



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ADRIELY DOS SANTOS MATOS

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE MENTAL:**  
O OLHAR DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CAPS ANA NERY – CACHOEIRA-  
BA.

CACHOEIRA - BA  
FEVEREIRO/2017

**ADRIELY DOS SANTOS MATOS**

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE MENTAL:  
O OLHAR DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CAPS ANA NERY - CACHOEIRA-  
BA.**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Ms. Márcia Clemente

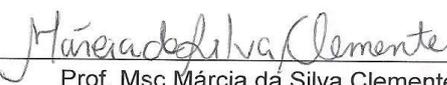
CACHOEIRA - BA  
FEVEREIRO/2017

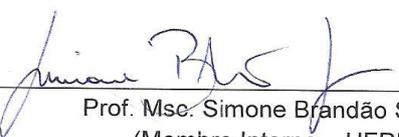
NOME DA DISCENTE  
Adriely dos Santos Matos

Violência contra a mulher e saúde mental: um olhar da equipe interdisciplinar do  
CAPS Ana Nery-Cachoeira-BA

Cachoeira – BA, aprovada em 21/02/2017

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Msc Márcia da Silva Clemente  
(Orientador – UFRB)

  
Prof. Msc. Simone Brandão Souza  
(Membro Interno – UFRB)

  
Prof Esp. Leandro Ribeiro Azevedo  
(Membro Externo)

*“Pés, para que os quero, se tenho asas para voar?”*  
Frida Kahlo.

## AGRADECIMENTOS

Acredito que nessa vida, tudo que fazemos tem um propósito, um motivo para acontecer. Por isso compartilho esse momento ímpar da minha vida com todos aqueles que de alguma forma permaneceram ao meu lado, ou que mesmo longe puderam transmitir energias positivas para que meus sonhos e objetivos fossem concretizados. Tenho certeza que essa etapa acadêmica que se encerra, servirá como ponto de partida para a realização de novas conquistas.

Não cheguei aqui sozinha, algumas pessoas foram fundamentais e essenciais para que esse momento se tornasse inesquecível. E são pra essas pessoas que dedico todo meu sucesso.

Primeiramente, aos meus amores, meu pai Adilson e minha avó Mariazinha que se foram antes que esse momento chegasse. Dedico essa conquista e todas as outras a vocês, que se mantiveram presentes nos meus sentimentos me fortalecendo a cada dia. Saudades eternas!

Agradeço imensamente a minha mãe, pelo esforço, pelo carinho e dedicação que tem comigo, não tenho palavras suficientes para expressar tudo que minha mãe representa na minha vida. Tudo que consegui e conquistei foi pra ela e por causa dela. Te amo mãe!

Sou grata também, a todos meus familiares que se propuseram em ajudar sempre que fosse preciso. Em especial meu tio Carlinhos (Charles) não poderia deixar de expressar minha imensa gratidão por tudo que fez por mim, esse sucesso e todas as outras compartilho com o senhor também, meu tio. Obrigada por tudo.

Agradeço aos meus irmãos que se mantiveram presentes, me dando forças e incentivos para que esse dia fosse concretizado. Vocês são essenciais para realização de todos meus objetivos.

Serei eternamente grata a minha banca Márcia Clemente, Simone Brandão e Leandro Azevedo que tiveram paciência comigo, me incentivando e me mostrando que sou capaz de ir muito mais longe do que imaginava. Obrigada vocês fazem parte desse sucesso.

Por fim e não menos importante, dedico essa conquista as minhas amigas, Itana Jamille, Cristiane Coelho e minhas “thucas” Carolina Nascimento e Ágata Magalhães. Obrigada manas, pela compreensão, paciência e por estarem sempre comigo. Amo vocês!

## RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar como equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery de Cachoeira - BA lida com casos de usuárias vítimas da violência. Para isso, buscamos através de referências bibliográficas literárias e documentais, sobre o tema saúde mental, gênero e violência contra a mulher, a fim de tecermos considerações acerca da violência e o efeito na saúde mental das vítimas. Nossa questão de investigação neste trabalho indaga sobre: como a equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery lida com os casos de usuárias vitimas da violência? Para responder esta indagação realizamos uma pesquisa em campo do tipo qualitativa, utilizamos para coleta de dados entrevistas semi - estruturada, com quatro profissionais do CAPS Ana Nery. Utilizamos também para coleta de dados a netenografia. Para o tratamento dos dados utilizamos como recurso a análise de discurso, dessa forma buscando analisar como a equipe desta instituição lida com as usuárias no referido contexto. Todavia, os dados levantados na pesquisa permitiram compreender, sobretudo na insuficiência de políticas públicas em torno da questão apresentada. Sendo assim, a falta dessas políticas tem impacto negativo na formação dos profissionais da área da saúde mental para lidar nos casos de usuárias vítimas da violência.

**Palavras chaves:** Saúde Mental, Gênero, Violência contra a mulher.

## ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how CAPS 'interdisciplinary team Ana Nery de Cachoeira - BA deals with cases of users victims of violence. For this, we search through literary and documentary bibliographical references on the subject of mental health, gender and violence against women, in order to make considerations about violence and the effect on the mental health of the victims. Our research question in this work asks about: how the CAPS interdisciplinary team Ana Nery deals with the cases of female victims of violence? In order to answer this question, we carried out a qualitative research in the field, using semi - structured interviews with four professionals from CAPS Ana Nery. We also use for data collection the netenography. For the treatment of the data we use as a resource the discourse analysis, in this way trying to analyze how the team of this institution deals with the users in that context. However, the data collected in the research allowed us to understand, especially in the insufficiency of public policies around the issue presented. Thus, the lack of these policies has a negative impact on the training of mental health professionals to deal with cases of users who are victims of violence.

**Key words:** Mental Health, Gender, Violence against women.

## LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CGSM - Coordenação Geral de Saúde Mental.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de saúde.

IBGE - Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

NAPS – Núcleo de atenção psicossocial.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial.

RAS - Rede de Atenção à Saúde.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

SUS - Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. A MULHER NO PATRIARCALISMO, DESIGUALDADE DE GÊNERO E VIOLÊNCIA</b> .....	15
1.1 Breve contextos históricos – Conceito e relações patriarcais.....	15
1.1.1 Patriarcalismo no Brasil e gênero.....	16
1.1.2 Questão de gênero.....	21
1.2 A violência contra mulher no âmbito legislativo internacional e nacional.....	26
1.3 As expressões da violência contra a mulher.....	30
1.3.1 Violência doméstica e familiar contra a mulher.....	33
1.3.2 Violência de gênero.....	35
1.3.3 Violência institucional contra a mulher.....	37
1.4 Alguns dados da violência contra a mulher no Brasil e o seu enfrentamento.....	39
<b>2. SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER</b> .....	46
2.1 Saúde Mental, um campo de atuação do Serviço Social: uma breve conceitualização da inserção do assistente social na área da saúde mental no Brasil.....	46
2.1.1 Questões metodológicas.....	51
2.2 A política de Saúde Mental no Brasil.....	52
2.2.1 Serviços e Programas.....	55
2.2.2 Legislações brasileiras da Saúde Mental.....	58
2.3 Saúde Mental e Gênero.....	61
2.3.1 Breve análise da Saúde da mulher sob o viés da desigualdade de gênero.....	61
2.3.2 A inviabilidade da desigualdade de gênero na Saúde Mental.....	63
2.3.3 Violência contra a mulher e o reflexo na saúde mental.....	67

<b>3. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A SAUDE MENTAL DAS USUARIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ANA NERY – CACHOEIRA-BA.....</b>	<b>72</b>
3.1 Cachoeira-Ba: Aspectos histórico, econômico e cultural.....	72
3.2 Conjuntura e análise do CAPS Ana Nery.....	74
3.3 Aspectos éticos .....	76
3.4 Análise da pesquisa empírica.....	77
3.4.1 Violência e o adoecer mental das usuárias do CAPS Ana Nery: O olhar da equipe interdisciplinar da instituição.....	77
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>106</b>

## INTRODUÇÃO

Nesses últimos anos, a sociedade tem debatido com mais freqüência sobre as questões da violência contra mulher, o que pode levar a pensar que é um fenômeno recente na humanidade. Entretanto, este não se constitui como um fato novo, muito pelo contrário, a violência contra a mulher pode ser considerado um fenômeno tão antigo quanto às primeiras civilizações.

De fato o que vem ocorrendo nos dias atuais é que esse fenômeno tornou-se alvo de grandes preocupações levando a judicialização como criminalização do problema e mobilizando não apenas o setor jurídico, mas também grande parte da sociedade civil.

No Brasil, em agosto de 2006 foi sancionada a lei Maria da Penha – Lei 11.340 (BRASIL, 2006) do qual busca medidas de proteção as vítimas e a punição do agressor, destacando em seu Art. 1º:

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (BRASIL, 2006)

Em março de 2015 foi sancionada a Lei 13.104/2015, (BRASIL, 2015) a Lei do Femicídio classificando crime hediondo os homicídios de mulheres por razões de sexo, tornando-se mais agravantes nos casos em que a mulher encontra-se em situação específica de vulnerabilidade (menor de idade, gravidez, presença de filhos, etc.)

Contudo, mesmo com todos esses avanços no campo judicial por volta das questões da violência contra a mulher, a problematização da situação encontra-se principalmente na insuficiência de políticas públicas, assistências, educação e de saúde em efetivar direitos sejam eles no campo sociais, econômico, civis e políticos para as mulheres vítimas da violência.

Segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde (2009) a violência pode ser considerada um dos fatores que mais causam depressão nas mulheres, afetando diretamente na saúde mental, sobretudo, contribuindo para incapacidade social destas. (BRASIL, 2009)

Diante disso, percebendo a importância de debater sobre violência contra a mulher e saúde mental, esse trabalho surgiu primeiramente através do meu interesse e aproximação pelas questões em torno da categoria gênero, desenvolvidas ao longo da minha graduação, do qual fiz participação em dois semestres letivos do grupo de pesquisa/extensão intitulado “violência de gênero- metendo a colher na lei Maria da penha” sobre a orientação da docente Simone Brandão. Por sua vez, as experiências desenvolvidas nesse grupo, através das leituras dos textos e das intervenções feitas com atividades em campo na cidade de Cachoeira-Ba, possibilitaram nesse primeiro momento, um melhor aprofundamento na questão sobre gênero.

O segundo momento para chegar à junção dessas duas categorias: violência contra a mulher e saúde mental se constituiu, sobretudo, pela experiência no campo de estágio no CAPS Ana Nery de Cachoeira-Ba. Assim, através do estágio nessa área de atuação do assistente social, percebi enquanto estagiária e a partir de alguns acolhimentos individuais (uma forma de procedimento feito no CAPS na tentativa de buscar uma melhor intervenção no tratamento dos usuários) e também através das entrevistas sociais, que algumas mulheres passavam ou já vivenciaram em algum momento por situações de violências.

Diante disso, antes de expor, de fato, a pesquisa empírica em que emerge esse trabalho, no primeiro capítulo será abordada de forma breve o contexto histórico do qual circunscreve as relações de poder do homem sobre a mulher, encadeado por uma sociedade patriarcal, bem como esse processo se configura nas desigualdades de gênero, tanto nos arranjos familiares como nos espaços políticos e sociais. Para isso, buscamos analisar esse conceito, a partir das questões em torno das relações de gênero, do qual destaco contribuições literárias de algumas autoras como: Joan Scott, Heleieth Saffioti, Simone de Beauvoir e Judith Butler. Também neste mesmo capítulo destaco a violência contra mulher no âmbito legislativo internacional e nacional através da conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena no ano de 1993 que possibilitou à incorporação de documentos através das conferências para a proteção de direitos das mulheres, tendo em vista,

combater todas as formas de discriminação contra elas. Sendo assim, no item seguinte busco mostrar como se manifesta as expressões da violência em três categorias: violência doméstica e familiar, violência de gênero e violência institucional contra a mulher e para finalizar esse capítulo trago alguns dados da violência contra a mulher no Brasil e seu enfrentamento.

No segundo Capítulo intitulado como saúde mental, gênero e violência contra a mulher, inicialmente busco mostrar como a profissão do Serviço Social é inserida no contexto da Saúde Mental no Brasil, partindo de dois momentos históricos: movimento da reforma sanitária e do movimento da reforma psiquiátrica, sendo palco para elaboração do projeto ético político da profissão. No segundo item destaco a política de saúde mental no Brasil através da implementação de serviços e programas como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é uma rede de serviços direcionados a pessoas com transtornos mentais. Em seguida, destaco algumas legislações brasileiras de saúde mental, como a Lei “Paulo Delgado” impulsionado pelos movimentos sociais em prós de novas formas de tratamento e atenção a saúde mental.

Esse capítulo também vai abordar como as questões de gênero são interpretadas na saúde mental, sendo que antes de adentrar no campo da saúde mental faço resumidamente um amparo geral da análise da saúde da mulher sob o viés da desigualdade de gênero e então posteriormente chamo atenção para inviabilidade da desigualdade de gênero na saúde mental. Adentrando nesse contexto, finalizo esse capítulo mostrando como a violência contra a mulher pode afetar a saúde mental das vítimas.

No terceiro e último capítulo desse trabalho constitui a análise da pesquisa realizada em campo. Para isso, tornou-se preciso conhecer o lugar em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos, dessa forma destaco alguns aspectos históricos, econômico e cultural do município de Cachoeira localizada no recôncavo da Bahia. Em seguida, faço a caracterização da instituição do CAPS Ana Nery. Também terá uma tabela com os dados fornecidos pelas entrevistadas (nomes fictícios, idade, profissão, cor/raça, sexo, estado civil e tempo de serviço na instituição) por questões éticas serão apenas utilizados (letras) para identificar o sujeito da fala. Portanto, o último item do capítulo três, constitui na análise dos dados coletados na entrevista, desencadeado pela pergunta de investigação: Como

a equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery lida com os casos de usuárias vítimas da violência?

Dessa forma, para buscar responder a pergunta acima, foi realizada uma pesquisa em campo, sendo utilizados os métodos exploratório/descritivo, exploratório, pois visa uma maior aproximação com o problema, tornando mais esclarecido e descritivo na medida em que também através das coletas de dados posso descrever com mais precisão as características desse problema.

A pesquisa tem característica de natureza qualitativa. Segundo Minayo (1996), a pesquisa de caráter qualitativa possibilita principalmente na área da saúde entender as questões em torno do contexto socioeconômico, políticos e ideológicos do qual os sujeitos pesquisados estão inseridos. Podendo assim, relacionar o saber teórico e prático sobre saúde e doença. Essa forma de intervenção se configura como uma estratégia para uma melhor avaliação dos serviços e dos usuários nos sistemas de saúde.

Tendo como instrumento de coletas de dados entrevistas semi-estruturadas que se caracteriza por perguntas básicas, seguindo a elaboração de um roteiro base que pode ser alterado no decorrer da entrevista. Para Triviños (1990) a entrevista semi-estruturada é uma das principais maneiras que o investigador pode utilizar para coletar dados dos quais são sustentados em hipóteses e teorias que os levam para um extenso campo de indagações, assim podendo surgir novos questionamentos.

Inicialmente a pesquisa seria direcionada as próprias usuárias do CAPS Ana Nery, porém por questões éticas que deveriam ser avaliadas antes da realização das entrevistas pelo comitê de ética da saúde, principalmente por se tratar de mulheres em tratamento psicossocial, assistidas por uma instituição de saúde pública o procedimento da pesquisa iria requerer muito mais tempo que o esperado. Dessa forma, para não perder o foco principal: “violência contra a mulher e saúde mental” do qual o presente trabalho abrange, buscamos outros meios para analisar essa questão. Então, uma saída encontrada foi fazer as entrevistas com a equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery sobre o tema em questão, em busca de informações que pudessem contribuir para sustentar os fundamentos teóricos embasados nesse trabalho.

O CAPS Ana Nery é uma instituição composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma psiquiátrica, uma pedagoga, uma educadora física, uma

terapeuta familiar, uma artesã, uma coordenadora, dois seguranças e dois funcionários na recepção.

Dos dozes que compõe o quadro de funcionários do CAPS Ana Nery Foram selecionadas quatro profissionais, sendo eles: a assistente social, a psicóloga, a artesã e a enfermeira, pois durante a minha vivencia nos dois períodos de estágio supervisionado, percebi que essas profissionais eram as mais procuradas pelas usuárias, essa aproximação também foi observadas nas oficinas diárias juntos com essas mulheres, oficinas que tratavam de diferentes temáticas.

No período de coleta de dados que foi realizado em janeiro de 2017 fui a campo para fazer a entrevista presencial, no entanto ao chegar na instituição fui informada que a maioria da equipe haviam sido demitidos em dezembro, como alguns desses profissionais já tinham conhecimento do objetivo da minha pesquisa, elas sempre abertas se propuseram a colaborar com a pesquisa.

Então, de posse dos instrumentos de coletas de dados fiz a primeira abordagem, via whatsapp, a fim de marcar data e horário para entrevista presencial, naquele mesmo momento após o dialogo ficou acordado que seria realizada a entrevista via whatsapp. Uma entrevista realizada via whatsapp se configura em pesquisa de caráter etnográfico.

Oriundo da antropologia, a etnografia virtual também conhecido como netnografia é um método de investigação, do qual reúne técnicas que possibilitam o pesquisador entrar em contato intra-subjetivo com o objeto de estudo. (AMARAL et al., 2008)

Importante ressaltar que apesar de não realizar uma entrevista presencial por acreditar, que o contato direto com o sujeito da pesquisa possibilita um melhor aproveitamento durante a entrevista, podemos entender que esse momento pode ser encarado como uma dificuldade para as coletas de dados, sobretudo, tendo em vista da precarização do trabalho do qual o sujeito se encontrava, bem como a fragilidades dos vínculos empregatícios, a eminência constante da perda do espaço de trabalho, incerteza de perspectivas futuras tudo isso de alguma forma tencionou a coletas desses dados. Sendo estes os limites e dificuldades percebidos ao longo da pesquisa.

De posse dos dados da entrevistas procedemos com análise de discurso. Esse tipo de estudo, (ORLANDI, 2009) procura-se compreender a linguagem como mediação necessária entre o sujeito e a realidade do qual este inserido, ou seja,

através a análise de discurso observa-se o sujeito falando, fazendo com que a linguagem faça sentido enquanto trabalho simbólico, a partir do trabalho social geral, constitutivo do sujeito e da sua história.

. Os dados coletados foram cuidadosamente respeitos e analisados de maneira complexa em paralelo com algumas referências bibliográficas referente ao assunto. Além disso, os dados coletados foram analisados de acordo com as perguntas realizadas na entrevistas, anexados nesse trabalho.

Portanto, essa pesquisa foi desenvolvida com base nos levantamentos bibliográficos, documental e conhecimentos desenvolvidos na trajetória acadêmica.

Segundo GIL (2008), uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A pesquisa Documental são documentos que ainda pode sofrer alterações, ou seja, não receberam ainda um tratamento analítico, podendo ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.)

Dessa forma, constitui uma pesquisa de natureza básica em que gera conhecimentos úteis de interesse para sociedade em geral. O resultado dessa pesquisa será devolvido pra comunidade de forma escrita através de um trabalho de conclusão de curso e apresentação oral no CAPS de Cachoeira-Ba e na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Centro de Artes, Humanidades e Letras.

## 1. A MULHER NO PATRIARCALISMO, DESIGUALDADE DE GÊNERO E VIOLÊNCIA.

O presente estudo tem como objetivo trazer alguns conceitos para entender como se manifesta dentro das relações sociais as diversas formas da violência contra mulher. Portanto, será remetido a um breve contexto histórico do qual faço uma análise sobre o tema a partir de algumas referências bibliográficas. Contudo, para não ficar uma leitura cansativa e repetitiva, esse estudo será feito apenas para conhecimento prévio, pois trabalharei mais detalhadamente com alguns conceitos no decorrer do trabalho.

### 1.1 Breve contextos históricos – Conceito e relações patriarcais.

Patriarcalismo é um conceito do qual se reflete na base de todas as sociedades contemporâneas. Sua característica se fundamenta em uma autoridade imposta do homem sobre a mulher e filhos no ambiente familiar e também sobre a natureza. Portanto, atravessa toda uma organização da sociedade recebendo apoio institucional: da produção e consumo, da política, das legislações e da cultura. Sendo assim, o patriarcado se sustenta na sociedade marcada pela dominação e violência. (BARRETO, 2004)

Contudo, a compreensão desse sistema patriarcal nas relações sociais remete a um estudo mais aprofundado nas diferentes sociedades culturais, sobretudo, sob a perspectiva da sexualidade, da reprodução e da relação entre homens e mulheres.

A autora SAFFIOTI (2004) destaca que as relações patriarcais, sua forma de exercer o poder e as hierarquias existentes nesse sistema, prejudicam toda a sociedade, pois o direito patriarcal abrange não só a sociedade civil, mas interfere também no estado.

Entretanto, diante do contexto histórico que emerge o sistema patriarcal, revela que nem sempre foi assim, ou seja, houve um tempo em que as mulheres não eram tão subordinadas aos homens.

Nas sociedades pré – agrícolas, por exemplo, alguns pesquisadores evidenciaram que as subsistência de bandos eram provenientes da caça e da coleta.

Sendo a primeira atividade desenvolvida pelos homens e a segunda pelas mulheres. Elas eram responsáveis por mais de 60% (SAFFIOTI, 2004) da alimentação para sobrevivência do grupo, pois a coleta era considerada uma atividade mais segura de se obter, enquanto a caça nem sempre garantia sucesso. Ou seja, o homem poderia voltar sem nada da sua atividade, mas a mulher sempre voltava com algumas folhas, frutos, raízes.

Contudo, com a divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres possibilitou o surgimento de novas configurações de relações.

Com a participação do homem na reprodução e depois no domínio da propriedade privada, as mulheres passaram a terem seu corpo e sua sexualidade controlada, configurando-se a família monogâmica<sup>1</sup> onde a mulher deve fidelidade ao companheiro a fim de garantir a legitimidade dos filhos. Segundo NARVAZ; KOLLER (2006) foi diante desse contexto que nasceu uma nova ordem social marcada pelo controle dos homens sobre as mulheres: o patriarcado.

Essa nova ordem marcada pelo patriarcalismo se desenvolveu em algumas sociedades de maneira gradual, ou seja, passou por longos processos sociais e culturais para se manter como um sistema de poder nas relações sociais do qual conhecemos na contemporaneidade.

(...) o processo de instauração do patriarcado teve início no ano 3100 a.C. e só se consolidou no ano 600 a.C. A forte resistência oposta pelas mulheres ao novo regime exigiu que os machos lutassem durante dois milênios e meio para chegar a sua consolidação. (SAFFIOTI, 2004 apud. BERTAUX, 1977. p. 60)

Portanto, diante das relações sociais, o patriarcalismo pode ser considerado recente na história, principalmente, tendo em vista que o processo de transição desse novo regime configurou-se lentamente nas sociedades, causando diferentes impactos culturais.

### 1.1.1 Patriarcalismo no Brasil e Gênero

---

<sup>1</sup> “A origem da monogamia não é tecida por frutos do amor sexual individual, mas sim, por condições econômicas, que preservavam a propriedade privada e sua retenção na família. Os casamentos eram de conveniência, eram acordos (...) este tipo de família já surge sobre a forma de escravização de um sexo pelo outro, como proclamação de um conflito entre os sexos. Sua origem está atrelada a escravidão e as riquezas, e seus desenvolvimentos, implicam a máxima repressão dos homens sobre as mulheres.” (SILVA, 2015, p. 9/10)

No período da colonização no Brasil, já poderia ser notado a posição da mulher vista como submissa ao homem. Com isso, acreditava-se que foram os colonizadores ocidentais que trouxeram a imagem da mulher recatada, sensível e do lar para o território brasileiro e conseqüentemente os homens daqui foram adquirindo os mesmos conceitos. (FOLLADOR, 2009)

Essas características levaram a estereótipos do qual o sexo feminino deveria cuidar dos filhos, da casa, do marido, ou seja, posições sempre restritas ao lar. Para os homens ficaram os papéis de chefe da família, poderes absolutos sobre as mulheres e filhos e essas características sustentavam a ideia da família patriarcal.

Ainda nesse período, as meninas eram excluídas dos preceitos da educação formal, destinado apenas aos meninos. Para elas eram ensinadas a almejar o casamento, a cuidar dos filhos, do marido e da casa. Evidentemente que esses papéis sociais, visto como a mulher ideal não era desfrutada da mesma forma para as mulheres mais pobres. Essas adentravam nos espaços públicos para trabalharem, já que em alguns casos eram elas as responsáveis pelo sustento da família. (FOLLADOR, 2009)

Dessa forma, percebe-se que as desigualdades sociais criavam-se um certo desequilíbrio na configuração da família patriarcal, na medida em que algumas mulheres também assumiam os papéis que eram considerados dos homens. No entanto torna-se válido destacar que essas mesmas mulheres que trabalhavam fora do lar, não abdicaram das funções domésticas em cuidar de seus filhos, maridos e da administração da casa. Portanto, também consideradas desvalorizada e submissas ao homem.

Dessa forma, situar a mulher negra nas relações sociais, torna-se necessário atentar para o papel social que esta representava na sociedade patriarcal brasileira, principalmente nesse período em que havia uma naturalização na opressão feminista e escravista, tendo em vista que o patriarcalismo colocava o homem como um ser superior a mulher, assim como o senhor (donos de terras) detinham o poder sobre os escravos.

Portanto, dentre as formas de opressões existente na sociedade patriarcalista e no que se refere à esfera familiar e doméstica, as mulheres negras eram duplamente discriminadas. Primeiro pela sua condição de mulher em uma sociedade extremamente patriarcal e segundo por ser negra (escrava), vista como inferior a mulher branca. Assim, no contexto doméstico (esfera privada), as mulheres negras

assumiam na maioria das vezes as funções exclusivamente do servilismo, sendo as mais velhas responsáveis pela culinária e as mais novas pelos serviços da casa (limpar, cuidar, arrumar) e ainda atender os desejos sexuais dos senhores. (ALMEIDA, 2010)

Na esfera pública, a maioria das brasileiras no período colonial não gozaram de muito lazer e nem podiam expressar seus sentimentos, pois nesse período certos comportamentos ainda não eram aceitáveis para as mulheres. Elas eram consideradas responsáveis por manter a honra dos homens da família (pai, marido, filho). Por isso, acabavam se restringindo as funções do lar. Sendo assim, eram educadas para cozinhar, bordar, costurar, pintar e a tocar alguns instrumentos musicais. (FOLLADOR, 2009)

Nesse período até a sexualidade das mulheres era controlada, então, o prazer masculino ficava a cargo das negras escravas, como já citado anteriormente, tendo em vista que suas esposas serviam apenas para reprodução e não poderiam sentir prazer sexual. Dessa maneira, as mulheres nesse período, eram classificadas de acordo com seu comportamento na sociedade.

As mulheres honradas eram aquelas que seguiam dentro dos padrões considerados ideais na sociedade. Elas eram puras, amorosas, recatadas; as mulheres desonradas se comportavam fora das normas sociais, elas perdiam a virgindade antes do casamento, era mal vista pela sociedade e por isso desprezadas pela família; e também tinha as mulheres sem honra, àquelas ligadas a prostituição, ou aquelas que só viviam na rua, como as escravas. (FOLLADOR, 2009)

Observa-se que o período colonial foi marcado por forte influência do homem na família e na sociedade. A família patriarcal dava plenos poderes e privilégios aos homens enquanto as mulheres não poderiam se expressar e se comportar livremente, tudo era seguido de acordo com normas e padrões posto pela sociedade. Elas eram influenciadas por uma ideologia patriarcal a ficarem em casa enquanto seus maridos trabalhavam, com exceção das mulheres humildes que eram praticamente obrigadas a trabalhar para a subsistência da família. Entretanto, as mulheres passaram por longos períodos da história vista como inferior e dependente ao homem.

No início do século XIX, PERROT (1988) acentua que esse período foi marcado pelo predomínio da divisão sexual nas funções, nas tarefas, nos papéis e nos espaços sociais, ou seja, as diferentes classificações na sociedade eram

determinadas pelo sexo. O autor ainda ressalta que *existe um discurso dos oficiais que faz a linguagem do trabalho uma das mais sexuadas possíveis*. “Ao homem a madeira e os metais. A mulher, a família e os tecidos”, declara um delegado operário da exposição mundial de 1867. (PERROT, 1988; p.178)

Assim, diante desse argumento, percebe-se o quanto se torna marcante as determinações nas divisões das diferentes funções, papéis e tarefas sob a perspectiva da situação sexual que o indivíduo representa na sociedade. Em outras palavras, os comportamentos nos espaços sociais são moldados de maneiras diferenciadas para homens e mulheres. Enquanto para eles são posto os trabalhos considerados “mais pesados”, para elas ficam as funções considerados “mais maleáveis” sendo na maioria das vezes restritas ao lar.

Com a chegada da família real portuguesa nas colônias brasileiras, aos poucos foi proporcionando o processo de urbanização e conseqüentemente de movimentação do comércio na cidade, possibilitando o apogeu do capitalismo que dava requisitos para o neocolonialismo<sup>2</sup>. Com isso, surgiram novas percepções de mudanças significativas no modelo familiar e no universo feminino, principalmente na inserção da mulher na participação social. (FOLLADOR, 2009)

As mulheres começaram a freqüentarem os ambientes públicos que antes não podiam como o salão de beleza, lojas, teatros. E cada vez mais se distanciando do encarceramento doméstico. (FOLLADOR, 2009)

Dessa forma, o processo de urbanização no período colonial pode ser considerado como um dos aspectos importantes para a transição das mulheres dos espaços privados para os espaços públicos. Assim, surgindo novas configurações no eixo familiar, mas não perdendo a essência do patriarcalismo.

Segundo, PERROT:

Esboça-se um triplo movimento no século XIX: relativo retraimento das mulheres em relação ao espaço público; constituição de um espaço privado familiar predominantemente feminino; superinvestimento do imaginário e do simbólico masculino nas representações femininas. Mas com algumas ressalvas preliminares. Primeiramente, nem todo público é o “político”, nem todo público é masculino. A presença das mulheres, tão forte na rua do século

---

<sup>2</sup> Segundo o dicionário online: Neocolonialismo significa medidas econômicas e políticas com que uma potência mantém ou estende indiretamente sua influência sobre outras áreas ou povos. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/neocolonialismo/>

XVIII, persiste na cidade do século XIX, onde elas mantêm circulações do passado, cercam espaços mistos, constituem espaços próprios. Por outro lado, nem todo privado é feminino. Na família o poder principal continua a ser o do pai, de direito e de fato. (PERROT, 1988; p.179/180)

Percebe-se com isso, que as mulheres, apesar de transitar nos espaços públicos, continuaram assumindo os papéis e funções destinados a elas, ou seja, no âmbito da família ainda era mantida a hierarquia da qual o pai detinha o poder nas decisões.

Durante o período imperial, no meado do século XIX, as mulheres lutaram por mais direitos na sociedade. O fato de poder andar nas ruas, fazer passeios, compras, trabalhar já era considerado uma conquista no mundo feminino, pois o sistema patriarcal havia excluído tudo isso das mulheres. Logo, uma vez conquistado esses espaços, elas procuraram avançar em mais direitos no âmbito do trabalho, da educação e da política, o que antes era destinado apenas aos homens. (FOLLADOR, 2009)

No Brasil, ainda baseado no modo de produção escravocrata<sup>3</sup>, manteve o patriarcalismo resistente e a configuração da sociedade se manteve rígida por muito tempo. Mesmo assim, as mulheres brancas conseguiram progredir na área da educação, onde tiveram mais acesso ao ensino. O ensino era privilégios pra poucos deixando a maioria dos brasileiros analfabetos. (FOLLADOR, 2009)

Esse período foi relevante para as conquistas de alguns direitos das mulheres, como poder transitar nas ruas, trabalhar, estudar, mas não o suficiente para acabar com a desigualdade existente entre homens e mulheres. Porém a divisão das tarefas, cada vez mais acedente, proporcionou o enfraquecimento do sistema patriarcal brasileiros.

No século XX elas continuaram lutando por mais direitos a fim de apoderar-se de seus espaços sociais, reivindicando mais participação na economia, na política e principalmente, de ser livre e ter os mesmo direitos que os homens.

---

<sup>3</sup> O modo de produção escravista pode ser considerado um tipo de economia que reduz tudo a mercadoria. Tudo passa a ser visto sob a ótica do que pode ser comercializado. Assim, as pessoas são reduzidas a objetos de mercado. São compradas e vendidas como qualquer outra mercadoria. Pode-se dizer que os escravos valem pelo corpo que têm e pela capacidade de produção. A escravidão se torna a base da economia. (ROSSI, 2005 p.32)

Os movimentos feministas<sup>4</sup> foram bastante significativos para emancipação social das mulheres. Contudo, se torna válido reforçar que os privilégios e vantagens conquistados até então, não foi desfrutados de forma igualitária por todas. Assim, as mulheres negras não detinham dos mesmos direitos que as mulheres brancas.

Ainda na metade desse século, acreditava-se em posições sociais diferenciada entre os sexos, ou seja, a imagem da mulher ideal, vista como cuidadora dos filhos e dona do lar, ainda era muito presente no cotidiano das pessoas, do qual reforçava a ideia de ser uma condição natural.

Durante esse período se desenvolveram muitos debates e estudos envolvendo o feminino, e nessa concepção enquanto grupo, as mulheres se tornaram mais visíveis. Essas discussões trouxeram a importância de articular o gênero como uma categoria de análise.

### 1.1.2 Questão de gênero

Nesse item, serão abordadas algumas autoras das quais considero as mais influentes nas questões de gênero, bem como nos estudos e fundamentos que envolvem toda a complexidade desse tema. No entanto, não remeterei de forma cronológica, mas abordarei de maneira atemporal algumas das principais obras dessas autoras, das quais utilizei como referência nesse trabalho. Diante disso, serão apenas citados resumidamente seus posicionamentos e sua influência nos diferentes contextos.

Judith Butler foi uma filósofa pós – estruturalista dos Estados Unidos e considerada uma das principais teóricas nos estudos sobre as questões feministas. Em seu artigo, *“Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade”*, Butler apresenta uma crítica ao fundamento da identidade vista apenas de forma única, defendida por muitas feministas. A autora argumenta que a categoria de gênero deveria ser pensada e analisada de maneira ampla e não apenas restrita ao singular. Dessa forma, sua obra em questão, é considerada uma das melhores críticas para a categoria de gênero na atualidade. Sendo, *“Problemas de gênero”* a

---

<sup>4</sup> Serão analisados esses movimentos feministas com mais detalhe no decorrer do trabalho.

sua primeira obra a ser publicada no Brasil, contribuindo de forma significativa para a renovação no pensamento do movimento feminista.

Segundo a autora Judith BUTLER (2003), os processos do sistema patriarcal baseada no conceito de gênero no eixo familiar e doméstico são insuficientes para entender as desigualdades e a divisão sexual do trabalho. Pois, entende-se que a estrutura para a organização da família está ligada aos arranjos sociais que impõe que as mulheres cuidem da casa e dos filhos e os homens sejam responsáveis pelo trabalho, mas não se explicam como esses fatores sociais se articulam com outros sistemas sociais, políticos, econômicos e de poder.

As interpretações para as questões de gênero são vastas, fazendo com que os estudos sobre o assunto tenham diferentes posicionamentos. Segundo Saffiot, mesmo sendo limitado, existe um senso comum para o conceito: *o gênero é a construção social do masculino e do feminino. O conceito de gênero não explicita, necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é apenas presumida.* (SAFFIOT, 2004; p.45)

Heleieth Saffioti, escritora brasileira, considerada uma das mais influentes nas questões feminista no país. Socióloga marxista dedicou grande parte da sua vida aos estudos sobre violência de gênero. Em seu livro “*Gênero, Patriarcado e violência*”, a autora atribui o conceito de gênero como algo mais complexo que o de patriarcado, ou seja, segundo a mesma, entende - se sobre gênero desde a existência da humanidade e, portanto esta longe de ser um conceito neutro. Entretanto, o patriarcalismo é considerado um fenômeno recente, paralelo ao advento da industrialização do capitalismo.

Contudo, mesmo que não se resuma ao patriarcado todas as formas de desigualdade, violência e opressão contra o gênero feminino, a desvalorização da mulher e os privilégios do homem no passado, marcado por esse sistema, refletem nos tempos remotos e, portanto, exige uma compreensão de como se constitui o conceito de gênero traduzido nos diferentes comportamentos social entre homens e mulheres.

Em contrapartida, a socióloga Jean Scott, remete a crítica de que as relações de gênero estão também paralelas as relações de poder. Assim, a autora Scott, historiadora estadunidense e pós – estruturalista, buscou através de seus estudos sobre gênero, desconstruir alguns pensamentos ocidentais em relação às oposições de poder entre homem e mulher. Dessa forma, seu artigo “*Gênero enquanto*

*categoria de análise*” acarreta em contribuições relevantes sobre gênero, do qual a autora busca analisar essa categoria sobre a perspectiva das diferenças sexuais, ou seja, gênero esta para além das questões que envolvem homens e mulheres.

Então, durante muito tempo, SCOTT (1995), as questões de gênero visto como sistema de relações sociais e sexuais não aparecia nas principais abordagens teóricas. A preocupação com a categoria gênero só surgiu no início do século XX. Sendo esse conceito “gênero” estudo de muitas feministas para justificar o processo das desigualdades entre o gênero masculino e o feminino.<sup>5</sup>

Percebe-se que a análise sobre o conceito de gênero é recente na história e remete a entendê-lo a partir de uma construção social na tentativa de compreender a diferença entre o sexo biológico e os pressupostos sociais, sendo este último observado nos diferentes comportamentos, nos papéis sociais e nas relações de poder existente na sociedade.

Segundo a escritora Judith BUTLER (2003) tanto o sexo biológico quanto o gênero, estão intrínseco no processo de mudanças. Sendo assim, a anatomia dos corpos não determina o gênero e nem vice-versa. Nesse sentido, a autora Butler contrapõe-se aos argumentos de Simone de BEAUVOIR (1980), em que se limita no conceito de gênero como forma binária (masculino e feminino), classificando o sexo como natural e o gênero como uma construção. Para BUTLER, essa dicotomia não justifica as variações que o corpo sexuado pode adquirir, perpassando as limitações do masculino e do feminino.

A francesa Simone de Beauvoir foi uma filósofa existencialista, escritora intelectual e feminista de grande influência até nos dias atuais. Em sua obra “*O segundo sexo*”, influenciou vários pensamentos feministas e contribuiu para uma nova maneira de pensar sobre a situação da mulher na sociedade. No entanto, essa obra é considerada densa e complexa sendo dividida em duas partes. No primeiro momento a autora aborda os Fatos e Mitos relacionados às condições feministas e no segundo aborda uma análise sobre as condições das mulheres nas suas dimensões sexuais, psicológicas, sociais e política. Com isso, o livro “O segundo

---

<sup>5</sup> O movimento feminista teve início no século XIX, o que chamamos de primeira onda. Nesta, as reivindicações eram voltadas para assuntos como o direito ao voto e à vida pública. A segunda onda teve início nos anos 70 num momento de crise da democracia. Além de lutar pela valorização do trabalho da mulher, o direito ao prazer, contra a violência sexual, também lutou contra a ditadura militar. Na terceira onda, que teve início da década de 90, começou-se a discutir os paradigmas estabelecidos nas outras ondas, colocando em discussão a micropolítica. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/escritorio-feminista/feminismo-academico-9622.html>

sexo”, se tornou uma obra clássica e considerada um marco histórico de grande importância, principalmente na segunda onda do feminismo no Brasil.

A frase da francesa Simone Beauvoir (1980, p.9) “*Ninguém nasce mulher: torna-se mulher*”, de fato provoca uma inquietação do que é ser mulher numa sociedade marcada pela desigualdade de gênero. Assim, partindo dessa reflexão de como essa conjuntura histórica, social e cultural se configurou e se sustenta até hoje, que a autora afirma que os fatores biológico, econômico ou psíquico não determinam o modo como as mulheres se comportam, ou seja, não existe nenhum fator natural que defina o papel da mulher na sociedade, portanto os comportamentos femininos são requisitos de uma construção social que qualificam a categoria homem e mulher.

Essa construção social pode ser observada mesmo antes do nascimento do bebê, onde já se percebe a imposição diferenciada estabelecida pelos pais quando descobrem o sexo biológico da criança. Sendo menino, tudo começa a ficar na cor azul e caso seja menina, o mundo é cor de rosa. Essa diferença pode nem ter tanto impacto quando a criança nasce, mas com certeza afetará no seu desenvolvimento social, pois separa e impossibilita certos comportamentos. Quando a criança nasce às diferenças ficam mais explícitas e à medida que vão crescendo, ficam mais concretos. Através dos brinquedos (objeto de socialização com o mundo) essas crianças começam a identificar qual o seu papel social. Por exemplo, as meninas ganham bonecas, utensílios domésticos e de beleza, enquanto os homens ganham bola, carro, videogames. Percebe-se que no primeiro exemplo, elas são restritas aos espaços privados e ensinadas a cuidarem da casa, dos filhos, do marido, no segundo eles são ensinados a buscarem estabilidade social através de jogos que estimulem o raciocínio, destinados aos espaços públicos (ambiente fora de casa). Portanto, são os fatores culturais que naturalizam e criam lugares privilegiados para homens e mulheres de forma diferenciada na sociedade.<sup>6</sup>

Essa divisão social marcada pela diferença de gênero, afeta diretamente na vida da mulher, pois são discriminatórias na medida em que invisibiliza o acesso dessas, ao poder social, econômico e político. Ou seja, (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007) tanto no espaço público como no privado, a mulher é submetida a categorias inferiores em relação aos homens e essa desigualdade atinge a autonomia da

---

<sup>6</sup> Observações adquiridas nas reuniões do grupo de pesquisa “Violência de gênero- Metendo a colher na Lei Maria da Penha” orientado pela docente: Simone Brandão.

mulher enquanto sujeito, seja através de ações ou omissões, caracterizando-se assim, como uma violência de gênero.

Para BEAUVOIR (1980), a mulher assume um papel que esta a baixo de sua condição enquanto sujeito feminino. Ela é classificada como um homem castrado e, portanto, vista como inferior. Ou seja, a sexualidade masculina faz parte da descoberta e experiência, enquanto da mulher se dá pela falta. Sendo assim, essa opressão social marcada pela desigualdade, faz parte de uma construção de imagem negativa do feminino, capaz de impactar na distribuição de poder entre homem e mulher na nossa sociedade.

Quando se fala em desigualdade de gênero como uma construção, significa também dizer que pode há ver modificações. No entanto, as ideologias do patriarcado continuam a refletir nos comportamentos dos dias atuais.

Os estereótipos da mulher ideal, ainda dentro do modelo patriarcal é a mulher “comportada”. Como por exemplo, a sexualidade feminina é vista como órgão reprodutor, não é estimulado (cria-se uma censura na masturbação), logo se espera uma mulher recatada. Sendo assim, o papel da mulher é de ser unicamente mãe, restringindo-se a heterossexualidade compulsória<sup>7</sup>.

Em contrapartida, o órgão sexual masculino é visto como um “documento”, algo importante a ser preservado e por tanto cabendo a mulher agradar o homem para satisfazê-lo sexualmente e manter sua masculinidade. Portanto, são esses estereótipos que modelam a sociedade, fazendo com que a cultura ainda preserve essas características.

Essa desigualdade de gênero também pode ser observada pela discrepância nos salários entre homens e mulheres. Por exemplo, (ARAÚJO; RIBEIRO, 2002) no Brasil, mesmo desempenhando as mesmas funções e tendo as mesmas qualificações, a mulher ainda é vítima de discriminação tanto do ponto de vista social, quanto econômico, recebendo salários inferiores em relação aos dos homens.

Contudo, durante todo esse processo histórico, as mulheres não se calaram e foram às ruas para reivindicarem seus direitos sociais. Então, foi através de muitas

---

<sup>7</sup> “Algumas das formas de o poder masculino se manifestar são mais facilmente reconhecidas do que outras, ao reforçar a heterossexualidade sobre as mulheres (...) O cinto de castidade, o casamento infantil, o apagamento da existência lésbica (exceto quando vista como exótica ou perversa) na arte, na literatura e no cinema e a idealização do amor romântico e do casamento heterossexual são algumas das formas óbvias de compulsão, as duas primeiras expressando força física, as duas outras expressando o controle da consciência feminina.” (RICH, 2010 p. 26)

lutas que as mulheres puderam conquistar alguns espaços na sociedade (FAGANELLO, 2010):

- Direito de freqüentar escolas elementares (1827);
- Conquistou o direito de estudar o ensino superior (1879);
- Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (1921);
- Direito ao voto (1932);
- 1ª Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher- DEAM (1985);
- Criado o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro - CEDIM/RJ (1987);
- Contra a violência - Lei Maria da Penha (2006);
- Por democracia e espaço de poder – cotas 30%;

Embora as mulheres tenham avançados em novas posições, aqueles velhos papéis marcados pelo patriarcado continuam vigentes. Trabalho doméstico e o cuidado com os filhos ainda são atribuídos as mulheres. Surgindo assim o que a sociologia chama de dupla e tripla jornada de trabalho.

Essa sobrecarga nas horas de ocupação feminino é marcada pelo trabalho remunerado (visível) mais o trabalho doméstico (invisível). Essa rotina de longa jornada de trabalho realizada pela mulher fora e dentro de casa se torna esgotante, na medida em que sua inserção no mercado de trabalho assalariado, não à excluiu de suas atribuições domésticas, e além de contribuir para alguns problemas que ela tende a encarar todos os dias em condição de mãe e esposa. (SILVA, 2013)

A desigualdade nas divisões das tarefas domésticas e na responsabilidade dos filhos acaba fixando a mulher em um contexto que atribuem a ela papéis que são impossíveis de serem cumpridos, sendo essas atribuições muitas vezes restritas na esfera privada.

## **1.2 A violência contra mulher no âmbito legislativo internacional e nacional.<sup>8</sup>**

---

<sup>8</sup> Esse item será para uma explicação superficial sobre algumas legislações da qual considero importante para compreender de forma cronológica como o território brasileiro lida com os casos de violência contra mulher no âmbito jurídico, entre os avanços e desafios presentes no contexto histórico. Por tanto não pretendo aprofundar nas legislações citadas, sendo que algumas delas serão analisadas com mais detalhes no próximo item.

Durante todo processo histórico na sociedade, nota-se as constantes reivindicações feministas na busca por direitos iguais, direitos as diversidades étnicas, raciais, igualdade econômica, liberdade sexual e reprodutiva, entre outros. Essas (MONTEBELLO, 2000) manifestações significaram um marco na história da humanidade na medida em que essas foram incorporadas pelos tratados internacionais de proteção dos direitos humanos, sendo esse documento introduzido em 1948 pela declaração universal e reedificada em 1993 na declaração de direitos humanos de Viena<sup>9</sup>.

No entanto, a concepção que emerge os direitos humanos tem-se a igualdade como meramente formal, sendo difícil concretizar de forma real a igualdade entre homem e mulher, pois se trata de uma sociedade construída com ideologias patriarcais e conseqüentemente com a exclusão das mulheres.

Com a Declaração Universal de 1948<sup>10</sup>, se tem uma maior preocupação com os direitos fundamentais, desenvolvendo assim, no contexto das Nações Unidas vários tratados internacionais em prós da proteção internacional dos direitos humanos. Diante disso, se tem uma abertura para a criação de documentos pertinente voltados a situações específicas como, a violação de direitos das crianças, idosos, discriminação racial e contra a mulher, genocídio, tortura etc. (MONTEBELLO, 2000)

Assim, o sistema de prevenção direcionada a pessoas ou grupos específicos em situação de vulnerabilidade<sup>11</sup>, exige também um sistema de proteção para essas pessoas (crianças, idosos, mulheres). São exatamente nesse contexto que as convenções internacionais evidenciam uma preocupação específica em proteção das mulheres.

A partir de então, a proteção dos direitos das mulheres passa a ser incorporada em dois importantes tratados internacionais - a Convenção sobre a

---

<sup>9</sup> DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena, 14-25 de Junho de 1993. Disponível em: <http://www.cedin.com.br>

<sup>10</sup> A presente declaração universal dos direitos humanos, como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforcem, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição. (BRASIL, 1998)

<sup>11</sup> Vulnerabilidade social é o conceito que caracteriza a condição dos grupos de indivíduos que estão a margem da sociedade, ou seja, pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos. Disponível em: <https://www.significados.com.br/vulnerabilidade-social/>

Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar as Violências contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), ambas atualmente vigentes no Brasil. (MONTEBELLO, 2000)

O principal documento internacional de proteção aos direitos da mulher hoje existente é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 1979. Tal Convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro através de sua aprovação pelo Decreto Legislativo n.º 93, de 14 de novembro de 1983, e promulgação pelo Decreto n.º 89.406, de 1º de fevereiro de 1984. (MONTEBELLO, 2000, p.159)

Percebe-se com isso, que foi preciso percorrer longos caminhos judiciais ate consegui abranger todos os países, inclusive o Brasil. Por tanto, essa convenção simboliza um documento importante no combate a discriminação contra a mulher de forma mundial.

No Brasil, a constituição federal de 1988<sup>12</sup>, (BRASIL, 1988) significou um marco histórico na democracia no país, pois adota princípios fundamentais para a dignidade e cidadania da pessoa humana, inclusive favoreceu no reconhecimento do direito da mulher, prevista no seu artigo 226, § 8º colocando o estado como responsável pela assistência a família, bem como de cada um de seus membros, ao mesmo tempo em que buscou mecanismos para reprimir qualquer tipo de violência no contexto de suas relações.

Em Viena em junho de 1993, foi realizada a conferencia Mundial dos Direitos humanos, da qual, buscou não apenas dar visibilidade aos direitos humanos das mulheres, como também, analisar as questões especificas e particulares da condição social de cada mulher. Colocando, em relevância as identidades próprias proporcionado pela perspectiva de gênero, ou seja, se torna necessário repensar, visitar e reconceitualizar os direitos humanos de forma transversal diante das relações entre os gêneros. (PIOVESAN, 2012)

---

<sup>12</sup> No inicio de 1988, após um ano e sete meses de trabalhos da Assembléia Constituinte, o projeto constitucional foi finalmente levado para uma primeira votação em plenário. Após intensos debates, uma segunda votação ocorreu e a nova Constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988, buscando consolidar a democracia e dar uma nova forma à ordem política brasileira. (PERLATTO, 2009 apud. SOUZA & LAMOUNIER, 1990)

Em 9 de junho de 1994, foi aprovada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual ficou conhecida como convenção de Belém do Pará. Essa convenção foi incorporada no Brasil pela promulgação do Decreto presidencial nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. (MONTEBELLO, 2000). Mas, foi em 2004 que teve maior impacto, quando a reforma do artigo 129 do código penal brasileiro, configurou como delitos qualquer forma de agressão física, psicológica e sexual contra as mulheres no âmbito da violência doméstica.

A convenção de Belém do Pará foi de grande importância para a questão da violência contra mulher, pois, à reconheceu como uma forma de violação dos direitos humanos, em que fere a dignidade humana e limita as mulheres a liberdade, sendo essas manifestações marcadas nas relações desiguais entre homens e mulheres historicamente construídos.

Tendo em vista que a violência doméstica torna-se como um dos principais fatores da violência contra a mulher, o estado brasileiro durante muito tempo, não se mostrou preocupado com a questão. Assim, (PIOVESAN, 2012) em 2001 o Estado foi condenado pela comissão interamericana por omissão e negligência nos casos de violência doméstica. Então, a fim de acabar com a discriminação contra a essa violência, foi instituído para o estado agilizar o processo de reforma para inverter o quadro da violência contra a mulher no Brasil.

No final de 2003, foi promulgada a Lei 10.778<sup>13</sup>. A partir de então, torna-se obrigatório a notificação no território nacional nos casos de violência contra a mulher assistidas pelos serviços de saúde. (PIOVESAN, 2012)

Em 2004, por meio do Decreto 5.030<sup>14</sup> houve uma participação da sociedade civil e do governo, através de grupo de trabalho interministerial na busca por medidas imediatas para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. (PIOVESAN, 2012)

Em 07 de agosto de 2006, finalmente foi adotada no Brasil a Lei 11.340 – Lei Maria da Penha, da qual define como crime todas as formas violência doméstica e familiar contra a mulher, tendo como objetivo diminuir, enfrentar e punir o agressor.

---

<sup>13</sup> Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. (BRASIL, 2003)

<sup>14</sup> Decreto nº 5.030, de 31 de março de 2004. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar proposta de medida legislativa e outros instrumentos para coibir a violência doméstica contra a mulher, e dá outras providências. (BRASIL, 2004)

Com essa lei, foi possível tomar medidas imediatas em relação à essa violência, como por exemplo, o afastamento do agressor, vista como uma das medidas protetivas de urgência.(BRASIL, 2006)

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) tem esse nome por causa da situação de violência doméstica de Maria da Penha Maia Fernandes, vítima de duas tentativas de homicídios por parte do marido, em que uma dessas tentativas a deixou paraplégica. Sendo assim, depois de 20 anos sofrendo a violência dentro de casa, com ajuda de grupos de mulheres pode ser feita a justiça, sendo realizada a prisão do agressor. Esse caso deu tanta visibilidade à violência contra a mulher que se tornou exemplo na defesa dos direitos das mulheres vitimas dessa violência e por isso a Lei nº 11.340 recebeu o nome da Lei Maria da Penha. (BRASIL, 2015)

Recentemente foi adota a Lei do feminicídio (Lei nº 13.104), entrando em vigor em 9 de março de 2015, essa lei altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 para prever punição aos crimes mais graves em que leva o assassinato da vítima e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 considerando também como crime qualquer forma de discriminação contra o sexo feminino. (BRASIL, 2015)

Tanto a lei Maria da penha, como a lei do feminicídio são legislações fundamentais e de grande importância para a diminuição e enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, sobretudo, na conquista dos direitos humanos das mulheres. Com isso, cabe ao estado a responsabilidade em criar medidas eficientes para prevenir, fiscalizar, reparar, combater e punir nos casos da violência contra mulher.

De forma geral, a criação dos direitos humanos das mulheres significou um dos maiores avanços nas ultimas décadas, pois foi através de muitas lutas que as mulheres puderam conquistar direitos, dignidade e justiça. Mas sabemos que para a efetividade desses direitos ainda precisamos superar os estereótipos e preconceitos postos por uma cultura com ideologia patriarcal, impregnada em nossa sociedade.

### **1.3 As expressões da violência contra a mulher**

Para processo de conhecimento e desenvolvimento da leitura sobre a violência torna-se preciso antes de adentrar nessa questão, conceituar e entender

como ela se constitui em um problema social que atinge as mulheres, sendo elas suas principais vítimas.

Segundo a autora Saffiotti, *trata-se da violência como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral.* (SAFFIOTTI, 2004. p. 17)

Sendo essas agressões muitas vezes, legitimadas nas práticas sociais baseadas em uma cultura machista em que disseminam a discriminação e violência contra a mulher.

De acordo com a Política Nacional, a definição da violência contra a mulher, determinada na convenção do Belém do Pará (1994), afirma: *A violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”* (Art. 1º). (BRASIL, 2011)

Portanto, diante desses dois conceitos exposto anteriormente, podemos perceber que a violência contra mulher se constitui também como uma violação dos direitos humanos, em que atinge a integridade física, psíquica e moral das vítimas, causando danos na saúde e no bem estar da mulher.

No Brasil, a visibilidade da violência contra a mulher, ganha destaque no início dos anos 80, quando grupos de feministas dão ênfase a esse problema em busca dos direitos das vítimas. Esse processo se deu principalmente por causa dos movimentos sociais e políticos, impulsionado pelo processo de redemocratização no país. (SANTOS; IZUMINO, 2005)

Dessa forma, os grupos feministas foram essenciais para compreensão do fenômeno da violência, sobretudo para entender toda a complexidade em que nós mulheres estamos emaranhada. Entretanto, mesmo com as implicações que envolvem esse fenômeno na sociedade, os movimentos feministas através dos estudos de gênero, possibilitou também a conquista de alguns direitos para mulheres.

Em meados dos anos 80, (CORTES, at.,2015) tem-se o surgimento das delegacias da mulher mediante aos estudos sobre a violência de gênero, do qual tinha como objetivo identificar os tipos e a frequência da violência, bem como o perfil dos agressores e das vítimas na busca por estratégias públicas para o enfrentamento da violência.

Contudo, o fenômeno da violência afeta homens e mulheres de maneiras diferentes. Enquanto o primeiro tem predominância nos espaços públicos o segundo é manifestado em sua maioria nos espaços privados, dentro de casa e praticado pelo próprio companheiro ou membro familiar, mantida nas diversas formas: doméstica, física, sexual, moral, psicológica ou patrimonial sem distinção de classe, raça, região, estado civil, escolaridade. Sendo assim, a violência contra mulher pode ser encontrada nas diferentes esferas da sociedade, cabendo ao estado, buscar medidas acessíveis para todas elas.

Durante muito tempo, o argumento de defesa da honra era usada por muitos homens para justificarem a violência contra sua parceira, dessa maneira, transformava a vítima em ré, mas essa tese enfraqueceu, quando grupos de feministas reivindicaram contra essa hipótese. Entretanto, homens continuam violentando e matando as parceiras. (SAFFIOTI, 2004)

Contudo, não se pode compreender essa violência, sem considerar os aspectos relacionados ao gênero, visto como uma construção social, política e cultural em que leva a desigualdade do masculino e feminino. Todavia essa desigualdade vista como uma construção da sociedade leva a posições privilegiadas e diferenciadas para homens e mulheres. Dessa forma, a violência muitas vezes torna-se o caminho encontrado pelos os homens para reafirmar sua hegemonia e poder sobre a mulher.

A autora SAFFIOTI, (2004) considera o conceito da violência de gênero como abrangente para outras formas de violência, pois a categoria gênero não determina quem é o dominador e o explorado, enquanto a violência contra mulher deixa evidente quem domina: o homem. No entanto, algumas pesquisas relacionadas à violência contra a mulher e violência de gênero, tendem a classificar ambas no mesmo conceito.

A questão da desigualdade de gênero faz parte de um processo social, histórico e cultural marcado por uma sociedade patriarcal e conservadora do qual ocasiona na cultura da violência contra a mulher, manifestada nas diversas formas de opressão.

Essa cultura (MIZUNO; et al., 2010) da violência constitui-se principalmente pelo fato da agressão contra a mulher ser naturalizada pela sociedade, sendo reafirmada nas diferentes atribuições de representações para homens e mulheres. Tais funções sociais, marcadas pelo modelo patriarcal, são postos de forma

desigual. Para os homens são destinado o poder de decisão e para a mulher o de ser submissa.

Nesse contexto, entende-se que as relações desiguais de gênero reflete nas diferentes formas da violência contra a mulher e essa desigualdade persiste na atualidade, distante de serem superadas.

Apesar das mulheres terem avançados em muitos espaços sociais, seu lugar na sociedade ainda são considerados inferiores aos dos homens (BRASIL, 2007). Essa desigualdade atinge a autonomia da mulher enquanto sujeito, seja através de ações ou omissões, caracterizando-se assim, como uma violência de gênero.

Na sociedade brasileira, são vistas muitas das expressões da violência contra a mulher, manifestada nas diferentes formas. Assim, mesmo sendo vastas essas expressões, acredito que em muitas vezes elas estão interligadas, por isso não abrangerei todas com a mesma intensidade, mas destaco as que considero mais relevante para meu trabalho: Violência doméstica e familiar, violência de gênero, violência institucional.

### 1.3.1 Violência doméstica e familiar contra a mulher<sup>15</sup>

A violência doméstica contra a mulher ocorre nas situações em que a vítima reside na mesma casa que o agressor, sendo parentes ou não e a familiar acontece quando a violência é causada por pessoas que são ou se consideram parentes por laços de sangue ou afinidade (BRASIL, 2006). Essa forma de violência é qualquer ato ou omissão com base no gênero que pode causar morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral e patrimonial. Portanto, violência doméstica e familiar contra a mulher se configurando como um problema social e de saúde pública, atingindo uma grande parcela de mulheres.

No Brasil, com a implementação da Lei Maria da Penha - Lei 11340/06 | Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006) tendo como objetivo evitar ou diminuir a violência doméstica e familiar contra mulher, apresenta-se como uma

---

<sup>15</sup> O Ligue 180, número da Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, registrou um aumento de 133% nos relatos envolvendo violência doméstica e familiar, no primeiro semestre de 2016, em comparação ao mesmo período em 2015. (...) O balanço aponta ainda que 59,71% das mulheres que relataram casos violência, no período, são negras. “Os números mostram que as mulheres negras são as que sofrem mais violência e precisamos romper com isso”. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/queixas-de-violencia-domestica-pelo180-aumentam-133-este-ano-em-relacao-2015> Acesso em 30.11.2016.

grande conquista no combate a esse tipo de violência. No entanto, esse tipo de agressões ainda persiste, exigindo medidas imediatas do estado e da sociedade civil em prós da saúde e bem estar da vítima.

A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), também define que as violências domésticas e familiares podem ocorrer em diferentes situações: no âmbito doméstico, ou seja, em ambiente de convívio com pessoas que podem ser com ou sem vínculos sanguíneos; no âmbito familiar, são comunidades formadas por indivíduos que se consideram parentes por laços sanguíneos ou por afinidades; e também no âmbito das relações íntima de afetos, independente da orientação sexual.

Existe uma complexidade de fatores que podem levar a mulher a tornar-se vítima da violência doméstica, seja nas características individuais: diferença financeira consumo de bebidas alcoólicas, baixa escolaridade, ser mais jovem, depressão; seja nas características familiares: problemas econômicos, conflito nas relações, pobreza, instabilidade no casamento; nos aspectos comunitários quando se naturaliza a cultura da violência; e nos espaços sociais, marcada pela desigualdade de gênero. (MOTA, 2004)

A Lei 11340/06 / nº 11.340 (BRASIL, 2006), ainda especifica as diferentes expressões da agressão demonstrada nesse tipo de violência:

- Violência física – qualquer ato que fere a integridade corporal ou saúde da vítima.
- Violência sexual – é a ação que obriga a vítima a manter relação sexual, físico ou verbal, ou seja, qualquer conduta que anule a vontade pessoal através de ameaças, suborno, chantagens.
- Violência psicológica – qualquer ação que prejudique a saúde emocional da mulher e afete sua auto-estima, através de humilhações, manipulações, isolamento e também na autodeterminação, impedindo e controlando o seu comportamento, crença e decisões mediante a ameaças.
- Violência Patrimonial – Ação que leva a destruição, diminuição, retenção de documentos pessoais, objetos, bens, recursos econômicos da vítima.

- Violência Moral – Qualquer conduta que manifeste calúnia, difamação ou injúria.

Esse tipo de violência que pode ser causado por maridos, companheiros, sendo ex - conjugue ou atuais, que convivem ou não no mesmo espaço que a mulher, não se restringe apenas a essas relações amorosas, ou seja, a violência doméstica e familiar pode ser cometida também por algum membro da família como, pai, mãe, tio, tia, irmão, Irmã entre outros. Sendo assim, a consequência da violência, trazem danos na saúde e na qualidade de vida das mulheres.

### 1.3.2 Violência de gênero<sup>16</sup>

Diante da complexidade que envolve as diferentes manifestações da violência contra mulher, exposto nos itens anteriores, a análise da violência de gênero parte da reflexão de uma desigualdade social, econômica e política, marcada na história da humanidade, com base nas relações entre homens e mulheres. Essa relação não se fundamenta na igualdade dos gêneros, fazendo com que um dos lados, seja colocado numa condição inferior. Por isso, muitas vezes a violência contra a mulher tende situar no mesmo campo conceitual da violência de gênero. (ANDRADE; FONSECA, 2008)

Essa violência baseada na desigualdade de gênero coloca a mulher na situação de subalternidade, deixando-as mais vulneráveis aos abusos masculinos.

Para designar os comportamentos de superioridade em que engrandece o sexo masculino sobre o feminino, muitas feministas utilizam-se do conceito que abrange a todos esses preceitos: O machismo.

O machismo é frequentemente usado para designar as atitudes e ações masculinas socialmente construídas, partindo da ideologia de hierarquia de gênero, onde o homem é colocado na posição de superioridade sobre as mulheres e do qual são direcionados aos diferentes tipos de comportamentos. A cultura machista esta

---

<sup>16</sup>No primeiro semestre de 2016, o Ligue 180, serviço gratuito e confidencial que recebe denúncias de violência e orienta mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, recebeu 67.962 relatos de violência, sendo 4,3% relatos de violência sexual. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/11/relatos-de-violencia-sexual-crescem-123-no-primeiro-semester-de-2016>. Acesso: 30.11.2016

penetrada na sociedade de tal forma que na maioria das vezes a submissão feminina é naturalizada.

Por exemplo, o estupro considerado um ato violento e perverso em que coloca a vítima numa situação de fragilidade é muitas vezes visto pela população como uma forma de correção ou punição devido a determinado tipo de comportamento. No caso em questão, as mulheres, elas são coagidas no modo de se vestirem e de se “comportarem” para não serem vítimas desse tipo de abuso, ou seja, cria-se a ideia de responsabilização da vítima pela violência sofrida. Isso leva a muitos acreditarem que o agressor age por impulso de sua masculinidade, visto como algo natural na ideologia machista.

Nesse contexto, marcado pela discriminação de gênero é fácil perceber que as mulheres são vítimas de várias formas de violência. As lutas por igualdade de direitos durante a revolução francesa, através dos movimentos sociais em que buscava melhores condições e direitos para as mulheres, são também apresentadas na contemporaneidade, tendo em vista que esse tipo de preconceito ainda precisa ser superado. (CORTES, et. al. 2015)

Contudo, nesse primeiro momento as questões de gêneros eram ignoradas e invisibilizadas pelo estado, na medida em que viam na mulher um ser desprovido de direitos, reflexo do patriarcalismo. Assim, as mulheres eram oprimidas e silenciadas nos espaços privados, ou seja, apanhavam de seus companheiros, mas não tinham o apoio estatal para denunciar. (CORTES, et. al. 2015). O estado seguia então aquele velho ditado: “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”.

O movimento feminista, através de manifestações e debates, buscou dar visibilidade ao problema da violência de gênero para que o estado encontrasse, tanto nos espaços públicos como nos privados, soluções mais eficientes para as questões da violência contra a mulher. (CORTES, et. al. 2015)

A autora Saffioti (2001), mostra que a estrutura hierarquizada se constituiu pelo fato das relações sociais objetivarem no poder masculino. Mesmo assim, é válido destacar que as mulheres sempre se mostraram resistentes contra as formas de opressão e por mais que essas reações não tenham superado a violência, serve pra mostrar que elas não foram passivas na história. Contudo, elas continuam sendo as principais vítimas das imposições criadas pela ordem patriarcal de gênero.

Segundo, SAFFIOTI (2001): *Aceitação da violência” é uma expressão muito forte, cabendo dúvidas a respeito de sua existência. Parece que a questão é de falta de alternativa numa sociedade machista.* (SAFFIOTI, 2001; p. 132)

A aceitação da violência se estabelece por causa da desigualdade de gênero, do qual mantêm a ordem patriarcal e a primazia dos homens. Em outras palavras, essa aceitação, parte de uma organização social de gênero. (SAFFIOTI, 2001)

Essa organização consiste através da hierarquia de gênero que modelam as relações sociais criando espaços de prestígios, posições e funções especificam para cada sexo, sejam eles na vida política, na escola, ou no trabalho. Dessa forma, considera-se que a participação feminina e masculina na vida pública se difere por causa dos ensinamentos predestinado a cada categoria de gênero. (CARRARA, 2009)

Diante das relações sociais entre homens e mulheres, percebe-se que a violência de gênero é complexa, na medida em que abrangem várias interpretações e significados, sendo essa violência fruto de uma construção social e reafirmado na educação machista, onde os homens são colocados em lugares privilegiados de poder, acarretando na ideia da superioridade sobre as mulheres. É nesse contexto de desigualdade criada ao longo da história que se coloca o gênero feminino como um sexo frágil, assim, inserindo a mulher como a principal vítima dessa violência.

### 1.3.3 Violência institucional contra a mulher<sup>17</sup>

Pelo fato de ser pouco divulgada, a violência institucional acaba sendo naturalizada ou nem percebida pelos diversos segmentos sociais, sejam eles nos espaços públicos como nos espaços privados. Mesmo sendo pouco discutido esse tipo de violência acontece com frequência nos diferentes espaços sociais.

Na maioria das vezes, essa violência é direcionado contra a população com maior vulnerabilidade – mulheres, crianças, idosas e adolescentes. Sendo explícita através de ações ou omissões dos próprios serviços públicos: hospitais, escolas, serviço sócio assistenciais, delegacias. Podendo ser observada na negligencia ou na

---

<sup>17</sup> No dia 23 de novembro de 2016, jovem sofre abuso sexual em cinema de Recife. Vítima ainda enfrentou descaso por parte de policiais e teve que relatar o caso para 5 homens. Notícia na integra disponível em: <http://noticias.r7.com/cidades/jovem-sofre-abuso-sexual-em-cinema-de-recife-30112016>. Acesso: 30.11.2016

desqualificação do serviço, do qual se estende nas relações desiguais de poder entre profissionais e usuários. (MARTINEZ, 2008).

Diante disso, reconheço que a violência institucional esta direcionada a diferentes categorias da população como citado anteriormente, contudo, o foco principal do estudo é a violência contra a mulher, sendo assim, darei ênfase nos casos em que esse tipo de violência atinge a mulher, mas precisamente as que são revitimizadas<sup>18</sup> nos estabelecimento de atendimento.

A violência institucional contra a mulher, apesar de ser na maioria das vezes depreciado, na contemporaneidade corresponde a uma violação de direitos em que fere o princípio da dignidade humana previsto na constituição 1988 (BRASIL, 1988). Do qual assegura o respeito e a proteção da dignidade humana, não sendo permitido o tratamento desumano ou humilhante.

No entanto, esse tipo de violência não é atual, pois no período da santa inquisição<sup>19</sup> as ditas mulheres feiticeiras/bruxas eram obrigadas a confessarem seus pecados e seu envolvimento com espíritos malignos, sendo humilhadas, julgadas e queimadas vivas. Assim, as mulheres eram consideradas culpadas pelos seus atos, levando a uma situação meramente cultural religiosa/patriarcal e, portanto aceita pela sociedade. (CORTES, et. al. 2015)

Nos dias atuais, mesmo com todo processo de mudança no desenvolvimento social, cultural, político e econômico, percebe-se que o grande problema da violência contra mulher encontra-se ainda na aceitação e naturalização dos fatos. Como no caso da violência institucional freqüentemente praticada nos espaços públicos, acabam passando de forma despercebida ou considerada como algo natural, sendo impulsionado mais uma vez pela aceitação social. (CORTES, et. al. 2015)

Mesmo depois de um longo processo históricos em busca de soluções para o problema da violência contra a mulher, percebe-se que o estado não consegue dar o suporte necessário para resolver o problema, principalmente nos espaço de atendimento que a mulher em situação de violência deveria se senti mais acolhida e segura, acabam por vezes sendo revitimizadas pelo próprio serviço.

---

<sup>18</sup> Quando a mulher em situação de violência passa por outro tipo de violência, acontece geralmente nos estabelecimento de atendimento quando procuram ajuda.

<sup>19</sup>A inquisição no Brasil ocorreu por volta da segunda metade do século XVIII (...) A mulher era considerada pelos Inquisidores como propensa a constituir pactos com o Demônio. A Igreja invocava o mito de Eva, que foi tentada pela serpente (o Mal) atraindo para a Terra a fúria divina. Assim, desde o início dos tempos, a mulher era a parceira do mal, instrumento utilizado pelo Diabo na sua luta contra Deus. (SILVIA, 2011)

Por exemplo, quando a mulher em situação de violência procura atendimento nos hospitais, às vezes a humilhação já começa na recepção pelos próprios funcionários, com comentários maldosos e isso quando não a culpabiliza pelo fato ocorrido. No consultório médico, o profissional faz tantas interrogações e questionamentos abusivos sobre a origem das lesões, que elas muitas vezes ainda fragilizadas se sentem coagidas pra relatar o caso da agressão. Existem situações ainda em que a vítima é orientada para prestar denuncia contra o agressor.

No ato da denúncia, geralmente feita na delegacia, às mulheres são freqüentemente julgadas, debochadas e não têm autonomia, além de ter que repetir inúmeras vezes a situação da violência. Nos casos das mulheres em situação de prisão o problema consegue ficar ainda mais grave, na medida em que essas mulheres diariamente têm os seus direitos sociais violados.

Portanto, a violência institucional praticadas contra a mulher torna-se tão perversa quanto aos outros tipos de violência. Seja pela ação do machismo impregnado ao longo contexto cultural da sociedade, ou pela necessidade de algumas pessoas se sentirem melhores que outras, a violência institucional não é um problema tão fácil de resolver, na medida em que vítima acaba saindo mais vitimizada do lugar que ela deveria encontrar soluções. (CORTES, et. al. 2015)

Por isso, dar-se a importância aos movimentos feministas para combater qualquer forma de violência contra a mulher tanto âmbito no social, econômico e político, em busca de condições iguais entre os sexos.

#### **1.4 Alguns dados da violência contra a mulher no Brasil e o seu enfrentamento.**

No Brasil, a violência é um fenômeno constante na vida de muitas mulheres, no entanto, não existem estudos concretos que tragam dados reais sobre a dimensão do fenômeno. Mesmo assim, na contemporaneidade existe uma preocupação pela sociedade civil, por órgãos governamentais e não-governamentais acerca do problema que atinge milhares de mulheres.

Em 2014, foram realizadas uma amostra nacional com 2.046 entrevistas em 5 regiões, com mulheres e homens entre 16 a 24 anos sobre a violência doméstica. Segundo essa pesquisa realizada pelo Instituto Avon em parceria com o Data

Popular, 3 em cada 5 mulheres já foram vítimas da violência em relacionamentos. Sendo essa violência na maioria das entrevistas, relacionada à agressão física. Contudo, poucos admitiram existirem ações violentas nos relacionamentos, assim 8% das mulheres responderam espontaneamente sofrerem violência do parceiro, enquanto 4% dos homens admitiram que já praticaram violência contra a sua parceira. Mas quando mudam as ações da violência, 66% das entrevistadas afirmaram já terem sofrido algum tipo de violência do parceiro e 55% dos entrevistados assumiram terem praticado violência contra a parceira.<sup>20</sup>

A pesquisa ainda traz dados referentes à concepção do machismo, sendo um dos principais causadores da violência de gênero em nosso país, do qual modelam os comportamentos das pessoas e reforçam os estereótipos da mulher ideal vista como recatada, do lar e obediente ao homem.

Segundo a pesquisa, 96% dos entrevistados (homens e mulheres) percebem o machismo no cotidiano, tendo em vista que muitos ainda aprovam os padrões machistas em nossa sociedade. Assim, diante dos comportamentos, 51% acreditam que as mulheres devem ter a primeira relação sexual com o parceiro fixo, 41% que a mulher deve ficar com poucos homens, 38% que a mulher que tem relações com muitos homens, não é ideal pra namorar, 25% acreditam que a maneira como a mulher se veste (roupas curtas e decotadas) estão se oferecendo pra o homem.

Ressalto que essas atitudes vistas nos comportamentos entre homens e mulheres é algo cultural, portanto, nem todos os grupos ético-culturais compartilham da mesma concepção. Porém não adentrarei no conceito de comportamento de outras culturas, na medida em que o estudo esta voltado para a violência contra a mulher na concepção do machismo diante da cultura em que vivemos.

Assim, retornando a pesquisa, percebe-se que algumas as atitudes e comportamentos vistos anteriormente, pode não parecer tão ofensivos, pois eles foram naturalizados pela sociedade. No entanto, as violências contra a mulher são muitas vezes ocasionadas pelos “comportamentos impróprios”, ditos como fora das normas sociais, fazendo com que os homens sintam-se no direito em agir com violência contra o sexo oposto.

---

<sup>20</sup> Pesquisa Instituto Avon / Data Popular Violência contra a mulher: o jovem está ligado?.versao: 02.12.2014 disponível em: [http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens\\_versao02-12-2014.pdf](http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens_versao02-12-2014.pdf)

Diante desse contexto, algumas medidas foram tomadas ao longo do tempo, da qual foram bastante significativas no âmbito da violência contra a mulher no país. Dentre essas medidas destacam-se a Lei Maria da Penha - Lei 11.340, implementada em agosto de 2006 tendo como principais objetivos a diminuição da violência e a punição do agressor. Em março de 2015 foi criada a Lei do feminicídio - Lei 13.104/2015 vista para crimes considerados agravantes, pois acontece em situações que a vítima está mais vulnerável: menor de idade, gravidez, na presença de filhos, entre outros. (WAISELFISZ, 2015)

Segundo os dados de mortalidade da OMS - WHOSIS, World Mortality Databases, entre 2010 e 2013 foram realizadas pesquisas sobre a taxa de feminicídio em 83 países do mundo, dentre eles o Brasil.

Contudo para fazer uma análise mais detalhada desses cálculos nos estados e municípios brasileiros, foram utilizadas as pesquisas feitas pelo IBGE (Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e as estimativas disponível no DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). (WAISELFISZ, 2015)

- 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE – Censos Demográficos;
- 1996: IBGE – Contagem Populacional;
- 1981-1990, 1992-1999, 2001-2009, 2011-2012: IBGE – Estimativas preliminares dos totais populacionais para os anos intercensitários, estratificadas por idade e sexo, pelo MS/SE/DATASUS;
- 2007-2010: IBGE – Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) – População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Segundo, WAISELFISZ (2015) foram feitas levantamentos de dado referente à taxa de homicídios femininos no Brasil, antes e depois da Lei Maria da Penha- Lei nº 11.340. Para isso foram analisados os anos entre 1980 a 2013, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1.0. Número e taxas (por 100 mil) de homicídio de mulheres. Brasil. 1980/2013

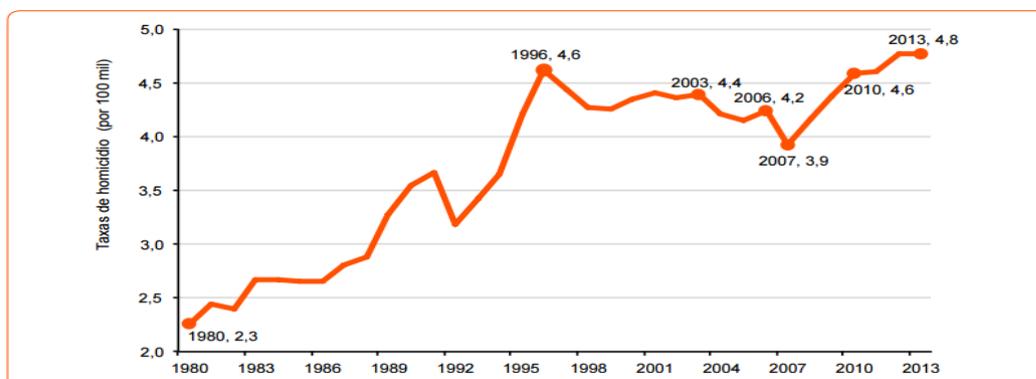
Ano	n.	Taxas	Ano	n.	Taxas
1980	1.353	2,3	2001	3.851	4,4
1981	1.487	2,4	2002	3.867	4,4
1982	1.497	2,4	2003	3.937	4,4
1983	1.700	2,7	2004	3.830	4,2
1984	1.736	2,7	2005	3.884	4,2
1985	1.766	2,7	2006	4.022	4,2
1986	1.799	2,7	2007	3.772	3,9
1987	1.935	2,8	2008	4.023	4,2
1988	2.025	2,9	2009	4.260	4,4
1989	2.344	3,3	2010	4.465	4,6
1990	2.585	3,5	2011	4.512	4,6
1991	2.727	3,7	2012	4.719	4,8
1992	2.399	3,2	2013	4.762	4,8
1993	2.622	3,4	1980/2013	106.093	
1994	2.838	3,6	Δ% 1980/2006	197,3	87,7
1995	3.325	4,2	Δ% 2006/2013	18,4	12,5
1996	3.682	4,6	Δ% 1980/2013	252,0	111,1
1997	3.587	4,4	Δ% aa. 1980/2006	7,6	2,5
1998	3.503	4,3	Δ% aa. 2006/2013	2,6	1,7
1999	3.536	4,3	Δ% aa. 1980/2013	7,6	2,3
2000	3.743	4,3			

Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

Vemos nas últimas linhas dessa tabela, que o crescimento de homicídio feminino foi de 7,6% ao ano, quando comparado com o crescimento das taxas na população feminina que no mesmo período foi de 2,5%. No entanto, depois da Lei 11.340 no período de 2006 a 2013 houve uma diminuição desses homicídios, caindo para 2,6% ao ano e o crescimento da taxa caiu para 1,7% por ano. (WASELFSZ , 2015)

Com isso, mostra-se a importância dessa Lei para o crescimento populacional feminino no Brasil, sobretudo na inversão do quadro de feminicídio em nosso país. Contudo, na tabela a seguir podemos observar que essa queda na taxa de homicídio feminino foi expressiva nos anos de 2006 e 2007 com a implantação da Lei Maria da Penha, entretanto, houve um aumento da taxa de homicídio nos anos posteriores.

Gráfico 1.0. Evolução das taxas de homicídio de mulheres (por 100 mil). Brasil. 1980/2013



Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

Tendo em vista do aumento da taxa de homicídio feminino, mostrada no gráfico anterior, foi que se constituiu a importância de uma legislação mais

especifica para esses crimes, sendo assim em 2005 foi sancionada a Lei do feminicídio - Lei 13.104/2015.

Em 2009 foi implantado pelo Ministério da Saúde o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, tendo como objetivo, realizar a notificação de forma transversal, contínua e compulsória nos casos de violência doméstica, sexual e outros tipos de violências nos atendimentos por violência no sistema único de saúde (SUS). Sendo o gestor da saúde do SUS o responsável por essas notificações através de uma ficha específica de acompanhamento. (WAISELFISZ , 2015)

No estado da Bahia, segundo os dados divulgados pela secretaria de segurança Pública do Estado (SSP- BA)<sup>21</sup>, somente nos três primeiros meses de 2016 foram registrados quase 10 mil casos de violência contra a mulher, sendo contabilizados ao todo 9.795 ocorrências, entre eles homicídios, tentativas de homicídios, lesão corporal, estupro e ameaça.

Percebe-se que a violência contra a mulher em todas as suas estâncias constitui em um problema social e de saúde pública do qual causa grandes danos na vida das vítimas, pois elas são humilhadas, desprezadas, excluídas do convívio social, levando muitas das vezes à depressão e ao isolamento dessas mulheres.

Portanto, dar-se a importância da implementação de ações voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher, de maneira a serem concretizadas, fiscalizadas e executadas por todos.

De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o conceito de enfrentamento está voltado para a implantação de política que visem buscar alternativas para combater todos os tipos de violência contra mulher, bem como também na prevenção, na assistência e na defesa dos direitos delas. Para isso, o enfrentamento precisa ser intrínseco com os diversos setores de serviços: saúde, assistência social, educação, segurança pública, justiça, na intenção de desenvolverem ações contra as desigualdades, discriminação de gênero e violência contra a mulher. Busca-se também, criar medidas de atendimentos qualificados e humanizados que promovam uma melhor segurança para a mulher vítimas da violência. (BRASIL, 2007)

---

<sup>21</sup> BRASIL. **BCS promove palestra sobre o combate à violência doméstica**. Secretaria da Segurança Pública. BBC/Camaçari, 06/10/2016. Disponível em: <http://www.ssp.ba.gov.br/modules/noticias/makepdf.php?storyid=1458> Acesso: 06.02.2017

Nas questões relacionadas ao combate da violência, a política nacional busca fiscalizar a execução das normas penais para que os agressores da violência contra a mulher sejam realmente punidos. A política também apresenta ações para que sejam feitas a implementação da lei Maria da Penha nos processos penais, abrangendo também para criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. (BRASIL, 2007)

Através das ações preventivas a política busca intensificar os debates acerca das expressões da violência contra a mulher para dar visibilidade ao problema e diminuir os estereótipos, mitos e preconceitos que perpetuam nas relações sociais, nos padrões sexistas e que levam a desigualdade entre homens e mulheres. Essas ações também estão voltadas para mudanças de comportamentos, na medida em que propõe o respeito com as diversidades culturais, éticas, buscando o rompimento da tolerância dos indivíduos diante do fenômeno. (BRASIL, 2007)

No que tange a garantia dos direitos das mulheres, a política nacional propõe iniciativas que ajudam as mulheres a terem acesso às ações judiciais para que elas adquiram mais consciência dos seus direitos enquanto sujeito.

No âmbito da assistência a política assegura as mulheres vítima da violência, através da formação dos agentes públicos e comunitários para que sejam feitas os atendimentos de forma qualificada e humanizada. São criados também serviços especializados como, casa-abrigo, juizados da violência contra a mulher, centros de referencias, defensoria da mulher tendo como objetivo articular as redes de atendimentos entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e comunidades para o enfrentamento da violência contra a mulher. (BRASIL, 2007)

Contudo, a persistência da discriminação contra a mulher vista nas desigualdades de gênero, acarreta em um enorme problema mundial do qual afeta a integridade física e mental da vítima. Assim, mesmo sendo mais presenciado nos casos das mulheres negras e pobres, esse tipo de discriminação atinge uma grande quantidade de mulheres sem distinção de raça, idade, religião, etnias, classe social e etc.

Muitas dessas mulheres são diariamente submetidas a algum tipo de violência, como mostra o cronômetro da violência contra a mulher: a cada 2 minutos, cinco mulheres são espancadas<sup>22</sup>, a cada 11 minutos, uma é estuprada<sup>23</sup>, a cada

---

<sup>22</sup> Fundação Perseu Abramo/2010

<sup>23</sup> 9º Anuário da Segurança Pública/2015

90 minutos, uma é vítima de feminicídio<sup>24</sup>. Por dia, existem 179 relatos de agressão<sup>25</sup> e 13 de homicídios femininos segundo os dados de 2013<sup>26</sup>.

Apesar da dimensão do problema, seja pela não compreensão ou pela falta da responsabilização, muitos indivíduos acabam ignorando o fenômeno, criando uma tolerância social diante dos fatos. Assim, torna-se fundamental buscar e cobrar do poder público e privado medidas e ações voltadas para o enfrentamento da violência e garantia na qualidade de vida das mulheres.

---

<sup>24</sup> Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil (Ipea/2013)

<sup>25</sup> Balanço Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher/jan-jun/2015

<sup>26</sup> Mapa da Violência 2015/Flasco

## 2. SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

### **2.1 Saúde Mental, um campo de atuação do Serviço Social: uma breve conceitualização da inserção do assistente social na área da saúde mental no Brasil.**

Para uma melhor compreensão de como se desenvolveu o trabalho do assistente social no âmbito da saúde mental no Brasil, torna-se preciso recorrer de forma breve a dois momentos históricos considerados de grande importância nesse processo: o movimento da reforma sanitária e o movimento da reforma psiquiátrica, a fim de investigar a inserção da temática de saúde mental no projeto ético político do profissional em Serviço Social.

A saúde mental ainda é considerada uma questão polêmica que a humanidade convive há séculos e antes de ser direcionado a uma questão médica o tema “loucura” se fez presente no pensamento da sociedade sobre diversos aspectos<sup>27</sup>. A loucura muitas vezes é encarada como um estigma, ainda presente na contemporaneidade, fazendo com que haja um prejulgamento e uma dicotomia acerca da saúde mental, assim, durante muito tempo, as pessoas consideradas loucas (inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos) eram mantidas confinadas em grandes asilos e hospitais sem nenhuma perspectiva de qualidade de vida e sendo consideradas não aptas ao convívio social.<sup>28</sup>

No Brasil, em 1960 devido ao fechamento dos grandes leitos psiquiátricos, gerou uma onda de privatização nos serviços relacionados à saúde mental, fazendo com que a doença mental fosse transformada em um mecanismo de lucro para o setor financeiro e para as corporações médicas do país. Contudo, essa violenta privatização levou a constantes lutas e resistências de grupos organizados que se propuseram a não se calarem diante desses acontecimentos. Então, em 1970 surgiram dois movimentos considerados um marco na história da saúde: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. (SCHEFFER; SILVA, 2014)

Inserido no contexto da precariedade de saúde da população, o movimento da reforma sanitária se desenvolveu na metade dos anos setenta. Tendo em vista

---

<sup>27</sup> Esses aspectos serão mencionados no decorrer do texto.

<sup>28</sup> Anotações feitas nas aulas da disciplina de Saúde Mental.

que a saúde configura-se como um processo social e que envolve uma complexidade de fatores com determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos. *A Reforma Sanitária se colocava assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da polis, da esfera pública, dos bens comuns.* (YASUI, 2006, p.25)

Percorrendo os mesmos caminhos, as questões relacionadas à saúde mental inserissem no âmbito desse processo a partir da mobilização dos profissionais de saúde, presentes no cotidiano, nas práticas institucionais e nas universidades, do qual buscaram da mais visibilidade a saúde mental, através de lutas, manifestações, protestos contra as formas de tratamento das instituições psiquiátricas. Essa mobilização ficou conhecida como: movimento da reforma psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica constitui como um movimento histórico de caráter político, social e econômico e tem como princípio a desinstitucionalização e desconstrução dos paradigmas que sustentam os manicômios. Está diretamente voltada na tentativa de substituir os antigos modelos manicomial por outras práticas terapêuticas ao paciente com transtorno mental.<sup>29</sup>

O Movimento da Reforma Psiquiátrica inicia-se paralelo a reforma sanitária, contestando as formas medicalizante da doença mental, trazendo alternativas em relação aos manicômios (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Parcialmente inserido no contexto do movimento da reforma sanitária, adquiriu uma discussão mais aprofundada ao modelo médico-psicológico sobre a doença mental e embora a reforma sanitária também tenha adotado essa discussão, esta, não conseguiu romper totalmente com o modelo assistencialista tradicional, ou seja, enquanto o movimento da reforma sanitária reivindicava mais serviços, recursos humanos e tecnologias, a reforma psiquiátrica queria redefini-los (AMARANTE, 1997), com a ideia de viabilizar os direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações, que buscava mudar a conscientização social sobre a loucura.

Contudo, no início dos anos 80 os dois movimentos ganham forças, na medida em que se unem para adentrarem nos espaços públicos e terem uma maior influência nas tomadas das decisões como forma de garanti mais espaços de direitos no campo da saúde.

---

<sup>29</sup> Anotações feitas nas aulas da disciplina de Saúde Mental. Professor Leandro Azevedo. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes, Humanidades e Letras.

Nessa perspectiva, tanto o movimento da reforma psiquiátrica quanto o movimento da reforma sanitária possibilitaram mais ações democráticas, previstas na constituição de 1988, solicitadas na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este, direito do cidadão e dever do estado.

Assim, com a criação do SUS, através das suas diretrizes buscou os princípios da reforma psiquiátrica incluindo a garantia dos direitos aos doentes mentais, desenvolvendo uma maior aproximação no conceito de saúde e fortalecendo a inserção do assistente social nesse campo de trabalho. (BISNETO, 2011)

Diante dessa conjuntura que envolve todo esse processo da reforma psiquiátrica encontram-se questões sociais sintonizadas ao regastes dos direitos e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo exigidas novas práticas de atuação para essas demandas. Assim, no Brasil o Assistente Social no campo da saúde mental foi influenciado, sobretudo, pelo contexto dos movimentos sociais desenvolvidos durante a reforma psiquiátrica

As questões sociais que emergem na saúde mental podem ser observadas a partir da exclusão das pessoas com transtorno mentais nos espaços sociais, gerando estigma e discriminação por grande parte da sociedade que julgam essas pessoas como incapaz e, portanto vista como improdutiva para o convivo social. Cabendo o assistente social intervir nessas situações expressas nas questões sociais, através da busca por garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental e de seus familiares.

Na década de 30, as primeiras escolas em Serviço Social ainda com base nas doutrinas católicas, segundo VASCONCELOS (2002) foram marcadas por uma forte onda do movimento de higiene mental, do qual também foi impulsionado pelo processo de desenvolvimento dos serviços sociais, presentes no contexto político brasileiro da época.

Através das ações políticas do movimento de higienização mental, as escolas de Serviço Social mesmo já havendo adotado de forma indireta nas grades curricular fundamentos higienistas, abriu espaços para uma educação higienistas mais ampla e direta, tendo no conjunto das disciplinas do curso uma grande influência do movimento da higiene mental. Contudo, essas disciplinas vão se sustentar nos currículos da graduação de Serviço Social ate 1970, quando acontece uma alteração curricular feita pelo Conselho Federal de Educação. (VASCONCELO, 2002)

Nos primórdios da profissão do Serviço Social, não era tão notório a inserção desse profissional na área da psiquiatria, tendo em vista do pequeno número de assistentes sociais trabalhando com exclusividade no âmbito da loucura.

Segundo BISTENETO (2011), devido à escassez de profissionais do Serviço Social no Brasil nos primeiros 30 anos da profissão, houve um número reduzido dos profissionais trabalhando em áreas específicas da psiquiatria, em hospitais, manicômios, clínicas. Apenas, eram chamados algumas vezes para trabalharem em hospícios dos grandes estados brasileiro, do qual também eram atendidas as demandas do interior do estado.

A presença direta do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, e em especial no Rio de Janeiro, se inicia sob inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics” proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de “criança – problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, principalmente através dos centros de orientação Infantil (COI) e juvenil (COJ), que tiveram papel fundamental na sistematização e difusão da tradição de Serviço Social clínico, em particular no verso do Serviço Social de casos da Escola Diagnóstica, de corte psicanalítico. (VASCONCELOS, 2002, P. 129-130)

Sendo assim, essas práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais, reforçou a importância do modelo do “Serviço Social clínico”. Contudo, BISNETO, (2001) ressalta que as práticas tradicionais em Serviço Social, não devem ser confundidas com o “Serviço Social psiquiátrico” ou “Serviço Social psicossocial”, pois as práticas do “Serviço Social clínico” não são os mesmo estabelecidos no campo psiquiátrico.

Durante a fase da expansão capitalista, operários das grandes fábricas, viviam em péssimas condições no trabalho fazendo com que a maioria desses trabalhadores desenvolvem-se com o tempo alguns problemas mentais. Então, como saída para o desemprego e dos gastos por internações, muitos recorreram ao recebimento de pensões, aposentadorias e auxílio assistenciais da previdência. Portanto, a necessidade de racionalização da previdência social se deu principalmente para amenizar as contradições do sistema de saúde mental, sobretudo, diante das demandas dos trabalhadores. (BISNETO, 2011)

Após 1964, período em que o Brasil vivia sob o regime da ditadura militar, os hospitais psiquiátricos no país tiveram um aumento significativo devido às reformas

de saúde e da previdência em que ocasionou nas centralizações da administração e nas privatizações dos serviços médicos. Com isso, foram abertas várias clínicas psiquiátricas particulares do qual os atendimentos eram pagos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Conseqüentemente, houve um aumento no emprego dos Assistentes Sociais na área da saúde mental. (BISNETO, 2011)

O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS foi um dos grandes responsáveis pela inserção do Serviço Social nos hospitais psiquiátricos, pois exigia dos serviços pagos pelo INPS, a contratação de assistentes sociais para atuarem nesses estabelecimentos. Aumentando assim, o número desses profissionais no campo da psiquiatria. (BISNETO, 2011)

Contudo, as questões que emerge nesse período ditatorial, estavam relacionadas à pauperização, o abandono e a miséria das pessoas que estavam internadas nos hospícios, gerando uma grande insatisfação da população brasileira. Com isso, os trabalhos do assistente social nos hospitais psiquiátricos estavam voltados, sobretudo, para dar visibilidade às situações mais problemáticas do sistema manicomial. Sendo assim, o estado direcionou para o serviço social a execução de políticas sociais na área da saúde mental. (BISNETO, 2011)

A implementação do Serviço Social no Brasil constitui como fator relevante para os aspectos político, econômico e ideológico, na medida em que visa a acumulação capitalista, manobrar o modelo social e controlar os trabalhadores. Sendo assim, para legitimar o estado autoritário, após 1978, as questões da saúde, particularmente da saúde mental ganham uma nova roupagem fazendo com que os atendimentos passassem a serem feitos não apenas aos usuários como também para os familiares. (BISNETO, 2011 APUD. SOUZA, 1986)

Nesse contexto, BISNETO (2011) conclui:

(...) O Serviço Social entrou na saúde mental como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde – previdência. Para ilustrar, em 1974 foi criada a DATAPREV, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, para através da informática chegar a objetivos semelhantes: racionalização institucional, controle de custos organizacionais, controle dos autores sociais, aparência de modernização, imitação de modelos do Primeiro mundo, controle da internação indiscriminada entre outros. (BISNETO, 2011, p. 28)

Para atender as demandas das assistências psiquiátrica, através dos novos paradigmas do Primeiro Mundo, exigia altos custos da previdência social o que entrava em contradição com a acumulação capitalista. Entretanto, nesse período houve uma diminuição nos casos de internações favorecendo as clínicas particulares e os trabalhadores “problemáticos”.

### 2.1.1 Questões metodológicas

Sob a ótica metodológica, em 1970 no Brasil, ocorria o movimento de reconceituação da profissão do Serviço Social, sendo contestada pela psiquiatrização decorrente dos problemas sociais a metodologia clássica desenvolvida no campo da saúde mental por esses profissionais. (BISNETO, 2011 APUD. NETTO, 1992)

Nesse período, tendo em vista a expansão do capitalismo do qual, excluía as classes subalternas, os assistentes sociais se deparam com inquietações e questionamentos sobre os projetos éticos, políticos e metodológicos do Serviço Social, visando mudanças na ordem estabelecida pelo conservadorismo. Assim, esses profissionais apropriam - se da teoria marxista, ao mesmo tempo em que se distanciava da perspectiva positivista.

Contudo, as bases conceituais que sustentavam as práticas do Serviço Social no campo da psiquiatria, nos anos de 1970, depararam com dificuldades em articular as novas teorias da profissão com a realização do seu exercício. Ou seja, segundo BISNETO (2011), não conseguiu instituir uma metodologia voltada para atuação em saúde mental. Assim, tanto o marxismo quanto a psicanálise não encontraram soluções para as questões metodológicas, pois as teorias marxistas encontravam-se na subjetividade das questões sociais havendo, portanto, contradições nas questões da atenção ao sujeito singular e as teorias da psicanálise mostravam-se insuficientes para solucionar as questões da pobreza da população usuária.

No Brasil, durante o movimento de reconceituação e também na fase seguinte, a pesquisa no campo da saúde mental foi pouco divulgada. Sobre influência do marxismo, as principais escolas de Serviço Social do país, debatiam assuntos sobre o estatuto profissional, políticas sociais e movimentos sociais, tidas como pautas principais. (BISNETO, 2011)

Nesse período de reconceituação, os assistentes sociais passavam por situações transitórias, principalmente no campo da saúde mental, pois sua atuação profissional não tinha uma demanda específica, mesmo assim exerciam suas atividades devido à precarização social dos usuários de serviços psiquiátrico.

No entanto, a renovação do Serviço Social se deu por voltada dos anos 80 quando houve a reformulação das bases éticas - políticas, teórico - prática e teórico metodológica do fazer profissional. E posteriormente evidenciando-se o momento de ruptura com as bases conservadoras (fenomenologia, positivismo, humanismo cristão). Para então chegar à consolidação dos avanços críticos da realidade na sociedade. (ROCHA, 2012)

Assim, o Serviço Social se apresenta no campo da saúde mental como uma profissão fundamentada e conceitualizada no mercado de trabalho, tendo como influência o movimento da reforma psiquiátrica nos princípios do projeto ético - político da profissão. Esse profissional adquiriu novos espaços de atuação sob a ótica da desinstitucionalização dos serviços que foram criados, como os CAPS - centro de atenção psicossocial e os NAPS – Núcleo de atenção psicossocial.<sup>30</sup>

## **2.2 A Política de Saúde Mental no Brasil**

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciado em meados dos anos 60, e consolidado na década de 70, foi de fato um marco no campo da psiquiatria, na medida em que desenvolveu uma crítica ao modelo de assistência nos hospitais, denunciando as formas de tratamentos ofertados nesses serviços. No entanto, foi na década de 1980 que a reforma psiquiátrica brasileira se fundamenta como uma política de governo. (MATEUS, 2013)

Assim, torna-se válido destacar que a implementação da “Reforma da Assistência Psiquiátrica” no Brasil, surgiu como uma política governamental, diferentemente do “Movimento da Reforma Psiquiátrica” que se sustenta pelos movimentos sociais e de profissionais envolvidos na área da saúde mental. Já o

---

<sup>30</sup> No próximo item, abordarei como se constitui esses serviços psicossociais, bem como as bases conceituais que emerge a política da saúde mental.

“Movimento da Luta Antimanicomial” mesmo surgindo com o adjunto da reforma psiquiátrica, esse envolvia outros autores. (MATEUS, 2013)

Em 1990 (BRASIL, 1990) é promulgada a lei n.º 8.080, do qual consolida o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como princípio a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, direito à informação, a descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a equidade.

Como já ressaltado no item anterior, a criação do SUS possibilitou, através das grandes demandas presentes na área da saúde, a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Em 1990, foi criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), passando a coordenar a política de saúde mental no Brasil. A CGSM, visa principalmente, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos através de grandes ações voltadas para o sistema público de saúde. (MATEUS, 2013)

Segundo, a resolução da declaração de Caracas, realizada em Venezuela no dia 14 de novembro de 1990 e adotada pela organização mundial de saúde, os princípios da política de saúde mental são:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvar e preservar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada;
6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais. (BRASIL, 1990)

Essa resolução da declaração de Caracas tem como objetivo a reestruturação da atenção psiquiátrica, alertando os ministérios de saúde e Justiça, os parlamentos, a Seguridade Social, as organizações profissionais, as associações de usuários, as

universidades, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social para efetivação da implementação dessa política em prós da população. (BRASIL, 1990)

As conferências nacionais de saúde e saúde mental também constituem como mecanismos fundamentais para mobilização e participação da população, na medida em que buscam diretrizes políticas e medidas operacionais para essas áreas. E no campo da saúde mental essas conferências se tornam cruciais para evolução do processo iniciado nos anos 70 com a reforma psiquiátrica, fazendo com que definam estratégias para combater os antigos modelos hospitalocêntrico de assistência. (BRASIL, 2002) No Brasil foram realizadas nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010 conferências Nacionais de Saúde Mental, do qual possibilitou o aumento da participação social nas políticas de saúde mental.

A I Conferência realizada em 1987 criticou o modelo médico- psiquiátrico centrado nos hospitais, considerando esse modelo de tratamento ineficiente para os usuários e sociedade, e apresentando como uma violação de direitos humanos. (BRASIL, 2002)

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, fundamentada pela implementação do SUS. Nesse segundo momento, não só procurou combater os antigos modelos de tratamentos, como também buscou soluções para substituir o modelo hegemônico por um novo modelo assistencial, tomando como partida os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2002)

No entanto, para que o novo modelo fosse implementado, fazia-se preciso avaliar o processo da reforma psiquiátrica, traçando novos caminhos para sua efetivação. Sendo assim, a III conferência tem como tema principal *“cuidar sim, excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”* instituindo uma ética voltada para o campo da psiquiatria e da saúde mental. (BRASIL, 2002) Essa III Conferência foi realizada após menos de um ano da aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental - Lei nº 10.216, de 06/04/ 2001.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

Então em 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema: “*Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”, buscando a inserção de outros autores sociais nesse processo de transformação, ou seja, permitiu não só a presença dos setores envolvidos na saúde mental, como também daqueles que pudessem contribuir com indagações e proposta para o tema em questão. (BRASIL, 2010)

Percebe-se que o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, são marcados por transformações de saberes, sociais, culturais, além dos desafios, conflitos e tensões presentes nesse caminho. Assim, se insere nas políticas públicas como mecanismo de luta contra as desigualdades sociais e exclusão social das pessoas com transtorno mental.

### 2.2.1 Serviços e Programas

Ao longo da história do SUS, ocorreu um desenvolvimento na política de saúde mental brasileira. Com isso, o Ministério da Saúde buscou portarias que explicitasse os serviços da saúde mental buscando principalmente, discussões acerca dos princípios e estratégias. Contudo, esse discurso não teve tanto impacto pelo Ministério, tendo maior influência pela a Coordenação Nacional de Saúde Mental e nas conferências de saúde mental.

Sendo assim, considero relevante para o trabalho, destacar duas dessas portarias: Portaria n.º 3.088/SAS, de 23 de dezembro de 2011 e a Portaria n.º 854/SAS, de 22 de agosto de 2012.

A Portaria n.º 3.088, fundamenta-se na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito da política do SUS, para pessoas com transtorno mentais e com necessidades decorrentes das drogas lícitas e ou ilícitas. (MATEUS, 2013)

Essa Rede de Atenção citada anteriormente constitui como estratégia da Rede de Atenção à Saúde (RAS), prevista na portaria n.º 4.279, lançada pelo Ministério em 2010. Assim, o RAPS busca através da portaria n.º 3.088 componentes que possibilitem a sua implementação, sendo citados no seu Art. 5.º:

I – Atenção Básica em Saúde;

II – Atenção Psicossocial Especializada;

- III – Atenção de Urgência e Emergência;
- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V – Atenção Hospitalar;
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização;
- VII – Reabilitação Psicossocial.

Diante disso, MATEUS (2013) fragmenta todos esses itens acima, mostrando como esses serviços são articulados na Rede de Atenção a Saúde. Contudo, para nível de conhecimento sobre o assunto, apenas remeterei dessa referência de forma resumida. Então, seguindo a ordem dos itens acima, iniciarei com a Atenção Básica em Saúde.

Na Atenção Básica em Saúde, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e cuidados no âmbito da saúde mental, bem como, redução de danos e cuidados com pessoas que usam drogas como o CRACK, álcool entre outras, e articulando, quando precisa, com os outros pontos da rede.

O NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família constitui uma das redes que tem como base atuar junto com as outras equipes das unidades de saúde, aumentando a capacidade resolutiva da atenção básica à saúde mental.

O CAPS- Centro de Atenção Psicossocial se encontra na atenção psicossocial especializada e mesmo não existindo um centro fixo, podemos perceber que a maior dos serviços principalmente em situações mais graves estão vinculadas aos serviços do CAPS, fazendo com que haja uma centralização nas redes voltadas para saúde mental.

O CAPS surge como uma peça chave na montagem da rede de assistência, sendo classificado de acordo com suas demandas em três categorias: CAPS I, II e III, podendo também ser direcionado a alguma população específica como o CAPS i, voltada as crianças e adolescentes e o CAPS AD, para problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas. Todas essas categorias buscam a mesma função, atender e acompanhar o público com transtornos mentais. (MATEUS, 2013)

Os CAPS devem atender urgências, acompanhar os pacientes mais graves, oferecer oficinas de oferta de trabalho, orientar a Atenção Básica, controlar medicações psicotrópicas de alto custo, realizar atividades culturais e educativas para a comunidade, entre tantas outras funções. (BRASIL, 2004, Apud MATEUS, 2013).

Criada pela política de saúde mental brasileira, o CAPS é uma instituição que visa à mudança no tratamento das pessoas com transtorno psíquico grave, buscando assim, suprir as diversas demandas da saúde mental em que oferta gratuitamente o serviço de atendimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais. No entanto, essa instituição continua em processo e por tanto, existem muito desafios a serem vencidos.

Os serviços a Atenção de Urgência e Emergência, são direcionados para as situações consideradas mais graves. Nos casos de emergência psiquiátrica, por exemplo, estão relacionadas à confusão e distúrbio mental, tentativa de suicídio, doenças em que afetam o funcionamento do cérebro, etc. e como nesses casos, existem riscos de extrema agressividade, o CAPS, na maioria das vezes não lidam com essas demandas. Contudo, o CAPS não fica totalmente isento desses serviços, pois, mesmo contando apenas com o apoio dos serviços de emergência pouco especializado, acabam atendendo também algumas dessas emergências psiquiátricas.

Portanto, para essas situações vistas como agravantes, estão disponível os serviços das Unidades Básicas de Saúde, da SAMU 192, da UPA 24 horas, da Sala de Estabilização, entre outros.

A unidade residencial de caráter transitório tem como objetivo acolher os indivíduos com transtornos mentais, em regime residencial, ou seja, os serviços de atenção dessa unidade podem ser atendidos através das comunidades terapêuticas, pois em muitas situações o agravamento do quadro esta relacionada à precariedade do ambiente familiar, ou nos casos de usuários de CRACK em situação de rua.

A Rede de Atenção a Saúde (RAS), também conta com os serviços de atenção hospitalar, do qual, tem como foco a enfermagem especializada e os serviços hospitalar de referencia, para os casos de internações de curta duração, geralmente direcionados aos usuários de substancias psicoativos e bebidas alcoólicas.

Ao longo desse processo, alguns projetos foram criados, por exemplo, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa De Volta para Casa, como Estratégias de desinstitucionalização, ou seja, pretendia-se qualificar os pontos de atenção da Rede de Atenção psicossocial para diminuir os leitos em hospitais psiquiátricos.

Dentro dessa Rede também podemos encontrar a Reabilitação Psicossocial, que busca através das iniciativas nas gerações de trabalho e renda, nas

cooperativas e nos investidores solidários, sistematizar e articular as redes de saúde e da economia para garantir uma melhor intervenção nas condições sociais e econômicas, bem como, aumento da autonomia, e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Nesse contexto, observa-se que o ponto principal das políticas públicas em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), esta voltada para a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Assim, o Ministério da saúde, através da portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, integra as RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde, e regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990) pelo decreto n.º 7.508 de 2011.

Dada a dimensão da complexidade que envolve todo o sistema da saúde brasileira, podemos perceber o quanto é difícil qualificar a política nacional em saúde mental. Contudo nas últimas décadas, a reforma do sistema de saúde mental no Brasil, possibilitou avanços nos modelos de assistências e no âmbito dos recursos financeiros e legislativos.

A Política de Saúde Mental brasileira tem como fundamento a reforma da atenção psiquiátrica, propondo mudanças no sistema hospitalocêntrico em pros de um modelo mais comunitário. Sendo que na maioria das vezes as ações comunitárias, ficam entorno dos serviços da atenção psicossocial e dos Serviços Residencial Terapêutico, esses serviços são priorizados pela política nacional do qual adquiriram grandes proporções ao longo do tempo.

### 2.2.2 Legislações brasileiras da Saúde Mental

Como já sinalizado anteriormente, o processo que desenvolveu a Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 70, possibilitou o surgimento de manifestações por diferentes setores sociais, na tentativa de reduzir os encarceramentos nos hospícios e promover novos modelos de assistências.

No Brasil, em 1978, o MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, composto por trabalhadores do movimento sanitário, sindicatos, associações, entre outros, ganham destaque. Esse movimento estabeleceu constantes lutas contra a violência dos manicômios, a hegemonia da privatização de assistência, e a mercantilização da loucura. Assim também, instituíram uma crítica ao

modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (MATEUS, 2013)

Diante desse contexto, houve a necessidade de criar um projeto voltado para os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como, reduzir os leitos nos manicômios no país. Então, em 1989 o Congresso Nacional toma como base as propostas do projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

Mas, só a partir de 1992, que a política Nacional da saúde mental começa a ganhar estabilidade. Através do projeto Lei “Paulo Delgado” os movimentos sociais puderam aprofundar nas discussões sobre as novas formas de tratamento de atenção à saúde mental, visando de maneira parcial o desligamento com antigos modelos psiquiátricos. Isso, por sua vez, ocasionou na formulação das primeiras Leis da saúde mental em vários estados do país. (MATEUS, 2013)

O projeto de Lei “Paulo Delgado” surgiu como tentativa para romper de maneira progressiva com o modelo psiquiátrico tradicional, substituindo os hospitais especializados por melhores condições assistenciais. Entretanto, só depois das constantes lutas em favor da reforma, o congresso nacional sancionou a Lei n. 10.216 no dia 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) pelo presidente da república. Essa Lei busca promover os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e proibi em todo o Brasil, a construções de novos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, busca a reisenção social do doente mental através do tratamento comunitário pelo serviço da saúde mental. Esse fenômeno da desospitalização, no entanto, ocasiona uma nova política de serviços, denominado de CAPS e Hospitais-dias. Esses serviços estão voltados para internação integral paralelo com a vida comunitária, sendo implementado na maioria dos estados brasileiros.

Em 11 de fevereiro de 2000, através da portaria n.º 106 foi estabelecido para o Ministério do Estado da Saúde atribuições no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a necessidade de: reestruturar o modelo de atenção ao portador de transtornos mentais; garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS; implementar políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental; (MATEUS, 2013)

Sendo assim, em seu Art. 1º instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, especificando esses serviços em seu parágrafo único:

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000)

Com isso, buscou através desse modelo de assistência a diminuição da internação psiquiátrica de longa duração. Na medida em que, a transferência dos pacientes internados para as residências terapêuticas, fosse paralela a redução do número de leitos nos hospitais especializados.

Em 31 de Julho de 2002, através da portaria n.º 251, são definidas normas e diretrizes para assistência nos hospitais de psiquiatria, estabelecendo a Rede do SUS como porta de entrada nas internações psiquiátricas.

Um ano depois, (BRASIL, 2003) a Lei federal n.º 10.708, estabelece o auxílio-reabilitação psicossocial fora da unidade hospitalar para pacientes deferido de transtornos mentais que saiu de internações. Institui também o programa de volta pra casa, fazendo com que os internos dos hospitais psiquiátricos recebessem apoio do programa para a reintegração social.

Em 2004, por meio da portaria n.º 52, (BRASIL, 2010) foi criado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Considerando a necessidade de redução dos leitos, de estabelecer critérios de financiamentos do SUS nos hospitais psiquiátricos e de reestruturar o financiamento e remuneração dos procedimentos da assistência nos hospitais.

A portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006, dão ênfase para o fenômeno do suicídio, tendo em vista como um problema grave e de saúde pública. Com isso, estabelece diretrizes Nacionais para prevenção desse fenômeno, a serem implantadas em todas as unidades federativas. Em seguida, a lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, cria o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, instituindo medidas preventivas do uso inadequado, reinserção social de usuários e prescrevendo também, normas para punição à produção não autorizada de drogas, dentre outras providências. (BRASIL, 2010)

Em 2009, o Ministério da Saúde, através da portaria n.º 1.190, instituiu no SUS o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas. Mas, foi no ano de 2010 que o Governo Federal por meio do

decreto n.º 7.179 estabeleceu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Assim, a política de saúde mental por meio dos diversos serviços organizados, constitui o sistema da “rede de saúde mental”. (BRASIL, 2010)

O “Programa Recomeço”, foi uma das medidas que governo do estado de São Paulo através do decreto estadual n.º 59.164, de 2013, utilizou para o enfrentamento do CRACK. Esse programa busca ação de prevenção, reinserção social, tratamento, acesso aos diversos serviços sociais, diminuir os riscos causados pela vulnerabilidade social e de saúde, aos usuários de drogas, especialmente o Crack. (MATEUS, 2013)

Em suma, percebo que as políticas de saúde mental no Brasil envolvem uma complexidade de fatores sociais, econômicos e políticos, dos quais ao longo dos anos, vem passando por intensas transformações, sobretudo, nas formas de tratamento e assistência, tanto para os que apresentam algum transtorno mental, como para seus familiares. Dessa forma, entendo que o adoecer mental também pode interferir no convívio social e familiar.

Considero que o avanço das políticas no campo da Saúde Mental, se deu principalmente no acesso mais humanizado ao tratamento e nos acessos das medicações quando preciso, sendo essas medidas, garantidas por Leis Federais e fundamentadas nos serviços e programas do SUS. No entanto, o campo é vasto e ainda necessita de atenção e compromisso dos governos e da sociedade civil, para que seja feita uma melhor fiscalização na execução dos serviços oferecidos aos usuários de transtorno mental.

## **2.3 Saúde Mental e Gênero**

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. (BRASIL, 2004, p. 44)

### **2.3.1 Breve análise da Saúde da mulher sob o viés da desigualdade de gênero**

Na história das políticas de saúde no Brasil, a atenção à saúde da mulher tem sido restrita, na maioria das vezes, aos parâmetros da vida reprodutiva. Ou seja, estão direcionados à atenção materno-infantil, ciclo menstrual e a gravidez. Falta a efetividade de uma política voltada para a saúde mental, saúde sexual, atenção específica a adolescência e à velhice, atenção ao aborto, entre outros fatores que prejudicam a segurança à saúde da mulher. (Oliveira, 2000; apud. Campos 1991)

A necessidade de se pensar na assistência à saúde da mulher se deu, sobretudo pela mudança no estilo de vida da mulher na sociedade, ocasionado por longos processos de transformações na história. Progressivamente a transição das funções das mulheres da esfera privada para esfera pública possibilitou um novo estilo de vida, do qual passou enxergar essas mulheres como cidadã, fazendo com que elas além das funções domésticas, assumissem também, alguns papéis na sociedade. Esse acontecimento, apesar de ser considerado um avanço, acarretou também no desenvolvimento de algumas doenças causadas pela sobrecarga de trabalhos na vida dessas mulheres.

No Brasil, houve significativos avanços no sistema de saúde, mas as especificidades da saúde da mulher, ainda constituem como uma demanda a ser enfrentado. Atualmente, (OLIVEIRA, 2000) foram criados programas de saúde integral<sup>32</sup>, direcionada apenas a algumas especificidades da fase de vida da mulher, sendo a adolescência e a velhice praticamente excluídas. Muitas vezes até os próprios profissionais da saúde tendem a relacionar a saúde da mulher meramente nas funções reprodutivas.

Majoritariamente, as mulheres são as principais usuárias do sistema único de saúde (SUS), seja para seu próprio atendimento, ou como acompanhante de algum membro familiar ou vizinhança. Assim, elas acabam assumindo essa função de cuidadora, tomando como responsabilidade os cuidados das pessoas de seu convívio social. (BRASIL, 2004)

Contudo, existe uma complexidade de fatores que envolvem a situação de saúde do indivíduo, estando relacionado aos diversos aspectos de vida como a alimentação, a renda, moradia, situação de trabalho entre outros, podendo ser agravado pela diferença de raça, etnia e classe social, em que realçam as

---

<sup>32</sup> Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004 Apud. BRASIL, 1984) P. 16

desigualdades. No caso das mulheres, a discriminação e a sobrecarga no trabalho remunerado e não remunerado, as deixam mais vulneráveis as doenças causadas pelos aspectos sociais do que aos aspectos biológicos. (BRASIL, 2004)

Dentre esses aspectos sociais considero importante destacar a violência doméstica e sexual contra a mulher, que são as principais vítimas desses abusos. Sendo considerado como um grave problema de saúde pública.

No Brasil, nos municípios de São Paulo e Pernambuco foram feitas pesquisas sobre violência doméstica e sexual contra a mulher, coordenada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. Das entrevistadas 29% relataram esse tipo de violência por seus parceiros e 34% das mulheres relataram já terem sofrido algum tipo de violência cometido por seus companheiro/parceiros. Dentre as mulheres agredidas, foram relatados alguns problemas de saúde: dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Agravando nos casos que levavam a tentativa de suicídio e consumo excessivo do álcool. (BRASIL, 2004)

Em Campo Grande – SP foi implantado a avaliação do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, tendo como um dos objetivos através de informações e divulgações, facilitar o acesso das mulheres vítima da violência aos serviços de saúde. Contudo, mesmo com os investimentos e esforços dos gestores da rede, grande parte das mulheres agredidas, ainda não tem acesso a esses serviços. (BRASIL, 2004)

De forma geral, percebo que os parâmetros que abrangem a saúde do indivíduo, devem ser analisados também sob a perspectiva da discriminação de gênero. Pois, a desigualdade marcada historicamente nas relações de poder entre homens e mulheres causa impacto na saúde desta última e, portanto, tornar - se necessário considerar as questões de gênero nas formulações das políticas públicas de saúde.

### 2.3.2 A inviabilidade da desigualdade de gênero na Saúde Mental

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma

completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (BRASIL, 2001)<sup>33</sup>

Diante de toda complexidade que envolve a saúde mental, analisar o adoecimento psíquico feminino a partir dos aspectos sociais se torna fundamental no campo da saúde, pois impulsionam profissionais a buscarem e identificarem as causas de alguns diagnósticos psiquiátricos que comprometem a saúde mental da mulher. Sendo esses aspectos muitas vezes reflexos da desigualdade de gênero.

Durante muito tempo, (ADEODATO et al., 2005) a questão de gênero no contexto da saúde mental relacionava o adoecer mental feminino as concepções biológicas. Dessa maneira, as funções hormonais do corpo da mulher eram visto como a principal responsável pelo desenvolvimento de transtornos mentais. Essa forma em diagnosticar o adoecimento mental feminino colocava a mulher como si mesma a culpa pela loucura, anulando as concepções das relações de gênero.

Segundo SILVA, ZANELLO (2012):

Refletir acerca do gênero é desnaturalizar certas diferenças tidas como intrínseca, cuja biologização levaria à sua retificação e à assunção de sua inevitabilidade. Isso se torna ainda mais evidente no campo da saúde mental, no qual há o fortalecimento do discurso cerebrocentrista e biológico, e questões sociais podem ser invisibilizadas e medicalizadas. Rer a saúde mental sob véis das relações de gênero leva, portanto, a outras reflexões e à compreensão do quanto a loucura pode ser engendrada. (SILVA; ZANELLO, 2012 p.268)

No campo da saúde mental, muitas profissionais ainda não têm uma visão crítica sob a perspectiva do gênero no diagnóstico. Assim, os valores engendrados na sociedade tidos como ideais, tendem a levar esses profissionais a posicionamentos que foram construídos culturalmente e que constitui como fator determinante na leitura dos sintomas.

Nessa perspectiva, o estudo de gênero pode ajudar na compreensão de alguns pontos importantes na saúde mental, dos quais pesquisadores da área da

---

<sup>33</sup> RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.

psiquiatria chamam de epidemiologia<sup>34</sup> e etiologia<sup>35</sup> dos transtornos. Na epidemiologia busca-se entender como o desenvolvimento de doenças, como a depressão, acontece com mais freqüência nas mulheres do que nos homens. Sendo assim, buscam analisar duas vertentes desse fenômeno: a primeira relacionada aos fatores biológicos, ou seja, aos hormônios femininos e a segunda voltada para as condições materiais e existências como a pobreza, menor índice de alfabetização, violências (física, psicológica, sexual) entre outros. (SILVA; ZANELLO, 2012)

Na etiologia dos transtornos, são levantadas questões sobre as especificidades dos corpos femininos e masculinos, na medida em que, essas diferenças colocam os sujeitos em posições e condições sociais diferentes. Isso por sua vez pode levar a algumas situações traumáticas durante a infância como o abuso sexual (sendo as meninas as principais vítimas) e acarretar em transtornos mentais na fase adulta. (SILVA; ZANELLO, 2012)

Diante disso, percebo que alguns sintomas da saúde mental são engendrados, portanto, torna-se necessário um olhar mais detalhado nas expressões dos transtornos mentais, levando em consideração os papéis e valores de gênero, na ideia de buscar diferentes diagnósticos para homens e mulheres. Pois, (BRASIL, 2004) analisar as questões de gênero na saúde mental, vai além do sofrimento psíquico que muitas mulheres apresentam durante sua vida. Ou seja, contextualizar os aspectos e questões sociais dos quais envolve a vida da mulher, bem como o reconhecimento na sobrecarga das responsabilidades postas pela sociedade, constitui como fatores fundamentais para encontrar soluções para uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos de humor (afetivos) vêm aumentando proporcionalmente. Isto é, no ano de 2000, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátricas em mulheres, em 2001, esse percentual foi

---

<sup>34</sup> A epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações, aspecto que a diferencia da clínica, que tem por objetivo o estudo desse mesmo processo, mas em termos individuais. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_07/index.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html)

<sup>35</sup> Etiologia - é a causa de um sintoma, de uma síndrome ou de um transtorno conseqüente à agressão de uma agente que pode ser biológico, químico, ambiental ou físico. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/prat1011.php>

de 12,8% e, em 2002, 13,9%, mantendo-se como a 2.<sup>a</sup> causa de internações. (BRASIL, 2004)

Com isso, percebe-se que os aumentos das internações psiquiátricas das mulheres são motivados principalmente por fatores internos (sofrimento, depressão, baixa-estima, mau humor), interligadas com o dispositivo amoroso<sup>36</sup>, deixando - as mais vulneráveis no desenvolvimento de transtornos mentais, fazendo com que na maioria das situações busquem como saída, o uso de medicamentos.

Nesse contexto, as mulheres apresentam-se como sujeito e objeto do complexo médico - industrial, ou seja, elas são consideradas as principais consumidoras de bens e serviços diagnósticos e terapêuticos dos quais buscam através dos medicamentos, soluções para uma melhor qualidade de vida. No entanto, na maioria das vezes isso não acontece, deixando-as cada vez mais dependentes<sup>37</sup> a esse sistema médico - industrial. Tendo em vista que, esses medicamentos podem apresentar na sua composição, substâncias psicotrópicas, considerada pela Organização Mundial de Saúde como a principal produtora de dependência. (OLIVEIRA, 2000)

Contudo, entender toda essa dimensão que envolve a busca por uma melhor qualidade de vida das mulheres, torna-se uma tarefa complexa, principalmente se essas mulheres encontram - se em situação de pobreza, onde os recursos são mais difíceis de obter e conseqüentemente as deixam mais vulneráveis nas diversas doenças, sobretudo na doença mental.

Diante disso, a OMS define o estudo da saúde mental para além dos determinantes biológicos e individuais, pois buscam dentre os fatores sociais, econômicos e culturais analisar todo o contexto que envolve a vida da mulher, na tentativa de promover justiça e igualdade no bem estar- mental.<sup>38</sup>

Sendo assim, as determinações nas relações de gênero, podem influenciar na manifestação de alguns transtornos entre homens e mulheres. Ou seja, nas mulheres os transtornos mais freqüentes são os de ansiedade, depressão, transtornos do pânico, transtorno alimentares. Nos homens observar - se com mais

---

<sup>36</sup> O dispositivo amoroso é a ode ao amor fomentado pelas biotecnologias sociais, da vida que desabrocha na realização de outrem. Disponível em: <http://www.tanianavarrosain.com.br/>

<sup>37</sup> A dependência física descreve um estado no qual, após a administração repetida de uma droga, o organismo passa a necessitar da presença dessa droga para seu funcionamento normal. (OLIVEIRA, 2000, p. 68)

<sup>38</sup> Organização Mundial de Saúde – WHO/OMS (2000a)

freqüência os transtornos de personalidade e os relacionados a dependências de substâncias psicoativas. (OLIVEIRA, 2007 apud. WHO/OMS (2000b) E nos casos de depressão, por exemplo, esses transtornos psíquicos podem intensificar com a diferença de gênero.

Segundo os dados da OMS (WHO/OMS, 2000a), a depressão se tornará em 2020 a segunda doença mental que mais causa sofrimento no mundo, seguida da violência; e analisando no âmbito da diferença de gênero, esses dados revelam que a depressão atinge duas vezes mais as mulheres do que os homens. Assim, considerada uma doença predominantemente feminina, podendo ser intensificada nas populações mais vulneráveis.

Alguns autores procuram analisar através dos fatores sociais, econômicos e culturais, bem como nos aspectos biológicos e hormonais, a prevalência de alguns transtornos psiquiátricos nas mulheres. Sobretudo, levando em consideração a forma como mulheres e homens lidam com o estresse. Portanto, se torna fundamental fazer a inter – relação entre os aspectos e fatores sob a variável do gênero para entender a diferença na prevalência de alguns transtornos mentais.

### 2.3.3 Violência contra a mulher e o reflexo na saúde mental

A violência pode acarretar em sérios danos na saúde e no bem – estar das mulheres afetadas, e no campo da saúde mental as diferentes expressões da violência contra a mulher podem se manifestarem através do aparecimento e no desenvolvimento de alguns transtornos mentais. Portanto, as mulheres em situação de violência necessitam de um tratamento adequado para que seja feita uma melhor intervenção nesses casos.

Ao analisar o sofrimento psíquico da mulher com base na desigualdade de gênero, observa-se, que os maiores índices de depressões e estresses crônicos nas mulheres, estão relacionados a algumas experiências traumáticas estando voltadas na maioria das vezes para a violência doméstica, sendo esta, um dos fatores que mais causa risco no desenvolvimento de doenças como a depressão entre as vítimas dessa violência. Dessa forma, esse tipo de agressão, contribui para uma maior probabilidade para transtornos mentais feminino. (MORAIS, 2009)

Segundo ADEODATO et al. (2005), a violência doméstica tem sido a principal causa dos diversos sintomas como depressão, ansiedade, estresse, aumento de uso de substâncias psicoativas e álcool das mulheres que procuram ajuda nos atendimentos médicos. Sendo, portanto, esse tipo de violência uma percepção negativa na saúde mental da mulher.

Estudo recente da Organização Mundial da Saúde sobre o impacto da violência do parceiro íntimo sobre a saúde da mulher aponta para a saúde precária e a violência experienciada ao longo da vida, revelando quão danosa pode ser a experiência da violência. Este estudo verificou que mulheres que sofrem ou já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiros íntimos, relatam níveis de estresse emocional significativamente maiores que aquelas mulheres não abusadas. ( OLIVEIRA, 2007, p.53)

No caso das mulheres pobres essa situação torna-se ainda mais grave, na medida em que a precariedade dos recursos as deixam mais vulneráveis ao adoecimento psíquico. Sendo assim, a intervenção para uma melhor qualidade de vida dessas mulheres, remete a compreensão das relações de gênero e da situação de vulnerabilidade em que se encontra, principalmente tendo em vista, que elas são as maiores vítimas da violência e dos processos sociais que a excluem do acesso aos serviços da saúde, seja pelas múltiplas demandas (responsabilidade da casa, filho, marido), seja por falta de recursos financeiros.

De fato, (OLIVEIRA, 2007) nas populações mais carentes, os índices de risco na prevalência de distúrbio psiquiátrico aumentam. Assim, a situação de pobreza pode levar muitas pessoas a constantes estresses. No entanto, no que se refere à condição feminina, esses riscos ainda são maiores. Apresentando com sérios impactos na saúde da mulher em situação de pobreza.

Em 1980 foi introduzido o conceito de DSPT (Distúrbio de Stress Pós-Traumático), pela Associação de Psiquiatria Americana, como uma nova desordem psiquiátrica. O DSPT contribuiu para o reconhecimento dos efeitos de eventos traumáticos tal como a violência doméstica. Mulheres que sofrem com a violência doméstica são afetadas por eventos cruéis que alteram as suas vidas e destroem o seu bem-estar (ALVES; LEAL, 2012 apud. SLEGH, 2006, p.3).

Esse conceito foi inserido no manual de estatística de diagnóstico de doenças mentais, tendo em vista que os traumas decorrentes da violência sexual e violência doméstica podem ocasionar em distúrbios psicológicos nas vítimas. Assim, a violência contra a mulher também se constitui como um grande problema de saúde pública, podendo afetar diretamente na saúde mental.

Um aspecto importante que gostaria de destacar, refere-se à situação psicológica das mulheres que desenvolvem algum transtorno mental devido às constantes violências sofridas. Muitas vezes, (SLEGH, 2006) essas mulheres podem ser consideradas ou interpretadas como “loucas” ou “anormais”, no entanto, em alguns casos essas mulheres estão apenas passando por momentos dos quais afetam sua vida e o seu bem estar, como nas situações da violência, portanto mesmo os contextos culturais, socioeconômicos e políticos ser levados em consideração, o sofrimento pessoal necessita de uma atenção adequada, na tentativa de reverter esse evento traumático.

Algumas experiências traumatizantes como o abuso sexual, o incesto e a violência doméstica, podem perpetuar por muito tempo. Sendo esses traumas classificados em diferentes sintomas tais como *somatização, as mudanças na regulação do afecto e dos impulsos, a dissociação, mudanças na identidade, mudanças na percepção do agressor, mudanças nas relações com os outros e mudanças na percepção do sentido da vida.* (SLEGH, 2006, P. 5)

Nos casos em que a violência é causada pelo próprio parceiro íntimo das vítimas, as chances de desenvolver algum transtorno mental são maiores, sobretudo, podendo interferir não só na saúde dessas mulheres como também causar impacto no bem estar de todos que estão em seu convívio social.

Muitas vezes o fenômeno da violência doméstica pode levar a um ciclo mental causado pelo estresse e depressão, que impossibilita a vítima de denunciar o agressor, seja por medo ou por falta de apoio dos familiares e amigos, e também dos julgamentos por parte dos profissionais e instituições que a atendam (MORAIS, 2009). Ocasionalmente, na maioria das vezes no afastamento dessas mulheres ao convívio social.

SLEGH (2006) destaca alguns estudos realizados sobre a saúde pública mental das mulheres em situação de violência em comparação com dos refugiados em países de baixa renda. Por sua vez, esses estudos trouxeram dados que demonstram sintomas parecidos entre as duas situações, que podem levar ao

desequilíbrio mental como: problemas de saúde derivados da precariedade dos serviços de saúde e de sanidade, tortura, ser mulher, pobreza, desemprego, eventos traumáticos tais como morte, perda ou medo, constantes stress entre outros.

Percebe-se que a violência não tem nada a ver com as normas sociais, ou seja, não é algo estabelecido. Assim, os crescentes índices da violência contra a mulher reforça os problemas decorrentes das desigualdades de gênero, que só demonstram as falhas dos sistemas jurídico, econômico e saúde da mulher, principalmente em termos psicológicos, dos quais a falta de compreensão de alguns profissionais e medidas cabíveis pelo estado podem acarretar em processos de autodestruição nas vítimas da violência.

Alice Bianchini (2012) afirma que um sentimento freqüente na vida de muitas vítimas de violência íntimo-afetiva é que elas crêem que há algo de errado consigo mesmas e alimentam um sentimento de culpa pela violência que sofrem, acreditam que devem cuidar dos outros em detrimento de si próprias, possuem baixa autoestima, desconhecimento de seus recursos pessoais e de seus direitos; enfim, sentem-se inferiores e destituídas de poder sobre suas próprias vidas. (ALVES, LEAL, 2012 apud. BIANCHINI, 2012, p. 9)

Diante disso, percebe-se o quanto a violência psicológica pode ser prejudicial na saúde mental da mulher, inclusive podendo levar a doenças consideradas graves, por isso, devendo ser tratadas e acompanhada por procedimentos médicos e psicológicos. Tendo em vista que, algumas dessas conseqüências podem ser revertidas e outras podem perpetuar por toda a vida.

Contudo, existe uma complexidade de fatores que transcendem a realidade da violência contra a mulher. (ALVES; LEAL, 2012) Ou seja, além dos danos causados na saúde da vítima, esta situação pode levar também a percepção da mulher sobre si mesma, deixando-as com a sensação de insegurança, impotência e baixa auto-estima.

Portanto, tornam-se fundamental dar vozes essas mulheres, para que elas sintam-se mais seguras no enfrentamento dessa violência, principalmente no ato da denuncia. E apesar (ALVES; LEAL, 2012) dos estudos psicológicos serem recentes no contexto das relações de gênero, muitos profissionais da psicologia e grupos feministas, ainda luta pela redução dos preconceitos posto nas concepções tradicionais do gênero.

Em suma, o presente trabalho foi desenvolvido com fundamentos teóricos com base em referências bibliográficas e documentais. No entanto, no próximo capítulo abordarei a pesquisa em campo, trazendo como finalidade analisar as hipóteses inicialmente surgidas diante da pergunta de investigação: “Como a equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery, lidam com os casos de usuárias vítimas de violência? Para isso, remeterei a referências bibliográficas citadas nesse trabalho para que seja feita uma análise mais fundamentada.

### 3. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A SAÚDE MENTAL DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ANA NERY – CACHOEIRA-BA.

Após conhecer a base conceitual que emerge o conceito de gênero, patriarcalismo e as diversas expressões da violência contra mulher, bem como os efeitos que essa violência pode acarretar na saúde mental das vítimas, expostos nos capítulos anteriores, esse último capítulo se constitui na caracterização da instituição do CAPS Ana Nery e análise da pesquisa realizada com a equipe interdisciplinar dessa instituição.

Contudo, antes de adentrar de fato na caracterização da instituição em que foi realizada a pesquisa, torna-se relevante destacar brevemente o contexto sócio - histórico e cultural de Cachoeira - BA, cidade da qual encontra localizada o CAPS Ana Nery.

#### **3.1. Cachoeira-Ba: Aspectos histórico, econômico e cultural.<sup>39</sup>**

Localizada no recôncavo da Bahia, situado nas margens do Rio Paraguaçu, Cachoeira ficou conhecida como um das primeiras cidades com núcleo civilizatório do território baiano. No entanto o ano de sua origem remete a pontos de controvérsias entre pesquisadores, pois para alguns, seu desenvolvimento se deu por volta do século XVI, entretanto outros acreditam que Cachoeira surgiu no mesmo período em que foi fundada a capela de Nossa senhora da Ajuda, em 1595 – 1606, iniciada pelo Capitão Álvaro Rodrigues.

Contudo, os primeiros habitantes nessas terras do recôncavo, foi impulsionado principalmente pelo desenvolvimento da economia. Os pesquisadores acreditam que no período de 1531, o recôncavo baiano já dava indício que possuíam terras propícias para plantação e cultivo da cana – de – açúcar e por causa desse aspecto, muitos senhores começaram a explorarem esse território, sendo, portanto, ambiente para as primeiras instalações dos grandes engenhos. Assim, ao poucos foram surgindo os primeiros povoamentos entorno do florescimento da economia açucareira.

---

<sup>39</sup> Informações disponíveis em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=290490>. Acesso: 13.12.16

Com o desenvolvimento do grande centro açucareiro, outras culturas foram também se desenvolvendo, principalmente a do fumo do qual foi conservada por muitos anos e reconhecida como uma das melhores do interior do estado.

Nesse período, a população escrava eram a principal responsável pela movimentação da economia do recôncavo. Mas em meado do século XIX, a mão de obra escrava já se mostrava enfraquecida, o que possibilitou no final desse mesmo século, a abolição da escravidão no Brasil. Também, foi nesse mesmo período que Cachoeira foi inserida definitivamente no cenário político baiano e brasileiro.

Palco de diversas lutas armadas contra os portugueses pela independência do país, Cachoeira foi considerada assim, a pioneira no processo emancipatório brasileiro.

Em 25 de Junho de 1822 sob a proclamação do príncipe D.Pedro I, ocorreu a emancipação do grito do Ipiranga. Então, em 2 de Julho de 1823 consolidou-se a independência da Bahia e fazendo a cidade de Cachoeira pela primeira vez a sede do governo baiano.

Ainda no século XIX, o município de Cachoeira presenciou sua primeira crise econômica, o que resultou na perda de um quarto da sua população. A partir de então a crise se sucedeu nos anos seguintes, atingindo a indústria fumageira, e em 1940, Cachoeira entrou em uma profunda decadência, perdendo gradativamente a sua importância. O resultado dessas crises, foi o fechamento das fabricas, cedendo a primazia para outras regiões.

Por sua vez, a comarca de Cachoeira, foi criada em 1832, sendo 5 anos depois, caracterizada de cidade. Seu município se constitui em três distritos: Cachoeira (sede), Belém da Cachoeira e Santiago do Iguape.

Segundo os dados de 2016 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), estima-se que a cidade de Cachoeira é composta por 35.013 habitantes, sendo seu território palco de vários pontos turísticos (Casa de Câmara e cadeia pública; Fundação Hansen Bahia; Convento e Igreja Nossa Senhora do Carmo; Igreja Matriz de Nossa Senhora do Rosário; Igreja Nossa senhora da Ajuda; Centro Cultural da Irmandade da Boa Morte), entre outros.

A Festa da Boa Morte e a Festa da Ajuda ambas consideradas as festas mais populares da cidade, reúnem turistas de varias partes do país e região. Sua Culinária apresenta pratos típicos como maniçoba, iguarias a base de carne, frutos

do mar, também são comuns na cidade, feijoada, caruru, vatapá, acarajé e diversos tipos de moquecas.

Marcada pela sua rica arquitetura, turismos, festas religiosas e culinárias típicas, esse município do recôncavo baiano respira história por todos os cantos. Portanto, diante desse contexto, Cachoeira insere-se como cenário de muitas conquistas históricas e tradições que perpetuam até nos dias atuais.

### **3.2 Conjuntura e análise da Instituição CAPS Ana Nery.**

O CAPS Ana Nery, classificado com CAPS I, foi inaugurado em 26 de dezembro de 2006. Situado inicialmente à rua Dr<sup>o</sup>. João Vieira, 29 – Cachoeira, mudando de endereço posteriormente para rua J J Seabra, avenida ACM – S/N.

O CAPS tem o papel de inserção dos pacientes no seu convívio familiar e na sociedade rompendo preconceitos em reação ao portador de transtorno mental. Atende demandas espontâneas da população, sistema básico de saúde (agentes de saúde, programas familiar, posto de saúde) e de equipes mínimas para o tratamento da saúde mental. Sendo, esse serviço realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

A unidade funciona das segundas-feiras às sextas-feiras, das 08h00min às 17h00min, porém com livre acesso dos usuários de maneira que o paciente e sua família tenham liberdade para entrarem e saírem da unidade.

O maior desafio encontrado e enfrentado pela equipe é a falta de participação efetiva da família no tratamento desses pacientes. O que tem ocorrido dentro da unidade é que a família só comparece quando o paciente apresenta crises, não comparecendo para as atividades realizadas na unidade, onde muitas vezes é solicitada sua presença, isso é observado quando a equipe realiza a Reunião de Família e os responsáveis pelo usuário, não comparecem. No entanto, a instituição busca através de uma terapeuta familiar sinalizar com palestras, informações a importância da família no tratamento do usuário. Dessa forma busca-se orientar e conscientizar a família da sua importância no tratamento, pois o CAPS trabalha em parceria com a família e por tanto é fundamental serem informados sobre o comportamento do paciente fora da instituição.

As principais características das demandas atendidas pelo CAPS são pessoas de ambos os sexos e crianças residentes no município de Cachoeira com transtornos mentais que apresente tais sintomas: Esquizofrenia, neurose, depressão, síndrome do pânico, psicóticos, dependentes Químicos – Álcool e Drogas, transtornos de Ansiedade, transtorno Bipolar, hiperatividade e Distúrbio de Atenção. Sendo fundamentais que os profissionais que trabalham nessa área não se restringem apenas as especificidades da profissão, mas, sobretudo, conheçam também as patologias inerentes ao transtorno mentais para que se obtenha uma melhor intervenção.

A estrutura e funcionamento da organização se definem da seguinte forma: prefeitura municipal de Cachoeira, secretaria de saúde e a coordenação do CAPS, composta por: psiquiatria, psicóloga, assistente social, educadora física, artesã, enfermeira, auxiliar de enfermagem, auxiliar de limpeza, recepcionistas e vigilantes.

A estrutura física do CAPS Ana Nery se divide da seguinte forma: Um pátio, uma recepção, sala da coordenação, uma enfermaria, dois consultórios, uma sala multimídia, uma sala pra oficina, um refeitório, uma cozinha, dois banheiros para os usuários, masculino / feminino, um banheiro para a equipe do CAPS.

Os recursos financeiros para a manutenção do CAPS com base na PORTARIA Nº 615, DE 15 DE ABRIL DE 2013 (BRASIL, 2013): O incentivo financeiro de investimento de que trata esta Portaria se destina à construção de CAPS e Unidades de Acolhimento no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

### **Serviço Social na instituição**

Desde a implantação do CAPS Ana Néri o Serviço Social esteve presente, sem intervalos ou interrupção do serviço e sendo município de pequeno porte, Cachoeira-Ba oferecem serviços através do CAPS I. Assim, o Serviço Social dispõe de um profissional para atender as demandas (pacientes com transtornos mentais) da instituição. Conta com um consultório sendo alternado entre dois profissionais, a Psicóloga e a Assistente Social. A estrutura da sala de atendimento é precária, pois além de ter que ser dividida não tem refrigeração, não tem computador com acesso a internet, tão pouco impressora. Há ainda a falta de um armário com chaves para que a Assistente Social possa guardar documentos da profissão de forma sigilosa.

## **Objetivo do Serviço Social**

Promover a universalização dos direitos sociais dos usuários, através da identificação dos recursos que possibilitem a defesa de tais direitos, bem como, torná-los autônomos no convívio familiar e na sociedade.

Nessa perspectiva, intervir na realidade social dos usuários, a fim de identificar as expressões da questão social relacionadas ao processo e uso de substâncias psicoativas e assim buscar formas de mudanças nas situações sociais vivida por essas pessoas, a partir da integração em atividades sociais.

## **Finalidade e conhecimento básico**

Encaminhamento de providências e prestação de orientação social aos pacientes e seus familiares, bem como a população, quanto aos serviços e direitos sociais (em âmbito interdisciplinar e intersetorial) que garantam a melhoria dos aspectos psicossociais destes. Planejamento, execução e avaliação de pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações de intervenção junto aos usuários do CAPS.

Para exercer a profissão de Assistente Social, é preciso ter graduação em Serviço Social, sobretudo, conhecer os embasamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

No exercício da profissão no CAPS o profissional deverá ter conhecimento sobre a Legislação do SUS Lei 8080, Constituição Federal de 88, Política de Saúde Mental e Lei da Reforma Psiquiátrica Manicomial.

### **3.3 Aspectos éticos**

Foi respeitada pelo pesquisador a autoria das fontes pesquisadas, referenciando sempre autores citados nos textos, previsto na lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 sobre direitos autorais (BRASIL, 1998).

Para realização das entrevistas em campo foram feitas cópias com termo de consentimento livre e esclarecido autenticadas como compromisso ao sigilo das

informações colhidas. Assim, pelas normas éticas estabelecidas também foram respeitadas no que se refere a preservação da legitimidade das informações sendo estas, apenas utilizadas para o conhecimento e construção dessa pesquisa e de inteira responsabilidade do pesquisador.

### 3.4 Análise da pesquisa empírica

Quadro dos entrevistados						
Nome	Idade	Raça/cor	Sexo	Estado civil	Profissão	Tempo de serviço na instituição
Sujeito A	37	Branca	F	Divorciada	Psicóloga	5 anos
Sujeito B	X	X	F	X	Artesã	6 anos
Sujeito C	X	Branca	F	Casada	Assistente Social	5 anos
Sujeito D	33	Branca	F	Casada	Enfermeira	4 anos

Fonte: Pesquisa realizada junto a profissionais do CAPS Ana Nery 2017.

3.4.1 Violência e o adoecer mental das usuárias do CAPS Ana Nery: O olhar da equipe interdisciplinar da instituição.

No contexto da violência contra mulher e seu reflexo no adoecer mental, revela que as condições de discriminação, opressão e de violência das quais as mulheres vivem em seu cotidiano, tem de fato, impactos direto na saúde mental e no bem – estar das vítimas, principalmente tendo em vista as condições sociais, de habitação, de trabalho dentre outros fatores em que elas estão inseridas.

Segundo alguns profissionais do campo de saúde, devido aos grandes índices de notificações de violência contra mulher no território brasileiro, este fenômeno já pode ser considerado uma epidemia no país, do qual pode atingir

diretamente na saúde mental das vítimas e portando sendo considerado um problema que merece atenção principalmente por parte dos profissionais da saúde.

As mulheres em situação de violência quando procuram ajuda, seja nas instituições especializado como o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, seja em algum Centro de referência a violência contra a mulher ou nas próprias instituições de Saúde (hospitais, CAPS, PSF) muitas vezes elas não conseguem relatar a violência, por medo, vergonha ou por não relacionar a situação como uma forma de violência. Dessa forma, cabe aos profissionais identificar os casos de violência contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos, que merecem medidas de proteção por esses profissionais e responsabilização do sistema judicial.

Portanto, a violência contra a mulher, configura-se também como um problema de saúde pública que pode acarretar nas vítimas transtornos mentais como a depressão, ansiedade entre outros. No entanto, (OLIVEIRA, 2000) algumas mulheres são diagnosticadas e tratadas com substância psicotrópicas que podem até amenizar o problema em curto prazo, mas não resolve os fatores internos que pode ter levado a determinado transtorno, como nos casos em que apresentam situações de violência doméstica e ou familiar.

Diante disso, essa pesquisa inicia-se com a preocupação de verificar, do ponto de vista dos profissionais do CAPS Ana Nery de Cachoeira – BA, quem são as mulheres que fazem tratamentos nessa instituição. Assim, quando perguntamos: Como você define as mulheres que procuram o CAPS Ana Nery? Quem são elas e o que elas necessitam? Elas responderam:

É importante lembrar que o CAPS atende pessoas com sofrimento psíquico grave e intenso. Assim, a mulher que busca a Instituição são aquelas que de certa forma já desenvolveram algum sintoma, estão adoecidas. E na maioria das vezes não identificam as causas desse sofrimento, e a violência só aparece depois de alguns atendimentos. Seja por vergonha, medo ou culpa. Em outros casos, elas são encaminhadas de outros serviços, principalmente o CREAS, que já identificou a necessidade do acompanhamento da equipe do CAPS. (Sujeito A)

Defino como mulheres que merecem respeito, que precisam de cuidados, que precisam elevar sua auto - estima entender que elas ainda são muito importantes nesse mundo, que nem tudo esta perdido e que elas não deixam ninguém abaixar a cabeça delas e acabar com o brilho da mulher, verdadeiramente brasileiras. Elas

precisam de muito cuidado, carinho, se sentir fortalecida em varias ações que podem ser feitas dentro do CAPS, podem ser feitas no contexto da cidade, nas ações, nas atividades, com apoio de prefeitura, secretaria das redes, todas interagindo em pros de causa justa maravilhosa, que eles são cidadãos de Cachoeira. (...) e elas as mulheres que muitas são negras, muitas já são discriminadas, não dão trabalho, tem medo até dessas pessoas dentro de casa pra fazer uma faxina, pra arrumar, cozinhar, porque muitas delas tomam medicações controlada, só quem não toma alguma medicação ne?!. (Sujeito B)

As mulheres que procuram o CAPS são aquelas que sofrem de algum transtorno ou sofrimento psíquico, na maioria dos casos, depressão e síndrome do pânico. Muitas vezes causados pelo fim de um relacionamento ou por um óbito de algum familiar. Sendo atendida pelo CAPS pela equipe da Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Enfermagem. Algumas mulheres podem ter sofrido algum tipo de violência e com isso ter relacionado algum transtorno, mas o atendimento é voltado diretamente as pacientes com transtornos psíquico, vale ressaltar que o CAPS não atende mulheres, pessoas, vitimas de violência, diretamente, já teve pessoas com transtornos psiquiátricos que podem ter sofrido alguma violência domestica seja qual for. (Sujeito C)

Defino como mulheres conscientes de que necessitam de alguma ajuda. São mulheres que sofrem algum tipo de problema, podendo ele ser familiar. Mulheres que sofrem algum transtorno mental. Elas sempre precisam de uma palavra de conforto, de uma orientação, de uma ajuda. (Sujeito d)

Percebe-se nas falas desses profissionais que muitas vezes as mulheres que fazem tratamento no CAPS Ana Nery são inicialmente direcionadas a fatores psicológicos, ou seja, não há uma identificação mais concreta das complexidades dos fatores que levou ao adoecer psíquico dessa mulher.

De uma maneira geral, (OLIVEIRA, 2000 Apud. D'OLIVEIRA E SENNA, 1996) as políticas de saúde neste país, geralmente restringem a demanda ao atendimento médico, ou seja, muitas vezes as condições de vida dos usuários sejam eles, sociais, econômicas, educacionais não são levados em consideração, tendo em vista que para muitos brasileiros a saúde circunscreve no momento de necessidade, limitando-se apenas aos recursos de atendimentos médicos.

Dessa forma, trazendo essa questão para o CAPS Ana Nery, as complexidades dos fatores que levaram ao o adoecer mental das usuárias, fazendo com que elas procurassem a instituição, necessitam dos profissionais uma maior atenção para os fatores que ocasionou a determinado transtorno mental. Na medida

em que essas causas podem estar interligadas a uma situação de violência que essa mulher sofre ou já sofreu em algum momento de sua vida.

Segundo a autora Saffiotti, *trata-se da violência como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral.* (SAFFIOTTI, 2004. P. 17)

Assim, torna-se fundamental para os profissionais entender a complexidade conceitual em que circunscreve a violência contra a mulher e o impacto que esse fenômeno pode causar nas vítimas. Diante disso, essa pesquisa também procurou identificar como esses profissionais definem a violência contra a mulher. Dessa forma, perguntamos para as entrevistadas: Como você define a violência contra a mulher? Logo em seguida obtivemos as seguintes respostas:

Defino a violência contra a mulher como uma grave violação dos direitos humanos, demonstra claramente a desigualdade de gênero que ainda persiste na sociedade. O impacto dessa violência não é só individual, mas também na esfera familiar e na própria comunidade. Para mim, a violência contra a mulher está enraizada na nossa cultura, vemos comportamentos legitimados socialmente, e criando espaços para que a violência aconteça. Salários menores, colocar a mulher como objeto, achar que existem atividades femininas, como o trabalho doméstico, a “cantada” porque ela está de short, então está querendo alguma coisa, isso para mim são exemplos de violência contra a mulher. (Sujeito A)

Essa atual conjuntura é uma estupidez, mais que uma violência, uma ignorância. Inadmissível violência com qualquer pessoa e a violência gera violência, esta na hora de plantamos o amor no mundo, para que ele fique mais suave os nossos dias. Violência só gera violência, eu acho que agora precisamos aplicar a gentileza que gera gentileza, isso é o mais bonito dentro de um CAPS e fora também. (Sujeito B)

A violência contra a mulher são questões físicas, psicológicas muitas vezes causadas pelos companheiros que usam da sua força bruta para coagir e obrigar a fazer o que eles desejam, limitando a liberdade da mulher de expor suas vontades, mantendo sempre com o parvo. Violência contra mulher é qualquer ato que pode resultar em morte ou lesão física, sexual ou psicológica e isso acontece tanto nas famílias pobres como nas famílias ricas, não escolhe condição social, nem cor, nem raça, nada. A violência pode ser doméstica, pode ter violência no trabalho, abuso sexual muitas vezes. (Sujeito C)

O ponto central dessa questão sobre a definição da violência contra a mulher está, sobretudo, em analisar como esses profissionais compreendem esse

fenômeno. Sendo que esse fator pode influenciar nos procedimentos a ser tomados pela equipe. Assim, foi observado que existe uma compreensão desse tipo de violência por esses profissionais do qual chamam a atenção para o problema, principalmente no campo da saúde mental.

Também foi levantado no questionário, sobre participação em alguma atividade técnica (cursos, palestras, disciplinas na graduação) em que discutem o atendimento em casos de violência contra a mulher. Sendo que das entrevistadas, apenas uma informou que nunca havia participado desses tipos de atividades.

Portanto, torna-se relevante discutir mais, tanto nos espaços públicos como nos espaços privados sobre a violência contra a mulher e seus efeitos na saúde mental, com intuito de formar e informar os profissionais sobre essa questão. Assim, partindo da tentativa de integrar não apenas a área da saúde, como também, a assistência, a educação, a cidadania, para que se haja realmente uma proteção nos direitos humanos as mulheres. Principalmente tendo em vista que esse tipo de violência configura-se como um comportamento proposital, do qual na maioria das vezes pode trazer sofrimento, mau – estar, insatisfação social e emocional, podendo afetar diretamente na saúde mental da vítima.

Segundo ADEODATO et al. (2005) por muito tempo, a questão de gênero no contexto da saúde mental relacionava o adoecer mental feminino as concepções biológicas. Dessa maneira, as funções hormonais do corpo da mulher eram visto como a principal responsável pelo desenvolvimento de transtornos mentais.

Trazendo a complexidade da questão para o singular, ou seja, para a realidade do CAPS Ana Nery, essa pesquisa buscou, sobretudo, identificar se existe alguma relação de violência com o adoecer mental das usuárias da instituição. Diante disso, todas as entrevistadas relataram que existe essa relação e relataram casos específicos de mulheres que procuram o CAPS Ana Nery e que apresentaram durante os acolhimentos individuais e oficinas terapêuticas situações de violência.

Assim, diante da pergunta: Você acredita que exista alguma relação da violência com o adoecer mental das usuárias do CAPS Ana Nery? As entrevistadas responderam:

Acredito sim na relação da violência com a doença mental. Porque não é fácil viver coagido, sem poder expressar o seu desejo de liberdade, sendo agredida mentalmente, fisicamente, afetando nosso corpo, causando desordem mental e nervosismo. Desse jeito pode

causar muita neurose, muitas psicose, depressão, síndrome do pânico e essa violência doméstica vai muito além da física e do estupro, são vários tipos de violência contra a mulher. A gente pode ver que tem a violência patrimonial, a violência sexual, a violência física, moral e a violência psicológica, eu acho que todas são muito graves, que abrangem muito o psicossocial, a auto-estima valores de uma mulher, muitas vezes as mulheres deixam de fazer o que deseja com medo do seu companheiro, de seus familiares que possam agredi-las seja fisicamente ou moralmente, psicologicamente. (Sujeito C)

Muitas vezes, alguns tipos de sofrimento que a paciente apresenta, corresponde a alguma violência sofrida dentro de sua casa, ocasionando muitas vezes na depressão, ansiedade, uso de drogas. (Sujeito D)

Contudo, um desses casos foi relatado por uma das entrevistadas de forma minuciosa e merece destaque para situação:

(...) Teve casos importantes de uma mesma que apanhava, era espancada e tomou muitas pancadas na cabeça porque o marido/companheiro era usuário de crack e dessa forma quando ele estava sob o efeito dessas substâncias era muito agressivo, não só com ela, como com os filhos também e por isso ela ficou com traumatismo, com seqüelas tendo convulsões, fazendo tratamento, fez cirurgia, por conta disso. Tem muito desses problemas lá no CAPS, principalmente pela questão da cultura interior, homem pode bater em mulher (entre aspas), que homem pode tudo na rua ou podia desde de muito tempo e mulher não, e quando ela abriu a boca e vai falar e vai reclamar, sofre, tem a questão da bebida que influencia bastante, porque eles têm essa cultura, eles bebem para trabalhar ou eles bebem para comemorar, ou eles bebem para agüentar a vida, tem esse costume, bebi desde de cedo, então a bebida também é um dos fatores de maior violência para esses conflitos todos que acontecem entre marido e mulher, amantes ou não. Então essa questão do álcool, por ser um valor baixo, eles têm acesso, tranquilamente, então eles bebem muito e já têm aqueles problemas de dialogar com a mulher, muito são os que sustentam a família aí elas vão aceitando tudo isso, algumas têm filhos, não têm outra opção, não têm outro jeito para sobrevivência e vão aceitando essas agressões físicas, verbais eu digo até estruturais para conseguir viver em equilíbrio. Dessa forma muitas dessas pacientes nossas relatam a violência, quando constroem esse vínculo maior, relatam em grupo, em atendimentos individuais, o que acontece na vida delas, geralmente no momento de maior sufoco ou quando a gente percebe uma mancha, uma marca, uma depressão, a auto-estima muito baixa e a gente começa a questionar, a rodear, pelo menos para a gente ver nas linguagens gestuais, porque o corpo fala e fala muito bem se a gente for um bom observador, o corpo nos diz muitas coisas, as suas ações, emoções, gestos transmite para a gente uma linguagem maravilhosa que auxilia. (Sujeito B)

Dessa forma, procurou-se também traçar o perfil da violência através das principais demandas apresentadas pelas usuárias no CAPS Ana Nery, ou seja, quais os tipos de agressões são considerados mais frequentes? Quem geralmente é o autor da violência? E qual o meio social em que esta mulher está inserida?

Assim, de acordo com as entrevistadas todos os tipos de violência (física, sexual, psicológica, moral) entre outras, podem ser consideradas muito graves. No entanto as violências físicas e sexuais são apresentadas pelas usuárias com maior frequência. Todavia, não podemos analisar esses dois tipos de violência de forma isolada, pois na maioria das vezes são ocasionadas por outros tipos de violência como, por exemplo, a psicológica e a moral que essas mulheres também já poderiam estar sofrendo.

Segundo as entrevistadas, geralmente essas mulheres em situação de violência, desenvolvem quadros de depressão, ansiedade, síndrome do pânico e, portanto, na maioria dos casos são medicalizadas pelos profissionais do sistema de saúde de acordo com os sintomas apresentados.

Segundo Oliveira (2000), as mulheres vítimas de violência estão cada vez mais consumindo medicamentos tranqüilizantes na tentativa de diminuir suas angústias e sofrimento psíquico causados principalmente pelos relacionamentos abusivos. O processo saúde – doença mental em que essas mulheres estão inseridas revela expressões de tentativas através de medicações como uma saída que elas procuram para entender, diminuir, superar ou tornar menos doloroso o sofrimento psíquico, fazendo com que na maioria das vezes essa estratégia aproxime mais o sujeito no adoecer mental.

Diante disso e partindo da compreensão de que geralmente as usuárias do CAPS Ana Nery que relataram sofrer algum tipo de violência, são mulheres que já viveram ou vivem em um relacionamento conjugal, pode-se identificar nas falas das entrevistadas que essas violências geralmente acontecem nos espaços privados, ou seja, dentro de casa e praticados principalmente por seu marido/companheiro. O que não significa dizer que outros autores como os pais, irmãos, tios não pratiquem esses tipos de agressão, entretanto são poucos casos apresentados pelas usuárias.

Nesse contexto, do qual a violência é praticada nos espaços privados, configura-se como violência doméstica. Dessa forma, a Lei Maria da Penha 11340/06 / nº 11.340 (BRASIL, 2006) assegura essas mulheres de seus direitos, bem como atribui medidas de proteção para as vítimas e punição para o agressor.

Por isso, essa Lei (nº 11.340) pode ser considerada um avanço não apenas no campo judicial, mas para toda sociedade civil, na medida em que busca mecanismos legais para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Objetivando analisar os fatores externos nas causas dessas violências como, por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas, demonstrado na fala do sujeito B, torna-se importante ressaltar que a violência, constitui como um fenômeno socio cultural, ou seja, vivemos em uma sociedade machista, sexista e misógina que normalizam a violência. No entanto, existem fatores que podem agravar a situação, como por exemplo, o uso abusivo de álcool e outras drogas e devem também ser levados em consideração por esses profissionais.

Segundo as entrevistadas, as mulheres usuárias do CAPS Ana Nery, são em sua maioria de classe social baixa, muitas convivem com o desemprego, baixa escolaridade, fome entre outros fatores que podem agravar o transtorno mental e, portanto, em razão dessas péssimas condições em que vivem, as necessidades de atenção aumentam.

Dessa forma, ao compreender a violência como um fenômeno que pode trazer sérios riscos na saúde física e mental da vítima, percebe-se a importância dos profissionais na intervenção para minimizar ou até mesmo solucionar as múltiplas causas desse problema, sobretudo adquirindo uma postura ativa para proteger essas mulheres, desde as formas de acolhimento através da escuta até a realização da notificação compulsória.

De acordo com a portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014) torna-se obrigatoriamente a notificação pelos profissionais da saúde nas situações de doenças consideradas graves e eventos de saúde pública em todo território brasileiro, tanto nos serviços de saúde público como nos serviços de saúde privado. Assim, estabelece através da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003) notificação compulsória, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em qualquer dos serviços de saúde.

Diante disso, perguntamos: Como o CAPS Ana Nery contribui/ajuda as mulheres em situação de violência que procuram a instituição? Os discursos a seguir demonstram em comum os instrumentos de trabalho que todos da equipe utilizam, são eles: procedimentos da escuta, do acolhimento individual, das oficinas terapêuticas realizadas na instituição, como podem ser observados nas falas a seguir:

Principalmente na escuta, a escuta por si só tem um efeito transformador. Além disso, a mulher vítima da violência é orientada a buscar outras instituições disponibilizadas na rede, e especializadas nestes casos. (Sujeito A)

O que a gente mais trabalha lá no CAPS é em grupo, atendimento individual, (...) ouve depoimentos, a gente fez uma filmagem também com uma duas pacientes que foram profissionais do sexo, sofreram muito a violência, foram abusadas, por padrasto, outra foi pra rua, aí teve que sobreviver sendo prostitutas e lá também elas sofreram muito, até consegui se estabilizar, como até hoje sofre. As oficinas terapêuticas realmente são um tratamento, quando eles estão buscando ajuda, aceitam essa ajuda, essa oficina terapêutica é a válvula de escape do sofrimento, ela é a nova esperança de mudança, porque essas mulheres se sentem fazendo alguma arte, capazes, elas se sentem capazes de mudar a vida de enfrentarem-se situações de um dia ter um trabalho, porque são oficinas terapêuticas de rendas próprias, então eles aprendem alguma coisa que possam comercializar ter uma renda ou logo de imediato ou então a longo prazo (...).(Sujeito B)

O CAPS contribui no atendimento a pessoa com transtorno mental, psíquico, algumas síndromes psiquiátricas. Quando observados que a doença começou a partir de alguma violência, de agressões, de abuso, de humilhações de violência moral, psicológica, física, sexual, a equipe atente e faz o encaminhamento necessário. O serviço Social faz orientações e encaminhamentos para as redes que atendem pessoas com violência, como o CREAS, a médica faz o atendimento, em alguns casos precisa de medicação, a gente pode encaminhar também pra delegacias, pra dar queixas, fazer boletim de ocorrência, a psicologia vai fazer o atendimento, a psicoterapia pra trabalhar a auto – estima, valorização, tudo isso, a enfermagem na aplicação de medicação (...). (Sujeito C)

Percebem-se no conteúdo dos discursos a cima, que a violência na maioria das vezes não é o motivo principal pela procura da instituição, fazendo com que a equipe só identifique a violência depois de algum tempo, principalmente através dos instrumentos de trabalho. Sendo que dependendo do agravamento da questão, as mulheres podem ser encaminhadas pela equipe do CAPS Ana Nery para outras instituições especializadas para esses casos.

Alguns estudos (ROBELO; ARAUJO, 2008) apontam que o sofrimento psíquico feminino não tem sido tratado de forma adequada pelas equipes de saúde. Ou seja, tal pesquisa aponta para uma naturalização do problema por esses profissionais, na medida em estes apenas relacionam a doença aos fenômenos biológicos, fazendo com que assim, anulem as relações sociais, econômicas e culturais que podem ser considerados como fatores determinantes nas

conseqüências que levou ao adoecimento psíquico. E essa negligência na atenção a saúde da mulher acabam impedindo que elas reconheçam as armaduras voltadas ao gênero das quais pode ter levado a dor e ao sofrimento. Dessa forma o adoecimento psíquico também pode ser resultado de violências invisibilizadas.

Portanto, dar visibilidade a questão da violência contra a mulher, principalmente no âmbito da saúde mental, acaba sendo um dos desafios por parte desses profissionais para identificar e tratar os transtornos decorrentes da violência, fazendo com que essas mulheres recebam um atendimento clínico mais adequado.

ADEODATO et al. (2005) pontua que a violência doméstica tem sido a principal causa dos diferentes sintomas como depressão, ansiedade, estresse, aumento de uso de substâncias psicoativo e álcool das mulheres que procuram ajuda nos atendimentos médicos. Sendo, portanto, esse tipo de violência uma percepção negativa na saúde mental da mulher.

Diante disso, procurou-se identificar como a equipe interdisciplinar do CAPS contribui para o tratamento das usuárias. Então, para obtemos essa informação, perguntamos: De que forma você acha que o CAPS Ana Nery oferece de melhor no tratamento das usuárias vítimas de violência? E elas responderam:

A escuta disponibilizada pelos profissionais e o olhar sem julgamento. Ela é acolhida, ouvida e acompanhada pela equipe. O tratamento depende de qual doença ela foi diagnosticada. Geralmente são indicados acompanhamento psicológico e psiquiátrico. (Sujeito A)

O CAPS não atende diretamente as pessoas vitimas de violência, mas pacientes com transtornos que podem ter sofrido alguma violência. Assim, acompanha com procedimentos médicos, psicológicos, social, encaminhamentos feitos de acordo com o tipo de agressão para fazer boletim de ocorrência, CREAS, hospital, família, delegacia, toda essa rede de apoio de suporte. No interior não tem delegacia de mulher, mas às vezes pode ter, a gente encaminha para o IML (Instituto Medico Legal) pra fazer corpo de delito. (Sujeito C)

Oferece ajuda, apoio, acolhimento dessas pessoas vitimizadas pelo abuso. Oferece também terapia com a psicóloga e a psiquiátrica. (Sujeito D)

Percebe-se na fala do sujeito C que o tratamento das usuárias da instituição não esta diretamente relacionada à situação de violência, mas que de alguma forma

durante o acolhimento essas mulheres podem apresentar algum episódio de violência em seu cotidiano. Dessa forma a equipe busca mecanismos de ajuda através do apoio da Rede de suporte para casos específicos. Portanto, (OLIVEIRA, 2000) torna-se importante que as redes de assistência à saúde incluam também a atenção a saúde mental nos serviços e programas, na medida em que se configura como um problema social de risco considerado grave do qual pode levar a população ao adoecimento e a morte.

Nesse caso, o trabalho da equipe do CAPS Ana Nery precisa estar atento a esses serviços e programas da rede, para que seja feita uma intervenção mais adequada principalmente em situações específicas como a violência contra a mulher. Dessa forma, a pergunta que emerge diante dessa situação: Você acredita que a equipe do CAPS Ana Nery está suficientemente preparada para atender os casos que envolvem violência contra a mulher e suas especificidades?

Das quatro entrevistadas, duas acreditam que o CAPS Ana Nery ainda não está suficiente preparada para atender casos que envolvam violência contra a mulher, e as outras duas acreditam no trabalho da equipe para esses casos, como pode ser observado no discurso a seguir:

Nada está suficientemente preparada, porque cada caso é um caso a verdade é que essa questão de estar preparada, vamos dizer, uma equipe sempre capacitada, sempre reciclada, estando atenta com todas as questões em curso, isso é importante, mas muitas vezes a equipe não é liberada integralmente para estar em congresso, está se atualizando, melhorando, então eu vejo o que às vezes falta é isso, não que eles não tenham preparo eles precisam de um tempo disponibilizado pra isso, as seções, a gente precisa estar atuando em grupo específico pra essas questões das mulheres e se resume às vezes ao atendimento individual e mais um grupo misto, então nem tudo é dito em um grupo misto, então a gente tem mais sucesso nos atendimentos individuais e nas oficinas terapêuticas, que a gente fortalece cada vez mais os vínculos com eles e eles têm a confiança de estar conversando com a gente as particularidades que não são tão bonitas.” (Sujeito B)

“A equipe CAPS Ana Nery, faz atendimento de violência, mas não aquela violência específica só de pessoas vítimas de violência, a gente faz atendimento de paciente com sofrimento psíquico que sofreram esse atendimento. Eu não acho que a equipe esteja preparada pra atender vítimas de violência diretamente, aqueles casos de pessoas que não sofrem nenhum tipo de transtorno, sofrimento e vai lá. A gente nunca tomou curso, nunca foi feita uma tarefa, participação de nada em relação a isso, o que a

equipe sabe, o que a equipe entende são coisas que foram estudadas por elas, discutidas e feitas algumas encaminhamentos.” (Sujeito C)

“Acho que a equipe está preparada. O trabalho tem a finalidade de ajudar estas mulheres que sofrem violência, sem preconceito e respeitando a subjetividade de cada uma.” (Sujeito A)

“Eu acredito que seja um bom trabalho, em que todos ajudam cada um, dando sua contribuição. Acredito sim, que a equipe esta preparada para receber esses casos.” (Sujeito D)

Com isso, podemos observar a importância de políticas públicas não apenas para o enfrentamento da violência, mas, sobretudo, para capacitar os profissionais do campo da saúde, principalmente da saúde mental que é o objetivo dessa pesquisa, para que eles tenham uma atenção mais competente e eficaz ao tratamento das mulheres vítimas de violência. Inclusive, isso pode ser observado nas falas do sujeito B e sujeito C. Nos discursos acima as entrevistadas (B e C) demonstram a falta de preparo da equipe do CAPS Ana Nery pelo fato de não terem incentivos para participarem de cursos, tarefas em relação à questão.

Todavia, esses profissionais precisam estar atentos para identificarem os casos de violência, muitas vezes não relatados diretamente pelas usuárias, orientar e auxiliar essas vítimas a saírem de uma situação de violência. Entretanto, no caso das mulheres que fazem tratamento psicossocial no CAPS Ana Nery, torna-se válido destacar que muitas vezes o adoecer mental da usuária pode ter relação com alguma violência sofrida durante algum período de sua vida, então a equipe também precisam estar atento a essas situações.

Apesar dos avanços em pesquisas e literaturas sobre a violência contra a mulher, muitos profissionais ainda tem dificuldade em reconhecer tal fenômeno como possíveis causas de sintomas apresentados principalmente pelas usuárias do serviço de saúde, fazendo com dificulte a reflexão sobre o problema epidemiológico em torno da violência. Dessa forma, para esses profissionais a visibilidade da violência acaba sendo percebida apenas na existência de hematomas, fraturas e marcas visíveis no corpo. (HASSE; VIEIRA, 2014)

Diante disso, os discursos a seguir demonstram como e de que maneira as profissionais (entrevistadas para esse estudo) do CAPS Ana Nery, contribuem diante de sua formação profissional na intervenção dos casos de usuárias vítimas de

violência, destacando as suas atribuições e responsabilidades na instituição acerca da questão.

Com isso, foram perguntadas: De que maneira você participa na discussão desses casos na equipe? Quais as suas atribuições/responsabilidades nessas discussões? Assim, obtivermos as seguintes respostas:

Na maioria das vezes a violência é identificada durante o acompanhamento psicológico, enquanto ela está sendo tratada pelos sintomas que a fez procurar o CAPS. Desta forma, sinalizo e envolvo outros profissionais neste acompanhamento. É muito comum o atendimento em conjunto. Ela é orientada também nos direitos que possui, sobre as instituições que existem para apoiá-la, caso ela escolha realizar a denúncia. (Sujeito A)

Existe um grupo que a gente tem com depoimentos deles próprios no acolhimento, falando da violência que sofreram, muitas não falam logo de imediato, porém com o tempo, com o vínculo que a gente vai construindo, elas vão conseguindo desabafar, falar um pouco, nas oficinas terapêuticas, quando existe a oficina da palavra, isso muito sai, o sofrimento delas, a depressão, as marcas no corpo, as marcas físicas, as marcas mentais também, com os traumas, isso daí nos sinaliza muito, a linguagem gestual, me deixa observar muitas vezes que as coisas não vão muito bem, então eu consigo, depois no atendimento individual conversando, em off como dizem elas, “vamos conversar em off?” e elas conseguem falar um pouquinho. Eu tive algumas usuárias que passaram a tomar medicação por causa justamente de espancamentos de maridos, por causa de traumas, físicos e mentais, vamos dizer assim. (Sujeito B)

A gente do Serviço Social, quando atende pessoas com violência, uma das atribuições é o atendimento individual, a gente recebe aquele paciente, faz o acolhimento, pega os dados, conversa, é tipo uma investigação (anamnese) a gente vai conhecer toda a história de vida dessa pessoa. A gente tem que lembrar que violência contra a mulher, não é só mulher adulta, tem idosa, tem criança, tem adolescente. Então a gente faz entrevista, faz reuniões, a gente discute em equipe o melhor a se fazer com aquela paciente, que traz aquela demanda. Tem os atendimentos em grupo, tem os encaminhamentos para as redes que fazem atendimento a esse tipo de violência, os relatórios, pareceres, tudo isso. Esses instrumentos que fazem as pessoas que estão em situação de violência, ver a sua real situação e a gente tem que expor os direitos sociais, que estão sendo rompidos, a gente tem que ter também o sigilo profissional. Muitas vezes quando a pessoa é atendida, não quer que isso seja exposto por outros profissionais, a gente tenta fazer os encaminhamentos para articular essa pessoa nesse processo todo. Tem que ver que muitas vezes trabalha em locais que não tem uma rede unida, que os encaminhamentos são feitos, mas a gente nunca tem um retorno, a gente orienta o familiar, a mulher ao CREAS e não

sabe desse retorno, a gente faz relatório social, contando tudo aquilo que foi feito, que foi providenciado, que foi usado, utilizado. (Sujeito C)

Participo junto com a equipe sobre as medidas a serem tomadas, a conduta a ser feita nesse caso, a quem encaminhar. (Sujeito D)

Percebemos nos discursos acima que cada profissional tem suas funções na instituição, entretanto, tentam na maioria das vezes, trabalharem juntos, fazendo articulações com outros profissionais em prós de um melhor tratamento para o caso. No entanto, chamo atenção para fala do sujeito B, quando relata que muitas dessas mulheres não falam no primeiro momento da violência sofrida, mas que através da linguagem gestual das próprias usuárias, esse profissional consegue na maioria das vezes identificar a violência. Assim, mostra a importância dos profissionais estarem atentos a esses sinais que muitas vezes podem passar despercebidos.

Todavia, os preconceitos e tabus em torno da violência contra a mulher, bem como o estigma por ter desenvolvido algum transtorno psíquico levam a muitas dessas mulheres ao isolamento social, podendo até gerar em algumas situações, o sentimento de culpa.

Dessa forma, os preconceitos em que sustenta as freqüências dessas violências podem impedir que as vítimas denunciem o autor da agressão ou que procurem ajuda, seja pela família ou por alguma instituição pública ou privada. Fatos como esses, acabam contribuindo ainda mais no agravamento da situação e podendo até aumentar a dependência dessa mulher para com o agressor.

Diante da situação do qual se encontra, as mulheres estigmatizadas na maioria das vezes tornam-se mais vulneráveis socialmente, apresentando em seu cotidiano baixo – estima, medo e vergonha de tornar público sua intimidade, além de internalizarem o sentimento de culpa. Assim percebemos que ainda nos dias atuais, a dimensão cultural do machismo, se encontra fortemente presente nas relações de gêneros, podendo ser observados, sobretudo nas situações de violência contra mulher.

Nos casos em que tal violência ocasiona em transtornos mentais constantes e persistentes, essas mulheres acabam na maioria das vezes procurando ajuda apenas para reversão dos sintomas, com o objetivo de diminuir o sofrimento psíquico. Entretanto, as causas do desenvolvimento desses transtornos muitas

vezes não são expostas ou relatadas pelas usuárias, seja por não conseguir identificar essas causas, seja por medo ou vergonha. Com isso, podemos perceber que os preconceitos e tabus entorno da violência podem prejudicar no tratamento desses casos. Sendo que o sofrimento psíquico pode levar também a estigmas, e, portanto as deixando mais excluídas socialmente. Ou seja, a vítima de violência que esta em tratamento psíquico, pode vir a sofrer duplamente discriminação pelos preconceitos da violência e do transtorno mental.

Nesse contexto, podemos analisar de uma forma geral através dos discursos a segui que os preconceitos e tabus que envolvem o adoecer mental em nosso meio social, acabam causando impactos nos atendimentos apresentadas no CAPS Ana Nery.

Como podemos observar nas falas a segui diante da pergunta: Em sua opinião, os preconceitos e tabus que envolvem a violência contra a mulher em nosso meio tem tido algum impacto no atendimento ofertado pelo CAPS Ana Nery? As entrevistadas responderam:

O preconceito em todo lugar, ele pesa de forma negativa, ele é ruim, ele atrapalha ao ir e vir das pessoas porque elas acabam também tendo preconceitos em esta usando os serviços, elas também sofrem em esta entrando pra se consultar, se medicar, por causa dos rótulos que a sociedade colocou dizendo de quem esta la é maluco, que quem esta la não esta apto ao trabalho, para exercer uma profissão, então tudo isso as pessoas tem medo, ou então das criticas, do buligin, do pesar nas gozações, porque esta usando os serviços do CAPS , existe muita falta de informação quanto o que se faz la, por isso que o CAPS cada vez mais tem que esta na rua, tem que esta mostrando a cara, tem que esta dizendo pra que veio no município, como funciona, o quanto de paciente da população são capazes de fazer de acontecer, de ousar, de estudar, de mostrar que eles tem potencia, de que eles tem inteligência e de que eles tem o direito de viver, amar, beijar, sofrer, falar dentro do contexto da sociedade deles, que eles vivem, eles não estão ativos, eles estão incluso na sociedade. (Sujeito B)

Os preconceitos e tabus sempre tem impactos em todos os tipos de atendimentos, porque dificulta o trabalho seja ela do assistente social, do psicólogo, muitas vezes as pessoas não procuram o atendimento por vergonha com medo do preconceito, do tabu, sem saber como é que vai fazer, como a pessoa vai lidar, como é o atendimento, tudo isso causa impacto no atendimento, inclusive no CAPS a gente sofre muito isso, os pacientes muitas vezes não querem ir, que no querem serem tarjados de maluco, não querem passarem pela rua e ouvi: “aquele ali faz tratamento no CAPS, toma medicação” tudo isso, realmente tem impacto sim, em qualquer

atendimento, preconceitos causam danos as pessoas, muitas vezes não se cuidam e ficam aceitando tudo com medo do que as outras pessoas vão falar, dos tabus, dos preconceitos e das discriminações de uma forma geral. (Sujeito C)

Sim, muitas mulheres não procuram o serviço por terem vergonha, que acha que vai sofrer preconceito por esta procurando esse tipo de serviço. (Sujeito D)

Podemos observar através das falas acima que nos atendimentos realizados no CAPS Ana Nery os preconceitos se encontram, sobretudo, na resistência das pessoas em procurar esses tipos de serviços. Contudo, fragmentando esses atendimentos especificamente para as usuárias vítimas de violência, torna-se válido destacar que o CAPS por ser uma instituição que atende exclusivamente usuários com problemas psíquicos, os fatores como a violência, acaba muitas vezes não sendo levados em considerações pelos usuários ou pelos profissionais de forma imediata, no entanto, esses fatores podem ser observados no decorrer do tratamento.

Tendo em vista, que os preconceitos e tabus que ainda se sustenta nos diversos tipos de violência contra a mulher, pode causar nas vítimas isolamento social, depressão, síndrome do pânico entre outros, e portanto sendo considerado como fenômeno que pode atingir diretamente a saúde mental, necessitam, principalmente pelo setor público um olhar mais cauteloso para essas questões entorno da saúde mental das mulheres vítimas de violência.

Muitas mulheres que sofrem a violência acabam na maioria das vezes sendo vítimas de descuido, ou seja, quando elas não obtêm respostas de seus problemas, quando não sabem lidar com suas angustias e anseios e também por não saberem o momento e a quem deve procurar ajuda, e tudo isso pode causar sofrimento, desgastes físicos e mentais para essas mulheres. (OLIVEIRA et. al., 2011)

Diante disso, foi questionado para entrevistadas dessa pesquisa, se existe em exercício ou em andamento no CAPS Ana Nery, algum projeto que trabalhe com a questão da violência contra a mulher. Entretanto, todas afirmaram, que na instituição não tem nenhum grupo específico direcionado a essa questão, mas que através das oficinas terapêuticas, elas procuram levantarem esses assuntos para debates incluindo todos os usuários.

A importância de se pensar em projetos que trabalhe diretamente com o tema violência contra a mulher e saúde mental, está principalmente em da visibilidade para questão, sobretudo na tentativa de criarem mecanismos para o seu enfrentamento.

Por esse motivo, essa pesquisa empírica finaliza com a pergunta: Se pudesse de uma forma ideal, pensar em melhor tratamento oferecido no CAPS Ana Nery, o que você gostaria de fazer ou propor para ajudar as usuárias vítima da violência? Logo em seguida elas responderam:

Fazer com que esse tema apareça mais vezes nos grupos das oficinas terapêuticas, trazendo informações e disponibilizando espaços de escuta. Pareceria mais sólida com o CREAS e outras instituições que apoiam e faça garantir os direitos das vítimas da violência. (Sujeito A)

Eu iria propor nada que é ruim, pronto, já estaríamos melhores, tudo que seja inclusão, tudo que seja bonito, tudo que seja pra dar um sorriso a essas mulheres e homens e todos que estão ao seu redor, porque o mundo precisa perceber que não cabe mais preconceito em lugar nenhum. (Sujeito B)

Na capacitação da equipe, trabalhe junto com as redes, seria um projeto voltado a capacitação das equipes, uma rede mais interligada, que as pessoas se conheçam, que tenha uma boa comunicação, bom retorno de todos os encaminhamentos que seja dados e que infelizmente isso a gente não tem. Fazer uma capacitação e articulações com as redes, pra fazer um projeto que a gente possa atender e fazer os encaminhamentos de forma adequada e que a gente tenha um retorno de todos encaminhamentos que foram feitos, que as vítimas realmente sejam acolhidas, que elas tenham apoio da polícia, que a ordem seja realmente cumprida, porque as vezes tem a ordem, mas não é efetivamente praticada e as pessoas se aproximam, matam e matam e nada acontece, as pessoas que sofreram a violência que sofrem as consequências.” (Sujeito C)

Formar um grupo com mulheres vitimizadas, ou seja, formar um grupo no qual elas relatem o que sofreram na vida, buscando sempre superar esse tipo de agressão. No grupo seriam realizados aconselhamentos, terapias com a psicóloga, psiquiátrica e terapia familiar. (Sujeito D)

Em suma, a questão centra-se na necessidade das instituições como o CAPS Ana Nery, em criarem paradigmas para que haja reconhecimentos dos direitos das mulheres em tratamento psíquico e vítimas de violência. Fazendo com que as

argumentações apresentadas pelas usuárias sejam entendidas e vista como uma responsabilização de todos, a favor de uma construção social e cidadania para essas mulheres.

Algumas indagações das questões abertas não foram respondidas. No decorrer da análise muitas vezes aparecem apenas duas ou três respostas. Este fato deve-se as respondentes, nos diálogos via whatsapp, mostrarem o desejo de não responder solicitando que passasse para as questões seguintes. Como pesquisadora respeito a opção das respondentes e acredito que a colaboração das mesmas no que poderiam dialogar foi de salutar importância para a concretização desse trabalho.

Assim, torna - se preciso também discutir nesses espaços institucionais sobre as questões de gênero, bem como os paradigmas que emergem as relações sociais entre homens e mulheres em nossa sociedade. Afim de que se possa compreender a expansão do campo subjetivo em que essas mulheres estão inseridas. Portanto, uma construção social na magnitude do efeito de mobilização de todos os cidadãos em prós pela eliminação de todas as formas de violência contra a mulher.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O descaso diante da realidade nos transforma em prisioneiro dela. Ao ignorá-la, nos tornamos cúmplices dos crimes que se repetem diariamente diante de nossos olhos. Enquanto o silêncio acobertar a indiferença, a sociedade continuará avançando em direção ao passado de barbárie. É tempo de escrever uma nova história e de mudar o final.”*

(Daniela Arbex).

Inicialmente, chamo atenção que as causas da violência contra a mulher não é um problema apenas direcionado aos profissionais da saúde, mas, sobretudo, configura-se como uma responsabilidade de todos os cidadãos. A violência é uma forma de violação de direitos humanos que pode causar danos na saúde física e mental das vítimas e, portanto, não podemos fechar os olhos para esse problema.

As considerações levantadas e desenvolvidas no curso deste trabalho permitem relacionar a violência contra mulher pelo viés da desigualdade de gênero, do qual é tão enraizado culturalmente em nossa sociedade. Partindo desse contexto, entende-se que essa desigualdade, coloca a mulher em um lugar de inferioridade em relação ao homem e, portanto deixando-as em situação de vulnerabilidade. Assim, a violência muitas vezes é o caminho encontrado pelos homens como lugar de superioridade para reafirmar sua hegemonia e seu poder sobre a mulher.

Todavia, podemos perceber que de fato, houve avanços significativos, principalmente no campo judiciário para o enfrentamento da violência contra a mulher, como por exemplo, a implementação da Lei 11.340 (BRASIL, 2006) - Lei Maria da Penha, da qual traz algumas medidas importantes. Primeiramente ela definiu cinco modalidades de violência contra a mulher, sendo eles: Física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Além disso, essa Lei também instituiu medidas de proteção para as vítimas e punição ao agressor, dentre outras medidas. Portanto, objetiva - se em promover uma maior segurança para a mulher.

Contudo, essa pesquisa demonstra que as mulheres que já vivenciaram ou vivenciam situações de violência, são as principais vítimas no desenvolvimento de

transtornos mentais como a depressão, ansiedade, transtorno do pânico entre outros sintomas causados pela violência.

Diante disso, a pesquisa realizada com alguns profissionais do CAPS Ana Nery, identificou os dilemas e dificuldades enfrentadas por esses profissionais em lidar com as questões em torno de usuárias que são vítimas da violência. Tendo em vista, que o CAPS é uma instituição que atende exclusivamente pessoas com transtornos mentais, o que foi observado nas falas desses profissionais que muitas vezes a violência não é percebida inicialmente pela equipe, no entanto através dos acolhimentos individuais e oficinas terapêuticas com essas mulheres, os profissionais conseguem identificar a violência. Dessa forma, torna-se preciso que os profissionais fiquem mais atentos a essas situações, pois ao se tratar de uma instituição voltada para o tratamento psíquico, acabam se limitando aos fatores biológicos do adoecimento mental e muitas vezes as principais causas de tais sintomas podem passar despercebidas.

Dessa forma, as mulheres que procuram o CAPS Ana Nery, por sua vez, não apresentam a violência como à primeira demanda de atendimento, por isso os profissionais necessitam de um envolvimento através de um processo de sensibilização e da necessidade de problematizar os sentidos da violência, que muitas vezes é naturalizado por essa mulher. Assim, constitui como um grande desafio para esses profissionais da área de saúde mental em lidar com essas situações, principalmente entendendo que a violência envolve uma complexidade de fatores, como a discriminação e de dominação, portanto, tornando-se relevante identificar os pontos de vulnerabilidades em que essa mulher se encontra (classe social, cor/raça/, escolaridade), entre outros fatores que podem influenciar na forma de intervenção para esses casos.

Entretanto, a problematização da situação encontram-se principalmente na insuficiência de políticas públicas, assistências, educação e de saúde em efetivar direitos sejam eles nos campos sociais, econômicos, civis e políticos para as mulheres vítimas da violência. Assim, apesar de toda essa complexidade em torno das políticas públicas para mulheres vítimas da violência, essa pesquisa chama a atenção do Estado e de todos os setores públicos e privados para as questões da violência contra a mulher no campo da saúde mental. Pois até então, não existe nenhum amparo legal vinculadas nas políticas de saúde mental que assegure os direitos das mulheres que desenvolveram transtornos mentais causados pela

violência. Portanto é um problema de saúde pública que precisa ser analisado com maior precisão por todos os setores.

Dessa forma, conhecer a dimensão da violência contra a mulher, dentre as circunstâncias do local onde acontece , seja em casa, na rua, no trabalho, bem como por quem esta sendo praticados (marido/companheiro, pai, irmão, tio), os tipos de violência (física, sexual, psicológica, moral) entre outros fatores, tornam-se fundamentais para que se possam construir políticas públicas para o enfrentamento desta violência.

Pela perspectiva das questões de gênero o desdobramento em torno da violência contra a mulher, se dá, sobretudo, em levar essas discussões nos espaços das escolas, das universidades, no campo da saúde, da assistência e judiciais. Assim, tornando - se preciso pensar em novas formas de empoderamentos para as mulheres como forma de construir uma sociedade mais democrática com mais igualdade, e respeito para nós mulheres.

Em suma, diante das discussões levantadas neste trabalho, bem como toda complexidade de fatores que o tema: violência contra a mulher e saúde mental aborda, é importante destacar que as reflexões aqui apontadas precisam ser mais suscitadas e debatidas para que os problemas da questão sejam pelo menos superados. Diante disso, esse trabalho torna-se relevante não apenas para trazer à público sobre essas questões, mas, sobretudo, para buscar medidas e soluções para tais problemas.

## Referências

- ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRAA, V. R.; SOUZA, F. G. M. **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros.** *Saúde Pública*, 2005; V 39, n 1, p 108-113, 2005.
- ALMEIDA, Lady Christina de. **Trilhando seu próprio caminho”: Trajetórias e protagonismo de intelectuais/ativistas negras, a experiência das organizações Geledés/SP e Criola/RJ.** Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro Novembro de 2010.
- ALVES R. E. O. ; LEAL. L. V. M. **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA E A SAÚDE DA MULHER.** Revista jurídica. Nº 6. 2012. Disponível em: <http://www.fesurv.br/imgs/13%20VIOL%C3%8ANCIA%20PSICOL%C3%93GICA%20E%20A%20SA%C3%9ADE%20DA%20MULHER%20ED.pdf>. Acesso 15.11.16
- AMARAL, A. NATAL, G. VIANA,L. **Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital.** Porto Alegre n 39 o 20 dezembro 2008, Famecos/PUCRS.
- AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira.** In: FLEURY, S.(Org.) *Saúde e Democracia: a luta do cebes.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.
- ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira. In: QUEIROZ, Marcos de Souza. *A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa.* Cad. Saúde, Rio de Janeiro, 23(1): 207-215, jan, 2007.
- ANDRADE, C. de J. M.; FONSECA, Rosa, M. G. S. **Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.** Rev. Esc. Enfermagem - USP. 2008, 42(3): 591-5. São Paulo, 2008.
- ARAÚJO, V. F., RIBEIRO, E. P. **Diferenciais de rendimentos por gênero no Brasil: uma análise regional.** In: Revista Econômica do Nordeste (2002) v. 33, n. 2, p. 196-217.
- BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Leite. **Patriarcalismo e o feminismo: Uma retrospectiva histórica.** Revista Àrtemis. Vol. 1, Dez 2004.
- BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*, vol. 1 e vol. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BISNETO, Jose Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- BONNETI, A., SOUZA; A. M. F. L. (org.). **Gênero, mulheres e feminismos.** - Salvador: EDUFBA: NEIM, 2011. 346 p

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Declaração de Caracas adotada pela organização mundial de saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990.** Disponível em [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas)

BRASIL. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. **Convenção de Belém do Pará.** 1994. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.pdf>. Acesso: 04.12.2016

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 ministério da saúde gabinete do ministro dou de 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, pág. 23).** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.**

BRASIL. RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. 2001

BRASIL. Sistema Único de Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p

BRASIL. **Portaria nº 251/gm, em 31 de janeiro de 2002.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010.** Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferencia Nacional de Saúde mental – intersectorial. **Relatório Final da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersectorial.** 27 de Junho a 1 de Julho de 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013.** Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)  
Acesso: 20.01.2017

BRASIL. **Mulher: Viver sem violência é direito de toda mulher.** Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República Abril/2015

BRASIL. **BCS promove palestra sobre o combate à violência doméstica.** Secretaria da Segurança Pública. BBC/Camaçari, 06/10/2016. Disponível em: <http://www.ssp.ba.gov.br/modules/noticias/makepdf.php?storyid=1458> Acesso: 06.02.2017

BUTLER, Judith. Problemas de Gênero – feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.

CARRARA, Sergio. **Educação, diferença, diversidade e desigualdade.** Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro : CEPESC; Brasília : SPM, 2009. \_\_266 p.

CORTES, Janaina; SILVEIRA, Thiago; DICKEL, Flávio; NEUBAUER, Vanessa. **A educação machista e seu reflexo como forma de violência institucional.** XVII SEMINARIO INTERNACIONAL DE EDUCACAO NO MERCOSUL. Junho, 2015.

FAGANELL, Cláucia Piccoli. **Discriminação de Gênero: Uma perspectiva histórica.** X Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 2009.

FOLLADOR, Kellen Jacobsen. **A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental.** Revista fatos&versões / n.2 v.1 / p. 3-16 / 2009.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ Uma perspectiva pós-estruturalista / : Vozes, 1997.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MORAIS, Ariane Cedraz. **Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador. 2009.

MARTINEZ, S. D. T. **Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher**. Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher/Presidente Prudente-21/11/2008.

MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental**, do CAPS Luiz R. Cerqueira / São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Cap. 7, Pag. 139-155.

MINAYO.M.C.S.O **desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIZUNO, C. FRAID, J. A. CASSAB, L. A. **Violência contra a mulher: Por que elas simplesmente não vão embora?**. *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

MONTEBELLO, Marianna. **A proteção internacional aos direitos da mulher**. Revista da EMERJ, v.3, n.11, 2000.

MOTA, J. C. da. **Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo em um serviço de atenção especializado**. Ministério da saúde fundação osvaldo cruz escola nacional de saúde pública departamento de epidemiologia e métodos quantitativos em saúde. Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A. P. G, CAVALCANTI, V. R. S. **Violência Doméstica na Perspectiva de gênero e Políticas Públicas**. Rev. Brás. Crescimento Desenvolvimento Humano, 2007.

OLIVEIRA. Eliany Nazaré. **Saúde Mental e Mulheres: Sobrevivencia, sofrimento e dependência química lícita**. Edição UVA. Sobral- Ceará. 152 p. 2000.

OLIVEIRA, Verusca Couto. **Vida de mulher: GENERO, POBREZA, SAÚDE MENTAL E RESILIENCIA**. Dissertação de pós-graduação. Universidade de Brasília. Departamento de psicologia clinico. Brasília, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso: princípios & procedimentos*. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da História: operários, mulheres, prisioneiros**. Trad. Denise Bottmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4ª. Ed , 1988.

PIOVESAN, Flávia. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. R. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 70-89, jan.-mar. 2012

RABELO, I. V. M. e Araújo, M. F. (2008). **Violência de gênero na perspectiva da saúde mental**. Revista de Psicologia da Unesp, 7(1), 123-132.

RICH, Adrienne. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica**. *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence*. Tradução: Carlos Guilherme do Valle. p. 17-44, 2010.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais**: limites, desafios e possibilidades. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, 2012.

ROSSI, L. A. S. Modo de Produção Escravista e a Sua Influência na Percepção da Sociedade Judaica no Pós-Exílio. P. 28-32. São Paulo, 2005.

SAFFIOTI, H. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu, 16, 115-136. 2001.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS C. M. ; IZUMINO, W. P. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil**. Revista E.I.A.L. Estudos Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, da Universidade de Tel Aviv, 2005.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SCOTT, Joan Wallach. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995

SILVA, C. V. da. Magia e feitiçaria na colônia: *a originalidade das práticas sincréticas*. Revista Historiador Número 04. Ano 04. Dezembro de 2011.

SILVA, Edileusa. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X. Disponível em: [www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384454564\\_ARQUIVO\\_EdileusaSilvaST66.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384454564_ARQUIVO_EdileusaSilvaST66.pdf). Acesso 25.09.2016

SILVA, René Marc Costa; ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural**. Rev. Bioét (impr.) 2012; 20 (2): 267- 79

SILVA, André Luciano da. **A compressão de família monogâmica em Engels: analisando o texto a origem da família, da propriedade privada e do estado**. II CONEDU, Congresso Nacional de Educação. Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Campina Grande – PB, 2015.

SLEGH, Henny. **Impacto psicológico da violência contra as mulheres**. Publicado em “Outras Vozes”, nº 15, Maio de 2006. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/artigo/impacto-psicologico-da-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 15.11.16

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: aspectos qualitativos em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro**. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez. Parte II. 2002 (p.127- 180).

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1ª Edição Brasília – DF – 2015. Disponível em [www.mapadaviolencia.org.br](http://www.mapadaviolencia.org.br)

World Health Organization / Organização Mundial de Saúde – WHO/OMS (2000a). *Women´s mental health: an evidence based review*.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Rio de Janeiro 2006.

## **APÊNDICE A – Questionário**

### **Parte I (Identificação)**

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Raça/Cor:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de serviço nessa instituição:

### **Parte II (Entrevista)**

1. Como você define as mulheres que procuram o CAPS Ana Nery? Quem são elas e o que elas necessitam?
2. Como você define a violência contra a mulher?
3. Você participa ou participou de alguma atividade técnica (cursos, palestras, disciplinas na graduação) com objetivo discutir o atendimento aos casos que envolvem violência contra a mulher?
4. Você acredita que exista alguma relação da violência com o adoecer mental das usuárias do CAPS Ana Nery?
5. De que forma e com que você acha que este CAPS contribui/ajuda as mulheres em situação de violência que procuram essa instituição?
6. Em sua opinião quais os tipos de agressão são considerados mais graves e qual a frequência desses casos? (Física – sexual – psicológica – outros)

7. Geralmente, quem é o agressor, qual é sua relação com a vítima?
8. O que você acha que o CAPS Ana Nery oferece de melhor para o tratamento dessas mulheres?
9. De que maneira você participa na discussão desses casos na equipe? Quais as suas atribuições/responsabilidades nessas discussões (definição de modalidade, indicação de atividade/oficinas, medicações, etc)
10. Como você define o trabalho deste CAPS nos casos da violência contra a mulher? Você acredita que a equipe do Caps Ana Nery está suficientemente preparada para atender os casos que envolvem violência contra a mulher e suas especificidades?
11. Em sua opinião, os preconceitos e tabus que envolvem a violência contra a mulher em nosso meio têm tido algum impacto no atendimento ofertado pelo CAPS Ana Nery?
12. Existe algum projeto em exercício ou em andamento no CAPS Ana Nery que trabalhe com as mulheres vítimas da violência?
13. Se pudéssemos de uma forma ideal, pensar em melhor tratamento oferecido no CAPS Ana Nery, o que você gostaria de fazer ou propor?

**APENDICE B - Termo de consentimento.**

TÍTULO DA PESQUISA: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE MENTAL: O OLHAR DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CAPS ANA NERY-CACHOEIRA-BA.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB- Coordenação de Serviço Social.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa como o título acima citado que tem como objetivo principal analisar como a equipe interdisciplinar do CAPS Ana Nery de Cachoeira-Ba, lida com os casos de usuárias vítimas da violência.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Cachoeira, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Participante - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Pesquisador - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_