação de Clóvis, quando ficou desprovida de recursos financeiros, havia contribuído para a “perda” das crianças. Elas/e não a ajudaram a cuidar das crianças e re-estabelecer sua vida. Apenas “ajudaram a tirar eles dela”.

Na época, eu tava assim de novo brigada com meu pai. Minhas irmãs, eu não podia contar com elas para nada. Aí, eu deixei os meninos lá e disseram que eu tinha abandonado ele na casa de estranhos (Célia).

Meu pai não ficou do meu lado nessa época [para ter a filha e o filho de volta], ficou do lado da minha irmã. Isso foi o que mais me deu baque, que eu sinto, senti muito (Célia).

Diante desse fator de risco, a presença do apoio de Clóvis foi fundamental para que Célia não sucumbisse frente à situação adversa que estava vivendo. Nas palavras dela, “apesar de todas as nossas brigas e todo o nosso perrengue, ele foi a única pessoa que me ajudou [a suportar a perda dos filhos]”, e por isto ela é grata. Isso nos mostra que existem outros elementos na relação conjugal, além da dor e do sofrimento, que podem ao mesmo tempo contribuir para a permanência da mulher na relação. Tal permanência a coloca em risco de sofrer mais violências, mas que ao mesmo tempo protege sua saúde mental de piores agravos.

Outros fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental de Célia podem ser encontrados na sua vida. As instituições que participaram do processo de retirada da guarda de sua/seu filha/o representaram para Célia um fator de risco. A aplicação de medida protetiva pelo Conselho Tutelar foi vivida por ela como punição sem nenhum tipo de auxílio para ela. Ela se sentiu duplamente culpada: culpada por não ter condições financeiras e por ter sofrido

violências. Célia também se percebia abandonada pelo judiciário que, na sua lembrança, não ofereceu espaço de escuta para ela e não a auxiliou a resgatar a condição necessária para proteger e proporcionar o pleno desenvolvimento de sua filha Cíntia e seu filho Caio.

Só agora [tive ajuda profissional]. Quando eu precisei de ajuda, que foi na época que meus filhos estavam longe de mim, eu não tive nenhuma. Eu fui tratada igual assim... você não existe. O juiz que toma a decisão. Minha irmã é como se estivesse ali no meu lugar. Nunca me chamaram... sabe... pra ver o que eu pensava. E os filhos eram meus! (Célia).

Célia sentiu falta de auxílio profissional adequado nas delegacias que procurou, durante muitos anos, a fim de buscar intervenção na relação conjugal violenta. Esse fato também foi fator de risco para sua saúde mental. Nesses locais, era chamada de “mulher de malandro”, o que contribuía para que ela se mantivesse naquela situação e sem vislumbrar outras alternativas de resposta.

A criação da Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher no Distrito Federal e as ações de seus profissionais, a fim de proteger a integridade física e psicológica dela em momentos de risco de sofrer intensas violências foi protetiva na vida de Célia. E após a criação da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha – em conjunto com operadores do direito contribuíram, através da medida protetiva, para que ela saísse da condição de constante medo.

Depois que começou a DEAM, eu comecei a ficar mais tranquila. (Célia).

Depois dessa lei aí... Maria da Penha, me sinto [mais protegida] ainda. Ele já me vez dormir, eu, minha mãe, a Cecília, o Caetano, o Cassiano e a Camila, e eu grávida, mas eu perdi com 7 meses. Ele já me fez passar a noite, com minha mãe e meus filhos e eu grávida, na delegacia (Célia).

É importante destacar outros elementos presentes ao longo do relacionamento conjugal de Célia que tiveram efeitos protetivos frente às violências conjugais sofridas. Um desses fatores foi o apoio de profissionais do “Projeto Maria da Penha. Nesse local, segundo Célia, ela encontrou ajuda para lidar com as situações difíceis de sua vida.

Também teve função protetiva o apoio social advindo de vizinhas com quem não tinha “amizade”, mas que chamavam a polícia e ajudavam as violências cessarem temporariamente. Célia teve apoio, ainda, de uma mulher que considerava sua única amiga. Essa amiga a encorajou a ir fazer boletins de ocorrência na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher e a vislumbrar alternativas para o futuro. Isso mostra a importância da comunidade em que as pessoas vivem e do seu grupo de amigos, que podem oferecer proteção à saúde mental das pessoas.

Ela [amiga] fica revoltada com ele, ela sabe... ela já foi na DEAM comigo várias vezes. Ela sempre me dá apoio. (Célia).

Os vizinhos que chamavam... a vizinha que trabalhava... (Célia).

Características individuais de Célia também foram fatores de proteção da sua saúde mental: a espiritualidade, o senso de autocompetência e seu projeto de vida de ser feliz e ter um relacionamento “melhor”. Seu desejo e sua necessidade de exercer sua função de mãe das crianças que estavam sob seus cuidados também ajudaram na promoção da sua saúde mental. Segundo Célia, “suas crianças [filhas/os e neto] também ofereciam-lhe alegria e, por causa delas, não ficava chorando e se acabando”. O envolvimento com as atividades de cuidado e projetos delas/es oferecia distrações que a tirava do foco constante sobre a situação de violência conjugal vivida e a ajudava a manter a autoimagem. Ela também acreditava que seria capaz de ser feliz, conquistar outra pessoa, e tinha fé e confiança que Deus a confortava nos momentos difíceis.

Eu sempre fui forte... graças a Deus... sempre tive uma força interior... que eu nem sei da onde vem (Célia).

Deus vai botar uma pessoa boa na minha vida... e eu vou ser feliz... se Deus quiser... (Célia).

Fatores de risco também estiveram presentes ao longo da vida de Cíntia. A experiência de ter sido retirada dos cuidados da sua mãe foi muito marcante e percebida como evento adverso. Outros eventos, vividos como adversos, podem ter potencializado os efeitos de ter passado seus primeiros anos de vida em um lar onde sua mãe era agredida e, depois, ter sido afastada dela.

Na percepção de Cíntia, ela não teve um sistema parental que exerceu a função de cuidado e demonstração de afeto, pois nenhum dos cuidadores substitutos a desempenharam. Isso a colocou em uma situação que ela definiu como “de casa em casa” e sem referencial de família, exposta a situações de extremo estresse. Não foi protegida da vivência de experiências sexuais traumáticas, nem recebeu afeto de sua tia, sua segunda cuidadora, nem do pai, de quem esperava o mesmo amor que ele “dava às outras filhas dele”. Também cresceu sem uma referência de família que pudesse substituir o referencial de mãe, que havia sido abalado por dificuldade dela em exercer a função de cuidado e proteção parental.

Minha infância foi meio conturbada, eu morava com minha tia e ela só me abraçava e beijava em datas comemorativas (Cíntia).

Ela [tia] colocou na minha cabeça que a minha mãe tinha me abandonado, que ela nunca quis saber de mim, que ela tinha me jogado no lixo (Cíntia).

Sempre eu tava de casa em casa. Não tinha um referencial de família. Mesmo eu morando com minha avó, meu pai, para mim, não foi a mesma coisa (Cíntia).

Eu via que meu pai dava mais atenção para minhas irmãs do que para mim (Cíntia).

As regras rígidas de comportamento existentes na casa da avó de Cíntia também foram, para ela, eventos adversos, porque a privavam de ter experiências satisfatórias e também abalavam seu senso de identidade e filiação. Nas palavras dela:

Toda vez que minha vó ou meu pai vinham brigar comigo sempre colocavam minha mãe no meio: eu tô fazendo isso por você, para você não ser igual sua mãe. E tudo aquilo me machucava bastante.

Houve fatores de proteção ao longo da vida de Cíntia que alteraram sua exposição aos riscos ou sua reação frente a eles, fortaleceram sua autoestima e autoeficácia e criaram oportunidades para haver mudanças na sua trajetória de vida. O apoio social do marido da tia de Cíntia e da avó paterna, enquanto cuidadores alternativos, auxiliaram-na na construção de sua identidade, ajudaram-na a lidar com as situações adversas vividas e a não sucumbir diante das dificuldades.

Minha vó sempre perguntava se tava tudo bem entre eu e minha mãe (Cíntia).

Meu tio, marido dela, ele supriu isso [falta de afeto da tia] (Cíntia).

A vontade de realizar seu projeto de vida de ter uma família e de ser uma referência para seu filho protegeu a saúde mental de Cíntia.

Às vezes, eu me sinto culpada, às vezes, não, porque eu preciso estudar, trabalhar, pra ser um referencial para ele depois dizer: minha mãe é uma pedagoga (Cíntia).

Cabe uma observação quanto às origens dos fatores de risco e de proteção presentes na vida de Cíntia. Identificamos experiências ocorridas no microsistema (suas várias famílias). Em relação ao exossistema, não temos elementos suficientes para afirmar qual é percepção dela sobre o fórum e outras instituições que participaram do processo de retirada dela da casa da mãe. O silêncio dela oferece-nos indícios de que essas instituições, presentes

no exossistema e que deveriam atuar na proteção, podem não ter exercido adequadamente sua função.

#### **4.4 Os três casos: família A, família B e família C**

##### **4.4.1. Histórias de vida e de violências**

No presente estudo, as três mulheres com experiências de violência conjugal têm o seguinte grau de escolaridade: ensino médio completo. Clóvis, companheiro de Célia, é o único homem que possui ensino superior completo. Os companheiros de Adelaide e Berenice são militares e possuem ensino médio completo. Das/o filhas/o entrevistadas/o, Bel e Cíntia estão em fase de conclusão do ensino superior e Anselmo cursa o ensino fundamental, tendo interrompido seus estudos durante muitos anos por motivos de doença.

As famílias A, B e C, que, através dos seus membros entrevistados se autodenominaram brancas, residem na mesma cidade satélite do Distrito Federal e têm renda familiar de cerca de 6 salários mínimos. De acordo com os critérios de avaliação socioeconômica do IBGE (2009), tais famílias podem ser consideradas da classe C, que engloba renda familiar de R\$ 1.020,00 até R\$ 3.060,00.

Tal renda, contudo, não representa a real situação das mulheres. Após a separação, verificou-se o empobrecimento das mulheres, tendo suas condições de vida modificadas. Elas começaram a sobreviver com renda de 1 a 2 salários mínimos advinda da pensão alimentícia e de outras fontes.

O empobrecimento das mulheres e as relações desse fator com as histórias de vida e de violência podem ser compreendidos pela divisão tradicional das atividades entre homens e



mulheres no casamento. Os companheiros eram responsáveis pelo exercício de atividades remuneradas fora do lar, e elas, pelos trabalhos domésticos e não remunerados, não havendo gestão compartilhada da renda familiar.

Nesse contexto, Adelaide, de 44 anos, protelou a separação, pois não tinha recursos financeiros para custear as despesas do tratamento médico do filho e ainda aceitava visitas do companheiro para almoçar quando ele “faz a feira”. Berenice, de 47 anos, sofria com a falta de dinheiro para suas necessidades. Célia, de 42 anos, sem dinheiro e sem o apoio da família, perdeu a guarda de duas crianças e reatou o relacionamento com o companheiro que lhe ajudava na criação das/os filhas/os e lhe dava apoio.

A precarização da situação socioeconômica tem, portanto, relação não somente com a permanência delas na relação conjugal e com a manutenção do vínculo com o companheiro, mesmo após a separação. Também se relaciona com a configuração familiar após a separação. O poder econômico e de convencimento do companheiro, somado a outros fatores relacionais, pode contribuir para que as mulheres fiquem sozinhas. À exceção de Adelaide, que reside com os filhos, Berenice e Célia estão ou já estiveram isoladas do convívio das/os filhas/os. As filhas e o filho de Berenice, após a separação do casal, foram morar com o pai. Célia perdeu a guarda de uma filha e de um filho, sendo que o jovem não retornou para a casa da mãe quando teve oportunidade.

As histórias de violência conjugal presente nas famílias A, B e C apresentam várias semelhanças. Há nelas a perpetuação das desigualdades de gênero, ficando as mulheres sujeitas, ao longo do ciclo de vida de suas famílias, às inúmeras violências em virtude de suas condições femininas.

Cabe destacar que Berenice foi a entrevistada que sofreu violência conjugal por maior período de relacionamento e com maior frequência. Berenice foi agredida desde o

namoro, totalizando cerca de 29 anos de violências físicas, sexuais e psicológicas. Adelaide sofreu violências por cerca de 25 anos, nos quais viveu períodos sem violências físicas e patrimoniais, mas nunca sem a presença da violência psicológica. Célia sofreu cerca de 20 anos de violências físicas e psicológicas.

É possível apontar similaridades quanto às violências físicas sofridas por Adelaide, Berenice e Célia. Todas foram: empurradas; jogadas contra a parede com força; surradas; espancadas; seguradas com força. estapeadas na face; esmurradas e atacadas com objetos arremessados contra si. Berenice e Célia também tiveram suas cabeças batidas na parede; e somente a primeira foi jogada contra um carro em movimento e levou chutes na barriga.

Também é possível verificar semelhanças quanto às violências psicológicas. As três mulheres foram ameaçadas com arma de fogo e/ou faca e/ou pedaço de madeira, xingadas, insultadas e humilhadas. Adelaide e Berenice foram trancafiadas dentro de casa, criticadas pelo desempenho sexual e impedidas de manter amizades.

Adelaide e Berenice, além de violências físicas e psicológicas, sofreram violências patrimoniais. Afonso, companheiro de Adelaide, após a separação, destruiu objetos pessoais e passou a exercer controle sobre as despesas domésticas e pessoais dela. Por sua vez, Bartolomeu, companheiro de Berenice, ao longo de todo o relacionamento, geriu de maneira arbitrária a renda familiar e, após a separação, passou a destruir os objetos pessoais dela.

Berenice foi a única das entrevistadas que sofreu violência sexual. Ela foi obrigada a fazer sexo contra sua vontade e de maneira indesejada. Tais violências sexuais vividas por Berenice são percebidas por ela como violação de seus direitos e ao mesmo tempo são minimizadas. Ela reconhece que foi obrigada a envolver-se em práticas sexuais contra a sua vontade, mas acredita que seria violência maior se o agressor fosse uma pessoa desconhecida ao invés de seu companheiro. Diniz e Pondaag (2006) afirmam que a ideia de que a mulher

tem obrigação de satisfazer as necessidades sexuais do marido contribuem para que elas mantenham em segredo as violências.

Outro aspecto que merece ser destacado com relação às histórias de vida e de violência, é a transgeracionalidade da violência presente nos três casos. Há neles a expansão da violência do casal para os filhos e/ou a repetição de um padrão de relacionamento existente no casamento dos pais de um deles. O pai de Afonso usava violência física contra sua esposa; Afonso também o fazia com Adelaide. Berenice foi educada por meio de castigos físicos, fez o mesmo com as filhas e o filho André, que usava violência física contra sua namorada. Célia sofria violência física de Clóvis, e sua filha sofreu violência sexual durante a infância.

Tal repetição da violência não significa que todas as pessoas que vivem uma conjugalidade violenta serão violentas com filhas/os, tampouco que filhos de homens violentos serão violentos na relação com companheiras, ou que filhas de mulheres em situação de violência sofrerão violência nas relações afetivas. A identificação da transgeracionalidade aponta, segundo Koller e Narvaz (2004, p. 165), é que a violência deve ser compreendida como “aprendida e apreendida no contexto concreto das relações cotidianas”. A partir da conscientização desse legado familiar e da reflexão sobre novas formas de relacionar-se, é possível mudar a história individual e familiar.

As mulheres entrevistadas atribuem as violências ao uso de álcool e/ou a psicopatologias. O uso de álcool pelo companheiro esteve presente em duas famílias. Berenice e Célia atribuem ao efeito do álcool o comportamento violento dos respectivos companheiros. Célia e Adelaide consideram que psicopatologias têm relação com as causas da agressão. Esses argumentos tiram a responsabilidade do companheiro e dificultam que as mulheres denunciem as violências sofridas. Adelaide, por exemplo, só fez a ocorrência

policial quando o médico de sua confiança a alertou que seu companheiro não tinha nenhum distúrbio psíquico.

Nesse sentido, cresce em importância que profissionais que atendem mulheres em situação de violência doméstica desconstruam a relação causal entre álcool, patologias e violência conjugal. Como afirma Soares (2005), muitos homens alcoolistas nunca cometeram violências contra companheiras e muitos homens que o fazem não usam qualquer tipo de bebida alcoólica.

Todas as mulheres entrevistadas ainda vivem sob medo e dominação do companheiro, e sofrem algum tipo de violência após a separação. Dentre as entrevistadas, Berenice foi a única que não indicou o fim do amor e que, ainda se relaciona sexualmente com o agressor, mesmo se sentindo sob constante ameaça. Célia sente-se protegida pela medida protetiva de afastamento do lar. Adelaide acredita que está segura enquanto não “pedir a separação judicial”.

Anselmo, Bel e Cíntia, filhas/o das mulheres entrevistadas com experiências de violência possuem 21, 23 e 22 anos respectivamente. O jovem está cursando o ensino fundamental e as jovens o ensino superior. Ele e elas presenciaram, escutaram e ficaram sabendo das violências ocorridas na relação conjugal violenta, sendo vítimas indiretas das violências conjugais, de acordo com as teorizações de Ravazzola (2005), da ONU (2006) e de Sani (2006). Além das experiências de violência conjugal, Bel foi vítima direta de violências físicas cometidas pela mãe durante o processo educacional, e Cíntia teve experiências sexuais traumáticas na infância.

As histórias de vidas das famílias A, B e C são marcadas por experiências sustentadas por ideias baseadas nas prescrições de gênero que legitimam a violência e culpabilizam as mulheres pelas violências conjugais. Adelaide, Berenice e Célia, por

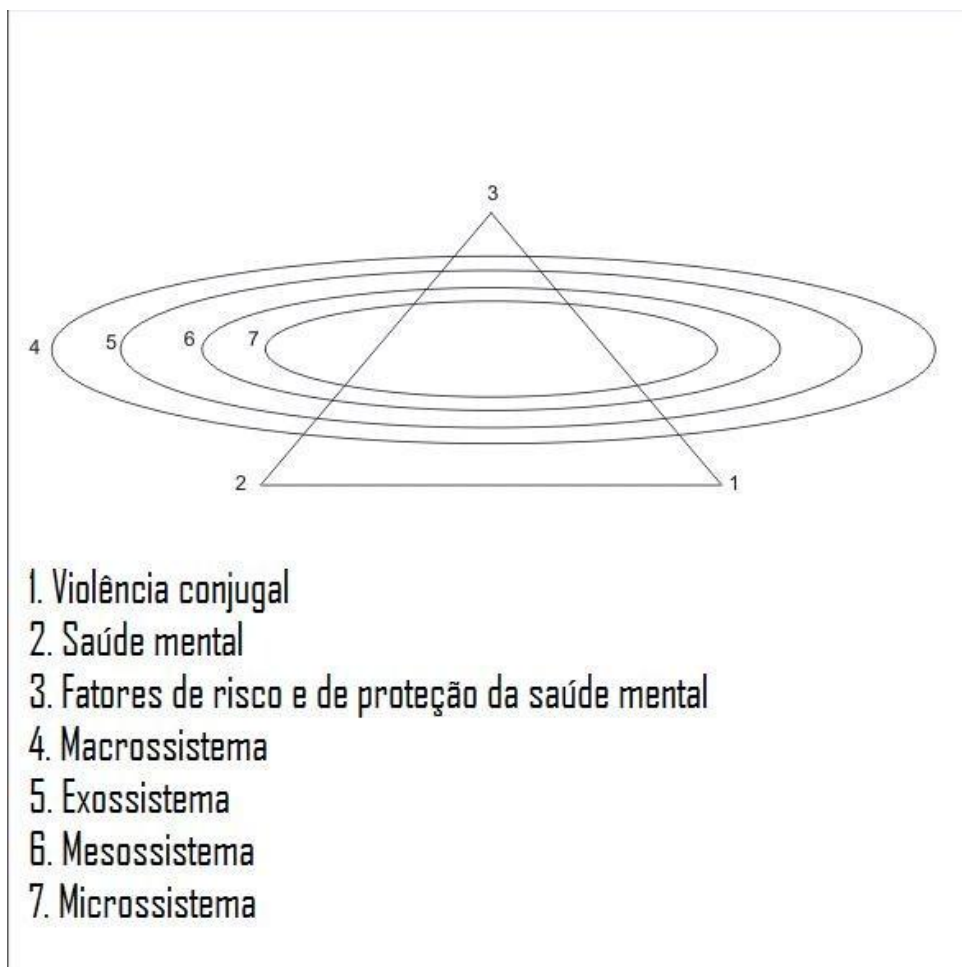
exemplo, ao longo das relações conjugais violentas, mantiveram o projeto de vida de cuidar das/os filhas/os, mesmo em face do sofrimento psíquico.

Nesse contexto, verifica-se, nas três famílias, a adesão rígida aos papéis tradicionais de gênero pelas mulheres, mesmo em face à violência e ao sofrimento. Diversas pesquisas (Angelim, 2004; Diniz & Pondaag, 2004, 2006; Guimarães, 2009; Ravazzola, 2005; Saffioti, 2004; Walker, 2009) mostram a presença de tal padrão em mulheres e casais em situação de violência, sendo esta característica essencial para produção e manutenção das violências conjugais.

Os três estudos revelaram ainda a presença de um paradoxo: filhas/os querem que as violências parem e exigem que as mães tomem uma “atitude”, mas cobram que ela siga os papéis de gênero tradicionais. Não desejam e não aceitam, entretanto, que as mães façam qualquer ocorrência policial. Esse fenômeno impõe desafios e estresses adicionais às mães ao longo de suas vidas.

#### **5.4.2. Interação gênero, saúde mental, fatores de risco, fatores de proteção e violência conjugal**

A saúde mental tem natureza dinâmica, processual e complexa. Nesse contexto, a saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal e de filhas/os só pode ser compreendida a partir da interação: violência conjugal, outros fatores de risco, fatores de proteção, gênero e saúde mental. A interação entre os elementos interdependentes ocorre submersa em diferentes contextos de relações entre as pessoas, denominados: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (Bronfenbrenner, 1996). Apresentamos a Figura 1, que ilustra esse pensamento.



**Figura 1: Interação entre elementos na produção de repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental**

Esses contextos são marcados pela presença do gênero. Essa estrutura abstrata funciona como matriz na qual as pessoas são inseridas/os no início de suas existências, formando pessoas generificadas por meio da socialização e educação sexistas. Em nossa sociedade patriarcal, as posições femininas e masculinas são vistas de maneira hierarquizada e as diferenças são lidas como desigualdades.

A hierarquia e a desigualdade de gênero justificam a dominação-exploração masculina sobre as mulheres e relacionam-se com os fatores de risco e de proteção da saúde mental de mulheres e de filhas/os, bem como com as formas pelas quais as famílias adotam

para lidar com as violências ao longo de suas histórias de vida. Nessa perspectiva, faz-se necessário que a análise do adoecimento e promoção da saúde mental leve em consideração a desigualdade nas relações de gênero que pode engendrar os transtornos mentais.

A análise dos três casos nos permite afirmar que as repercussões provocadas pela violência conjugal na saúde mental de mãe e filhas/os não podem ser compreendidas por meio da causalidade linear. Não há, portanto, uma relação linear de causa e efeito entre violência e suas repercussões na saúde mental. A interrelação entre fenômenos ocorre a partir de uma causalidade recursiva, em que um elemento influencia e é influenciado pelos outros.

A interação violência conjugal, outros fatores de risco, fatores de proteção, gênero e saúde mental possibilita o entendimento dos processos de adoecimento e de preservação e recuperação da saúde mental. A quantidade e a qualidade variável desses componentes em interação e os processos pelos quais eles atuam e se entrecruzam, podem promover diversas repercussões na saúde mental.

Verificamos também que a violência conjugada com outros fatores é fator de risco para a saúde mental de mulheres em situação de violência e suas/seus filhas/os. Não é possível passar por experiências de violência conjugal, seja como vítima direta ou indireta, sem nenhuma repercussão na saúde mental, conforme mostrou a análise dos casos. É possível que mulheres e filhas/os não desenvolvam algum tipo de transtorno mental, mas isto não significa que não haja danos em sua saúde mental. A saúde mental vai além da ausência de transtorno mental, envolvendo o bem-estar subjetivo, a autonomia, a autorrealização da competência intelectual e emocional, a autoeficácia percebida (OPAS, OMS & ONU, 2001). As repercussões das experiências de violência apresentadas pelas mulheres e por filhas/os abalam tais elementos, que envolvem a saúde mental, o que significa que provocam danos na saúde mental.

#### 4.4.3. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental das mulheres

A análise dos três casos corrobora estudos anteriores que apontam a violência conjugal como fator de risco para a saúde mental (Andrade et al., 2009; Ellsberg & Heise, 2005; OMS, 2002; WHO, 2005; OPAS, OMS & ONU, 2001; WHO, 2005; Rondon, 2006). Adelaide, Berenice e Célia perceberam diversas repercussões da violência conjugal na sua saúde mental, as quais se aproximam do que foi verificado em pesquisas desenvolvidas por Diniz et al. (2007), Goodman e Epstein (2008), OMS (2002), Romito et al. (2005), Ruiz-Pérez e Plazaola-Castaño (2005), Sundaram et al. (2004), Walker (2009), WHO (2005).

Algumas dessas repercussões relacionam-se aos impactos percebidos por elas nas/os filhas/os e nas relações familiares. As repercussões na saúde mental apresentadas por Adelaide, Berenice e Célia podem ser melhor visualizadas no Quadro 7:

Repercussões na saúde mental das mulheres	Mulheres		
	Adelaide	Berenice	Célia
Alteração na percepção sobre a eficácia para controlar o que acontece com a pessoa		X	X
Alteração do apetite	X		X
Ansiedade	X	X	
Concentração e atenção reduzidas		X	
Diminuição da auto-estima	X	X	
Dificuldades com o próprio corpo		X	
Diminuição da auto-confiança		X	
Entorpecimento emocional e evitação comportamental	X	X	X
Fadiga	X		
Hipersonia		X	
Humor deprimido	X	X	
Insônia	X	X	X
Medo		X	
Pânico		X	
Perda do interesse e prazer	X		
Queixas somáticas (vômitos)		X	
Sofrimento psíquico	X	X	X

**Quadro 7: Repercussões na saúde mental das mulheres com experiências de violência conjugal**



Para Adelaide, as repercussões foram: sofrimento psíquico, humor deprimido, alteração do apetite, perda do interesse em atividades prazerosas, fadiga, insônia, que são indicadores de episódio depressivo. Também relatou sentir-se ansiosa e com baixa autoestima. Outra repercussão foi o entorpecimento emocional e a evitação comportamental, expressos por meio da minimização da gravidade da situação de violência vivida.

Berenice, a entrevistada que sofreu, além de violência física, patrimonial e psicológica, a sexual, relatou maior número de repercussões. Estudo anterior (Ruiz-Perez & Plazaola-Castaño, 2005) identificou que as mulheres que haviam sofrido esses três tipos de violências apresentavam mais danos na sua saúde mental, o que explica tais resultados.

Berenice relatou como repercussões da violência os seguintes sintomas de episódio depressivos: alterações no sono, concentração e atenção reduzidas, diminuição da autoconfiança e auto-estima, humor deprimido. Tais sintomas resultaram em uso de psicotrópico antidepressivo. Ela teve também medo, ansiedade, sofrimento psíquico, pânico e alterações somáticas. Outra repercussão foi a dificuldade com o próprio corpo, o entorpecimento emocional e evitação comportamental. Todos esses sintomas são indicativos da síndrome da mulher maltratada (Walker, 2009). Outros sintomas, como surtos de medo e pânico, indicam que ela pode ter apresentado transtorno de estresse pós-traumático (OMS, 1995).

Célia, em comparação com Adelaide e Berenice, apresentou menos repercussões em termos de quantidade de sintomas. Em comum a essas mulheres, ela apresentou sofrimento psíquico, alteração no sono e apetite, entorpecimento emocional e evitação comportamental, alteração na percepção sobre a eficácia para controlar o que acontece com a pessoa.

Todas as mulheres apresentaram algum critério diagnóstico para a síndrome da mulher maltratada. Adelaide, Berenice e Célia apresentaram entorpecimento emocional e

evitação comportamental, e relacionamento conjugal disruptivo, marcados por comportamentos imprevisíveis e manipuladores dos companheiros. Mas só Berenice apresentou sintomas suficientes para formularmos a hipótese de que ela apresenta essa síndrome.

A análise das percepções das mulheres sobre sua saúde mental atual oferece indícios de que elas estão em processo de superação das repercussões das violências e recuperação da saúde mental para condições melhores. Assim, esse estudo corrobora as elocubrações de Pitta (1999, p. 83). Os danos na saúde mental são reversíveis, “a saúde e a doença podem ser perdidas e recuperadas”. Cabe lembrar, todavia, que as mulheres ainda estão sob a dominação-exploração dos companheiros e que ainda sofrem algum tipo de violência, o que é fator dificultador dessa recuperação.

Célia foi a entrevistada que apresentou menos danos à sua saúde mental em épocas em que as violências eram mais frequentes e teve relato de melhor condição de saúde mental atual; em comparação com a de Adelaide e a de Berenice ela recuperou mais sua saúde. Vários fatores podem ter contribuído para isso. Um deles é que, ao contrário de Adelaide e Berenice, seu último ano de relacionamento não foi o período de maior frequência e intensidade das agressões. Isso pode ter contribuído para a superação dos danos em sua saúde mental. Outro fator é o tempo de experiências de violências, o menor de todos os casos, e sem a presença de violências sexuais e patrimoniais.

Cabe destacar que as/o filhas/o adultas/o jovens das mulheres com experiências de violência não têm real dimensão dos danos ocorridos na saúde mental de suas mães ao longo da conjugalidade violenta. Cíntia não reconhece nenhuma repercussão. Anselmo só reconhece os sintomas depressivos e acredita que a remissão de sintomas é indicativo de que a mãe

piorou. Bel acredita que mãe tenha sofrido, mas que as violências só acentuaram transtorno mental pré-existente.

As ressonâncias da mudança de comportamento de Anselmo, Bel, Cíntia e suas/seus irmãs/os para com a própria mãe ou o pai e de suas percepções sobre a permanência da mãe naquela situação podem ser apontadas como paradoxais. De um lado foram motivadoras para Adelaide, Berenice e Célia buscarem ajuda. De outro lado, foram geradoras isolamento. Em 2 dos 3 casos estudados, as/os filhas/os não permaneceram com as mães. Em uma delas, todas/o as filhas/o foram morar com o agressor. Em outra, um dos filhos afastou-se totalmente da mãe. Na única família em que os filhos permaneceram na residência materna, eles passaram a exercer o controle sobre os gastos e vestimentas da mãe tal como o pai fazia.

Essas mudanças na relação foram comentadas pelas mulheres. Em especial, elas destacaram o afastamento e a agressividade das/os filhas/os para com elas ou para com os agressores, o que está em consonância com as teorizações de Costa e Santos (2004). Essas autoras, como já mencionado, consideram que a violência conjugal pode levar a sentimentos ambivalentes de amor e ódio para com os pais e dificuldades em compreender qual figura parental é merecedora de afeto.

#### **4.4.4. Repercussões das experiências de violência conjugal na saúde mental das/o filhas/o**

A violência conjugal é fator de risco para as/os filhas/os das mulheres, conforme defende Castillo-Manzano e Arankowsky-Sandoval (2008), Goodman e Epstein (2008), ONU (2006) e Ribeiro et al. (2009). Com relação às repercussões das violências conjugais nas/os

filhas/os das mulheres, podemos afirmar que as/os filhas/os adultas/os jovens, enquanto vítimas indiretas das violências conjugais, seja presenciando, vendo ou ouvindo as narrativas sobre os episódios de violências, sofrem impactos em sua saúde mental. O Quadro 8 traz um comparativo dos sintomas apresentados por Anselmo, Bel e Cíntia, em algum momento de sua história de vida. Esses sintomas estão relacionados aos eventos de violência conjugal.

Repercussões na saúde mental das filhas/o	Filhas/o		
	Anselmo	Bel	Cíntia
Abalo na formação da identidade			X
Ansiedade		X	
Comportamento violento	X		
Humor deprimido	X		X
Ideação suicida			X
Insônia	X		
Medo		X	X
Perda do interesse e prazer	X		
Sofrimento psíquico	X	X	X

**Quadro 8: Repercussões na saúde mental das filhas e do filho de mulheres com experiências de violência conjugal**

Devemos ressaltar que Anselmo, Bel e Cíntia não nomeiam e não reconhecem as experiências de violências presentes em sua família enquanto tal. As filhas e o filho entrevistadas/o também não percebem com clareza as repercussões das violências em sua saúde mental e nem conseguem precisá-las no tempo, apesar de relatarem sofrimento psíquico quando as violências eram mais frequentes, o que para todas/os inclui infância, adolescência e início da idade adulta. Há uma tendência a negar e minimizar a gravidade tanto das violências quanto de suas repercussões. Podemos apontar uma dupla motivação para isso: o poder econômico e de convencimento do pai e o dilema de lealdade.

O dilema de lealdade decorre da existência nessas famílias de lealdades invisíveis. Anne Schützenberger (1997) afirma: em uma família onde há afeto seus membros esperam

contar com a lealdade dos demais, havendo uma contabilidade familiar permeada por débitos e créditos. Cada família determina as contribuições que cada um deve dar. O não cumprimento do que é esperado gera sentimentos de culpa para que haja justiça na família. Ravazzola (2005) afirma que, para preservar essa lealdade, as/os filhas elaboram justificativas para as violências, minimizam tais eventos e não registram os danos que essas experiências provocam.

Para Anselmo, Bel e Cíntia, os sintomas que apresentaram estão relacionados com o que eles chamam de “brigas” e “confusões”, que “não seriam violências, nem uso da agressividade, nem agressão”. Anselmo acredita que as experiências familiares, que chama de “brigas”, ou seja, não as reconhece como violência conjugal, abalaram sua saúde mental. Causaram-lhe sofrimento, afetaram seu sono, deixavam seu humor deprimido, e com perda de interesse e prazer. Tais sintomas são indicativos de episódio depressivo. Considera também que a separação é o fator que tem impedido a recuperação de sua saúde mental. Bel percebe como repercussão das “brigas” a ansiedade e o sofrimento psíquico. Ela confirma que o divórcio e o clima de ameaças e desentendimentos têm íntima relação com o que sentia. Além disso, relatou medo.

Cíntia, em comparação com Anselmo e Bel, relatou com maior clareza as repercussões da violência em sua saúde mental. Ela percebe o medo, o humor deprimido o abalo na formação de sua identidade e a ideação suicida como danos em sua saúde mental.

Cabe ressaltar que os danos na saúde mental provocados pela violência conjugal sofrida pela mãe também podem ser reversíveis no caso das/o filhas/o, mas elas/e ainda percebem-se abalados. Anselmo, Bel e Cíntia avaliam que suas condições de saúde mental estão “melhores do que de costume”, tendo em vista a época em que as violências eram mais frequentes. Entretanto, destacam que ainda não estão totalmente recuperadas/o, pois ainda

permanecem situações de estresse relacionadas às violências: inconstâncias na família, clima de preocupação, separação conjugal, falta de referência familiar.

As mães percebem várias repercussões das violências conjugais na saúde mental das/o filhas/o entrevistadas/o e também nas/os demais que não participaram da presente pesquisa. Adelaide percebeu as seguintes repercussões tanto em Anselmo quanto em André: comportamento violento e sofrimento psíquico. Para Berenice, as violências repercutiram no comportamento violento do filho Bruno e no sofrimento psíquico das filhas e provocaram ideações suicidas em todas/os. Célia aponta que todas/os as/os filhas/os foram afetados, sendo que Cíntia e Caio sentiam medo e sofrimento.

Não podemos afirmar que houve diferenças quanto às repercussões das experiências de violência em decorrência do gênero. Há indícios de que os problemas de externalização, tais como comportamento violento, estiveram mais presentes nos filhos do que nas filhas.

Outro ponto a ser destacado é que o fato de não morar na mesma casa que o agressor não impediu que as violências repercutissem na saúde mental das/o filhas/o. Cíntia foi afastada do convívio da mãe e ainda apresenta sintomas de danos à sua saúde mental.

Cabe ressaltar que, embora maior volume de literatura esteja concentrada nos relatos das repercussões das violências em crianças e adolescentes que foram expostos às violências conjugais, podemos afirmar que há similaridade entre os nossos resultados e os dos estudos descritos na literatura. Constatamos que as repercussões apresentadas pelas/o filhas/o adultas/o jovens ao longo de suas vidas, incluindo a fase adulta, estão de acordo com o que está descrito para crianças, adolescentes e jovens.

Vimos que, nas famílias A e B, as/os filhas/os que, na percepção das mulheres, haviam sido mais impactadas/os pelas violências conjugais ocorridas na relação do casal parental foram aquelas/es que não concordaram em participar da pesquisa. Adelaide e

Berenice consideravam que os filhos mais velhos, de 24 e 27, respectivamente, haviam sofrido muito com as violências assistidas. Essa recusa, assim como estratégias de acesso a essas/esses filhas/os merecem ser objeto de reflexões e estudos posteriores.

#### **5.4.5. Fatores de risco e fatores de proteção da saúde mental das mulheres e das/o filhas/o**

Não somente os tipos, intensidades e duração das violências podem explicar as diferentes repercussões na saúde mental das mulheres e de suas/seu filhas/o. Os processos saúde-doença, que envolvem o adoecimento e a promoção da saúde, são dependentes de uma diversidade de fatores. Outros fatores de risco, além da violência conjugal, contribuíram para os danos na saúde mental delas/e. Nas histórias de vida delas/e estiverem também presentes fatores que as protegeram diante da vulnerabilidade a adoecimentos a que foram expostas/o. Veja Quadros 9 e 10, que resumem tais fatores de risco e de proteção.

Eventos e características pessoal ou ambiental	Mulheres					
	Adelaide		Berenice		Célia	
	Risco	Proteção	Risco	Proteção	Risco	Proteção
Abandono de projeto de vida: estudar e trabalhar fora de casa	X					
Apoio social de vizinhas e amiga						X
Apoio social do companheiro						X
Apoio profissional de funcionárias/os da DEAM				X		X
Apoio profissional de funcionárias/os de delegacia de policia				X		X
Apoio profissional de psicólogas e/ou advogadas do “Projeto Maria da Penha”		X		X		X
Apoio profissional de Promotora de Justiça do Ministério Público				X		
Apoio profissional de médica/o		X		X		
Apoio profissional de psicóloga		X				
Autoestima positiva		X				
Comportamento pró-social		X				
Crenças sobre sexualidade e casamento			X			
Cuidado e projeto de cuidar das/os filhas/os			X	X		X
Cuidar de neto						X
Desejo de proteger as/os filhos dos efeitos das violências		X				
Doença crônica na família	X					
Espiritualidade		X		X		X
Experiências de abandono			X			
Falta de apoio profissional de funcionários de delegacias			X		X	
Falta de apoio social de familiares			X		X	
Falta de apoio profissional de funcionários do Conselho Tutelar					X	
Falta de apoio de funcionários do judiciário					X	
Isolamento social	X		X			
Migração	X					
Modo de aplicação da Lei 11.340	X					
Novos projetos para futuro		X		X		X
Participação em grupo religioso	X	X				
Percepção sobre a Lei 11.340		X				
Perda da guarda da filha e do filho					X	
Pobreza	X		X			
Projeto de vida: ter família cristã e unida	X	X				
Projeto de vida: estudar e trabalhar		X				
Quebra do Projeto de vida: ter família cristã e unida		X				
Quebra do projeto de vida de ter filho formado	X					
Senso de autocompetência						X
Violência contra o filho	X					
Violência sofrida na sua educação			X			



**Quadro 9: Outros fatores de risco e de proteção da saúde mental das mulheres**

Eventos e características pessoal ou ambiental	Filhas/o					
	Anselmo		Bel		Cíntia	
	Risco	Proteção	Risco	Proteção	Risco	Proteção
Autocuidado				X		
Apoio Social de cuidadora/ or alternativa/o						X
Doença crônica	X					
Desejo da mãe de protegê-la e proteção ofertada				X		
Incentivo da mãe para investimento em seus projetos de vida				X		
Experiências sexuais traumáticas					X	
Falta de referencial de família					X	
Falta de cuidadores que exerçam a função parental de cuidado e afeto					X	
Isolamento	X		X			
Inconstâncias do relacionamento dos pais			X			
Ocupações com estudo e trabalho				X		
Projeto de vida: viver e superar a doença		X				
Projeto de vida: estudar				X		X
Projeto de vida: ter uma família						X
Regras rígidas de comportamento					X	
Separação dos pais	X		X			
Violências físicas sofridas			X			

**Quadro 10: Outros fatores de risco e de proteção da saúde mental das/o filhas/o**

Não verificamos relação causal linear entre os fatores de risco e adoecimentos ou de proteção e promoção da saúde mental. Confirmamos que mais importante do que identificar um evento de risco é conhecer “os conjuntos de processos decorrentes dessa variável, que vincula e faz a mediação das condições de risco com as manifestações negativas ou patológicas” (Yunes & Szymanski, 2002). Nesses processos, identificamos a influência da percepção das pessoas para que um fator fosse considerado de risco ou de proteção.

Observamos ainda que um evento de risco desencadeia por várias situações que contribuem para que ele seja de risco.

Consonantes com as teorizações de Rutter (1987) e Bronfenbrenner (1996), nenhum evento em si mesmo constitui-se de risco ou de proteção. A participação em grupo religioso evangélico e o projeto de vida de ter uma família cristã e unida foram fator de risco e de proteção para Adelaide. O cuidado dispensado às/aos filhas/os também teve esse duplo caráter na vida de Berenice, assim como a doença crônica de Anselmo na vida dele.

Os fatores de risco para saúde mental de Adelaide, Berenice e Célia têm íntima relação com o gênero. Prescrições de gênero contribuem para que eventos de vida e projetos constituam risco para a saúde de mulheres. A presença de doença crônica na família, em razão da divisão de papéis com base em estereótipos de gênero, que responsabiliza, exclusivamente, as mulheres pelo cuidado da casa, dos idosos e dos doentes, contribui para que esta doença fosse fator de risco maior para Adelaide. Os estereótipos de gênero também contribuem para que as pessoas acreditem que os homens têm o direito de agredir sua esposa pra discipliná-la e que mulher gosta de apanhar. Tais ideias têm relação com práticas profissionais inadequadas, resultando na falta de apoio profissional de funcionários de delegacias onde Berenice e Célia foram atendidas.

Essa relação entre gênero e fatores de risco pode ser observada na história de vida de Anselmo, Bel e Cíntia. Há relação entre os fatores de risco presentes na vida das suas mães, incluindo a violência conjugal, e os presentes nas vidas delas/e. A separação dos pais e o isolamento, fatores de risco para Anselmo e Bel, foram eventos desencadeados pela dinâmica da relação conjugal violenta. As regras rígidas de comportamento e experiências sexuais traumáticas, risco para Cíntia, também são relacionadas às experiências de vida e de violência de sua mãe.

Todos os fatores de risco para saúde mental das mulheres as deixaram vulneráveis a sofrerem mais violências conjugais. Nem todo fator de proteção as protegeu das violências. Constatamos, assim, o seguinte paradoxo: uma experiência pode proteger a saúde mental da mulher de maiores danos e, ao mesmo tempo, pode contribuir para mantê-la na relação conjugal violenta. A título de ilustração, vale mencionar os cuidados, as preocupações e os envolvimento com os cuidados e projetos de vida das/os filhas/os. Nesses processos, as mulheres assumiam papéis de gênero valorizados socialmente e exerciam funções de cuidado, mesmo quando eram elas que precisavam ser cuidadas. Apesar de contribuir para que as mulheres permanecessem na situação de violência e de sofrimento psíquico, o exercício desse papel favorecia a manutenção da autoimagem e autovalorização, na medida em que dava a sensação de que elas estavam fazendo o que era esperado delas. Eram tais atividades estereotipadas que ofereciam conforto diante das vivências de sofrimento.

O desvelamento dessa situação, não implica que pretendemos defender a preservação das prescrições de gênero como forma de proteger a saúde mental de mulheres. Conforme mostraram os relatos de Adelaide, Berenice e Célia, os projetos de vida para o futuro das mulheres entrevistadas, formulados após a separação e que incluem a flexibilização dos papéis de gênero, significaram somente proteção das suas saúdes.

A análise dos fatores de risco e de proteção da saúde mental das mulheres nos permite afirmar o que já foi constatado por pesquisas anteriores (Diniz, 2004; Oliveira, 2007; OPAS, OMS & ONU; 2001; Santos & Diniz, 2006): a saúde mental tem íntima relação com o contexto social em que as pessoas vivem. Os fatores de risco e fatores de proteção dos tipos sociais, ambientais, econômicos ou individuais e familiares (WHO, 2004) não são excludentes do contexto relacional, doméstico e comunitário em que as mulheres e suas/seus filhas/os vivem.

Cabe ressaltar também a importância da rede social para proteção da saúde mental das mulheres e de suas/seus filhas/os. Segundo Carlos Sluzki (1997, p.15), a rede social pode ser compreendida como “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais”. Inclui todos os indivíduos significativos com quem interage determinada pessoa. Assim, engloba familiares, amigas/os, companhias de trabalho ou estudo, profissionais que prestam serviços.

As ideias, ações e emoções das pessoas que compõem a rede social das mulheres e de seus companheiros relacionam-se com as repercussões na saúde mental delas, bem como com a proteção e promoção. As amigas e as vizinhas das mulheres foram importantes no processo de superação da minimização e negação da gravidade das violências. Profissionais também foram essenciais no processo de reflexão sobre a busca de ajuda para saída da situação de violência e sobre a necessidade de atenção à saúde. O comportamento das/os filhas/os, em especial os que envolveram agressividade e isolamento, impulsionaram-nas a buscarem ajuda. Por outro lado, as ideias de algumas pessoas presentes na rede de social das mulheres contribuíram para que elas negassem a gravidade das violências e suas consequências. Esse resultado confirma as teorizações de Ravazzola (2005) sobre a importância das pessoas testemunhas para o casal sair da situação de violência.

Exemplo disso pode ser encontrado na história de vida de Adelaide. A inserção dela e de Afonso em uma cultura patriarcal reforçou a distribuição desigual de poderes no casal. Essas ideias presentes no sistema militar, no qual Afonso e seus amigos participam, não favoreceram a proteção da saúde de Adelaide, nem diminuíram o risco de ela sofrer outras agressões. Já as ideias, ações e emoções dos filhos e de suas amigas da igreja diante das violências foram fundamentais para que Adelaide mantivesse sua decisão de buscar uma vida

livre das violências conjugais. Essa decisão repercutiu também na mudança de opinião de suas amigas da igreja e do médico, que passaram a incentiva-la a fazer a ocorrência policial.

Dada a importância da rede social, destacamos os comentários de Schraiber e D'Oliveira (1999). É preciso deixar de lado a pressa em tratar apenas as consequências das violências nos serviços de saúde. Embora as mulheres agredidas cheguem aos serviços de saúde com uma queixa que pode ser traduzida para adoecimentos passíveis de tratamento, os profissionais de saúde podem ir além dos sintomas. Auxiliar na conscientização do problema vivido, informar sobre possibilidades de auxílios, oferecidos, por exemplo, pelas Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher - DEAM – e por outras instituições que oferecem apoio jurídico e psicológico é fundamental para quem vivencia relações conjugais violentas.

Foi possível constatar também que a Lei 11.340 - Lei Maria da Penha -, no Distrito Federal tem representado instrumento de defesa dos direitos humanos das mulheres. A prática de profissionais do “Projeto Maria da Penha” embasada nessa lei contribuiu para a proteção da saúde mental de Adelaide, Berenice e Célia.

A posição dos magistrados quanto à aplicação dessa lei afeta a vida das mulheres. No caso de Adelaide, a atuação do magistrado constituiu fator de risco, pois foi interpretada pelo companheiro de forma errônea e o fez sentir autorizado a manter comportamentos violentos.

A violência conjugal, associada a outros fatores de risco e fatores de proteção pode repercutir na saúde mental das mulheres e filhas/os. Assim, conhecer as histórias de vida e de violência delas/es, a partir de suas percepções, cresce em importância para a promoção da saúde mental de mulheres, de suas/seus filhas, enfim, de famílias com experiências de violência conjugal.

## Considerações Finais

No decorrer deste trabalho, realizado com base em pesquisa bibliográfica e empírica, apresentamos reflexões sobre a interação entre gênero, violência conjugal e saúde mental, orientadas pela seguinte questão: quais são as possíveis repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/seus filhas/os adultas/os jovens? À guisa de conclusão, apresentamos considerações sobre as contribuições deste trabalho para a pesquisa e a intervenção na área da violência conjugal.

As histórias de vida e de violência conjugal das mulheres participantes desta pesquisa e de filhas/os adultas/os jovens revelaram a vulnerabilidade feminina a inúmeras violências ao longo do ciclo de vida de famílias moradoras de uma cidade satélite do Distrito Federal. Tais violências foram do tipo: físico, psicológico, sexual e patrimonial; sendo as mais frequentes: os empurrões, as surras, os espancamentos, os apertões, as bofetadas, os murros, os ataques com objetos, os chutes, as ameaças com arma de fogo e branca, os xingamentos, as humilhações, o sexo contra a vontade, a destruição de objetos pessoais e a restrição do acesso a bens da família. Nesse contexto, identificamos a presença de padrão transgeracional das violências. Nessas famílias havia a expansão da violência para as/os filhas/os e/ou a repetição pelo casal de um padrão de relacionamento existente no casamento dos pais de um deles.

Esses resultados mostram a urgência dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência conjugal, bem como famílias em geral, promoverem a conscientização das/os atendidas/os acerca dos padrões de relacionamento das famílias de origem. A percepção dos sujeitos sobre estes padrões e seus impactos nas relações familiares atuais é fundamental para a percepção de risco e o fortalecimento de fatores de proteção. Tais estratégias podem ajudar as pessoas a refletirem sobre novas formas de se relacionarem, a

mudarem as histórias individual e familiar, deixando para trás as heranças social e familiar de violência.

O seguinte paradoxo ficou evidente nas histórias de vida e de violência das famílias estudadas: as/os filhas/os jovens adultas/os querem que as violências parem e para tanto exigem uma ação efetiva das suas mães. Ao mesmo tempo, cobram que elas sigam os papéis de gênero tradicionais. Não desejam e não aceitam, ainda, que elas busquem a intervenção do Estado e desaprovam o ato de realizar ocorrência policial. Essas mensagens recebidas pelas mulheres colocam desafios adicionais na vida delas e merecem outras investigações.

Os três estudos de caso deixaram evidente a interação violência e saúde mental. Mulheres com experiências de violência conjugal e suas/seu filhas/o adultas/o jovens apontaram repercussões da vivência desta violência na saúde mental. A partir da análise dos três casos, reafirmamos a pertinência de uma visão de causalidade recursiva, em que um elemento influencia e é influenciado por outro, para entendermos a interrelação entre violência e saúde mental. A interação entre violência conjugal e saúde mental não ocorre isolada de outros fatores presentes nas vidas das mulheres e de filhas/os e na cultura. Assim, a saúde mental de mulheres com experiências de violência conjugal e de filhas/os só pode ser compreendida mediante o entendimento da interação entre violência conjugal, outros fatores de risco, fatores de proteção, gênero e saúde mental. Essa interação não se dá isolada dos contextos nos quais as pessoas estão inseridas e das prescrições de gênero presentes neles.

A partir da análise da interação violência conjugal, gênero, fatores de risco, fatores de proteção e saúde mental, constatamos que as mulheres participantes desta pesquisa, todas com experiências de violência conjugal, tiveram danos em sua saúde mental. A violência conjugal, associada a outros eventos de risco para a saúde mental, gerou diversas repercussões, sendo que algumas delas decorreram dos impactos identificados nas/os

filhas/os. Tais repercussões foram: alteração na percepção sobre a eficácia para o controle do que acontece com a própria pessoa; alteração do apetite; ansiedade; concentração e atenção reduzidas diminuição da autoestima; dificuldades com o próprio corpo; diminuição da autoconfiança; entorpecimento emocional e evitação comportamental; fadiga; hipersonia; humor deprimido; insônia; medo; pânico; perda do interesse e prazer; queixas somáticas e sofrimento psíquico.

Alguns sintomas apresentados pelas mulheres são indicativos de transtorno de estresse pós-traumático, episódio depressivo (OMS, 1995) e síndrome da mulher maltratada (Walker, 2009). Isso não significa que toda mulher em situação de violência conjugal desenvolverá algum tipo de transtorno mental. Todavia, a ausência de um diagnóstico psicopatológico não invalida a afirmação de que a violência conjugal provoca danos à saúde mental, tendo em vista que a saúde mental não significa ausência de doenças.

No contexto de violências físicas, psicológicas, sexuais e patrimoniais contra as mulheres participantes desta pesquisa estavam presentes violências indiretas e diretas contra as/os filhas/os. Filhas e filhos adultos/os jovens presenciaram, ao longo de suas vidas, episódios de violências ou ouviam narrações sobre eles e, às vezes, sofriam violências diretas, física e psicológica. É interessante lembrar que essa violência direta era praticada em uma das famílias pela mãe e, em outra, pelo pai.

Verificamos que a violência conjugal repercutiu em filhas/o jovens adultos/o, havendo em um dos casos a indicação de episódio depressivo (OMS, 1995). A ocorrência de todos os danos, não se limitou à fase adulta. As repercussões identificadas foram: abalo na formação da identidade; ansiedade; comportamento violento; humor deprimido; ideação suicida; insônia; medo; perda do interesse e prazer; sofrimento psíquico. Tais percepções



referem-se aos períodos em que as violências conjugais eram mais frequentes, o que para todas/os incluía momentos da infância, da adolescência e do início da idade adulta.

Os danos na saúde mental de mulheres e de filhas/os adultas/os jovens podem ser reversíveis desde que estejam presentes nas suas histórias de vida fatores de proteção da saúde mental. Tais resultados mostram a necessidade de que os serviços que oferecem atendimentos a mulheres com experiências de violências conjugais sejam capacitados para identificar as condições de saúde mental das mulheres e de filhas/os. Esse procedimento é fundamental para que sejam oferecidos atendimentos adequados e feitos os devidos encaminhamentos para outros serviços de proteção a pessoas em situação de violência e de atenção à saúde mental.

Estudos cujo foco foi mulheres com experiências de violência conjugal (Diniz & Pondaag, 2004, 2006; Guimarães, 2009) evidenciaram que a reflexão sobre as histórias de vida e de violência conjugal é fundamental para que elas possam ressignificar suas experiências e passem a nomeá-las como tal. Nosso estudo corroborou esses resultados e permitiu, ainda, afirmar que esse tipo de intervenção é fundamental também para que as filhas/os compreendam suas experiências familiares de violências, enquanto tal, e percebam de maneira mais clara as consequências dessas violências para sua saúde mental e de suas mães.

Outra consideração a ser feita refere-se aos fatores de risco e de proteção da saúde mental presentes ao longo das histórias de vida e de violências das/os participantes desta pesquisa. Um mesmo evento foi risco e proteção para a saúde mental delas/es, tais como: projetos de vida de ter família cristã e unida, a participação em grupo religioso, o projeto de cuidar e cuidado dispensado às/os filhas/os.

Esse resultado sugere que não cabe às/aos profissionais e pesquisadoras/es que atendem mulheres em situação de violência conjugal e famílias em geral buscarem apenas a

presença de eventos tipicamente estressores para avaliar a saúde mental de mulheres e de filhas/os adultas/os jovens. É preciso identificar a influência da percepção das pessoas sobre suas experiências, as características ambientais e pessoais; investigar a causalidade circular entre diversos eventos de vida; buscar a presença de fatores de risco na vida de outros membros da família.

O apoio profissional recebido em instituições como delegacia de polícia, juizados, unidades de saúde e centro de atendimento jurídico, com base na Lei 11.340 - Maria da Penha -, foi fator de proteção para as mulheres participantes da pesquisa. Todavia, determinadas ações da magistratura, decorrentes do entendimento da referida lei, não impediram que elas continuassem sofrendo violências conjugais.

Os resultados indicaram que a aplicação da Lei 11.340 - Maria da Penha - poderá ser mais efetiva na proteção das mulheres, caso nesse processo sejam incluídas suas percepções sobre esta legislação e sobre violência. Cabe rememorarmos que na história de vida de uma das entrevistadas estava presente o uso da medida protetiva de proibição de aproximação para evitar que seu companheiro fosse violento. Isso confirma a afirmativa: essa mulher desejava o fim da violência e não do relacionamento conjugal.

Outros fatores de proteção para as mulheres foram: apoio social de vizinhas e de amiga; apoio social do companheiro para resolver determinados problemas; autoestima positiva; comportamento pró-social; cuidar de neto; desejo de proteger as/os filhas/os dos efeitos das violências que elas sofriam; espiritualidade; novos projetos para o futuro; percepção sobre a Lei 11.340 - Lei Maria da Penha -; projetos de vida de estudar e trabalhar; quebra do projeto de vida de ter família cristã e unida; e senso de autocompetência.

Os fatores que se mostraram somente de risco na vida das mulheres com experiências de violência conjugal foram: abandono de projeto de vida de estudar e trabalhar; determinados

modos de aplicação da Lei 11.340 - Lei Maria da Penha -; determinadas crença sobre sexualidade e casamento; doença crônica na família; migração; experiências de abandono; falta de apoio social de familiares; falta de apoio profissional de funcionários de delegacia de policia, do Conselho Tutelar e do Judiciário; isolamento social; perda da guarda da filha e do filho; pobreza; quebra do projeto de vida de ter filho formado; violência sofrida durante sua educação; e violência sofrida pelo filho.

Os resultados da presente pesquisa revelaram uma situação paradoxal. Uma experiência, ao longo de vida, pode proteger a saúde mental da mulher de maiores danos e, ao mesmo tempo, contribuir para mantê-la na relação conjugal violenta. Isso não significa que as intervenções de profissionais, que atendem famílias em situação de violência, devam fortalecer as posições de gênero estereotipadas. Pelo contrário, é preciso atuar na potencialização de fatores que não assumam essa dupla função. Por exemplo, os projetos de vida para o futuro das mulheres entrevistadas, que representam a flexibilização dos papéis de gênero, significaram somente proteção da saúde mental das mulheres entrevistadas. Isso indica uma direção a ser seguida pelas/os profissionais que prestam assistência a pessoas com experiências de violência conjugal.

O atendimento profissional deve ter como um de seus objetivos proporcionar a reflexão sobre os projetos de vida, a fim de questionar a influência das prescrições de gênero e possibilitar a construção de novos projetos, livres de estereótipos e contribuir para a construção de novas feminilidades e masculinidades. Todavia, esse processo deve ser conduzido respeitando as experiências de vida das mulheres e a compreensão delas sobre a função das prescrições de gênero na vida de cada pessoa.

Constatamos que há íntima relação entre os fatores de risco presentes na vida das mães e os verificados na vida das/o filhas/o. É fundamental, portanto, que as políticas de

atendimento à saúde contemplem a/o usuária/o levando em conta contextos de vida e de relações. Assim, essas políticas devem envolver o atendimento às/aos envolvidas/os nas experiências de violência: mãe, pai, filhas/os e outros membros da família. Membros da rede social que estejam disponíveis também poderão ser incluídos.

Cabe rememorar que os fatores de proteção presentes nas vidas das/o filhas/o foram: autocuidado; apoio social de cuidadora/or alternativa/o; desejo da mãe de proteger filhas/o e proteção ofertada; incentivo da mãe para investimento em projetos de vida; ocupações com estudo e trabalho; projeto de vida de viver e superar a doença; projeto de vida de estudar; projeto de vida de ter uma família. Constituem fatores de riscos na vida delas/e doença crônica; experiências sexuais traumáticas; falta de referencial de família cuidadora; falta de cuidadoras/es que exerçam a função parental de cuidado e afeto; inconstâncias do relacionamento conjugal dos pais; isolamento; regras rígidas de comportamento; separação dos pais; violências físicas sofridas.

O presente estudo reafirmou a importância da rede social na promoção da saúde mental das mulheres em situação de violência e na de suas/seus filhas/os adultas/os jovens. As ideias, ações e emoções das pessoas que compõem a rede social das mulheres e de seus companheiros podem contribuir para a busca de saídas da situação de violências ocorridas e a superar a minimização da negação da gravidade das violências e de suas repercussões. Essa rede social também pode contribuir para que sejam evitados adoecimentos mentais e para que ocorram a recuperação e a promoção da saúde mental. Nesse sentido, cresce em importância a atuação das pessoas que convivem com as famílias em situação de violência e das/os diversas/os profissionais da saúde, do judiciário, da segurança pública, da educação, da assistência social, dentre outras/os.

Este trabalho não esgota o estudo do tema em questão: a interação gênero, saúde mental e violência. Uma das limitações metodológicas da presente pesquisa foi não entrevistar todas/os filhas/os das mulheres com experiências de violência conjugal. Indicamos também a necessidade de que pesquisas futuras desenvolvam estudos longitudinais para verificar o que as pessoas envolvidas pensam sobre as repercussões das violências conjugais em vários períodos do ciclo de vida de filhas/os adultas/os jovens e de suas mães, dando atenção especial à investigação da situação de saúde mental nestes vários momentos.

A compreensão das repercussões de experiências de violência conjugal na saúde mental de mulheres e de suas/seus filhas/os adultas/os jovens constituiu sem dúvida tema relevante de pesquisa. Muito ainda pode ser investigado sobre esse tema. Esperamos que os resultados obtidos e as reflexões sobre os mesmos possam contribuir para o lançamento de novos olhares para velhas questões. Para tal, esperamos que a produção desse tipo de conhecimento não fique restrita a ambientes da pós-graduação. Estudos sobre violência conjugal precisam cada vez mais ser inseridos nos cursos de graduação, em serviços de atendimento, em espaços comunitários e em órgãos gestores de políticas públicas. Desejamos que as reflexões aqui apresentadas, ainda que iniciais, ofereçam contribuições teórico-práticas para a atuação de psicólogas/os clínicos e outras/os profissionais que atuam no atendimento às famílias em situação de violência conjugal. Esperamos também que ofereça subsídios para a elaboração de políticas públicas na área da interação entre violência conjugal e saúde mental com enfoque em gênero.

## Referências

Adeodato, Vanessa Gurgel, Carvalho, Racquel dos Reis, Siqueira, Verônica Riquet de, & Matos, Fábio Gomes de Souza e. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 108-113.

Alves, José Augusto Lindgren. (1997). A arquitetura internacional dos direitos humanos. São Paulo: FTD.

Alves-Mazzotti, Alda Judith. (2006, setembro/dezembro). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 6, (129), 637-651.

Alves, Sandra Lúcia Belo, & Diniz, Gláucia Ribeiro Starling Diniz. (2005). Eu digo não, ela diz sim: a violência conjugal no discurso masculino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (4), 387-392.

Andrade, Fabia Barbosa de, Bezerra Alessandra Isis Cirne, Pontes, Ana Lucia Félix de, Ferreira Filha, Maria Oliveira, Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo, Dias, Maria Djair, & Silva, Antônia Oliveira. (2009). Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 675-680.

Angelim, Fábio. (2003). *Construindo novos discursos sobre a violência doméstica: uma articulação entre a Psicologia Clínica e a Justiça*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Angelim, Fábio Pereira. (2009). A importância da intervenção multidisciplinar face à complexidade da violência doméstica. In Fausto Rodrigues de Lima & Claudiene Santos (Orgs.), *Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar* (pp. 125-136). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Areias, Maria Helenice Quello & Guimarães, Lílíana Andolpho Magalhães. (2004). Gênero e estresse em trabalhadoras de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Psicologia Estudos*, 9 (2), 252-262.

Arendt, Hannah. (1974). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Taurus.

Azambuja, Maria Regina de Fay de, Blank, Paulo, Cardoso, Rogério Göettert, Day, Vivian Peres, Debiaggi, Moema, Machado, Denise Arlete, Reis, Maria das Graças, et al. (2003, Abril). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 9-21.

Bair-Merritt, Megan, Blackstone, Mercedes, & Feudtner, Chris. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 111, 278-290.

Bandeira, Lourdes, & Thuler, Ana Lieser. (2009). A vulnerabilidade da mulher à violência doméstica: aspectos históricos e sociológicos. In Fausto Rodrigues de Lima & Claudiene

Santos (Orgs.), *Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar* (pp. 159-167). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Benetti, Silvia Pereira da Cruz. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 261-268.

Booth, Alan, Crouter, Anna & Clements, Mari. (2001). *Couples in conflict*. United States: Lawrence Erlbaum Associates.

Brancalhone, Patrícia Georgia, Fogo, José Carlos, & Williams, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. (2004). Avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20 (2), 113-117.

Brasil. (1994). *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*. Acessado em 12 de setembro, 2008, de [http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacaoofdc/docs\\_convencao/convencao\\_interamericana\\_dec\\_395\\_6.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacaoofdc/docs_convencao/convencao_interamericana_dec_395_6.pdf)

Brasil. Presidência da República. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. (2004). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretária Especial de Políticas para as Mulheres.



Brasil. Lei nº. 11.340 - Lei Maria da Penha, de 7 agosto de 2006. Código Penal. Diário Oficial da União 8 set 2006; 151: 56. Acessado em 28 de agosto, 2008, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

Brauner, Maria Claudia Crespo, & Carlos, Paula Pinhal de. (2004). A violência intrafamiliar sob a perspectiva dos direito humanos e adoção. In G. Maluske, J. N. F. Bucher-Maluschke & Klaus Hermanns (Orgs), *Direitos Humanos e violência* (pp. 133-148). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.

Bronfenbrenner, Urie. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979).

Butler, Judith. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Campbell, Jacquelyn. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359,1331-1336.

Campos, João. (2009, 21 de Maio). Deam registra anualmente 3,6 mil casos de violência contra a mulher. *Correio Brasiliense*. Acessado em 8 de setembro, 2009, de <http://www.correioweb.com.br/>

Carloto, Cássia Maria, & Calão, Vanusa Ferreira. (2006). A importância e o significado da casa abrigo para mulheres em situação de violência conjugal. *Emancipação*, 6 (1), 205-226.

Carter, Betty, & McGoldrick, Mônica. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1989).

Castells, Manuel. (1999). *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra.

Castillo-Manzano, Rosa Maria, & Arankowsky-Sandoval, Gloria. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor em mujeres. *Revista Biomedica*, 19, 128-136.

Cervený, Ceneide Maria de Oliveira. (2002). Pensando a família sistemicamente. In: C. M. de O. Cervený & C. Berthoud (Orgs.), *Visitando a família ao longo do ciclo vital* (pp. 15-28). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cezário, Joelma, & Navarro, Melissa. (2006). Violência contra as mulheres no Distrito Federal: uma realidade a ser transformada. Brasília: CFÊMEA. Acessado em 22 de junho, 2010, de

[http://www.cfemea.org.br/pdf/RelatorioViolenciaDF\\_ForumMulheresDF.pdf](http://www.cfemea.org.br/pdf/RelatorioViolenciaDF_ForumMulheresDF.pdf)

Coelho, Vera, & Diniz, Gláucia Ribeiro Starling. (2003). Mulher, família e identidade: a meia idade e seus dilemas. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 79-95). São Paulo: Loyola.

Costa, Liana Fortunato, & Santos, Larissa Viana dos. (2004). Avaliação da dinâmica conjugal violenta e suas repercussões sobre os filhos. *Psicologia: teoria e prática*, 6 (1), 59-72.

Crivelatti, Márcia Monique barreto, Durman, Solânia, & Hofstter, Lili Marlene. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 64-70.

DataSenado. (2009). *Violência doméstica contra a mulher: pesquisa de opinião pública nacional*. Brasília: Senado Federal.

Deeke, Leila Platt, & Coelho, Elza Berger Salema. (2007). *A dinâmica da violência a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Diniz, Gláucia Ribeiro Starling. (1999). Condição Feminina: Fator de risco para saúde mental? In M. das. G. da Paz & A. Tamayo (Orgs.), *Escola, saúde e trabalho: Estudos psicológicos* (pp.181-197). Brasília: Editora UnB.

Diniz, Gláucia Ribeiro Starling. (2004). Mulher, trabalho e saúde mental. In C. Wandelely (Org.), *O trabalho enlouquece?um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp. 105-138). Petrópolis: Vozes.

Diniz, Gláucia Ribeiro Starling, & Angelim, Fábio. (2003). Violência doméstica: porque é tão difícil lidar com ela? *Revista de Psicologia da Unesp*, 2 (1), 20-35.

Diniz, Gláucia Ribeiro Starling, & Pondaag, Miriam Cássia Mendonça. (2004). Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos de violência doméstica. In J. Bucher-Maluschke, G. Maluschke & K. Hermanns (Orgs.). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp. 171-185). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.

Diniz, Gláucia Ribeiro Starling, & Pondaag, Miriam Cássia Mendonça. (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In

Diniz, Normélia Maria Freire, Lopes, Regina Lúcia Mendonça, Rodrigues, Adriana Diniz, & Freitas, Daniela Santos de. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. (2007). *Acta Paul Enferm*, 20(3), 321-325.

Diniz, Normélia Maria Freire, Lopes, Regina Lucia Mendonça, Rodrigues, Adriana Diniz & Freitas, Daniela Santos de. (2007). Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. *Acta Paul Enfermagem*, 20 (3), 321-235.

Ellsberg, Mary Carrol, & Heise, Lori (2005). *Researching Violence Against Women: A Pratical Guide for Reserachers and Activists*. United States: World Health Organization, PATH.

Esfandyari, Bahador, Baharudin, Rozumah, & Nowzari, Leila. (2009). The relationship between inter-parental conflicts and externalizing behaviour problems among adolescents. *European Journal of Social Sciences*, 12 (1), 120-125.

Espíndola, Cybele Ribeiro, Bucher-Malusche, Júlia, & Santos, Ana Patrícia. (2004). A mulher no contexto da violência. In G. Malusche, J. Bucher-Malusche & Klaus Hermanns (Orgs.). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da pratica* (pp. 213-230). Fortaleza: Fundação Konrad Adanauer.

Fergusson, David M., & Horwood, John L. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in Young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 22, 339-357.

Frizzo, Giana Biterncourt, Kreutz, Carla Meira, Schmidt, Carlo, Piccinini, Cesar Augusto, & Bos, Cleonice. (2006). O conceito de coparentalidade e suas implicações e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (3), 84-93.

Giffin, Karen. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 10 (Supl. 1), 146-155.

Gomes, Romeu, Nascimento, Elaine Ferreira do, & Araújo, Fábio Carvalho de. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 565-574.

Grossi, Patrícia Krieger, Casanova, Maria de Fátima, & Starosta, Michele. (2004). Grupos para homens que exercem violência conjugal – um desafio no enfrentamento da violência de gênero. In M. N. Strey, M. P. R de Azambuja & F. P. Jaeger (Orgs.), *Violência, gênero e políticas públicas* (pp. 195-213). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Goodman Lisa, & Epstein Debora. (2008) Listening to battered women – a survivor-centered approach to advocacy, mental health, and justice. Washington: American Psychological Associations.

Grosz, Elisabeth. (2000). Corpos Reconfigurados. *Cadernos Pagu*, 14, 45-46.

Grych, John Howard, & Fincham, Frank D. (2001). *Interparental conflict and child development – theory, research ad application*. United States: Cambridge University Press.

Guerra, Cláudia Costa. (1998). *Descortinado o poder e a violência nas relações de gênero – Uberlândia (1980-1995)*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo.

Guerra, Cláudia Costa, & Lemes, Viviane. (2006). *Guia de orientação e apoio pela não violência conjugal e intrafamiliar*. (Disponível em SOS Ação Mulher Família, Uberlândia, Rua Johan).

Guimarães, Fabrício. (2009). “Mas ele diz que me ama...”: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Distrito Federal.

Günther, Hartmut. (2005). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: essa é a questão? *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22 (2), 201-210.

Heilborn, Maria Luiza & Sorj, Bila. (1999). Estudos de gênero no Brasil. In S. Miceli (Org). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)* (Vol . 2, pp. 183-235). São Paulo/Brasília: Editora Sumaré/ Anpocs/ Capes.

Humphreys, Janice C. (2001a). Growing up in a violent home: the lived experience of daughters of battered women. *Journal of Family Nursing*, 7(3), 244-260.

Humphreys, Janice C. (2001b). Turning and adaptations in resilient daughters of battered women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 245-251.

Humphreys, Janice C. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Mental helth nursing*, 24, 137-152.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Portal do IBGE*. Acessado em 19 de julho, 2010, de <http://www.ibge.gov.br/home/>

Instituto Patrícia Galvão. (2006). *Violência contra as mulheres: Onde tem violência todo mundo perde* [Campanha publicitária]. (Instituto Patrícia Galvão, <http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/noticias.shtml?x=302>)

Illanes, Eduardo M., Bustos, Luis M., Vizcarra, María Beatriz, & Muñoz, Sergio N. (2007). Violência y factores sociales asociados a salud mental em mujeres de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 135 (3), 326-224.

Koller, Silvia Helena, & Narvaz, Martha Giudice. (2004). Famílias, Gêneros e violências: Desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In M. P. R. de Azambuja, F. P. Jaeger & M. N. Strey (Orgs.). *Violência, Gênero e Políticas Públicas* (pp. 149-176). Porto Alegre: Editora da PUCRS.

Kubo, Olga Mitsue, & Botomé, Silvio Paulo (2001). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Revista Interação*, 5, 93-122.

Lerner, Harriet Goldhor. (1990). *Mulheres em terapia* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988).

Maia, Joviane Marcondelli Dias, & Williams, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13 (2), 91-103.



Maldonado, Daniela Patricia Ado, & Williams, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 353-362.

Margolin, Gayla, Gordis, Elana, & John, Richard. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parenting in two-parent families. *Journal of family psychology*, 15, 3-21.

Medeiros, Marcela Novais, & Puga, Vera Lúcia Souza de. (2007). Os Movimentos Feministas e de Mulheres no Entrelaçamento dos Fios da Rede de Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Conjugal. Monografia de conclusão de Master Internacional não publicada, UFU, IUSM, UNIMOL, UCAM, PARIS V, Uberlândia.

Melo, Mônica de, & Teles, Maria Amélia de Azevedo. (2003). *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense.

Ministério da Saúde. (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Autor.

Ministério da saúde & Secretaria de Política de Saúde. (2001). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Autor.

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Naciones Unidas. (1995). *Informe de la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer*. Acessado em 11 de fevereiro, 2008, de <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>

Naciones Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Acessado em 7 agosto, 2008, de [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm)

Nações Unidas. (1993). *Declaração de Viena e Programa de ação*. Acessado em 12 de novembro, 2008, de [www.cedin.com.br](http://www.cedin.com.br)

Nações Unidas. (2001). A carta internacional dos direitos humanos. Acessado em 13 de junho, 2009, de [http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha\\_Informativa\\_2.pdf](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf)

Narvaz, Marta Giudice. (2005). *Submissão e resistência: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Acessado em 19 de julho, 2008, de [http://www.projectopsi.com.br/temp/trabalhos/DISSERTACAO\\_EDITADA\\_PARA\\_PUBLICACAO.pdf](http://www.projectopsi.com.br/temp/trabalhos/DISSERTACAO_EDITADA_PARA_PUBLICACAO.pdf)

Negreiros, Teresa Creusa de Góes, & Feres-Carneiro, Terezinha. (2004, junho). Masculino e feminino na família contemporânea. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4(1), 33-47.

Nichols, Michael. (2007). Terapia narrativa. In. Schwartz, R. & M. Nichols, M. P. (Orgs.), *Terapia Familiar - conceitos e método* (pp. 334-350). Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, Luciana C. Barbosa de, & Chaves-Maia, Eulália M. (2008). Saúde psíquica de profissionais da saúde em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 10 (3), 405-413.

Oliveira, Verusca Couto de. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Osofsky, Joy D. (1995). Children who witness domestic violence: the invisible victims. *Society for Reserach in Child Development*, 9 (3), 1-20.

Organização Mundial de Saúde. (1995). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (10 Rev.) São Paulo: Autor.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Autor.

Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Organização das Nações Unidas. (2001). *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Paula, Cristiane, Vedovato, Márcia, Bordin, Isabel, Barros, Márcia, D'Antino, Maria Eloísa, & Mercadante, Marcos. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 524-548.

Pedro, Joana Maria. (2005). Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*, 24 (1), 77-98.

Penso, Maria Aparecida, Costa, Liana Fortunato, & Ribeiro, Maria Alexina. (2008). Aspectos Teóricos da transmissão transgeracional em diferentes contextos e do genograma. In M. A.

Penso & L. F. Costa (Orgs.). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção* (pp. 9 -23). São Paulo: Summus, 2008.

Pesce, Renata Pires, Assis, Simone Gonçalves, Santos, Nilton, & Oliveira, Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de. (2004, maio-agosto). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20 (2), 135-143.

Pinheiro, Paulo Sergio. (2006). *World Report on Violence against children*. Geneva: United Nations. Acessado em 25 de julho, 2008, em <http://www.unviolencestudy.org/>.

Piscitelli, Adriana. (2004). Reflexões em torno do gênero e do feminismo. In C. de L. Costa & S. P. Schimidt (Orgs.), *Poéticas e Políticas Feministas* (pp.43-66). Florianópolis: Editora das Mulheres.

Porcerelli, John H, West, Patricia A, Binienda, Juliann, & Cogan, Rosemary. (2006). Physical and Psychological Symptoms in Emotionally Abused and Non-abused Women. *J Am Board Fam Med*; 19 (2), 201-203.

Prá, Jussara Reis. (2006). *Políticas públicas, direitos humanos e capital social. Capital social, teoria e prática*. Acessado em 24 de janeiro, 2010, de

Rabasquinho, Cidália, & Pereira, Henrique. (2007). Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3 (25), 439-454.

Ravazzola, María Cristina. (2005). *Historias infames: los maltratos em las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Reichenheim, Michael Eduardo, Dias, Alessandra Silva, & Moraes, Claudia. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviço de saúde. 2006. *Revista de Saúde Pública*, 40, 585-603.

Ribeiro, Wagner S., Andreoli, Sergio B., Ferri, Cleusa P., Prince, Martin, & Mari, Jair Jesus (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (supl 2), 49-57.

Rolland, John S. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B, Carter & Mc M. Mc Goldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-392) (M. A. V. Veronese, Trad.; 2. Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Romito Patrizia, De Marchi, Margherita, Bottaretto, Rosa Ciociano, Tavi, Michela, & Turan, Janet Molzan. (2005). Violenza domestica e salute mentale delle donne: una ricerca sulle pazienti di medicina generale. *SIMG*, 4, 24-7.

Romito, Patrizia, Turan, Janet Molzan, Lucchetta, Chiara, Pomicino, Laura, & Scrimin, Federica. (2008). Violenza contro Le donne e depressione dopo il parto. *SIMG*, 1, 52-56.

Rondon, Marta B.(2006). Salud mental: un problema de salud publica en Peru. *Revista. Peru de Medicina Exp Salud Publica*, 23 (4), 237-238.

Ruiz-Pérez, Isabel, & Plazaola-Castaño, Juncal. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791-97.

Rutter, Michael. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Rutter, Michael. (1999). Resilience concepts and findings: imaplications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 114-119.

Saffioti, Heleieth I. B. (1994). Violência de gênero no Brasil atual. *Revista Estudos Feministas*, 2, 443- 461.

Saffioti, Heleieth I. B. (1997). No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In F. R. Madeira (Org.), *Quem mandou nascer mulher?* (pp. 135-211). Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.

Saffioti, Heleieth I. B. (1999). Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*, 12, 157-163.

Saffioti, Heleieth I. B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Perseu Abramo.

Salomão, Sandra. (2003). Perdas, situações inacabadas e reconstruções: uma contribuição da terapia familiar sistêmica a Gestalt-terapia. In Groisman, M. (Org.), *Além do paraíso: perdas e transformações na família*. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisas.

Sani, Ana Isabel (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*, 16 (180), 849-864.

Santos, Cristina Vianna Moreira dos, & Diniz, Gláucia Ribeiro Starling. (2006). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. In D. V. da S. Falcão & C. M de S. B. Fias (Orgs.), *Maturidade e Velhice: pesquisa e intervenções psicológicas* (pp. 35-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schraiber, Lilia Blima & D'Oliveira, Ana Flávia L. Paula. (1999). Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. *Interfaces: comunicação, saúde, educação*, 3 (5), 11-29.

Schraiber, Lilia Blima, D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas, Falcão, Márcia Thereza Couto & Figueiredo, Wagner dos Santos. (2005). *Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp.

Schraiber, Lilia Blima, D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas, & Couto, Márcia Thereza. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista Saúde Pública*, 40, 112-20.

Schraiber, Lilia Blima, D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas, França-Junior, Ivan, Diniz, Simone, Portella, Ana Paula, & Ludermir, Ana Bernarda et al. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 797-807.

Schützenberger, Anne Ancelin. (1997). Meus antepassados – vínculos transgeracionais, segredos de família, síndrome do aniversário e prática do genossociograma. São Paulo: Paulus.

Segato, Rita. (1997). *Os percursos do gênero na antropologia e para além dela. Feminismos e Gênero*, 12 (2), 223-262.

Silva, Iracema Viterbo. (2003) Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2), 263- S72.



Silva, Iracema Viterbo, & Aquino, Estela Maria. (2008). Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2103-114.

Sluzki, Carlos. (1997). *A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Soares, Bárbara Musumeci. (1998). *Mulheres invisíveis – violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Soares, Bárbara Musumeci. (2005). *Enfrentando a violência contra a mulher – orientações práticas para profissionais e voluntários (as)*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Soihet, Rachel. (2003). *História das Mulheres e Relações de Gênero: algumas reflexões*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

Souza, Rosane Mantilla de. (2000). Depois que papai e mamãe se separaram: um relato dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 16(3), 203-211.

Sposati, Aldaíza. (1998). *Exclusão social abaixo da linha do Equador*. Acessado em 19 outubro, 2007, de <http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao/exclusao.pdf>

Sundaram, Vanita, Helweg-Larsen, Karin, Laursen, Bjarne, & Bjerregaard, Peter. (2004). Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *Journal Epidemiol Community Health*, 58, 65-70.

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2009). *Brasil janeiro a dezembro de 2008*. Acessado em 19 de junho de 2009, de <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/indicadores-nacionais/central-de-atendimento-a-mulher-ligue-180/dados-central-de-atendimento-2008>

United Nations Population Fund. *Programme of action International Conference on Population Development*. (2004).

Acessado em 5 novembro, 2007, de

[http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint_eng.pdf)

Walker, Leonore E. A. (2000). *The Battered woman syndrome* (2. ed.). United States of America: Spring Publishing Company.

Walker Leonore E. A. (2009). *The Battered woman syndrome* (3. ed.). United States of America: Spring Publishing Company.

Welzer-Lang, Daniel. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 460-481.

Wolfe, Davide A., Crooks, Claire V., Lee, Vivien, McIntyre-Smith, Alexandra, & Jaffe, Peter G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*, 6 (3), 171-187.

World Health Organization. (2000). *Women's mental health: an evidence based review*, Geneva: Autor.

World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health- summary*. Geneva: Autor.

World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Health Disorders – effective interventions and policy options*. Geneva: Autor.


World Health Organization. (2005). *Who multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of on prevalence, health outcomes and women's response*. Geneva: Autor.

Yunes, Maria Angêla Mattar, & Szymanski, Heloísa. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

Zanotta, Lia Machado. (2002). *Atender vítimas, criminalizar violências. Dilemas das Delegacias das Mulheres*. Brasília: Departamento de Antropologia. Acessado em 1 de agosto, 2009, de <http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie319empdf.pdf>

## **Anexos**

## Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Ciências Humanas  
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Campus Universitário Darcy Ribeiro

**ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Título do Projeto: Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e na de suas/seus filhas/filhos adultos/adultos jovens

Pesquisador Responsável: Marcela Novais Medeiros

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado "Violência conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e na de suas/seus filhas/filhos adultos/adultos jovens".

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VIII.13 da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 1º de dezembro de 2009.

*Deborah Diniz*

Prof.ª. Dra. Debora Diniz  
Coordenadora do CEP/HH

## **Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido para as mulheres**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que faz parte de um projeto de conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Psicologia do Programa de Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. O estudo será realizado pela pesquisadora Marcela Novais Medeiros sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD.

O objetivo da pesquisa é compreender possíveis repercussões de experiências de vida na saúde mental de mulheres e suas/eus filhas/os jovens. Por isso você e suas/eus filhas/os estão sendo convidadas/os a falar sobre suas experiências de vida e de família.

Os resultados obtidos por meio desse estudo poderão auxiliar na ampliação da compreensão sobre a relação entre experiências de vida e saúde mental. Tais conhecimentos poderão ser utilizados para formação e capacitação de profissionais que atendem mulheres e famílias e para a elaboração de políticas adequadas a realidades do Distrito Federal. Tudo isso é de extrema importância para seja possível oferecer atendimento profissional adequado para pessoas que passaram por experiências de vida semelhantes às suas.

Caso aceite participar desse estudo, você deverá responder algumas perguntas sob a forma de questionário, não existindo respostas corretas. Você também será entrevistada e durante a entrevista será convidada a falar sobre tópicos da sua vida e experiência conjugal e familiar. Podem surgir temas e assuntos difíceis de serem falados, mas muitas pessoas consideram essa uma boa oportunidade para falar. A fala possibilita a reflexão sobre situações

e sentimentos vividos, o que pode contribuir para a recuperação e manutenção da saúde, bem como para a resolução de conflitos. Caso você venha a sentir algum desconforto ou caso demonstre interesse, você poderá receber orientações e encaminhamentos para a rede de assistência e atenção em saúde mental.

Nossa conversa será privada. Todas as informações relatadas por você não serão compartilhadas pelas pesquisadoras com membros da sua família, mesmo que elas/es participem também da pesquisa. Suas respostas, durante a entrevista, serão registradas em cd/áudio e somente a pesquisadora e professora orientadora terão acesso às gravações, as quais serão inutilizadas após sua transcrição. As informações coletadas gerarão reflexões que comporão uma dissertação de mestrado e que poderão ser publicadas na forma de artigo ou capítulo de livro. Não haverá a publicação de nomes ou de qualquer informação que possa identificá-la/o, sendo de natureza confidencial e sigilosa sua colaboração nessa pesquisa.

Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento, optar por não responder determinada pergunta, bem como retirar seu consentimento, se for de sua vontade. Caso deseje, poderá pedir explicação e orientação, sobre os procedimentos da pesquisa bem como sobre o andamento desta. Sua colaboração ou recusa em participar dessa pesquisa não incorrerá em prejuízos nos atendimentos que você recebe ou receberá no Núcleo de Práticas Jurídicas da Universidade de Brasília em Ceilândia.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, uma para a guarda da(s) pesquisadora(s) e outra para a participante-colaboradora deste.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Afirmando ainda, que autorizo a utilização das informações prestadas por mim para este estudo.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

**Pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:**

*Marcela Novais Medeiros* (Mestranda em Psicologia)

Telefone: (61) 85576045/ e-mail: marcelanovaismedeiros@yahoo.com.br

*Gláucia Ribeiro Starling Diniz* (Professora de Psicologia da UnB - Orientadora) Telefone:

(61) 33072625 - Ramal 315, (61) 33477746 / e-mail: gdiniz@unb.br



## **Anexo C: Termo de consentimento livre e esclarecido para as/o filhas/os**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa que faz parte de um projeto de conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Psicologia do Programa de Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. O estudo será realizado pela pesquisadora Marcela Novais Medeiros sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD.

O objetivo da pesquisa é compreender possíveis repercussões de experiências de vida na saúde mental de mulheres e suas/eus filhas/os jovens. Por isso você e sua mãe estão sendo convidadas/os a falar sobre suas experiências de vida e de família.

Os resultados obtidos por meio desse estudo poderão auxiliar na ampliação da compreensão sobre a relação entre experiências de vida e saúde mental. Tais conhecimentos poderão ser utilizados para formação e capacitação de profissionais que atendem mulheres e famílias e para a elaboração de políticas adequadas a realidades das famílias do Distrito Federal. Tudo isso é de extrema importância para que seja possível oferecer atendimento profissional adequado para pessoas que passaram por experiências de vida semelhantes às suas.

Caso aceite participar desse estudo, você deverá responder algumas perguntas sob a forma de questionário, não existindo respostas corretas. Você também será entrevistada/o e durante a entrevista você será convidada/o a falar sobre tópicos da sua vida e experiência familiar. Podem surgir temas e assuntos difíceis de serem falados, mas muitas/os consideram

essa uma boa oportunidade para falar. A fala possibilita a reflexão sobre situações e sentimentos vividos, o que pode contribuir para a recuperação e manutenção da saúde, bem como para resolução de conflitos. Caso você venha sentir algum desconforto ou caso demonstre interesse, poderá receber orientações e encaminhamentos para a rede de assistência e atenção em saúde mental.

Nossa conversa será privada. Todas as informações relatadas por você não serão compartilhadas pelas pesquisadoras com membros da sua família, mesmo que elas/es participem também da pesquisa. Suas respostas, durante a entrevista, serão registradas em cd/áudio e somente a pesquisadora e professora orientadora terão acesso às gravações, as quais serão inutilizadas após sua transcrição. As informações coletadas gerarão reflexões que comporão uma dissertação de mestrado e que poderão ser publicadas na forma de artigo ou capítulo de livro. Não haverá a publicação de nomes ou de qualquer informação que possa identificá-la/o, sendo de natureza confidencial e sigilosa sua colaboração nessa pesquisa.

Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento, optar por não responder determinada pergunta, bem como retirar seu consentimento, se for de sua vontade. Caso deseje, poderá pedir explicação e orientação, sobre os procedimentos da pesquisa bem como sobre o andamento desta. Sua colaboração ou recusa em participar dessa pesquisa não incorrerá em prejuízos nos atendimentos que sua mãe recebe ou receberá no Núcleo de Práticas Jurídicas da Universidade de Brasília em Ceilândia.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, uma para a guarda da(s) pesquisadora(s) e outra para a participante-colaboradora deste.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Afirmo ainda, que autorizo a utilização das informações prestadas por mim para este estudo.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

**Pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:**

*Marcela Novais Medeiros* (Mestranda em Psicologia)

Telefone: (61) 85576045/ e-mail: marcelanovaismedeiros@yahoo.com.br

*Gláucia Ribeiro Starling Diniz* (Professora de Psicologia da UnB - Orientadora) Telefone:

(61) 33072625 - Ramal 315, (61) 33477746 / e-mail: gdiniz@unb.br

**Anexo D: Questionário demográfico**

## Questionário Demográfico

Assinale a sua resposta nos quadrados e preencha os espaços em branco:

1. Mês e ano de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_ anos.

3. Qual a sua cor/raça?\_\_\_\_\_

4. Estado civil:

( ) solteira ( ) vivendo com companheiro/a ( ) casada ( ) viúva ( ) separada

5. Você tem filhos?

( ) sim ( ) não

Se você respondeu afirmativamente, informe:

Quantos?\_\_\_\_\_ filhos

Qual a idade dele/as (especifique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Os filhos são do/a companheiro/a atual? Quantos?\_\_\_\_\_

6. Religião (especifique): \_\_\_\_\_

7. Natural de (cidade de nascimento): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

8. Local de residência (bairro): \_\_\_\_\_ Cidade/ Estado: \_\_\_\_\_

9. Você mora:

casa  apartamento  chácara  barraco em lote

outros: \_\_\_\_\_

10. Você mora:

sozinha  com família  com parentes  com amigas/os

outros: \_\_\_\_\_

11. Sua residência é:

alugada  própria  cedida  outros: \_\_\_\_\_

12. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você)? \_\_\_\_\_ pessoas.

13. Escolaridade:

Assinale a última série que você já completou no item **A** ou **B** abaixo:

A) 1º. grau, série \_\_\_\_\_

2º. grau, série \_\_\_\_\_

Você tem alguma formação ou já fez algum curso técnico?

Sim  Não. Qual? \_\_\_\_\_

B) 3º. Grau (curso superior, se houver)

Estou cursando (especifique o curso): \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Já completei (especifique o curso): \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

14. Você tem trabalho remunerado?

Sim.

Que atividade você exerce? \_\_\_\_\_

Não.

Atualmente desempregada.

Quais atividades já desenvolveu? \_\_\_\_\_

15. Renda pessoal em salário mínimo (SM):

menos de um SM  de 1 a 2 SM  de 2 a 3 SM  de 3 a 4 SM

acima de 4  sem rendimento

16. Renda familiar em salário mínimo (SM):

menos de um SM  de 1 a 2 SM  de 2 a 3 SM  de 3 a 4 SM

acima de 4  sem rendimento

17. Apresentamos abaixo uma lista contendo 12 itens. Para cada um, marque um X na coluna que indica se existem ou não em sua casa e quantos:

ITENS	NÃO TEM	TEM
-------	---------	-----

Aparelho de DVD		
Aparelho de som com CD		
Automóvel		
Computador		
Fogão		
Geladeira		
Linha de telefone (fixo, movél)		
Máquina de lavar roupa		
Microondas		
Tanquinho		
Televisão		
TV por assinatura		

## 18. Assistência médica:

Marque um X na sua resposta para cada item:

Com que frequência você usa o serviço de saúde do/a:	1 Sempre	2 Frequentemente	3 Às vezes	4 Raramente	5 Nunca
Sistema Único de Saúde (SUS)					
Rede Conveniada (Plano de Saúde)					
Rede Privada (Hospital Particular)					

## 19. Pelo menos uma vez em sua vida já se consultou com um psicólogo/a ou psiquiatra?

- ( ) Sim, psicólogo/a.
- ( ) Sim, psiquiatra.
- ( ) Sim, psicólogo/a e psiquiatra
- ( ) Não, nenhum dos dois.

20. Alguma vez em sua vida você já fez psicoterapia, mesmo que tenha sido por pouco tempo?

( ) Sim, estou fazendo. ( ) Sim, já fiz. ( ) Não, nunca fiz.

21. Alguma vez em sua vida já tomou medicação psiquiátrica, mesmo que tenha sido por pouco tempo?

( ) Sim, estou fazendo. ( ) Sim, já fiz. ( ) Não, nunca fiz.

Em caso afirmativo, por qual motivo você já tomou ou está tomando medicação psiquiátrica?

22. Circule a opção ou marque um X no quadro abaixo que melhor descreva a maneira como você tem se sentido nos últimos dias.

Excelente, nunca estive melhor	Muito Bem	Bem	Mais melhor do que para pior	Mais pior do que para melhor	Mal	Muito mal	Péssima, nunca estive pior
--------------------------------------	--------------	-----	---------------------------------------	---------------------------------------	-----	--------------	----------------------------------

Se a sua resposta foi negativa, qual é sua principal queixa, atualmente?

---



---



---



---



---



---



## **Anexo E: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as mulheres**

### Roteiro da Entrevista 1

- História de vida:

Você poderia me falar um pouco sobre você?

Como foi sua vida?

Como você gasta seu tempo?

O que você gosta de fazer?

Como você reage a situações de mudanças que necessitam se adaptar?

Você já fez uso de álcool, cigarro ou drogas em algum momento de sua vida?

Como era esse uso? Qual a frequência? Com quem usava?

- História de relacionamento com seu parceiro:

Fale-me sobre seu parceiro.

Como vocês se conheceram?

Como ele era na época do namoro?

Quando vocês se casaram?

Como foi/é seu casamento?

Como ele se comporta/comportava durante o casamento?

Como ele era/é com as filhas/os?

Ele fez/faz uso de álcool, cigarro ou drogas em algum momento de sua vida?

Como era esse uso? Qual a frequência? Com quem usava?

- Experiências de violência conjugal:

Quando os problemas começaram?

Como eram os problemas?

Por quanto tempo eles continuaram?

Com que frequência ele era agressivo?

Como você sentia-se quando aconteciam esses problemas?

Como você agia diante dos problemas?

Teve algum período que os problemas ficavam mais amenos ou mais graves?

- Auto-avaliação da sua saúde, percepção a respeito de seu estado emocional e conseqüências das experiências de violência para saúde:

Os problemas que você teve com seu companheiro afetaram seu bem-estar? De que maneira?

Afetaram seu estado emocional?

Pode ter afetado seus sentimentos sobre você mesma?

Afetou sua capacidade ou vontade de trabalhar?

Afetou sua capacidade ou vontade de cuidar de você, de sua família e de estar com amigos?

Você sentia alguma dor ou desconforto?

Afetou seu sono?

Afetou sua alimentação?

Teve vontade de não viver mais?

Já teve que tomar algum tipo de remédio para lidar melhor com os problemas com seu companheiro?

Como você avalia sua saúde “emocional” na época de vivência dos problemas com o companheiro? Era excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

E agora? Está excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

Qual a sua opinião a respeito das conseqüências das experiências de violência para a sua saúde?

- Conseqüências das experiências de violência para a saúde das/os filhas/os:

Como suas/eus filhas/os reagiam diante dos problemas que aconteciam entre você e seu companheiro?

Como era o sono, a alimentação, o desempenho escolar, o convívio social de suas/eus filha/os durante o período de conflitos entre você e seu companheiro?

Os problemas que você teve com seu companheiro afetaram o bem-estar de suas/eus filhas/os? De que maneira?

Afetaram o estado emocional delas/as?

Elas/es já manifestaram vontade de não viver mais?

Pode ter afetado os sentimentos delas/es sobre elas/es?

Afetou a capacidade ou vontade de trabalhar/estudar delas/es?

Como você avalia a saúde “emocional” de suas/eus filhas/os na época de vivência dos problemas com seu companheiro? Era excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

E agora? Está excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

Qual a sua opinião a respeito das conseqüências das experiências de violência para a saúde delas/es?

- Atitudes:

Você já discutiu com alguém o problema que tem/teve com seu

companheiro?

Como eles reagiram?

Você já procurou algum tipo de auxílio profissional (polícia, justiça, psicólogo, médico)?

O que te levou a pedir ajuda?

Que tipo de ajuda você já recebeu para se sentir melhor?

- Comunidade:

Na sua opinião, o que comunidade na qual você está inserida pensa sobre a violência contra a mulher?

Quais serviços de auxílio à mulher que vivencia violência você conhece?

## **Anexo F: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as mulheres**

### Roteiro da Entrevista 2

- Qual a primeira violência sofrida? A última? A pior?
  
- Tipos de violências físicas sofridas:
  - Seu companheiro chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida?
  - Você gritou ou berrou com o seu companheiro?
  - Seu companheiro jogou alguma coisa em você que poderia machucá-la?
  - Seu companheiro torceu seu braço ou puxou seu cabelo?
  - Seu companheiro deu um empurrão em você?
  - Seu companheiro te sufocou ou estrangulou?
  - Seu companheiro jogou você contra a parede com força?
  - Seu companheiro deu uma surra em você?
  - Seu companheiro bate na sua barriga?
  - Seu companheiro um tabefe ou bofetada em você?
  - Seu companheiro queimou ou derramou líquido quente em você de propósito?
  - Seu companheiro já tentou te matar?
  - Seu companheiro já te ameaçou com faca?
  - Seu companheiro não quer que você saia com suas amigas?
  - Seu companheiro já te feriu com cigarro ou coisa parecida?

- Tipo de violências psicológicas sofridas:

Seu companheiro insultou ou xingou você?

Seu companheiro acusou você de ser “ruim de cama”?

Seu companheiro fala que você é feia e pouco atraente?

Seu companheiro te faz ameaças?

Seu companheiro demanda obediência a seus caprichos?

Seu companheiro exige que eu fique em casa para cuidar dos filhos?

Seu companheiro fala que você não é nada sem ele?

Seu companheiro te rebaixa e desmerece intelectualmente?

Seu companheiro berra e grita com você?

Seu companheiro controla os lugares aonde você vai?

- Tipos de violências sexuais sofridas:

Você já foi obrigada a fazer sexo sem usar camisinha?

Seu companheiro usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar você a fazer sexo oral ou anal com ele?

Seu companheiro usou uma faca ou arma contra você?

Seu companheiro te obriga a ter práticas sexuais que eu não gosto

Seu companheiro age como se você fosse sua escrava sexual?

- Tipos de violências patrimoniais sofridas:

Seu companheiro destruiu alguma coisa te pertencendo de propósito?

Seu companheiro é mesquinho em me dar dinheiro para fazer as despesas da casa?

Seu companheiro controla o dinheiro da família e não me dá o suficiente para minhas despesas pessoais.

- Fatores de risco e de proteção:

Tiverem outros eventos de vida que foram difíceis para você?

O que te ajudava a superar as dificuldades?

- Repercussões na para saúde:

Você já se sentiu maltratada emocionalmente pelo seu companheiro?

Você teve uma torção, contusão, “mancha rocha” ou pequeno corte após violências?

Você foi a/ao médica/o, psicóloga/o ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?

Você sentiu que precisava de ajuda para lidar as situações vividas?

Como você se sentia após tais violências relatadas?

Seu companheiro, quando está nervoso, age de forma que te leva a sair de casa, da cidade

## **Anexo G: Roteiro para realização de entrevista semiestruturada com as filhas/os**

- História de vida:

Você poderia me falar um pouco sobre você?

Aonde você mora atualmente?

Você tem filhos?

Como você gasta seu tempo?

O que você gosta de fazer?

Como foi sua infância? E sua adolescência?

Como você reage a situações de mudanças que necessitam se adaptar?

Como costuma agir quando algo aborrece você?

Você já fez uso de álcool, cigarro ou drogas em algum momento de sua vida?

Como era esse uso? Qual a frequência? Com quem usava?

Até que ponto seus pais bebiam muito ou usavam drogas?

- História familiar e de violências:

Fale-me sobre sua família.

Como os membros da sua família reagiam/reagem quando algo lhes aborrecia/aborrece?

Como é seu relacionamento com sua mãe? E com seu pai (companheiro da mãe)?

Conte-me sobre como era/é o relacionamento conjugal de sua com o companheiro dela (seu pai).

Quando os problemas entre eles começaram?

Como eram os problemas?

Por quanto tempo eles continuaram?



Como você sentia-se quando aconteciam esses problemas?

Como você agia diante dos problemas?

Teve algum período que os problemas ficavam mais amenos ou mais graves?

Você já presenciou alguma agressão contra alguém de sua família?

Quando criança ou adolescência, você tinha a sensação de que a violência poderia ocorrer a qualquer momento em sua casa?

Você se sentia à vontade para receber amigos em sua casa?

Em sua casa, você tinha que seguir regras rígidas de comportamento?

Quando você era punido na infância ou adolescência, você entendia a razão pela qual estava sendo punido?

Seus pais a/o insultavam ou xingavam?

Você teve experiências sexuais traumáticas quando criança ou adolescente?

Seus pais demonstravam interesse pelas suas atividades escolares?

Você já pensou que queria sair de casa e morar com outra família?

Seus pais já bateram ou surraram você sem que você esperasse por isso?

Quando criança, você teve que se cuidar sozinha/o, antes de ter idade suficiente para isso?

- Conseqüências das experiências de violência para a saúde da mãe:

Como sua mãe reagia diante dos problemas que aconteciam entre ela e o companheiro dela?

Como era o sono, a alimentação, o convívio social de sua mãe durante o período de conflitos entre problemas que aconteciam entre ela e o companheiro dela?

Os problemas que sua mãe teve com o companheiro dela afetaram o bem dela? De que maneira?

Afetaram o estado emocional dela?

Ela já manifestou vontade de não viver mais?

Pode ter afetado os sentimentos dela sobre ela mesma?

Afetou a capacidade ou vontade de trabalhar/estudar dela?

Como você avalia a saúde “emocional” de sua mãe na época de vivência dos problemas com o companheiro dela? Era excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

E agora? Está excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

Qual a sua opinião a respeito das conseqüências das experiências de violência para a saúde sua mãe?

- Auto-avaliação da sua saúde, percepção a respeito de seu estado emocional e conseqüências das experiências de violência para sua saúde:

Descreva suas condições de saúde ao longo de sua vida.

Os problemas que sua mãe teve com o companheiro dela afetaram seu bem estar? De que maneira?

Afetaram seu estado emocional?

Pode ter afetado seus sentimentos sobre você mesma?

Afetou sua capacidade ou vontade de trabalhar?

Afetou sua capacidade ou vontade de cuidar de você, de sua família e de estar com amigos?

Afetou seu sono?

Afetou sua alimentação?

Teve vontade de não viver mais durante esse período?

Já teve que tomar algum tipo de remédio para lidar melhor com os problemas vividos em casa?

Como você avalia sua saúde “emocional” na época de vivência dos problemas de sua mãe com o companheiro dela? Era excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

E agora? Está excelente, boa, média, pobre ou muito pobre?

Qual a sua opinião a respeito das conseqüências das experiências de violência para a sua saúde?

- Atitudes:

Você já procurou ajuda ou aconselhamento por causa de problemas em sua casa?

Você já discutiu com alguém os problemas que vivenciados por sua mãe?

Como eles reagiram?

Você já procurou algum tipo de auxílio profissional (polícia, justiça, psicólogo, médico, professor)?

O que te levou a pedir ajuda?

Que tipo de ajuda você já recebeu para se sentir melhor?

- Comunidade:

Na sua opinião, o que comunidade na qual você está inserida pensa sobre a violência contra a mulher?

Quais serviços de auxílio à mulher que vivencia violência você conhece?