

Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial

I¹ Júlia Magna da Silva Teixeira, ² Sabrina Pereira Paiva I

Resumo: A violência contra a mulher, uma das expressões da violência de gênero, reconhecida como problema de saúde pública, está muito presente na realidade brasileira e afeta sobremaneira a saúde mental e física das vítimas. Há lacuna quanto à investigação da temática no campo da saúde mental. O presente estudo objetivou compreender as percepções e práticas de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) diante da violência contra a mulher, através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de diferentes áreas (n=10). As narrativas foram classificadas em 4 eixos temáticos: Percepções e conceituações sobre o tema; relação entre violência contra a mulher e saúde mental; as intervenções profissionais e, por fim, as narrativas sobre o papel das políticas públicas, além dos apontamentos sobre os desafios atuais. Analisou-se que há um distanciamento entre as percepções e as ações realizadas, e que há muitos desafios ainda quanto ao trato dessa temática, entre eles a falta de estrutura social e política e a falta de capacitação destes profissionais.

► **Palavras-chave:** violência contra a mulher, saúde mental, profissionais.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora-MG, Brasil (julia.magnas@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-0333-1193

² Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora-MG, Brasil (sabinappaiva@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-7958-4843

Recebido em: 15/07/2019
Aprovado em: 13/09/2019
Revisado em: 19/05/2021

Introdução

Na sociedade ocidental as relações de gênero foram construídas com base no exercício de poder por parte do homem e na marginalização da mulher, como consequência (ZANELLO; SILVA, 2012). Essa relação assimétrica é constituída por uma série de determinações que produz consequências muito sérias, entre elas a violência contra a mulher, a qual é baseada no uso deste poder e nas desigualdades nas relações entre os gêneros (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2009; BANDEIRA, 2014; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, COUTO, 2009). Ela ocorre de diferentes formas, levando a danos físicos e psicossociais e suas principais manifestações acontecem no próprio lar, por familiares (violência doméstica) e/ou por parceiros íntimos (VPI) (BHONA, LOURENÇO; BRUM, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; WAISELFSZ, 2015).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2016, o Brasil apresentava uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras, denotando um aumento de 6,4% entre 2006 e 2016 (CERQUEIRA et. al, 2018). De acordo com a pesquisa “Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), em 2019, 27,4% das mulheres brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de violência, sendo que apenas 22,3% dessas mulheres procuraram algum órgão oficial. Em muitos dos casos, as vítimas passam por diferentes tipos de violência até um desfecho fatal (CERQUEIRA et. al, 2018), tais como a violência psicológica, patrimonial, física ou sexual, como especifica a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e acessam o sistema de saúde diversas vezes durante este percurso (CERQUEIRA et. al, 2018; FARAH, 2014; GUEDES; FONSECA, 2009; SCHRAIBER et. al, 2002).

Estudos como de Adeodato (2005), Silva (2006) e Villela e col. (2011) demonstram que a violência de gênero afeta a saúde das mulheres de diversas formas, levando muitas vezes a agravamentos em quadros de saúde física, como lesões, consequências psicossociais, como afastamentos do trabalho (MIRANDA et. al, 2010), alta relação entre transtornos mentais, como depressão (OLIVEIRA e JORGE, 2007), tentativas de suicídio e uso abusivo de drogas (GUEDES; FONSECA, 2009; RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007).

Conforme Zanello e Silva (2012) e Pedrosa e Zanello (2017), o profissional deve estar capacitado para identificar e intervir nestas demandas. Neste sentido, Cerqueira e col. (2018) apontam que um melhor desenvolvimento da rede de atendimento à

mulher é fundamental no processo de enfrentamento da violência, seja em termos de prevenção ou tratamento, sendo imprescindível que possa ser acessada pelo sistema de saúde, em um processo de cuidado intersetorial, para além da justiça criminal e/ou serviços de atendimento específico (OLIVEIRA e JORGE, 2007).

A presente pesquisa é fruto de uma experiência profissional e de formação especializada - Residência Multiprofissional em Saúde Mental - em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município da zona da mata mineira. Tal formação possibilitou a aproximação e reflexão, partindo de diferentes espaços de atuação, como acolhimentos, oficinas, grupos psicoterapêuticos e debates interprofissionais, sobre como são construídos os sofrimentos mentais das mulheres e o quão estes são perpassados por questões de gênero, entre elas as diferentes formas de violência.

Assim como salientam Pedrosa e Zanello (2017), estes serviços negligenciam as questões relacionadas à violência contra mulheres e seus efeitos sobre o adoecimento mental delas, havendo uma lacuna tanto em relação às práticas desenvolvidas nesses serviços, quanto em relação à literatura no campo da saúde mental, a qual privilegia como cenários de investigação as unidades básicas de saúde, serviços específicos e unidades de urgência e emergência. Desse modo, a presente investigação pretendeu compreender as percepções e práticas de profissionais de saúde mental de um município de médio porte da zona da mata mineira, diante da violência contra a mulher.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados as entrevistas semiestruturadas, realizadas com dez profissionais de saúde de diferentes áreas (médica, psicólogas(os), enfermeira, assistentes sociais, técnicos(as) de enfermagem) de um CAPS da cidade de Juiz de Fora, durante o ano de 2018. Essa amostra foi selecionada por conveniência, tendo como critério que fosse entrevistado ao menos um profissional de cada área de atuação. Foram excluídos os profissionais residentes e aqueles que possuíam menos de 3 meses de trabalho na instituição.

A entrevista com roteiro semiestruturado foi realizada individualmente em ambiente sigiloso, dentro do próprio ambiente de trabalho dos profissionais. O roteiro

versa sobre: a visão geral sobre a violência contra a mulher; a identificação desta e sua relação ou não com o adoecimento mental; percepções sobre as ações que competem aos profissionais de saúde mental realizarem; situações cotidianas de atendimento (ou não) de usuárias que já vivenciaram situações de violência e as estratégias adotadas diante das situações e grau de informação dos/as entrevistados/as sobre as políticas públicas relacionadas à proteção para as mulheres que sofrem violência.

Juntamente à entrevista¹ foi aplicado um questionário com dados sociodemográficos e profissionais. Ambos foram testados e, a partir da realização dos devidos ajustes, seguiram-se as entrevistas, tendo sido gravadas eletronicamente, após os devidos acordos realizados para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise de conteúdo das narrativas produzidas pelos sujeitos entrevistados nesse estudo de caso revelou 4 eixos temáticos concernentes às representações e práticas de profissionais do serviço de saúde mental sobre a violência contra a mulher. São eles: 1) Percepções sobre a violência contra a mulher e seus fundamentos; 2) relação entre violência contra a mulher e adoecimento mental; 3) Intervenções profissionais de enfrentamento à violência contra a mulher e 4) Conhecimento sobre políticas públicas e desafios atuais.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e aprovado sob parecer nº2.774.290. Visando manter o sigilo das identidades, as entrevistas foram identificadas por letra e número, a letra se refere à categoria profissional, conforme: A – Assistente Social, E – Enfermeira, M – Médica, P – Psicóloga(o), T – Técnico(a) de Enfermagem.

Os/as profissionais entrevistados/as são mulheres em sua maioria, característica comum dos serviços de saúde. Todas possuem experiências profissionais em outros pontos da rede de saúde e cursos de pós-graduação, variando em suas especificidades, os demais dados sociodemográficos se encontram nas tabelas 1 e 2 a seguir:

Tabela 1. Dados sociodemográficos das profissionais entrevistadas

Profissional	Idade (em anos)	Sexo*	Raça/etnia	Estado civil	Renda familiar **
P01	32	M	Branca	Divorciado	5 a 7
P02	50	F	Branca	Casada	7 ou mais
A01	53	F	Branca	Divorciada	7 ou mais
A02	30	F	Branca	Solteira	1 a 3
A03	33	F	Branca	Solteira	5 a 7
M01	53	F	Branca	Casada	7 ou mais
T01	51	F	Parda	Casada	1 a 3
T02	38	F	Parda	Casada	3 a 5
T03	32	M	Parda	Solteiro	1 a 3
E01	36	F	Parda	Casada	5 a 7

*M= Masculino F= Feminino **em nº de salários mínimos

Fonte: A autora

Tabela 2. Dados sobre atuação e formação profissional

Profissional	Área de formação	Ano de formação	Tempo de atuação na saúde mental	Outras atuações profissionais	Pós-graduação?
P01	Psicologia	2009	4 meses	Pólo SUS	Mestrado – promoção de saúde e prevenção da violência
P02	Psicologia	2000	18 anos	CRAS, PAIF (RJ), em outro CAPS	Saúde mental, psicanálise (em curso)
A01	Serviço Social	1985	12 anos	CAPSI durante 8 anos	Gerência Recursos Humanos; saúde mental
A02	Serviço Social	2010	1 ano	Atenção primária, CREAS, UPA	Residência saúde da família
M01	Medicina	1988	27 anos	Hospital psiquiátrico, HPS-SUP, ambulatórios saúde mental	Psiquiatria

continua...

Profissional	Área de formação	Ano de formação	Tempo de atuação na saúde mental	Outras atuações profissionais	Pós-graduação?
T01	Técnica de Enfermagem	1996	5 anos	CAPS AD, outro CAPS	Não possui
T02	Técnica de Enfermagem e tecnólogo em estética	1998	4 anos	Hospital geral com leitos psiquiátricos, em outro CAPS	Não possui
T03	Técnico de enfermagem e enfermagem	2010	5 meses	Hospital geral com leitos psiquiátricos; hospital geral	Enfermagem obstetrícia (cursando)
A03	Psicologia e serviço social	2008	8 meses	UBS	Residência saúde da família
E01	Enfermagem	2005	5 anos	UBS; pronto-socorro	Saúde Pública com ênfase em PSF; enfermagem do trabalho

Fonte: A autora

Os cenários dos CAPS neste município não diferem daqueles encontrados em outros pontos da rede de atenção à saúde, os quais se encontram sucateados e precarizados, devido à hegemonia neoliberal no Estado brasileiro. As mulheres atendidas pelos profissionais são mulheres da classe trabalhadora, hegemonicamente de renda e escolaridade baixas, portanto, as respostas dadas pelos profissionais fazem referência, predominantemente, a esse perfil de usuária atendida.

Resultados e Discussão

EIXO 1 - Percepções dos profissionais de saúde mental sobre a violência contra a mulher e seus fundamentos

Os profissionais percebem a violência contra a mulher enquanto uma problemática atual ainda a ser enfrentada, que por vezes é silenciada e que concomitantemente ainda cresce epidemiologicamente, divergindo entre as opiniões quanto às causas do aumento de casos, como seguem nos trechos:

E01: Acho que o aumento por [...] campanhas educativas [...] mas ao mesmo tempo muitas ainda podem ter medo de se exporem.

A01: É... eu vejo que ainda existe muito machismo por parte da sociedade [...] então tem muito que caminhar ainda pra proteção da mulher.

T03: [...]Ela tem um pouco de culpa por não fazer a denúncia nos casos contra o agressor, no caso devido a forma que ele agrediu ela. Ou verbalmente ou fisicamente, no caso.

A visão dos profissionais vai ao encontro da pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2017), em que, através de uma série (2073) de entrevistas realizadas com uma amostra variada da população, obteve-se uma percepção de mais da metade (73%) dos entrevistados de que a violência contra a mulher havia aumentado no últimos 10 anos. Em nosso estudo, as justificativas dadas pelos profissionais para o aumento da violência e também para sua subdenúncia se concentraram nos seguintes pontos:

- o aumento devido a campanhas educativas e avanços em políticas públicas (exemplificado pela lei Maria da Penha);
- enfoque e culpabilização velada da vítima, a mudança de postura das vítimas diante de relacionamentos abusivos, o medo em denunciar e a violência como resultado de um funcionamento machista das relações;

É importante considerar a grande importância do profissional que está na ponta da rede de atenção à saúde conhecer as leis e políticas ligadas à sua área, mas também áreas interligadas, pois são frutos de anos de lutas sociais e de debates sociais, nesse caso com o protagonismo dos movimentos feministas, em prol de igualdade e proteção aos direitos das mulheres e que vem buscando modificar questões que antes eram vistas como estritamente da vida privada, o que desresponsabilizava o Estado (GUIMARÃES, PEDROZA, 2015; SANTOS, 2008).

A respeito da culpabilização das vítimas e sobre as subdenúncias, conectadas principalmente ao medo das mulheres, podemos dizer que as pessoas entrevistadas não escaparam dessa representação hegemônica sobre a culpa feminina. Em uma sociedade patriarcal, os comportamentos são socialmente predeterminados pelos papéis de gênero, já que se espera certos comportamentos das mulheres e dos homens (ZANELLO, 2018), dentre eles a impulsividade, a agressão, a individualização são comportamentos aceitáveis para os homens, mas negados às mulheres, destas, por sua vez, é esperado aceitação, submissão e ligação. Ao reproduzirmos esta lógica, inclusive nos espaços de saúde, contribuimos para que a violência, por vezes, seja

naturalizada, resultando em posturas passivas diante desta, que são demonstradas também em outros eixos deste artigo.

Sobre as diferentes formas de violência, a violência psicológica, seguida da violência física (por vezes colocada como sinônimo de violência sexual), foram apontadas como as formas mais comuns vivenciadas, conforme segue:

1. Psicológica/Verbal

A02: Eu acho que a que a gente mais vê é a violência psicológica, que é por meio de ameaças, acredito que é a que a gente mais vê até do que a violência física, acredito que em outros espaços aconteça a violência física, mas a gente vê mais uma violência verbal né, psicológica.

2. Física e Sexual

T01: Existe muito é o estupro né [...] é a agressão física, o assassinato, que eu acho que tá crescendo no dia a dia.

Além destas principais, também foram pontuadas a violência econômica, também denominada pelas entrevistadas, por vezes, como “dependência financeira”. O destaque dado à violência psicológica divergiu de estudos que investigam a temática em outros serviços de saúde, em que a mais percebida pelos profissionais é a violência física (GOMES et. al, 2013; ÓSIS, DUARTE E FAÚNDES, 2012; KISS e SCHRAIBER, 2011; PAIVA et. al, 2014), devido às marcas que são sujeitas à percepção visual dos profissionais.

Esta divergência pode estar relacionada à especificidade do local de coleta, cujo foco é a saúde mental, portanto um local em que o saber *psi* é por vezes posto em soberania.

EIXO 2 – A relação entre violência contra a mulher e adoecimento mental

A maior parte dos entrevistados (7) referiu-se a já ter atendido ou conhecer algum caso de usuária do serviço que foi/é vítima de violência. Os demais profissionais relataram nunca ter atendido estes casos no CAPS; este dado se relacionou diretamente às respostas dadas à pergunta “Você vê relação entre violência contra a mulher e o adoecimento mental?”, sendo que, aqueles que avaliaram já ter atendido algum caso também identificaram relação entre tais problemáticas, já os que responderam nunca ter atendido, não veem relação entre as duas questões apresentadas.

Para os profissionais, esta relação foi identificada a partir de diferentes perspectivas, principalmente a partir do conceito de trauma:

E01: Eu acho que às vezes a mulher sofreu algum tipo de violência sexual muitos anos atrás mas muitas coisas interferem na vida adulta né assim, porque às vezes por não falar, não poder falar ou às vezes porque na época não teve com quem falar ou um apoio psicológico, um apoio de um outro profissional também, influencia muito também em outra fase da vida essa questão do abuso sexual enquanto criança, mas vem refletir em algum transtorno na fase adulta.

No discurso das profissionais a violência sofrida, como as agressões físicas e silenciamentos, está relacionada com os sintomas psicopatológicos. No entanto, dão destaque às violências ocorridas no passado, percebendo que as demandas trazidas aos serviços relativas às violências sofridas são para o trabalho com as consequências – transtornos, estresse pós-traumático, e principalmente depressão- mas não como um evento ainda presente, de modo que ao colocar o problema no passado, parece não se fazer necessária a atuação profissional sobre a violência em si, mas apenas sobre suas consequências.

Já os profissionais que responderam não identificar relações entre sofrimento mental e violência sofrida alegam que essa relação não é de fácil apreensão, já que na opinião dos mesmos o transtorno mental é explicado sobretudo pelo biológico, como algo genético, e portanto não influenciado pelas relações (T01). Ou veem o usuário do serviço de saúde mental apenas como aquele/a que pratica a agressão, especialmente em situações de surto (T03). E ainda como interdependentes, pois devido à gravidade do “transtorno”, podem não ter condições de relatar agressões vividas (A03). Destaca-se que a predominância de profissionais que visualizam como questões independentes foi maior entre os técnicos de enfermagem, profissionais esses que, por vezes, têm seus papéis profissionais mais atrelados ao biológico, ao cuidado com o corpo.

Durante séculos, as mulheres foram consideradas propensas ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, tendo como causa suas condições biológicas, sem considerar a determinação social neste processo (BARBOSA, DIMENSTEIN e LEITE, 2014). Algumas pesquisas, demonstram que as mulheres são a maior parte dentre a população que desenvolve os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMCs), estes por sua vez, estão altamente correlacionados a aspectos sociodemográficos e pertinentes a modos de vida, tais como gênero, baixa renda e

escolaridade (CAMPOS e ZANELLO, 2016), questionando a causalidade biológica enquanto determinante hegemônico do adoecimento mental.

Estes dados correlacionados fazem parte de uma compreensão mais ampliada do sofrimento, que o concebe como resultado de um conjunto de condições sociais, que organizam as relações de classe, gênero e raça em conjunturas históricas determinadas. É o que Zanello e Silva (2012) denominam de leitura sócio-cultural, que apesar de não ser a narrativa dominante, foi caracterizada por P01:

P01: Porque, é...a violência contra a mulher ela é histórica, não é de hoje, é de um processo de formação da sociedade brasileira, é marcada assim pelo patriarcado, pelas relações de machismo e que atualmente continuam e não sei se tem muitas previsões aí pra poder ser eliminada.

Eixo 3 – Intervenções profissionais de enfrentamento à violência contra a mulher

Quando questionados sobre a capacidade para identificar a violência, mesmo que as mulheres não tenham relatado espontaneamente, os profissionais deram ênfase à importância do vínculo e da “escuta atenta”, alegando que é a partir da construção de uma relação estabelecida com as pessoas que buscam o cuidado que é possível identificar, seja pelo conhecimento da história da usuária, que permite identificar mudanças, seja pela confiança estabelecida. Conforme apontado pelos/as entrevistados/as:

T02: Essa escuta é o que a gente faz, não como vocês da psicologia, mas às vezes a gente tá ali fora, aí vai conversando de repente vai, é mesmo um bate papo, porque quando um paciente pega confiança, ele acaba conversando e o paciente com sofrimento mental ele acaba mesmo relatando o que tá acontecendo.

A02: Eu acho que no espaço de atendimento é criar um vínculo com a pessoa, essa questão de poder conhecer melhor a realidade, de poder fazer VD, é... conversar com pessoas próximas a ela, os espaços que ela frequenta, assim, se houve essa suspeita, eu acho que a gente consegue entender melhor o que acontece, e de forma geral eu acho que é publicizar mais[...].

Como vemos na resposta de A02, a visita domiciliar (VD) aparece como um instrumento/espaço na identificação da violência, citada também por outros profissionais. Entre os procedimentos e espaços que contribuem nesta identificação, também foram citados os atendimento individuais, grupos e oficinas, com destaque para os espaços em que ocorrem o “bom dia” e “boa tarde”, espaços de fala das usuárias.

E essa identificação ocorre, principalmente, a partir de hematomas e/ou as queixas psicopatológicas:

T01: Eu acho que depende do caso né, a pessoa fica deprimida, fica cabisbaixo, de repente aparece com algum hematoma, fala que caiu, e pela conversa da pessoa também acho que dá pra perceber.

P01: Geralmente a queixa geralmente não chega assim, se a pessoa é agredida, a queixa geralmente chega “não estou conseguindo dormir”, tive uma recaída na depressão, uso de drogas, não sei, alguma coisa assim, e aí no momento da escuta a gente vai poder compreender que o que tá ali é...encharcando esse problema, impregnando esse problema é a questão da violência doméstica,[...] muitas mulheres não chegam com essa queixa principal “que eu fui agredida”, chega com outras questões, ansiedade...e aí depois que a gente vai entender que o que tá permeando isso tudo é o problema da violência.

Nos trechos apresentados, é possível perceber que, apesar de os profissionais terem citado a violência psicológica como a mais comum, a forma de identificação das violências vividas ainda está focada nos sintomas físicos e as queixas psicopatológicas são usadas como aquilo que salta das violências, como aponta Maluf (2010), é o uso do discurso *psi* camuflando a complexa questão social, patologizando a experiência, sendo necessários esforços profissionais para que a questão da violência venha à tona no cotidiano institucional do CAPS.

Dessa forma, considerando que mulheres e profissionais podem banalizar a ocorrência, desconsiderá-la ou perceber o problema como exterior à saúde, D’Oliveira e col. (2009) sugerem algumas formas de abordar o problema, aumentando a detecção dos casos, realizando perguntas como:

Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você? ou Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você? (p. 8)

Vale ressaltar que durante o procedimento de coleta de dados, uma entrevistada que já havia respondido a pesquisa, em um novo contato com a pesquisadora relatou que “depois daquele dia eu atendi mais um monte de caso” (P02), apontando para um possível efeito do processo de pesquisa na atuação profissional, que ao ser questionada sobre a temática pode ter se atentado mais ao fenômeno.

Em relação às demais ações realizadas, a ênfase foi colocada sobre os encaminhamentos e as articulações em rede, sendo citados dispositivos da

assistência, da saúde e da segurança. Tais narrativas vieram de profissionais de diferentes áreas e escolaridades:

M01: [...] eu me lembro que a gente encaminhou lá pra Casa da Mulher. A gente fez um contato, agendamos, aí fomos até orientados como é que era;

E01: Ela foi encaminhada pro HPS, e essa família que a gente acompanha aqui que tem acontecido violência contra a mãe, a gente tem orientado, tem tentado encorajar, a mudar da situação né [...]

A03: Então, eu acho que pode até acontecer uma questão de uma orientação, talvez o encaminhamento... Igual às vezes a gente orienta de fazer um B.O. e a pessoa não vai ou não vai ao CREAS

Signorelli, Auad e Pereira (2013) apontam que se as ações não são realizadas com articulação e comunicação entre os setores, podem se tornar um processo penoso para a vítima, inibindo e desmotivando-a de levar seu cuidado adiante, uma vez que ela reviverá o caso diversas vezes, relembrando momentos angustiantes, que acabam por reviver sentimentos ruins e gerar mais sofrimento (GOMES et. al,2009).

Observou-se que as respostas diferiram quanto à indicação das ações que seriam de competências dos profissionais em saúde mental e quais ações realizaram diante dos casos atendidos. Em relação à primeira, os profissionais sinalizaram, por exemplo, o apoio à denúncia e orientações quanto a possíveis estratégias para lidar com o problema, mas não enquanto práticas realizadas diante dos casos já atendidos. Ressaltaram ainda o encaminhamento para acompanhamento psicológico individual, ação apontada apenas por profissionais não psicólogos, os quais, por sua vez, apontaram para uma conduta de acolhimento e compreensão do conflito.

A respeito desta prática, da clínica psicológica individual, Zanello (2010) ressalta que esta deveria ser também uma prática política, que não se torne apenas mais um mecanismo de reforço ao ajustamento social, de modo a apenas invisibilizar e naturalizar a dimensão social do sofrimento psíquico (ZANELLO, 2010; ZANELLO e SILVA, 2012; MALUF, 2010). Mas sim considerar, a partir de uma perspectiva sociocultural, o sofrimento mental não apenas como um adoecimento do corpo, mas uma consequência de condições sociais determinadas e dos lugares ocupados pelos sujeitos e, dessa forma, atingido pelas desigualdades de gênero, e não sendo apenas um alargamento do que é considerado patológico (ANDRADE, 2010).

A fala de P02 exemplifica a ação que Zanello (2010) denomina de “psicologização” de tais questões, de modo que as práticas isoladas e focadas apenas no atendimento

psicológico se desvinculam de problemas de saúde maiores e se voltam para culpabilizar a vítima e seu funcionamento psíquico:

P02: Em muitas das vezes isso tá na origem, na psicogêneses da patologia, algo que vem do pai, do avô, dos irmãos, e isso vai se intensificando e se repetindo nos relacionamentos doentios [...] eu acho que isso não retira a responsabilidade desse sujeito no adoecer mas eu penso que intensifica e viabiliza mais que essa patologia se instaure e se torne mais grave. [...] Quando essa agressão cola no sintoma, ela pega uma carona e aí com outras questões subjetivas e até inconscientes é preciso de uma abordagem mais complexa. E talvez até a mulher não quer, não quer muito entre aspas, por ser uma zona de conforto.

Pedrosa e Zanello (2017, p. 5) apontam para a necessidade de diferenciar a responsabilização da vítima de trabalhar seu protagonismo:

Quando os profissionais trazem a ideia de responsabilização, é possível observar um discurso psicológico baseado na ideia de “o que você fez para provocar a violência?”. Há uma busca pela forma como o “inconsciente” agiu nesses casos. Já ao trabalhar o protagonismo das mulheres, o profissional passa a empoderá-las para sair daquela situação.

Essa responsabilização da mulher aparece em outras narrativas, quando as(os) profissionais falam de suas dificuldades e da ineficácia das políticas públicas, suas narrativas estão frequentemente centradas na figura da mulher, a mulher que se sente insegura, que retorna para o lado do marido, que desiste de realizar a denúncia; e, novamente, pouco é mencionado, por exemplo, sobre os comportamentos dos agressores e as ações possíveis com esses, ou mesmo a respeito de outros determinantes que fazem parte da história dessas mulheres, os quais podem ajudar os profissionais a compreenderem a suposta passividade diante da violência.

De modo geral, nota-se que as estratégias pensadas e realizadas têm um caráter remediativo e individualista, as ações são realizadas a partir do momento em que os casos aparecem de forma explícita, mas não faz parte do cotidiano do CAPS e dos conteúdos principais das reuniões de equipe a temática da violência, mais especificamente a violência de gênero.

De alguma forma, parece que violência que atravessa cotidianamente a vida destes sujeitos acaba por se vulgarizar e/ou por se psicologizar. Essa aparente passividade e distanciamento do serviço é revelada como algo mais comum do que se poderia imaginar nos serviços de saúde (BONFIM, LOPES e PERETTO, 2010), o que pode ser observado na fala de P01:

Eu acho que a gente tende a não realizar, primeiro porque a gente naturaliza o problema e quando a gente enxerga como um problema grave a gente vai tender a encaminhar para uma autoridade responsável, alguma coisa assim, como se não fosse o setor saúde também

responsável por isso, então a gente fragmenta essa realidade [...]. É preciso fazer um cuidado compartilhado, um motivo no qual a gente não faz uma ação coerente, organizada, é por conta dessa fragmentação dos setores mesmo, que é essa dificuldade de ver o ser humano nessa integralidade.

Alguns profissionais sinalizaram para o uso do grupo enquanto estratégia que pode ser realizada para compartilhar, elaborar e avançar nesta questão. Vale ressaltar que os grupos e oficinas acontecem na instituição, mas como apontado a seguir, não são utilizados como espaços para tais problemáticas, apenas um dos profissionais disse já ter discutido sobre gênero em uma de suas oficinas:

P01: uma oficina de literatura que a gente trabalhou um conto chamado “Totonha” do Marcelino Freire [...]. E aí diversas situações, ao problematizar esse texto junto com os usuários na oficina de literatura, isso foi aparecendo assim, foram se identificando com a personagem desse conto, então elas foram relatando situações que não estudaram, porque pai e mãe não deixava, porque tinha que trabalhar é, muito criança, isso pra mim é uma violência contra a mulher, uma violência porque não deixavam as mulheres estudarem [...] de mulheres que não tiveram acesso à educação, ao trabalho por conta de machismo, de pensamentos completamente equivocados, de que a mulher tem que ficar em casa, e o espaço da rua é do homem, da mulher não é, enfim, aí foi problematizada essa questão da violência, dessas relações de machismo.

M01: E aí fazer, por exemplo, grupo específico. [...] Eu acho que de repente um grupo, por exemplo, pra se discutir a violência, as várias formas de violência.

Outra função dos grupos e que permite um avanço quanto à autonomia dessas mulheres, e assim pode auxiliar no enfrentamento das situações de violência, é a criação de oficinas de geração de renda (ZANELLO, 2010), tal ação não foi citada pelos profissionais, prática que de forma geral não é muito desenvolvida na atenção psicossocial do município. No entanto, foi possível observar potencial nas demais oficinas, relatados pelos profissionais como espaços de trocas das usuárias, permitindo a abertura aos relatos das vítimas.

Eixo 4 - Políticas públicas e desafios atuais no enfrentamento à violência contra a mulher

Os/as profissionais relataram conhecer “muito pouco” a respeito das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, estando centrados na lei Maria da Penha e, genericamente, na medida protetiva. As narrativas apontam para os dispositivos que conhecem na rede municipal: Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS, postos de saúde/unidades de saúde, Casa e delegacia

da mulher, Centro de Acompanhamento de Penas Alternativas- CEAPA. Também aparecem narrativas sobre as lacunas existentes: não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, não possui Núcleo de atendimento a vítima de violência- NAVV.

Nota-se nas narrativas das pessoas entrevistadas a fragmentação dos serviços e dos sujeitos, que também foi identificada pelo estudo realizado por Barreto, Dimenstein & Leite (2013), que identificaram que as mulheres que eram diagnosticadas com algum transtorno mental eram as que tinham mais dificuldade de acesso à Casa Abrigo, na cidade de São Paulo. Este dado nos permitiu perceber que a rede não falha apenas pela ausência de serviços, mas também na não identificação de suas interrelações e responsabilidades conjuntas.

Em relação à ficha de notificação compulsória, de forma geral as(os) entrevistadas(os) demonstraram não conhecerem, não usarem e, além disso, que a ficha não está disponível no serviço, o que se faz presente também em outros serviços de saúde (GOMES et. al., 2009; KISS; SCHRAIBER, 2011; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009; MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012; PEDROSA; ZANELLO, 2017). Na literatura, o não preenchimento das fichas de notificação apresenta-se relacionado a alguns fatores: receio dos profissionais em preencherem as fichas, por vezes por falta de informação, desconhecimento do sigilo (LOURENÇO e PAULA JUNIOR, 2015); por falta de segurança em realizar perguntas acerca da violência e outros que consideram o preenchimento como uma denúncia (KIND et. al, 2013).

Estes motivos também estiveram presentes nos relatos destes profissionais, focados principalmente no desconhecimento do preenchimento e função da ficha e necessidade de seu preenchimento no serviço em questão. No primeiro semestre de 2019, os profissionais foram convocados a uma capacitação sobre a notificação compulsória de doenças e agravos, dentre estas a violência, devido à baixa notificação do município. Certamente, esta capacitação poderá trazer bons resultados quanto maior for a notificação dos casos de violência e ampliar o olhar das equipes de saúde mental sobre este tema e suas consequências sociais, coletivas e individuais.

Nas ações identificadas pelos profissionais, foi possível perceber, em certo nível, a ideia de articulação em rede, mas contraditoriamente também é aparente o distanciamento dos serviços de saúde em relação a essa questão, o que pode estar relacionado a diversos fatores, como a fragmentação dos serviços, precarização do

trabalho (VILLELA et. al, 2011) e a falta de capacitação relacionada à temática, como seguem nos trechos:

P02: Eu acredito que vai muito do profissional, é uma prática muito...por mais que tenham capacitações, que se proponham estudos, essa clínica ainda é uma clínica muito na dependência do conhecimento e do saber profissional, e um saber na verdade hoje muito comprometido com essa carga horária, nós temos uma carga horária de 40 horas dentro de um CAPS, é de um desgaste infinito [...].

M01: É, eu acho que essa maior dificuldade da problemática que eu vejo, no papel que a gente poderia ter, como profissional de saúde mental, é o tempo mesmo. Para poder fazer uma entrevista, uma escuta mais qualificada, ouvir melhor o paciente, realçando isso [...].

Além de outros desafios, como é citado por A01 “mesmo com a medida protetiva, tem muita mulher morrendo aí”(A01), ou seja, há dificuldades que perpassam questões econômicas, políticas, culturais e sociais. Essas dificuldades se materializam em enormes dificuldades que as mulheres continuam enfrentando para denunciar, por vários medos e constrangimentos sociais, como, o retorno à convivência com o(a) agressor(a) e o medo por parte dos profissionais.

Urge ressaltar que os serviços de saúde e seus profissionais, ou seja, aqueles que estão na ponta dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje estão enfrentando inúmeras dificuldades para manter o funcionamento dos serviços, os quais estão sendo sucateados de forma contínua e, no último triênio (2016-19), mais intensamente. Estas condições são claramente perceptíveis com a relatada sobrecarga de trabalho sobre equipes multiprofissionais incompletas e com áreas de cobertura muito extensas, aumento do adoecimento mental e físico dos trabalhadores etc.

Este contexto é fundamental para compreendermos porque as narrativas dos/as entrevistados/as diferiram para os seguintes questionamentos: “Quais ações você compreende que competem aos profissionais de saúde mental realizarem em relação à violência contra a mulher?”, “De que forma você e/ou a equipe maneja o/s caso/s identificado/s?”. Os desafios em relação ao trato da questão da violência pelos profissionais de saúde mental demonstram que melhores intervenções nesta problemática perpassam competências que estão além atribuições individuais de cada profissional.

Vale ressaltar que para avançar quanto ao cuidado integral das usuárias, considerando que violências e saúde mental se correlacionam e, por isso, devem ser conteúdos abordados por diferentes serviços da rede, faz-se necessário que as políticas sejam construídas de forma relacional. Em uma análise a partir dos documentos

da política de saúde mental e os I, II e III Planos Nacionais de Políticas Públicas para as mulheres (PNPM), realizada por Medeiros e Zanello (2018), foi possível apreender que o diálogo entre elas ainda é muito introdutório, o que repercute nas capacitações, planejamentos e atuações dos serviços.

Considerações finais

Essa investigação reforça a necessidade de ampliação de estudos e intervenções profissionais em saúde mental para o trato das questões relacionadas à violência e seus rebatimentos na saúde dos sujeitos, especialmente das mulheres. Nesse estudo de caso, as percepções e práticas diárias dos profissionais de saúde parecem estar distanciadas dessa forte expressão da questão social e ainda fragmentadas. Neste sentido, destaca-se a importância da educação permanente ocorrida sobre o assunto neste município.

Buscou-se retratar a realidade vivida por profissionais de saúde no interior um CAPS em município de médio porte em Minas Gerais quanto às questões relativas à violência contra a mulher, tendo obtido dificuldades de cotejar com outras investigações que considerassem o cenário da saúde mental. Daí reforça-se a importância de realização de outros estudos nesta área e que interseccionalize com classe, raça e outros determinantes sociais considerados fundamentais.

Certamente, o maior aprofundamento acerca da temática poderá trazer implicações nas práticas profissionais, ampliando o arcabouço teórico e metodológico e assim produzindo cuidado integral e crítico às usuárias/os dos serviços de saúde mental.

Referências

- ADEODATO V.G., et al. *Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 39:108-13, 2005.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. *Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14, 1721 -1730, 2009.
- BANDEIRA, L. M.. *Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação*. Sociedade e Estado, v. 29, n. 2, p. 449-469, Brasília May/Aug, 2014.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. *Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços*. Avances en Psicología Latinoamericana, v. 32, n. 2, 2014.

- BARRETO, L.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. *Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental*. Athenea Digital, p. 195-207, 2013.
- BHONA, F. M.C.; LOURENÇO, L. M.; BRUM, C. R. S. *Violência doméstica: um estudo bibliométrico*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 1, p. 87-100, 2011.
- BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. *Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in) visibilidade da violência doméstica contra a mulher*. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.
- BRASIL. *Lei 11.340 (Maria da Penha), de 7 de agosto de 2006*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11340.htm, 2006.
- CAMPOS, I. O.; ZANELLO, V. *Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências*. Vivência: Revista de Antropologia, v. 1, n. 48, p. 105-117, 2016.
- CERQUEIRA, D., et al. *Atlas da Violência 2018*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Governo Federal, 2018.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L., et. al. *Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1037-1050, 2009.
- FARAH, M. F. S. *Gênero e políticas públicas*. Estudos Feministas, 12(1), 47-71, 2004.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. Datafolha Instituto de Pesquisas. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatoriopesquisa-vs4.pdf>, 2017.
- _____. *Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil*. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>, 2ª edição, 2019.
- GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. *O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade*. Mental, v. 7, n. 13, 2009.
- GOMES, N. P., et. al. *Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade*. Rev. enferm. UERJ, 17(1), 2009.
- _____. *Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família*, Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 789-96. 2013.
- GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. *Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas*. Psicologia & Sociedade, v. 27, n. 2, p. 20, 2015.
- GUEDES, R. N., SILVA, A. T. M. C. D.; FONSECA, R. M. G. S. D. *A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres*. Escola Anna Nery, São Paulo, 13(3), 625-631, 2009.

- IPEA, E. *Atlas da Violência 2016*. FBSP, São Paulo, 2017.
- KIND, L., et. al. *Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde*. Cad. saúde pública, 29(9), 1805-1815, 2013.
- KISS, L. B., SCHRAIBER, L. B. *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3), 1943-1952, 2011.
- MALUF, S. *Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais*. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen (Orgs). *Gênero, saúde e aflição – abordagens antropológicas*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas. p. 21-67, 2010.
- MATTOS, P. R., RIBEIRO, I. S., CAMARGO, V. C. *Análise dos casos notificados de violência contra a mulher*. Cogitare Enfermagem. 17(4), 738-44, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Painel de Indicadores do SUS N° 5: Prevenção de Violências e cultura de paz. V. III. Brasil: Brasília, DF, 2008.
- MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S. BORDIN, I. A. *Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família*. 2010.
- OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. *Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 8, n. 2, 2007.
- OSIS, M. J. D., DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. *Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais*. Rev. Saúde Pública, 46(2), 2012.
- PAIVA, E. A., et. al. *Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil*, 2011. Divulg. Saúde debate, (52), 72-87, 2014.
- PEDROSA, M.; ZANELLO, V. *(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental*. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 32, n. spe, e32ne214, 2017.
- RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. *Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, p. 970-978, 2007.
- REIS, C.R. *Violência doméstica contra mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma unidade básica de saúde da Zona Norte de Porto Alegre/RS*. Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição/Ministério da Saúde, Porto Alegre, 2013.
- SANTOS, C. *Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil*. Oficina do CES n.º 301, 2008.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. *Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher*. Cadernos de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, p. s205-s216, 2009.
- SCHRAIBER, L. B., et al. *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde*. Rev Saúde Pública, São Paulo 36(4), 470, 2002.

SILVA, I. V. *Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2103-2114, 2006.

VILLELA, W. V., et. al. *Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência*. Saúde e Sociedade, 20(1), 113-123, 2011.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flasco: Brasília (DF): 1ª Ed, 2015.

ZANELLO, V. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. Em: STEVENS, C. et. al (Orgs.), *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares* (pp. 307-320). Brasília: ExLibris, 2010.

_____. *Saúde mental, Cultura e processos de subjetivação*. Em: ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

_____; SILVA, R. M. *Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural*. Bioética, 22 (2), p. 267-279, 2012.

Nota

¹ Agradecemos a colaboração de Mariana Pedrosa por disponibilizar o roteiro utilizado em sua investigação (Pedrosa; Zanella, 2017) para nos guiar e nos apresentar possibilidades para pensarmos a investigação ora apresentada.

Abstract

Violence against women and mental illness: perceptions and practices of health professionals in a Psychosocial Care Center

Violence against women is one of the manifestations of gender violence and it is still very present in the Brazilian society. It affects the mental and physical health of the victims and it is recognized as a public health issue. There is a gap in the subject related to mental health, thus, the present study aims to understand the perceptions and practices of professionals from a Psychosocial Care Center (Centro de Atenção Psicossocial, CAPS) regarding the violence against women, through semi-structured interviews with specialists from different areas (n = 10). The narratives were classified into four thematic axes: the perceptions about the subject; the relation between violence against women and mental health; the professional interventions; and, finally, the public policies and current challenges. It was concluded that there is a gap between the perceptions and the actions carried out by healthcare specialists. Moreover, there are still many challenges regarding the treatment of this issue, as the lack of social policies and training of these professionals.

► **Keywords:** violence against women, mental health, professionals

