



Denise Paula do Nascimento

**A Atuação de atendimento de Centros de Referência para a Mulher no Município
do Rio de Janeiro e um olhar sobre a saúde mental**

Rio de Janeiro

2022

Denise Paula do Nascimento

A Atuação de atendimento de Centros de Referência para a Mulher no Município do Rio de Janeiro e um olhar sobre a saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Liana Wernersbach Pinto.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Vera Lucia Marques da Silva.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The performance of care of Reference Centers for Women in the Municipality of Rio de Janeiro and a look at mental health.

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

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

N244a Nascimento, Denise Paula do.
A atuação de atendimento de centros de referência para a mulher no município do Rio de Janeiro e um olhar sobre a saúde mental / Denise Paula do Nascimento. -- 2022.
110 f.

Orientadora: Liana Wernersbach Pinto.
Coorientadora: Vera Lucia Marques da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Violência de Gênero. 2. Violência Doméstica. 3. Mulheres. 4. Saúde Mental. 5. Acolhimento. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2098153

Denise Paula do Nascimento

A Atuação de atendimento de Centros de Referência para a Mulher no Município do Rio de Janeiro e um olhar sobre a saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 27 de maio de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Corina Helena Figueira Mendes

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dr.^a Kathie Njaine

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Marques da Silva (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Liana Wernersbach Pinto (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

A todas as mulheres que lutam por um mundo mais justo e com menos violência.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Zenaide pela referência de mulher aguerrida e forte, pelos ensinamentos e cuidado que sempre demonstrou.

Ao meu pequeno filho Gabriel, que mesmo sem saber, me torna cada dia mais corajosa. “*Meu amor, você me dá sorte*”.

Ao Roberto Kuru, pela parceria e incentivo desses anos.

Aos (as) meu (minhas) amigos (as) pelo amor, respeito e sorrisos que conseguem me proporcionar, e por tornar esses dias de turbulência um pouco mais leves.

Às minhas orientadoras Liana e Vera pelas trocas, ensinamentos e reflexões provocadas nesses dois anos de trabalho.

A todas as mulheres que fazem parte do eixo de Sociedade, Saúde e Violência da minha turma de mestrado, mesmo à distância, foi fundamental nosso apoio. Enfim conseguimos.

Aos profissionais dos Centros de Referência Suely Souza de Almeida e Carminha Rosa pelo tempo ofertado para poder tornar esse trabalho possível.

*“Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela forem
muito diferentes das minhas”.*
Audre Lorde

RESUMO

O presente estudo buscou identificar as consequências da violência contra as mulheres na saúde mental destas, a partir da percepção de profissionais atuantes em dois Centros de Referência de Atendimento a Mulher, localizados no município do Rio de Janeiro, além de verificar como ocorre o acolhimento e o acompanhamento desses atendimentos. A fim de contemplar os objetivos foi utilizada a metodologia qualitativa em que foi adotada a técnica de entrevistas semiestruturadas de seis profissionais de dois Centros de Referência, e que atuam no atendimento, cuidado e acompanhamento às mulheres em situação de violência. Entre os profissionais encontram-se as coordenadoras, assistentes sociais e psicólogo. Juntamente foi utilizada a técnica de observação participante em atividades virtuais desenvolvidas pelos dois Centros de Referência, e de um diário de campo. O material foi analisado empregando-se a análise de conteúdo. Tal procedimento metodológico possibilitou a construção de dois eixos: 1) práticas, estratégias no atendimento e cuidado às mulheres em situação de violência e desafios e; 2) percepção dos profissionais sobre a saúde mental das mulheres em situação de violência atendidas nos Centros de Referência. Ambos foram analisados e construídos a partir das percepções e observações destacadas pelas (o) profissionais durante as entrevistas. Verificou-se que o trabalho das (dos) profissionais atuantes no enfrentamento à violência contra as mulheres é fundamental para a proteção delas, porém o acompanhamento longitudinal através do respeito e da ética se tornam imprescindíveis nessa dinâmica. Muitas são as formas como a violência se apresenta na vida das mulheres recebidas nos Centros, afetando diretamente a vida, o bem-estar e a saúde mental delas, porém os fatores sociais, culturais e econômicos são também disparadores para o adoecimento psíquico. Constatou-se também que, o uso indiscriminado de medicamentos e a patologização do corpo das mulheres dificulta a percepção sobre a verdadeira causa do adoecimento, que é intensificado pela precariedade das políticas públicas e pela falta de investimento em formação profissional, causando reflexos na saúde dessas mulheres.

Palavras-chave: Violência de Gênero; Violência Doméstica; Mulher; Saúde Mental; Serviços.

ABSTRACT

The present study sought to identify the consequences of violence against women on their mental health, based on the perception of professionals working in two Reference Centers for Assistance to Women, located in the city of Rio de Janeiro, in addition to verifying how the reception and reception occurs. the follow-up of these services. In order to contemplate the objectives, a qualitative methodology was used, in which the technique of semi-structured interviews was adopted with six professionals from two Reference Centers, who work in the care, care and monitoring of women in situations of violence. Among the professionals are coordinators, social workers and a psychologist. Together, the participant observation technique was used in virtual activities developed by the two Reference Centers, and in a field diary. The material was analyzed using content analysis. This methodological procedure allowed the construction of two axes: 1) practices, strategies in the care and care of women in situations of violence and challenges and; 2) professionals' perception of the mental health of women in situations of violence treated at the Reference Centers. Both were analyzed and constructed from the perceptions and observations highlighted by (the) professionals during the interviews. It was found that the work of (of) professionals working in the fight against violence against women is fundamental for their protection, but longitudinal monitoring through respect and ethics become essential in this dynamic. There are many ways in which violence appears in the lives of women received at the Centers, directly affecting their lives, well-being and mental health, but social, cultural and economic factors are also triggers for mental illness. It was also found that the indiscriminate use of medicines and the pathologization of women's bodies makes it difficult to perceive the true cause of illness, which is intensified by the precariousness of public policies and the lack of investment in professional training, causing reflections on the health of these women.

Keywords: Gender Violence; Domestic Violence; Women; Mental Health; Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Básica de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEDIM	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPIA	Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
CIAM	Centro Integrado de Atendimento à Mulher
CNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRMM-CR	Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa
CRM-SSA	Centro de Referência para as Mulheres Suely Souza de Almeida
DEAMs	Delegacia de Atendimento as Mulheres
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Instituto de Ginecologia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPG	Instituto Patrícia Galvão
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
NEPP-DH	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos Suely Souza de Almeida
NIDES	Núcleo Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social
OMS	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAMM	Rede de Apoio às Mulheres da Maré
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDH	Secretaria de Estado de Direitos Humanos
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIH	Secretaria de Estado de Direitos Humanos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Política para as Mulheres
TAIS	Técnicos de Assuntos Educacionais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJERJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TMC	Transtorno Mental Comum
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL	15
3.1	A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO	15
3.2	O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES	19
3.3	ESPAÇO DOMÉSTICO E VIOLÊNCIA	22
4	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES	24
4.1	PANORAMA HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	24
4.2	REDE DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO VOLTADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	32
4.2.1	Centros Especializados de Atendimento à Mulher	33
4.2.2	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs)	34
4.2.3	Central de Atendimento à Mulher - Disque 180	35
4.2.4	Casas Abrigo	35
4.2.5	Serviços de Assistência à Saúde	36
5	SAÚDE MENTAL E GÊNERO	40
5.1	A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	40
5.2	A CONSTRUÇÃO SOCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES	46
6	METODOLOGIA	50
6.1	CAMPO DA PESQUISA	51
6.2	SUJEITOS DA PESQUISA	53

6.3	COLETA DE DADOS E TRABALHO DE CAMPO	54
6.4	ETAPAS DE ANÁLISE DO MATERIAL	56
6.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
7.1	PRÁTICAS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO E CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	59
7.2	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA	79
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	106
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	109

1 INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida como um problema mundial e que atinge milhares de pessoas todos os anos, trazendo diversos prejuízos à saúde, à economia e à vida social dos indivíduos. Por este motivo, a violência é considerada como um problema de saúde pública, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação. (KRUG *et al.* 2002, p.5).

As discussões sobre violência de gênero, especialmente aquelas praticadas contra as mulheres, têm início a partir das reivindicações do movimento feminista brasileiro e internacional. Já na década de 1980, surge nova área de estudos sobre a violência de gênero, levando a criação de serviços e leis específicas, conforme demonstra Bandeira (2014) em sua análise sobre a construção do campo teórico da violência de gênero no Brasil. Segundo a autora, a qualificação e análise do fenômeno da violência contra as mulheres, se corporificou a partir da desconstrução da ideia essencialista “de que o aparato sexual era inerente à natureza das mulheres e dos homens” (p. 1).

A concepção acerca do gênero já vinha sendo desconstruída como algo inerente ao sexo biológico desde trabalhos como *Sexo e Temperamento* de Margareth Mead, publicado em 1925, e *O Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir, de 1949, de forma que a compreensão da violência de gênero, é interpretada a partir das expressões de desigualdade baseada na relação hierárquica entre os gêneros, que são construídos socialmente. Contudo, diante da expressiva concentração de violência sobre os corpos femininos, entende-se a necessidade de avanço nos investimentos dos serviços públicos especializados no campo intersetorial e de suporte psicológico às mulheres em situação de violência (BANDEIRA, 2014; MOREIRA *et al.*, 2014).

No que se refere aos dados da violência de gênero contra as mulheres no Brasil, o último Atlas da Violência de 2021¹ informa que somente no ano de 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas, desse número, 66% eram negras. O Fórum Brasileiro de Segurança

¹ Fonte: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 26 mar. 2022.

Pública (2021)² revelou que entre o período de março de 2020 e dezembro de 2021, foram registrados 2.451 casos de feminicídio e “100.398 casos de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do gênero feminino” (p. 2), com o alarmante número de uma menina ou mulher abusada a cada 10 minutos. Os dados mensais indicam que houve um aumento de casos de feminicídio durante o período de restrição provocado pela pandemia do Covid-19, “em 2021, em média, uma mulher foi vítima de feminicídio a cada 7 horas” (p. 3).

Com a necessidade de medidas de isolamento social devido à pandemia de Covid-19, verificou-se um crescimento no número de mulheres vivendo em situação de violência, no entanto, houve uma redução nos registros, uma vez que, a maior parte dos inquéritos de denúncias de violência doméstica exigem a presença da vítima, que neste momento estavam em isolamento respeitando as medidas restritivas. O 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020)³ revela que houve redução dos registros de lesão corporal, estupro e ameaça.

Conforme destaca Minayo (2006), “a violência não é una, é múltipla” (p.15), e não possui um conceito simples e fixo, é mutante de acordo com sua “especificidade histórica” (p. 15), porém sempre acompanhada de conflitos de autoridade e “lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens” (p. 15).

Pesquisas demonstram que no âmbito da saúde mental das mulheres, a exposição à violência está diretamente relacionada com o aparecimento de sofrimento psíquico e transtornos mentais, como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e suicídio. Contudo, tais problemas se relacionam também com as condições socioeconômicas, como gênero, escolaridade, emprego e moradia, afetando a vida e o bem-estar social das mulheres. Esses fatores a longo prazo, estão diretamente associados a problemas graves na saúde mental das mulheres (LUDEMIR, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2007; SANTOS, 2009; ZANELLO & PEDROSA, 2016).

Nesse sentido, verifica-se também, por um lado, uma invisibilização dos efeitos da violência na vida das mulheres pelos serviços jurídicos, sociais e de assistência à saúde. Por outro lado, existe a dificuldade de muitas mulheres em reconhecer e relatar situações de violência, de forma que, considerar a violência a partir de uma perspectiva de gênero nas práticas assistenciais, é também um meio de articular o cuidado às mulheres e seus modos de intervenção (d’OLIVEIRA *et al.*, 2009; SCHRAIBER *et al.*, 2000).

² Fonte: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>

³ O 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública está disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf> Acesso em: 03 abr, 2022.

Com isso, o objetivo deste estudo consiste em conhecer as estratégias de cuidado e acompanhamento às mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência para Mulheres – Suely Souza de Almeida⁴ e no Centro de Referência para Mulheres da Maré – Carminha Rosa⁵, além dos desafios enfrentados pelos serviços e suas potencialidades. Em conjunto, analisar a percepção das assistentes sociais, coordenadoras e psicólogo sobre a saúde mental das mulheres em situação de violência atendidas nos Centros, os adoecimentos mais frequentes e as estratégias de cuidado adotadas.

Para isto, estruturou-se o marco teórico desta dissertação em três capítulos: o primeiro, "*Gênero e violência contra as mulheres no Brasil*", que apresenta conceitos centrais sobre gênero e violência a partir da reflexão de importantes pesquisadoras; o segundo, "*Políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres*", aborda a construção das principais políticas e serviços atuantes frente a violência de gênero no Brasil; e o terceiro, "*Saúde mental e gênero*", discorre sobre a construção do campo da saúde mental e suas políticas, a partir de uma perspectiva gênero.

Em seguida, apresenta-se o método e os caminhos percorridos para alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa, os resultados e discussão e por fim as conclusões, onde se destacam os achados mais importantes, e possíveis rumos para futuras ações e pesquisas nesta temática.

⁴ Portal do CRM-SSA: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/crm/index.html> Acesso em: 31 mai. 2021.

⁵ Portal do CRMM-CR: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/crmm/> Acesso em: 29 abr. 2021.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o funcionamento e as estratégias de cuidado e acompanhamento dos profissionais (assistentes sociais, coordenadoras e psicólogo) dos Centros de Referência para Mulheres – Suely Souza de Almeida (CRM-SSA) e Carminha Rosa (CRMM-CR), e as percepções desses acerca da saúde mental das mulheres em situação de violência atendidas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a rotina dos atendimentos realizados no CRM-SSA e no CRMM-CR;
- Identificar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais do CRM-SSA e do CRMM-CR no atendimento às mulheres em situação de violência;
- Conhecer as estratégias de cuidado desenvolvidas a partir do atendimento psicossocial disponível no CRM-SSA e no CRMM-CR;
- Investigar quais são os adoecimentos relacionados à saúde mental mais frequentes em mulheres em situação de violência, a partir das percepções dos profissionais que atuam no atendimento do CRM-SSA e no CRMM-CR.

3 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL

Este capítulo aborda conceitos centrais para o desenvolvimento desta pesquisa, como gênero, patriarcalismo e violência contra as mulheres, buscando apontar suas inter-relações, a partir de importantes referências que dão suporte aos temas da desta pesquisa. Para uma maior aproximação da perspectiva de gênero e seu delineamento enquanto conceito, apoiamos na leitura de teóricas como Joan Scott e Donna Haraway. No que concerne ao tema da violência de gênero no Brasil e a construção desse campo teórico, trouxemos a reflexão de importantes pesquisadoras, como Cecília Minayo, Heleieth Saffioti, Lilia Schraiber e Lourdes Maria Bandeira.

3.1 A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO

A categoria gênero atravessa o debate relacionado à violência contra as mulheres, uma vez que diz respeito a uma hierarquia social que posiciona os indivíduos na sociedade. Sua definição é abordada por Scott (1995), como:

O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único (SCOTT, 1995, p.21).

Os psicanalistas Ralph Greenson e Robert Stoller (ambos a partir de 1966) trabalharam a categoria gênero levando em consideração as relações entre mãe e filho e da definição do gênero na infância (LATTANZIO e RIBEIRO, 2018).

Cossi (2018) em sua pesquisa sobre os estudos de Robert Stoller, acerca da identidade de gênero, expôs que este inovou com sua coragem em seus trabalhos sobre transexualidade e o que ele considerava como patologias do gênero sexual. Alvo de muitas críticas, Stoller desenvolveu sua teoria onde o sexo se referia aos estados biológicos e o gênero a um conjunto de “sentimentos, pensamentos, comportamentos e fantasias relacionados à masculinidade e à feminilidade”, e culturalmente construídos. Stoller defendia que forças biológicas interferem diretamente no processo de construção da identidade, e que os comportamentos de gênero podem mudar ao longo do tempo, e que dependem da cultura, porém ele acreditava que a convicção do ser homem ou mulher, não mudava (COSSI, 2018).

O conceito de gênero existente hoje teve sua origem a partir da atuação do movimento feminista das décadas 1960 e 1970, que problematizou o determinismo biológico, pois havia uma preocupação no sentido de como os estudos da época concentravam as mulheres, de forma estreita e isolada nos estudos de gênero (SCOTT, 1995).

Desta maneira, o movimento feminista argumentava contra o determinismo biológico e a favor do construcionismo social, afirmando que as categorias natureza e corpo são também lugar de resistência às dominações que são construídas historicamente. Dessa forma, o esforço era em “remover as mulheres da categoria da natureza e colocá-las na cultura como sujeitos sociais na história, construídas e autoconstrutoras” (p. 18). Nesse contexto, Gayle Rubin já trabalhava a definição do “sistema sexo-gênero como o sistema de relações sociais que transformava a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual são satisfeitas as necessidades sexuais específicas daí historicamente resultantes” (RUBIN, 1975 *apud* HARAWAY, 2004, p. 23).

Todavia, anterior ao conceito de gênero que foi se consolidando, já se discutia as relações entre divisão sexual e os papéis de homens e mulheres na sociedade. Destacam-se nesse processo autoras como Margareth Mead nos anos 1920 e 1930, apontando a visão sexista biologicista em seu estudo comparativo *Sexo e temperamento em três sociedades primitivas*, no qual iniciou a ideia de que na espécie humana, os papéis sociais e as condutas variavam de acordo com os contextos sociais. Posteriormente, Simone de Beauvoir, em sua obra *O segundo sexo*, incorporando o pensamento de “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, aponta para o gênero como um constructo social, onde a mulher era medida a partir do homem (BATISTA, 2014; RODRIGUES, 2019).

Ao final da década de 1980, as discussões em torno de entendimentos chamados essencialistas, assumiam o pressuposto de que ser homem ou ser mulher estava associado a uma especificidade da natureza, que era compartilhada por toda a humanidade, em contraste com as formulações sobre a construção dos gêneros a partir de efeitos históricos e definições sociais e culturais. Uma série de transformações políticas e ideológicas ocorreram no que se refere à ordem social do gênero e da sexualidade e na percepção dos sexos, conforme descrevem Heilborn e Sorj (1999). As autoras afirmam que as trajetórias dos embates sobre o conceito de gênero criticam e superam a dualidade que caracterizam a tradição ocidental, rendendo novas formulações para o conhecimento da vida social (HEILBORN e SORJ, 1999).

Via-se a história das mulheres colocada em separado da história política e econômica, e dessa forma excluída e descartada, exigindo reformulações teóricas sobre a análise entre as

experiências masculina e feminina no passado e de como o gênero funciona nas relações sociais humanas, dando sentido à organização e à percepção do conhecimento histórico. Para o desenvolvimento desse propósito, é necessário colocar o gênero como categoria de análise, de forma a reavaliar criticamente as argumentações dos trabalhos científicos tradicionais, ampliando as noções de gênero formuladas até então, afirma Scott (1995)

Inicialmente com o crescimento dos estudos sobre sexo e sexualidade, gênero se tornou “uma categoria útil para análise histórica” (p. 1), pois oferecia um meio de distinguir a prática sexual dos papéis dados às mulheres e aos homens. Porém seu uso até então não dizia sobre como as relações sociais são construídas, como elas funcionam ou como elas mudam, associando o conceito aos estudos relacionadas às mulheres, não tendo força para interrogar os paradigmas históricos existentes (SCOTT, 1995).

Scott (1995) afirma que, posteriormente, o termo começou a ser usado em estudos acadêmicos sobre mulheres para indicar a erudição e a seriedade de um trabalho, por ter uma conotação mais objetiva e neutra do que o termo mulheres. Dessa forma, gênero inclui as mulheres sem as nomear, dando ênfase sobre um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é determinado pelo sexo e pela sexualidade diretamente.

Para Scott (1995), o gênero é usado para definir as relações sociais entre os sexos, rejeitando justificativas existentes a partir do biológico, se tornando forma para indicar as construções sociais e os papéis dos homens e das mulheres e suas identidades subjetivas. Assim, o gênero é uma “categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995).

Scott (1995) ressalta a necessidade de encontrar meios de submeter as categorias à crítica e as análises a autocrítica, analisando seu contexto e revertendo a construção hierárquica da relação binária entre masculino e feminino, como se esta fosse óbvia. A autora entende que no seio dos processos e estruturas ideológicos, existe um espaço para construção de uma identidade e de um conjunto de relações que possibilitem tanto a negação, quanto a resistência, a interpretação e a imaginação. A autora define que:

Precisamos rejeitar o caráter fixo e permanente da oposição binária, precisamos de uma historicização e de uma desconstrução autênticas dos termos da diferença sexual. Temos que ficar mais atentas às distinções entre nosso vocabulário de análise e o material que queremos analisar. Temos que encontrar os meios (mesmo imperfeitos) de submeter, sem parar, as nossas categorias à crítica, nossas análises à autocrítica (SCOTT, 1995, p. 25).

A formulação do pensamento de Scott acerca do gênero de forma integrada transmite a ideia sobre diversos tipos de relações de poder, reforçando que “o gênero é uma das

referências recorrentes pelas quais o poder político foi concebido, legitimado e criticado” (SCOTT, 1995, p. 22). De forma que as significações de gênero e de poder se constroem reciprocamente e suas mudanças podem ter várias origens e novas formas de legitimação. Sendo assim, o terreno do gênero que parece fixado, tem sentido contestado e flutuante nas construções históricas (SCOTT, 1995).

Scott (1995) acrescenta que o gênero é um conceito histórico que demarca em seu terreno questões socioculturais que permanecem em constante fluxo, evocando reflexões acerca da história das mulheres, destacando que:

“[...] gênero na nova história deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça” (SCOTT, 1995, p.93).

Diversas teorias foram formuladas para explicar possíveis relações entre o sistema de dominação das mulheres e a sexualidade. Dentre as análises com avanços significativos encontram-se feministas, bastante influenciadas pelo filósofo francês Michael Foucault, que se baseavam no fato de que a sexualidade é também produzida a partir de contextos históricos (SCOTT, 1995). A difusão do uso da categoria gênero no Brasil se deve a mobilizações feministas a partir da década de 1970 contra o assassinato de mulheres e a impunidade de seus agressores, conforme destaca Araújo (2008). Com isso, o termo passou a ser usado como referência às violências que ocorriam no espaço doméstico e/ou familiar. Essas lutas inclusive resultaram na criação de diversos serviços e políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres (ARAÚJO, 2008).

E a partir da década de oitenta, portanto, o termo mulher é substituído pelo uso do conceito de gênero, favorecendo a rejeição ao determinismo biológico existente, enfatizando então os aspectos relacionais culturais e sociais na construção histórica dos indivíduos. O apoio institucional para financiamento de estudos de gênero no Brasil veio a partir da Fundação Ford, onde foi possível articular o trabalho acadêmico com as preocupações de intervenção sociais, a partir das políticas públicas voltadas para as desigualdades, saindo à frente dos demais países da América Latina (HEILBORN & SORJ, 1999).

Heilborn & Sorj (1999) destacam que na medida em que os estudos de gênero desenvolvem seu potencial analítico e convencem sobre sua importância, evidencia-se um aumento de interesse político e acadêmico por esta área, não somente entre as mulheres pesquisadoras, mas também por parte de homens, interessados em questões relacionadas a

masculinidade e sexualidade. As autoras reiteram ainda que o estudo das relações entre os gêneros deixou forte marca na sociologia, influenciando, por exemplo, conceitos como papel social e status.

Haraway (2004) aponta que raça e sexo são formações “imaginárias” (p. 225) do tipo que produz a realidade: a “mulher então existe apenas como esta espécie de ser imaginário, e as mulheres como produto de uma relação social de apropriação que é naturalizada como sexo” (p. 225). Ou seja, a autora explica que o sexo é uma categoria política naturalizada e que funda a sociedade como heterossexual, havendo necessidade de reconstituir as mulheres fora das relações de reificação como presente, mercadoria e objeto de desejo, bem como objeto de apropriação, materializado em filhos, sexo e prestação de serviços.

3.2 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

A expressão violência contra a mulher possui diversos significados, a depender de suas implicações empíricas e teóricas, de forma que as ações violentas são produzidas em contextos interpessoais e com cenários sociais não uniformes. Assim as ações violentas incidirão sobre as mulheres de diversas formas, sejam elas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto privado, quanto no trabalho e nos espaços públicos (BANDEIRA, 2014).

A violência é entendida como uma questão de Saúde Pública e que pode ser definida de diversas maneiras. E segundo a OMS (2002) o uso da palavra poder expande o entendimento de um ato violento, incluindo os atos que resultam em ameaças ou intimidações. Dessa forma, o uso do poder deve também descrever negligência ou atos de omissão, onde o uso da força ou do poder “deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de autoabuso” (OMS, 2002, p. 380).

Guimarães & Pedroza (2015) ressaltam ainda que as reflexões conceituais sobre o tema violência são inúmeras, mas constantemente atreladas a conceitos como poder e dominação, porém sem trazer as abordagens históricas, culturais e subjetivos sobre o fenômeno da violência.

A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ser um fenômeno da ordem do vivido, onde as manifestações possuem forte carga emocional de quem comete, de quem sofre e de quem presencia. Considera-se que o exercício dos direitos

vem sendo desconectado da esfera relacional e cada vez mais sendo colocado na esfera individual, silenciando dessa forma, os deveres e os compromissos, confundindo os direitos com a satisfação de desejos individuais (MINAYO, 2006; SCHRAIBER, 2006).

A violência de gênero contra as mulheres é resultante de uma assimetria de poder existente nas relações entre os gêneros, expressando a ordem patriarcal que legitima a dominação masculina internalizada por homens e mulheres. Para Sardenberg e Tavares (2016), a violência de gênero diz respeito a qualquer tipo de violência que tenha como base a “organização social dos sexos que seja perpetrada contra indivíduos especificamente em virtude de seu sexo, identidade de gênero ou orientação sexual”, podendo atingir homens e mulheres, mas historicamente com maior destaque contra as mulheres (ARAÚJO, 2008; SARDENBERG & TAVARES, 2016).

A ordem patriarcal de gênero organiza a sociedade, as sociabilidades e os afetos, propagando que a violência é uma manifestação do poder e da superioridade do homem sobre a mulher. E essas relações assimétricas, que alicerçam a sociedade, se materializam nos espaços sociais e na família, de forma que essas desigualdades podem ser presenciadas nas carreiras, nos salários desiguais, nas leis, e nos âmbitos doméstico e familiar (CÔRTEZ, 2012).

A violência de gênero contra as mulheres possui seus entrelaçamentos nas relações de poder, expressando a ordem patriarcal que legitima a desigualdade e a dominação masculina internalizada por homens e mulheres.

Considerada como um problema social, a violência contra as mulheres, estabelece relações de submissão, resultando em situações de medo, isolamento, dependência e intimidação das mulheres, podendo envolver o uso da força real ou simbólica. Assim, o uso da expressão *violência de gênero*, independentemente de sua matriz teórica, vem associada à luta da violência contra as mulheres e suas reivindicações, no que se refere à ordem legal, social e jurídica para que ocorra avanço nas políticas públicas (BANDEIRA, 2014). No que toca a violência de gênero contra mulheres travestis e transexuais, esta ainda é bastante invisibilizada, e a falta de pesquisas e dados quantitativos dificultam o enfrentamento e a organização de políticas públicas voltadas para o grupo, mantendo e normalizando práticas que perpetuam a violência (SOUZA e PRADO, 2019).

Souza e Prado (2019) cita pesquisa realizada em 2017 pela organização internacional *Tgeu – Transgender Europe*, que demonstrou que o Brasil foi o país que mais cometeu assassinatos de mulheres travestis e transexuais entre os anos de 2008 e 2016, enfatizando ainda o alarmante número das subnotificações. Os autores chamam atenção para a forma

como essas mulheres interpretam a violência sofrida, posto que esse fato possa estar relacionado às experiências de constante violência durante a vida, a começar na família e na escola, e posteriormente no mercado de trabalho.

O Brasil avançou entre os melhores países a estabelecer leis em defesa das mulheres, no entanto, continua recordista nos índices de violências, revelando que sozinhas, as leis não possuem poder de transformar a realidade, mas ainda são importantes instrumentos para ‘prevenção, conscientização e repressão’. Estas devem ser implementadas com outras ações para que tenham efetividade de fato (SCARANCA, 2019).

Em 2020, a violência contra as mulheres foi atravessada pelo isolamento social provocado pelo vírus SARS-CoV-2⁶, intensificando o aumento da violência contra as mulheres no ambiente doméstico, revelando no primeiro mês da pandemia, um aumento de 18% nas denúncias registradas pelo Disque 180 (VIEIRA *et al.*, 2020).

O convívio forçado com seu agressor, devido à necessidade de isolamento social, coloca as mulheres em processos constantes de violências, onde essas mulheres são afastadas das suas relações sociais, ampliando a manipulação e exercício do controle por parte de seus companheiros (VIEIRA *et al.*, 2020). Deste modo, as medidas sanitárias de isolamento social, deixam as mulheres sob o domínio de homens violentos, aumentando também a impunidade desses agressores.

Loyola (2020) acrescenta ainda que todas essas questões relacionadas ao coronavírus são itens de pesquisas importantes para os cientistas sociais poderem pensar como as relações de gênero influenciam na tomada de decisões em um nível mais macro (LOYOLA, 2020).

A violência contra as mulheres tem consequências severas em sua vida, uma vez que abala a autonomia, diminui a autoestima e reduz a qualidade de vida, sendo considerada uma violação dos direitos humanos (NETTO *et al.*, 2014). Contudo é importante entender que os processos de violência são mutáveis, e requerem novo olhar a partir das transformações que o mundo vivencia e que as mobilizações dos atores sociais permitem uma melhor compreensão dos danos causados pelas violências, que afeta não somente as singularidades pessoais ou coletivas, como também a ordem social e política, conforme analisa Wieviorka (2007).

⁶ Disponível em: COVID-19 é uma doença causada pelo corona vírus, denominado SARS-CoV-2 - <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca> Acesso em: 03 fev. 2021.

3.3 ESPAÇO DOMÉSTICO E VIOLÊNCIA

A violência contra as mulheres se expressa significativamente na esfera privada, provocando lesões e traumas que muitas vezes são naturalizados nas relações cotidianas e os perpetradores dessas violências, costumam ser os “parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado” (SCHRAIBER *et al.*, 2002 p. 2). Todas essas manifestações, muitas vezes são naturalizadas ou silenciadas, seja na dependência das mulheres em relação aos seus parceiros, ou por explicações que psicopatologizam o agressor e que deveriam ser inaceitáveis, como por exemplo “os homens são incapazes de controlar seus instintos, os estupradores são doentes mentais, as mulheres gostam de homens agressivos” (MINAYO, 2006, p. 95).

A violência doméstica é considerada como um grande problema social no Brasil e no mundo, pois afeta milhares de mulheres de diferentes raças/etnias, classes sociais, escolaridade, faixas etárias, orientação sexual e religiosa, sendo assim, uma grave manifestação da violência de gênero (CÔRTEZ, 2012).

O conceito de violência doméstica assume uma tipologia complexa e diversificada, pode ser considerada como:

qualquer acto, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital. (MACHADO e GONÇALVES, 2003 *apud* ALVES, 2005)

No Brasil, a conceituação de violência doméstica e intrafamiliar mais conhecida é definida a partir da Lei 11.340 de 2006, em seu artigo 5º: “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (LEI 11.340 / 2006).

A politização da violência doméstica no Brasil tem seu percurso na década de 1970 com o movimento feminista, a partir de debates e denúncias, e por acometer as mulheres dentro do seu espaço intrafamiliar, e nas suas relações afetivas, a violência doméstica foi

considerada como violação dos direitos humanos, assim como os demais tipos de violências (CÔRTEZ, 2012).

Saffioti (2001) reforça que não é fácil para uma mulher romper a relação com seu agressor sem auxílio externo, frisando que mulheres possuem diferentes reações, adequadas ou não, para pôr fim à violência vivenciada com seus parceiros, sendo as mulheres nessas relações vítimas de um estado-de-coisas dentro de uma sociedade em que os homens possuem autorização para uso da violência no seu projeto de dominação-exploração das mulheres. A autora acrescenta que “não se pode, de nenhuma forma, educar a geração imatura fora do esquema de gênero” (SAFFIOTI, 2001, p. 123), dado que ainda hoje, ir à direção oposta a todas as instituições sociais é construir uma relação igualitária, sem hierarquias de gênero (SAFFIOTI, 2001).

O Instituto Patrícia Galvão trabalha com projetos de divulgação de dados e informações sobre violência contra as mulheres em plataformas digitais, e ressalta a importância de se obter dados confiáveis e qualificados para que sejam possíveis transformações culturais e de políticas públicas necessárias para reverter à gravidade do quadro da violência contra as mulheres. E de acordo com os dados disponíveis, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública mais recente, revela que somente em 2020, 230.160 mulheres registraram casos violência doméstica em todo Brasil, excetuando o Estado do Ceará que não registrou nenhuma ocorrência.

Observa-se assim, que a violência doméstica não possui interferências somente na vida das mulheres, mas de todos os membros da família, principalmente dos filhos, que possuem relação direta com as mães. Hildebrand *et al.* (2015) revelam que as crianças e adolescentes que vivenciam violência doméstica, apresentam risco alto para o desenvolvimento de problemas psicoafetivos e psicopatológicos, apontando a necessidade de intervenções efetivas para prevenir o desenvolvimento de transtornos mais graves.

As consequências da violência doméstica na vida das vítimas são diversas, e vão além dos traumas óbvios, e geralmente estão associadas a muitos fatores, como medo do agressor, baixo nível socioeconômico e dependência financeira, entre outros fatores. Assim, a violência doméstica nem sempre é identificada pelas vítimas, sendo muitas vezes reconhecida somente quando esta se manifesta em sua forma mais aguda (SILVA *et al.*, 2007; ARJONA, 2019).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES

Neste capítulo será abordado o processo de construção e implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil e sua importância nas práticas sociais coletivas. Em um segundo momento, uma sucinta exposição da construção e da atuação da rede de serviços voltados às mulheres em situação de violência.

4.1 PANORAMA HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Diante da gravidade que é a violência de gênero contra as mulheres, viu-se a necessidade de analisar como o Estado responde às demandas das mulheres em forma de leis e serviços que atuem no enfrentamento e na proteção às vítimas.

Entre as décadas de 1960 e 1970, feministas que atuavam contra a ditadura militar se organizaram para reivindicar melhores condições de vida para as mulheres e pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. A partir de então, grupos de ativistas e voluntárias se voltaram ao enfrentamento dos diversos tipos de violência: “estupros, maus tratos, incestos, perseguição a prostitutas, e infindáveis violações dos direitos humanos de mulheres e meninas” (BLAY, 2003, p. 91).

Pinto et al. (2017) destaca que até meados do século XX, os crimes cometidos por parceiros, eram geralmente justificados como legítima defesa da honra. É somente em 1984 com a ratificação do *Tratado Internacional da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, que houve um progresso inicial. E em seguida, em 1988 a Carta Magna brasileira declarou:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994. p. 9)

Em 1985 é inaugurada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo, com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da Lei 7353/85, e no ano seguinte, a inauguração da primeira Casa Abrigo para mulheres em risco de morte. O CNDM

era então responsável pelo monitoramento das políticas públicas voltadas para mulheres vítimas de violência e pela criação e manutenção das Casas Abrigo e das Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher (DEAMs). O CNDM teve papel fundamental na inclusão de 80% das reivindicações das feministas da época na Constituição de 1988 (SANTOS, 2010; BRASIL, 2011).

A criação da Delegacia da Mulher (DDM) representou um avanço na proteção às mulheres vítimas de violência, que posteriormente foi adotada em outros países da América Latina. A partir da agenda do movimento feminista brasileiro e internacional tornou possível ampliar o diálogo sobre a questão da violência contra as mulheres e reivindicar ações nas instâncias públicas para a criação de políticas voltadas para o atendimento legal e formal (BANDEIRA, 2014).

As DEAMs são marcos importantes nas lutas dos movimentos feministas, que junto com o Estado materializam o reconhecimento da violência contra as mulheres como forma de crime, de forma a responsabilizar e cobrar políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres. As denúncias e as reivindicações acionadas a partir desses movimentos ajudaram a organizar serviços de acolhimento e orientação às vítimas de violência, como o SOS Mulher (SOUZA & CORTEZ, 2014).

Todavia, não raramente mulheres são tratadas de forma preconceituosa e discriminadora nessas delegacias, principalmente em boletins de ocorrências de estupro. Além disso, existe uma enorme falta de distribuição de recursos e materiais para o bom funcionamento e atendimento nesses locais, bem como a falta de capacitação qualificada por parte dos funcionários (OSIS *et al.*, 2010).

A Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos no ano de 1994, através da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher ratifica a posição do Brasil em relação à violência contra as mulheres, entendendo como violação dos direitos humanos e como questão de saúde pública. Também conhecida como Convenção de Belém do Pará, teve sua organização em 1994, porém só é validada no Brasil em 27 de novembro de 1995, com força de lei nacional através do Decreto nº 1973 de 1996. Este é um dos documentos mais importantes no que se refere à violência contra as mulheres e no campo dos direitos humanos. A Convenção prevê apoio jurídico e psicológico às mulheres, abrangendo também as famílias das vítimas (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994).

Para adoção de medidas necessárias ao enfrentamento à violência contra as mulheres, a Convenção de Belém do Pará em seu artigo 9º ressalta que:

Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados-parte levarão especialmente em conta a situação da mulher vulnerável à violência por sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. Também será considerada a violência à mulher gestante, deficiente, menor, idosa ou em situação socioeconômica desfavorável, afetada por situações de conflito armado ou de privação da liberdade (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994).

Em setembro de 1995, foram criados os Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECrim), através da Lei 9.099/95⁷, que embora não tivessem sido criados para lidar com problemas de violência doméstica contra as mulheres, tiveram consequências nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), retirando destas o papel de investigação e mediação dos conflitos, tratando os casos de lesão corporal leve e ameaça, que na época eram os mais registrados nessas delegacias (SANTOS, 2010).

Todavia, o que pôde ser visto na atuação dos JECrim foi um efeito de descriminalização da violência contra as mulheres, inviabilizando a desigualdade de poder onde se instaura a violência entre os gêneros (SANTOS, 2010).

Souza & Cortez (2014) salientam que a violência contra as mulheres deixou de ser investigada e julgada e passou a ser mediada, tornando os JECrims como agentes de conciliação entre os envolvidos no crime. A partir de então, surgiram diversas críticas a esse modelo, tanto pelo pouco conhecimento por parte dos conciliadores e juízes, como a banalização das questões de gênero e da criminalização da violência doméstica e familiar, aumentando o nível das desistências das vítimas em seguir com os processos.

No ano de 1999 foi publicada a primeira edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes, onde constavam recomendações para apoio, atendimento e procedimentos profiláticos. Já em 2003, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM), é possível verificar a criação de novos serviços e a ampliação da rede de atendimento para assistência às mulheres vítimas de violência. Todavia, somente em 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher que se consolida o tema do enfrentamento da violência contra as mulheres. Cria-se então a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), com o objetivo de prevenir e combater a violência contra as mulheres, bem como oferecer assistência (BRASIL, 2011).

⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9099.htm Acesso: 08 mar. 2021.

No âmbito da Saúde foi instituída em 2003 a Lei 10.778⁸, que estabeleceu a notificação compulsória nos casos de violência contra as mulheres, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados em território nacional. Tendo sido definida por esta lei a violência contra as mulheres como: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como no privado” (LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003).

De acordo com esta lei, em casos de violência, a notificação compulsória tem caráter sigiloso, e deve ser direcionada em forma de comunicados às autoridades policiais no prazo de até 24 horas, para que sejam tomadas as providências devidas e para fins estatísticos. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei 5.099/2004⁹ e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM 2.406/2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra as mulheres no âmbito do SUS, por meio do uso da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (PINTO *et al.*, 2017).

Até 2004 não havia a existência de lei que tratasse a violência doméstica e familiar de forma ampla e integrada, e foi através dos documentos provenientes das conferências internacionais sobre os direitos das mulheres, da Convenção de Belém do Pará, aqui mencionada, e posteriormente do Projeto de Lei 4.559¹⁰ de 2004 que foi viável a implementação da Lei 11.340¹¹ (Lei Maria da Penha) em 2006. Sendo possível, dessa forma, estabelecer um tratamento multidisciplinar, a partir de medidas protetivas e preventivas, no enfrentamento à violência contra as mulheres. Santos (2010) destaca que todo o processo de reformulação e aprovação desta lei “refletem uma articulação estreita entre o governo e os movimentos feministas e de mulheres” (SANTOS, 2010; IPEA, 2015).

A Lei 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha) determina a substituição dos JECrim nos julgamentos dos crimes de violência doméstica e familiar contra as mulheres, instituindo os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, implementados nos tribunais de cada estado do país (SANTOS, 2010).

Dessa forma a Lei Maria da Penha estabelece que:

⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm Acesso em: 08 mar. 2021.

⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm Acesso em: 08, mar. 2021.

¹⁰ Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=359376&file Acesso em: 08 mar. 2021.

¹¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso em 08 mar. 2021.

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (LEI 11.340 DE 2006).

Ainda em 2006 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com objetivo de coletar dados a respeito das violências e acidentes, de modo que permitisse a análise e o manejo da situação, pois até então, os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)¹² e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS¹³ (SIH/SUS) limitavam-se em descrever apenas os casos violentos cujo desfecho era o óbito ou a internação. Dessa forma, o VIVA teve como estrutura dois componentes básicos: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela) (BRASIL, 2009). E em agosto de 2007, através de acordo federativo entre o governo federal, os estados e municípios, cria-se o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, tendo como proposta, “organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres, com base em quatro grandes eixos/áreas estruturantes” (p. 12). Dessa forma, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher parte do princípio de que a violência possui caráter multidimensional e multifacetado, e requer articulação nas diferentes esferas da sociedade, como: “na educação, no trabalho, na saúde, na segurança pública, na justiça, na assistência social, entre outras” (BRASIL, 2011, p. 24).

Logo, o Pacto estabelecido e as ações propostas apoiam-se na *transversalidade do gênero*, garantindo que a violência de gênero contra as mulheres seja pensada nas políticas públicas; na *intersetorialidade*, envolvendo atores de diferentes esferas de governo e, por último, na *capilaridade*, de forma que ações e programas de enfrentamento a essa violência cheguem até níveis locais de governo (BRASIL, 2011).

¹² Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> Acesso em 31 mar. 2021.

¹³ Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502> Acesso em 31 mar. 2021.

No ano de 2010, cria-se o Ligue 180 através do Decreto nº 7.393¹⁴, na modalidade de serviço telefônico, que oferece atendimento a mulheres vítimas de violência em todo o País, e a qualquer dia e horário, cabendo à central de atendimento, receber os relatos, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência à Rede de Serviços que melhor lhe atender.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres criada em 2011 tinha como propósito estabelecer ações e diretrizes na prevenção e combate a essa violência, estabelecendo o conceito enfrentamento na implementação de políticas articuladas que dessem “conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões” (p. 26). De acordo com essa política:

O combate à violência contra as mulheres inclui o estabelecimento e cumprimento de normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos agressores/autores de violência contra as mulheres. No âmbito do combate, a Política Nacional proporá ações que garantam a implementação da Lei Maria da Penha, em especial nos seus aspectos processuais/penais e no que tange à criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A Política também buscará fortalecer ações de combate ao tráfico de mulheres e à exploração comercial de mulheres adolescentes/jovens (BRASIL, 2011).

Ainda em 2011, a vigilância e a prevenção de violências universalizam a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, através da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹⁵. No ano de 2013 foi publicado o Decreto 7.958¹⁶ que definia diretrizes para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, estabelecendo em seu artigo 2º o acolhimento e atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência sexual; disponibilização de espaço de escuta qualificada; informação prévia à vítima sobre todos os procedimentos e a etapa de cada atendimento; orientação às vítimas sobre os serviços de referência; disponibilização de transporte à vítima de violência até os serviços de referência; e a promoção para capacitação dos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (BRASIL, 2013, p. 1).

¹⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/D7393 Acesso em: 09 mar. 2021.

¹⁵ Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html Acesso em: 01 mai, 2021.

¹⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm Acesso em 09 mar. 2021.

A Lei 12.845¹⁷ de 2013 definiu o atendimento integral e obrigatório para pessoas vítimas de violência sexual, de maneira que todos os hospitais integrantes do SUS devessem oferecer atendimento às vítimas de violência sexual, de forma integral e emergencial, oferecendo tratamento e encaminhando quando for o caso. Pinto *et al.* (2018) ressalta que essa lei foi alvo de diversas críticas, primeiro pelo conceito adotado para a violência sexual, pois estabelece que a violência sexual é “qualquer forma de atividade sexual não consentida”, porém sabe-se que podem ocorrer crimes sexuais com a permissão da vítima, “como é o caso de crimes de estupro de vulnerável e os que trazem vício no seu consentimento” (PINTO *et al.*, 2017).

Ainda em 2013 foi estabelecido o Programa Mulher Segura e Protegida, pela então presidenta Dilma Rousseff pelo Decreto 8.086¹⁸ com o objetivo de integrar diversos serviços públicos voltados às mulheres em situação de violência. Nesse sentido, entre 2013 e 2014 várias unidades de federação aderiram ao programa, com exceção de Pernambuco.

Para Pinto *et al.* (2017), apesar da preocupação do poder público em diminuir a frequência de violência contra as mulheres, algumas leis não conseguem atingir efeito na prática, sendo ditas como ineficazes. Os autores chamam atenção para a ausência de estudos que avaliem a eficácia desses dispositivos legais, principalmente no que tange aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, mesmo o Brasil tendo altos índices de assassinatos de mulheres, somente em 2015, o feminicídio entra no rol de crimes hediondos, através da sanção da Lei 13.104/2015¹⁹, demonstrando que ainda é preciso avançar no que diz respeito às leis e serviços de proteção às mulheres.

O feminicídio aparece como o limite de um padrão de violência contra as mulheres, que é universal e estrutural e fundamentado no poder patriarcal da sociedade ocidental. Assim, o feminicídio/femicídio vem acompanhado pela impunidade, negligência e conivência do próprio Estado, sendo assim, um crime do Estado por não criar segurança capaz de proteger essas mulheres (CAMPOS, 2015).

Verificou-se que no que se refere à violência doméstica contra as mulheres, bem como outras violências, a Lei Maria da Penha continua sendo referência nas ações de enfrentamento.

¹⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm Acesso em: 26 mar. 2021.

¹⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm Acesso em: 01 MAI, 2021

¹⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm Acesso em: 25 mar. 2021.

Desde a sua elaboração, a Lei Maria da Penha sofreu algumas alterações legislativas, a maioria ocorreu no ano de 2019; são elas as Leis nº 13.827/2019, 13.836/2019, 13.871/2019, 13.880/2019, 13.882/2019. Barbosa (2020) reitera que sempre houve propostas legislativas com intenção de prejudicar as ações protetivas da Lei Maria da Penha que não avançaram, principalmente por causa dos movimentos feministas que monitoram essas atividades, não havendo retrocessos em suas medidas desde que foi criada.

Mais recentemente, em virtude da pandemia provocada pelo Covid-19, foi sancionada no Congresso a Lei 14.022, de 7 de julho de 2020²⁰, que assegura que os processos de violência doméstica sejam considerados de urgência, e que o poder público, bem como os serviços de atendimento devam adotar medidas de proteção para essas vítimas (BRASIL, 2020). Porém, o atendimento presencial para as vítimas só é possível em casos de tentativas de feminicídio, lesão corporal grave ou gravíssima, ameaça com arma de fogo ou estupro de vulneráveis, o que a torna incoerente, mesmo levando em consideração a necessidade das medidas restritivas. Pois se o feminicídio é o último ato da violência contra as mulheres, o atendimento a essas mulheres pode não chegar a tempo hábil.

Atualmente, percebe-se que os crimes cometidos contra as mulheres, justificados como crimes de honra, ainda têm sido recorrentes, de forma que apesar de haver alterações nos padrões e modelos sexistas, não se observa ruptura significativa em relação a antigas estruturas que regem as hierarquias sociais, afirma Bandeira (2014). Assim sendo, constatam-se ainda hoje grandes contradições inerentes ao sistema patriarcal inserido no sistema penal, de forma a punir duramente alguns crimes, como o narcotráfico, por exemplo, mas atuando de forma flexível nos crimes de gênero (PAIVA & SABADELL, 2018). Desta forma, se observa que os dispositivos jurídicos auxiliam na propagação do sexismo e da desigualdade de gênero, através das constituições, códigos de conduta e legislações, visto que, grande parte delas foram criadas por homens, de cor branca, heterossexuais. Portanto, mesmo as mulheres construindo e ressignificando seus papéis na sociedade, nas relações de trabalho, políticas e na cultura, ainda existe muita dificuldade em inserir a perspectiva de gênero na interpretação das leis (BARBOZA & DEMETRIO, 2019).

²⁰ Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14022-7-julho-2020-790393-publicacaooriginal-161013-pl.html> Acesso em: 26 mar. 2021.

4.2 REDE DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO VOLTADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A rede de serviços voltados para o acolhimento às mulheres vítimas de violência, distribuídos por todo Brasil é diversa. Esse estudo não dará conta de trazer todos os serviços existentes, particularmente por existirem muitos programas não institucionais que prestam assistência às mulheres vítimas, como ONG's, igrejas, associações de moradores, entre outros. Dessa forma serão abordados os principais serviços e redes de enfrentamento a violência contra as mulheres em âmbito nacional e alguns serviços localizados no município do Rio de Janeiro.

A rede de enfrentamento é definida pela então Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) como a articulação “entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade” (p. 30), enquanto a rede de atendimento, se refere a um conjunto de ações e serviços de setores diferenciados, visando a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres em situações de violência (SPM, 2011).

Assim para SPM (2011) a *rede de enfrentamento* é composta por:

Agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres; serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não-especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (SPM, 2011, p. 15).

A rede de atendimento se refere ao conjunto de ações e serviços em setores diversos, a fim de lidar com a violência contra as mulheres de forma integrada e humanizada tanto no atendimento, quanto no encaminhamento mais adequado para cada situação, e está dividida em quatro setores, são eles: saúde, justiça, segurança pública e assistência social (SPM, 2011).

No que tange aos serviços disponíveis, a própria SPM afirma que ainda é muito limitada à rede de serviços, dada a complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres, afirmando que até o ano de 2003, as Casas Abrigo e as DEAMs eram as principais respostas governamentais ao problema, sendo ampliadas posteriormente para incluir ações de prevenção, de garantia de direitos e de responsabilização dos agressores (SPM, 2011).

Com o objetivo de integrar e ampliar a rede, o Programa Mulher, Viver sem Violência²¹, lançado em março de 2013 tem como objetivo a articulação dos serviços de atendimento especializados no âmbito da saúde, justiça, segurança pública, rede socioassistencial e da promoção de autonomia financeira de mulheres vítimas de violências. O programa foi institucionalizado a partir do Decreto 8.086, de 30 de agosto de 2013,²² e alterado pelo Decreto nº 10.112 /2019.

O Programa prevê seis estratégias de ação e integração, são elas: criação da Casa da Mulher Brasileira; os Centros de Atendimento às Mulheres nas Fronteiras Secas; a organização no atendimento às vítimas de violência sexual; unidades móveis de atendimento às mulheres do campo e das florestas; e as campanhas continuadas de conscientização. Possui sua gestão através do Comitê Gestor Nacional, no âmbito federal e por um Grupo Executivo, nos âmbitos estadual e municipal.

A Casa da Mulher Brasileira constitui um serviço de enfrentamento à violência contra as mulheres e atua em parceria com demais serviços especializados da rede (as DEAMs, os Centros de Referência de Atendimento à Mulher, as Casa Abrigo, a Defensoria Especializada, o Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher) e os demais serviços assistenciais, como a rede de saúde.²³

Isto posto, serão referenciados a seguir os principais serviços disponibilizados pela Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres, no que se refere ao enfrentamento a violência contra as mulheres, sendo eles divididos em seis categorias gerais e específicas: Serviços Especializados de Atendimento à Mulher, Serviços de Atendimento Geral, Órgãos de Informação, Orientação e Políticas Públicas e Serviços de Segurança e Defesa Social.

4.2.1 Centros Especializados de Atendimento às Mulheres

Os centros são estruturas fundamentais no enfrentamento e prevenção da violência contra as mulheres, pois visam à construção da cidadania dessas mulheres, através de ações globais e atendimentos interdisciplinares. Os serviços oferecidos incluem o aconselhamento

²¹ Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/programa-mulher-viver-sem-violencia/> Acesso em: 09 mar. 2021.

²² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm Acesso em: 09 mar. 2021.

²³ Disponível em: http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/CasadaMulherBrasileira_DiretrizesGeraisProtocolosdeAtendimento.pdf Acesso em: 26 mar. 2021.

individual em meio à crise causada pela violência, como por exemplo, os efeitos traumáticos e o atendimento psicossocial, serviço de extrema importância, visto que a violência traz inúmeros efeitos deletérios na vida e na saúde mental das mulheres (SPM, 2006).

Para que os Centros Especializados de Atendimento à Mulher pudessem realizar um serviço de melhor qualidade, seria necessário a padronização no atendimento, tanto na construção de dados e informações comparáveis, quanto na busca de monitoramento e subsídios para manutenção desses serviços. E essas melhorias só foram possíveis a partir da Norma Técnica de Padronização (Centro de Referência de Atendimento à Mulher, SPM: 2006). A partir de então se cria princípios norteadores, diretrizes e estruturas específicas nos Centros de Referências. Desta forma, definem-se os centros de atendimento como:

equipamentos da política pública especial de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, vinculam-se administrativamente ao órgão gestor das políticas para as mulheres do município onde estão localizados, que tem como finalidade, encaminhar para atendimento e/ou atender a mulher em situação de violência e fornecer subsídios técnicos e estatísticos sobre a questão da violência contra a mulher para gestores das políticas públicas básicas e especiais, bem como para profissionais, representantes de organizações e comunidade em geral (SPM, 2006).

Assim, as mulheres, enquanto sujeitos de direitos e não somente como vítimas, são as detentoras dos serviços oferecidos pelos centros de referência, independentemente de sua cor, raça, etnia, situação socioeconômica, cultural e de orientação sexual, conforme ressalta a SPM (2006).

4.2.2 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs)

As DEAMs fazem parte do conjunto de serviços oferecidos no combate à violência contra as mulheres e estão vinculadas às secretarias estaduais e de Segurança Pública, e integram a Política Nacional de Prevenção, Enfrentamento e Erradicação da Violência contra a Mulher.

Tem como papel a articulação com setores da saúde, educação e direitos humanos, e possuem caráter preventivo e repressivo, de acordo com a *Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres* de 2010. No entanto, apesar dos avanços, percebe-se poucas melhorias no que se refere ao número de unidades e na formação de profissionais especializados nesses atendimentos (TAVARES, 2020).

As duas alterações importantes nas DEAMs, se referem aos casos de violência contra pessoas idosas, que passaram a ser atendidos nas Delegacias Especializadas para o Idoso, e as denúncias de injúrias e difamação, de responsabilidade do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM). No estado do Rio de Janeiro, o NUDEM, disponibiliza o atendimento através dos canais de atendimento 129 ou através do portal da Defensoria Pública que possui atendimento jurídico às mulheres vítimas de violência em todas as regiões do estado do Rio de Janeiro.²⁴

4.2.3 Central de Atendimento às Mulheres – Disque 180²⁵

Serviço oferecido pela Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), onde através de ligação gratuita e confidencial, mulheres podem denunciar violência e receber amparo legal e acolhimento. O serviço funciona todos os dias da semana, 24 horas por dia.

O Disque 180 é um programa que surgiu a partir da Lei 10.714/2003. O serviço tem por finalidade registrar as denúncias das mulheres e encaminhar seus relatos para órgãos competentes, monitorando e direcionando essas mulheres para serviços especializados. O último balanço anual do Disque 180, divulgado em maio de 2020 pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) do Governo Federal, informou que somente no ano de 2019, foram recebidos 1.314.113 atendimentos telefônicos. Os estados com maior número de ligações foram Rio de Janeiro, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2019).

4.2.4 Casas Abrigo

As Casas Abrigo têm como objetivo oferecer atendimento integral e asilo a mulheres com risco iminente de violência. Nessas casas, as mulheres podem ser abrigadas durante uma média de 90 a 180 dias, com ou sem seus filhos, e durante o período de permanência, recebem atendimento psicossocial e jurídico de forma integrada.

²⁴ Mapa de atendimento NUDEM Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/mapa_atendimento.pdf Acesso em: 26 mar. 2021.

²⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ligue-180> Acesso em 15 mar. 2021.

O Serviço oferecido pelas Casas Abrigo surge por meio da formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a partir da SPM de 2003, e suas diretrizes têm como marcos legais: “A Lei 11.340/2006; o Decreto no. 6. 387 de 5 de março de 2008 – II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; a Resolução nº. 109 de 11 de novembro de 2009, CNAS (tipificação dos serviços socioassistenciais); a Convenção de Palermo; e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - a Convenção de Belém do Pará (1994)” (BRASIL, 2011).

Portanto, *As Diretrizes Nacionais de Abrigamento às Mulheres em situação de Violência* se referem a um conjunto de ações que norteiam o abrigamento de mulheres vítimas de violência, sendo esse, temporário, de curta duração, como albergues (BRASIL, 2011).

4.2.5 Serviços de Assistência à Saúde

Sendo a violência contra as mulheres um problema de saúde pública, as unidades de saúde têm a responsabilidade de acolher, atender e acompanhar mulheres em situação de violência, na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade. E especificamente na área da saúde, o tema da violência contra as mulheres só passa a ser discutido a partir dos anos noventa, principalmente devido aos impactos que a violência causa na vida das mulheres e por toda discussão sobre direitos humanos que passou acontecer em todo mundo (BRASIL, 2014; D' OLIVEIRA *et al.*, 2009.).

De acordo com a Superintendência de Atenção Primária, o fluxo de atendimento e acolhimento nos serviços de saúde é dividido conforme abaixo:

→ Atenção Primária

Centros Municipais de Saúde, Clínicas de Saúde da Família e Policlínicas. Essas unidades atendem e notificam casos de violência doméstica e sexual e quando houver necessidade de atendimento especializado em saúde mental, as usuárias são encaminhadas para os ambulatórios e os Centros de Atenção Psicossocial.

Kind *et al.* (2013) relatam uma dificuldade dos profissionais da Atenção Primária na notificação da violência contra as mulheres, o que os autores chamam de *(in)visibilidade da violência*, e um dos motivos é o medo de retaliação, uma vez que os profissionais têm contato direto com a família da vítima e muitas vezes com agressor. Mas existe também profissionais

com muitas dificuldades na organização e na assistência do serviço ou mesmo uma falta de capacitação desses profissionais da Atenção Primária.

Em estudo recente, pesquisadores ressaltam o desafio da Atenção Primária em Saúde (APS), pois apesar de serem vistas como o lugar de cuidado, ainda existe um despreparo dos profissionais em lidar com o fenômeno da violência. E destacam que ainda existem poucas produções que apresentem o ponto de vistas das mulheres e não somente do profissional (ESPERANDIO *et al.*, 2020).

As Unidades Básicas de Saúde possuem importância fundamental na detecção de violência doméstica, porém é necessária a construção de um processo de apoio entre os profissionais e as vítimas que buscam nesses serviços ajuda e superação do problema. As violências contra as mulheres, por vezes, chegam aos serviços de saúde de forma pouco explícita, por esta razão se faz preciso o suporte de uma rede intersetorial e do olhar atento e acolhedor por parte dos profissionais da saúde (BORSOI *et al.*, 2009).

→ Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

As UPAs são unidades que prestam atendimentos 24 horas por dia de urgência e emergência, com ações específicas de cuidados, profilaxia, contracepção de emergência e outras necessidades envolvendo o Serviço Social e a Saúde Mental. Posteriormente essas mulheres são encaminhadas para acompanhamento em uma unidade de atenção primária. E ainda realizam as notificações dos casos através da ficha do SINAN, a qual será encaminhada para a Divisão de Vigilância em Saúde da Coordenação de Saúde e para o Grupo Articulador Regional. Desta forma, percebe-se que as UPAs têm papel importante no atendimento de urgência pré-hospitalar e é o acesso entre as unidades intermediárias, a atenção básica e as emergências hospitalares.

Atualmente no Rio de Janeiro, existem 29 UPAs distribuídas em todo o estado e sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), de acordo com o portal da Secretaria de Saúde do Estado, onde pode ser conferida a localização das Unidades de Atendimento, as escalas e os telefones úteis, como SAMU e Polícia Civil e Militar, que pode ser de grande utilidade em situações de urgências, como mulheres em risco e em situações de violência.

→ Demais serviços de atendimento

Os serviços não-especializados se unem aos demais serviços apresentados acima, no entanto, não com exclusividade ao atendimento a mulheres, mas como porta de entrada a rede de serviços especializada, de forma a encaminhar e direcionar as mulheres vítimas de violência ao atendimento necessário. Entre eles estão: postos de atendimento à mulher na casa do migrante, CRAS, CREAS e Defensorias Públicas (SPM, 2006).

No Rio de Janeiro, iniciativas para o enfrentamento a violência contra as mulheres podem ser vistas através do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro e pela Defensoria Pública, que prestam esse serviço às mulheres vítimas de violência. Esses órgãos tiveram seus serviços adaptados durante a pandemia do Covid-19, devido à elevação da violência nos espaços domésticos onde as mulheres realizam seu isolamento.

Durante a pandemia, diversas ONGs e voluntários se disponibilizaram para o atendimento jurídico e psicológico às mulheres que vivem em situações de violências. Dessa forma, é possível observar que existe uma rede de serviços voltados para o atendimento às mulheres vítimas de violência, necessitando ainda da articulação e encaminhamento adequado a essas mulheres, principalmente na rede de serviços especializados, pois conforme documento disponibilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), durante o isolamento, algumas mulheres podem ter dificuldade para se deslocar por estarem em constante vigilância por parte de seus agressores, necessitando assim, que os serviços revisem seus protocolos de atendimento de forma sigilosa e com disponibilidade de equipes de segurança para o atendimento das mulheres em situação de violência (ONU, 2020).

Na perspectiva de pensar políticas e serviços voltados às mulheres vítimas de violência, importante trazer para o debate as mulheres inseridas nos territórios das favelas, que são espaços marcados pela desigualdade e pela ausência de serviços básicos, vistos como espaços marcados pela violência e pela segregação social e territorial, onde, de um lado, estão os bairros mais pobres, vistos por muitos como o lugar onde se ramificam atos de criminalidade e, do outro lado, o restante da população. Essa análise estereotipada é justificada também, através das ações governamentais desenvolvidas nesses territórios, com discurso de combate as drogas e a criminalidade, e pouco na prestação de serviços e de políticas públicas para esses moradores (SANTIAGO *et al.*, 2019).

Diante do exposto, Silva (2020) reforça a necessidade do preparo dos profissionais ao se deparar com casos de violência doméstica contra as mulheres, visto que, mesmo quando a

violência é diagnosticada, o cuidado recai sobre os danos físicos, negligenciando os impactos psicológicos causados pela violência.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM/RJ), instituído a partir da Lei nº 2837 de 1997, possui o aval para elaborar e implementar sob todas as esferas administrativas do estado, "políticas públicas sob a ótica de gênero, destinadas a garantir a igualdade de oportunidades e de direitos entre homens e mulheres", de forma a assegurar às mulheres proteção e cidadania. Entre as competências do CEDIM/RJ, definidas em seu artigo 2º, estão: articular e implementar políticas públicas para superação das desigualdades de gênero; estimular e apoiar estudos sobre as condições das mulheres; manter o diálogo e a articulação com movimentos de mulheres em suas várias expressões; prestar assessoria jurídica e acompanhamento psicológico e social às mulheres vítimas de violência, entre outros (RIO DE JANEIRO, 1997).

O CEDIM/RJ articula-se com diferentes órgãos, das três esferas de governo (união, estados e municípios), com intuito de assegurar a implementação de novas políticas públicas de proteção às mulheres vítimas de violência. Contudo, diversos Centros Integrados de Atendimento às Mulheres (CIAM) foram fechados por não receberem verbas para o devido funcionamento, como é o caso da Casa de Manguinhos²⁶, que atendia mais de mil mulheres ao ano e que dispunha de atendimento humanizado e especializado, sendo de extrema importância, principalmente por estar localizado em uma das áreas mais violentas da cidade do Rio de Janeiro.

²⁶ Mobilização para reabertura do CIAM de Manguinhos. Disponível em: <https://www.mulheresmobilizadas.meurio.org.br/> Acesso em: 26 mai. 2021.

5 SAÚDE MENTAL E GÊNERO

Neste capítulo apresento um breve histórico da construção da área de Saúde Mental no Brasil e suas políticas até os dias atuais, buscando identificar a existência ou não de uma perspectiva de gênero. Em um segundo momento, foca-se na saúde mental das mulheres, particularmente quando vítimas de violência.

5.1. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O manicômio no Brasil teve princípio no século XIX no Rio de Janeiro, fundado por Dom Pedro II, com inauguração em 1852, dentro de uma perspectiva inteiramente asilar. O intuito do manicômio era abrigar os desviantes que perturbavam a ordem da cidade em locais específicos. A partir de então, diversas outras cidades deram início a construção de manicômios e a partir de 1881, com a Proclamação da República, médicos passam a assumir a direção dos hospícios no Brasil, e o que se demonstrava era internos privados das necessidades e direitos básicos, evidenciando uma verdadeira indústria da loucura (BORBA *et al.*, 2015).

Filho *et al.* (1999) acrescenta ainda que os novos padrões de normalidade mental vieram a partir da segunda metade do século XIX com a Revolução Industrial e com o modelo capitalista de produção, dessa forma buscava-se intervir no comportamento individual, não apenas em seu corpo, mas também em sua mente. Assim, o bom funcionamento do corpo e da saúde individual “passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social” (p. 115).

O modelo manicomial afirmava que “a experiência psíquica diversa é sinônimo de erro”, assim um dos processos de transformação deste modelo é a superação do conceito doença. Não pelo caminho da negação, mas sim pelo de não utilizar o conceito de doença, ou de erro na relação com o sujeito (TORRE e AMARANTE, 2001).

No Brasil, a necessidade de alterações no modelo de assistência psiquiátrica existente, deu-se a partir dos anos 1960 com olhar voltado para a psiquiatria preventiva e comunitária. Mas somente a partir de 1978 com a organização do movimento da reforma psiquiátrica brasileiro, vê-se incorporar críticas ao modelo hospitalocêntrico, ou seja, que se pautava no manicômio e no modelo asilar, uma forma de moldar os comportamentos, através da

vigilância, do controle e da punição, além da violência institucional presente no modelo manicomial (BORGES e BAPTISTA, 2008; BORBA *et al.*; 2015).

A partir deste momento, passa-se a se pensar na lógica da assistência à saúde mental no Brasil, de forma a desconstruir o manicômio, adotando o lema “por uma sociedade sem manicômios”, pois havia um grande número de hospitais psiquiátricos com baixa qualidade e ocorrências frequentes de violações dos direitos humanos, sendo de urgente necessidade uma política voltada para a saúde mental no Brasil (ALMEIDA, 2019; BORGES e BAPTISTA, 2008;).

Vale destacar, que no processo de desospitalizar ou de desinstitucionalizar os pacientes, que se dava na tentativa de “tirar os pacientes do hospital” ou “tirar os loucos da instituição”, não se questionava o papel do médico na relação doença paciente ou sobre a legitimidade da área da psiquiatria para tratar a loucura. Não bastava somente questionar o manicômio, mas entender que desumanidades vistas naquele local, eram reflexos da exclusão social e “produto da opressão da sociedade capitalista” (HEIDRICH, 2007). Nesse sentido a autora cita Franco Basaglia como um precursor e inovador, na experiência italiana de extrapolar a desospitalização, construindo um outro lugar da loucura.

No que concerne ao debate sobre a saúde mental e gênero, este recebe novas contribuições das teóricas feministas, vindo de encontro à discussão no âmbito da reforma psiquiátrica a partir da década de 1980. E na mesma década, vê-se estabelecer, através da reforma psiquiátrica, novas práticas de cuidado e da assistência extra-hospitalar. (SANTOS, 2009).

Para Santos (2009) o adoecimento psíquico trás questionamentos sobre os serviços e as políticas públicas de saúde para mulheres vítimas de violência e a articulação dessas com a política nacional de saúde mental, de forma que essas políticas levem em consideração questões relacionadas às relações sociais de gênero, desconstruindo as certezas impostamente produzidas pela ordem racional patriarcal.

Borges e Baptista (2008) afirmam que nesse contexto de rediscussão do papel do Estado na Saúde e dos ideais da reforma psiquiátrica, se institui, a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), com todos os princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular. As autoras evidenciam que o ano de 1990 foi o momento germinativo da saúde mental no Brasil, com grande articulação de importantes atores na discussão da política nacional de saúde mental e também pela ascensão do debate em torno das propostas políticas naquele momento.

Com a expansão da rede do SUS, somam os esforços para desinstitucionalização, sendo necessário garantir nova resposta ao paciente com problemas psiquiátricos, contando assim, com articulação de diversos outros segmentos da sociedade, como a participação de lutas sociais, familiares e usuários da rede de saúde mental e associações, extrapolando o Movimento da Reforma Sanitária para além do setor Saúde (FURTADO e CAMPOS, 2005).

Diversos foram os movimentos de atuação voltados para a saúde mental no Brasil, entre eles, denúncias de maus tratos que foram ganhando espaço de fala através da grande mídia, comovendo a sociedade e dando visibilidade a negligência dos hospitais psiquiátricos. E em resposta, foi criado em um curto espaço de tempo, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, através da publicação do Gabinete Ministerial nº. 799/00²⁷ do Ministério da Saúde e em 2001 com a segunda portaria GM nº. 175/01²⁸, estabelecendo na saúde mental o uso do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) (BORGES e BAPTISTA, 2008).

O processo de politização e as denúncias e críticas feitas pelos movimentos sociais fez com que a Reforma Psiquiátrica no Brasil se tornasse símbolo de luta e liberdade contra todas as formas de violência, permitindo que esta pudesse agir como um movimento social ‘de redefinição da relação social com a loucura’, de forma a mobilizar e a se desdobrar, conforme destaca Torre (2018):

A questão fundamental de uma visão ampliada da Reforma Psiquiátrica é a de não reduzi-la à simples reforma de serviços e organização de rede de cuidados médico psicológicos e assistenciais, ao passo que a possibilidade de uma dimensão sociocultural remete a transformações no imaginário social, ao espaço de ações coletivas, de mobilização e invenção de novos modos de reprodução social (TORRE, 2018, p. 29).

Assim as reformas no campo da saúde mental no Brasil culminaram, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que ocorreu em junho de 1987, contando com a participação de 176 delegados eleitos. Assim, definiu-se entre seus princípios gerais a importância de uma reforma sanitária capaz de elaborar e implementar ações referentes à saúde mental no Brasil, entre elas:

²⁷ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13619.html>
Acesso em: 01 mar. 2021.

²⁸ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0175_07_02_2001.html . Acesso em 01 mar. 2021.

- Formação de Comissão de representantes de todos os segmentos da sociedade para o estabelecimento de um processo de Reforma Sanitária segundo as reais necessidades da população, de forma a assessorar a Assembleia Nacional Constituinte e a reformulação da legislação ordinária.
- Participação da população, em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços.
- Criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação, representantes estes eleitos por profissionais de saúde mental e de entidades da sociedade civil, na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular (Ministério da Saúde, 1987).

Posteriormente com a II Conferência Nacional de Saúde Mental que teve por finalidade discutir e definir as diretrizes para a Reforma Psiquiátrica, de forma a organizar atenção em saúde mental no Brasil e nos planos assistenciais e jurídico institucional. Participaram da II CNSM: membros representantes de órgãos públicos, organizações patronais, representantes de conselhos, associações, sindicatos e federações de profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e demais interessados nas questões relativas à saúde mental e à reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde, 1992).

Logo após deu-se a criação da Comissão Nacional de Saúde Mental, na promulgação da Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, viabilizando a criação dos *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*, os *Serviços Residenciais Terapêuticos e as oficinas protegidas*. Os CAPS se tornaram responsáveis por responder as principais necessidades dos pacientes com transtornos mentais e a partir de 2002 dois novos CAPS foram criados para atender a necessidades específicas. Assim, foram criados o CAPS-I que presta atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPS-AD, para o atendimento de pacientes com problemas com uso de álcool e outras drogas (FURTADO e CAMPOS, 2005; ALMEIDA, 2019).

Outro recurso importante nesse processo de desinstitucionalização foi o programa *Volta para Casa*, criado por meio de uma lei nacional que foi aprovada em 2003 pelo Congresso Nacional. Dentro desse programa, era oferecida ajuda financeira a pacientes desinstitucionalizados e que estivessem internados em período de, pelo menos, um ano ininterruptamente, além de ser um importante facilitador de inserção social aos desospitalizados que não possuem trabalho ou alguma fonte de renda (BORGES e BAPTISTA, 2009; ALMEIDA, 2019).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental²⁹ ocorreu em dezembro de 2001, logo após a consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica com o tema *Cuidar sim, excluir não* com o intuito de propor a reorientação do modelo assistencial. Esta conferência teve como pauta a interseccionalidade do adoecimento mental, com maior preocupação com as questões relacionadas à violência, mas com um olhar voltado para o coletivo e não pensando nas especificidades de cada indivíduo. Todavia foi uma proposta de articular os setores da saúde, da educação, da assistência social, do poder judiciário e dos serviços de atenção às vítimas de violência, o que se pode considerar como um avanço bastante importante (MEDEIROS e ZANELLO, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001.).

Realizada em julho de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, têm com tema *Saúde Mental - direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios* teve como avanço a intersetorialidade e a participação popular. Com algumas tensões no processo de organização nas esferas municipais, regionais e estaduais, o documento propõe a ampliação das estratégias para grupos específicos, e no que se refere às mulheres, foi proposto a implementação de estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Vários foram os avanços conquistados na saúde mental durante todo o processo, porém muitas foram às fragilidades encontradas, como os problemas relacionados ao financiamento, e o desenvolvimento de recursos humanos e à qualidade das informações produzidas pelos serviços, sendo considerado um grande desafio para a plena execução de todos os componentes da reforma psiquiátrica (ALMEIDA, 2019).

Em relação à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o Brasil conquistou lugar de referência no que diz respeito ao campo da saúde mental, por ter sido um dos primeiros países a estabelecer uma política nacional de saúde mental e tê-la implementado com sucesso por mais de 30 anos, mas não sem inúmeras dificuldades conforme destaca Almeida (2019). Inicialmente centrada na substituição do modelo hospitalocêntrico existente, a PNSM foi se fortalecendo e se estendendo a outros objetivos, como a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e às estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas. Almeida (2019) declara que não diferente de outros processos que geram mudanças, a PNSM suscitou resistências por parte dos mais conservadores, mas a partir dos resultados observados, a adoção dessa política foi universalmente reconhecida, principalmente em relação aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

²⁹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf Acesso em: 09 mar. 2021.

A partir de 2016 diversos documentos normativos foram sendo construídos, a fim de redirecionar a PNSM e a dinâmica dos serviços em saúde mental até então estabelecidos pela Lei 10.216 /2001 (Brasil, 2001), culminando na Nota Técnica 11/2019³⁰ que tinha como característica o retorno ao modelo asilar, contrapondo com os serviços de base comunitária com a lógica nos territórios, ameaçando inclusive o funcionamento do próprio SUS (CRUZ *et al.*, 2020).

A Nota Técnica 11/2019 representa diversos retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental, apontando o retorno ao modelo manicomial, e por isso foi questionada por diversas entidades, entre elas, conselhos profissionais, Defensoria Pública, Ministério Público e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), bem como por pesquisadores inseridos no campo da saúde mental, conforme salientam Cruz *et al.* (2020). A intenção da nota técnica seria de transformar o modelo assistencial vigente, apresentando-se como uma Nova Política de Saúde Mental.

A Lei 10.216 dispõe sobre o cuidado e a proteção das pessoas com transtornos mentais, de forma a redirecionar o modelo assistencial. No entanto, no que tange o cuidado das mulheres, esta lei não apresenta recursos específicos voltados para estas, generalizando tanto os portadores acometidos por doenças mentais, quanto o acesso às informações e às formas de tratamento.

Medeiros e Zanello (2018) analisam o viés de gênero nas políticas públicas voltadas para mulheres e para as políticas em saúde mental e apontam grandes dificuldades nos atendimentos, nos tratamentos e nos diagnósticos dos serviços em saúde mental, e destacam que existe um nível de tolerância para comportamentos diferenciados para homens e mulheres entre os próprios profissionais em saúde. As autoras reforçam ainda que:

A invisibilidade do gênero na reforma psiquiátrica impossibilita a criação de políticas públicas levando em consideração as especificidades de ser homem ou mulher em nossa cultura, bem como reifica e biologiza o sofrimento mental, separando-o de questões sociais. Dentre os desdobramentos da invisibilidade de gênero da reforma, destaca-se a invisibilidade da violência contra as mulheres (MEDEIROS e ZANELLO, 2018, p. 388).

Observa-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica não traz à tona especificidades do indivíduo, como gênero, classe, raça e orientação sexual, tratando as pessoas de maneira universal e reificada, inclusive quando se fala em vítimas de violência, dificultando assim, a

³⁰ Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> . Acesso em: 09 mar. 2021.

criação de políticas públicas mais eficazes às necessidades de determinados grupos sociais. Tanto a Lei da Reforma Psiquiátrica, quanto às quatro Conferências Nacionais em Saúde Mental invisibilizam as mulheres e os transtornos causados a partir das violências vivenciadas por elas, principalmente por ser a violência um dos fatores do adoecimento psíquico em mulheres, conforme já mencionado anteriormente (MEDEIROS & ZANELLO, 2018).

Percebe-se dessa forma, a necessidade na construção de novas estratégias voltadas para as mulheres que sofrem violência e que necessitam de assistência em saúde mental, de forma a dar visibilidade aos fatores de risco que levam mulheres a desenvolverem doenças mentais e assim poder avançar em políticas públicas e em ações de intervenções viáveis. Medeiros & Zanello (2018) sugerem ainda que o tópico da saúde mental seja problematizado nas próximas políticas, separando-o das questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

5.2 A CONSTRUÇÃO SOCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental está interligada à própria conceituação de saúde que afirma que “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” e que “saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências”. E, além disso, diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental de um indivíduo, entre eles, mudanças sociais, discriminação de gênero, exclusão social e violência. Com efeito, que:

A saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade (OMS, 2016).

A conceituação de saúde trazida pela Organização Mundial de Saúde possui muitas críticas, no sentido de que o *completo bem-estar* é bastante subjetivo, e pode variar de acordo com cada indivíduo. Nesse sentido Filho et al. (1999) citam Canguilhem (1990) quando este afirma que “a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos” (FILHO *et al.*, 1999 apud CANGUILHEM, 1990, p. 117), mas é também “a vida no silêncio das relações sociais” (p. 117). Assim a definição de saúde mental envolve uma discussão complexa sobre a loucura e os estigmas relacionados a ela, envolvendo confrontos acerca do normal e do patológico sem

considerar todas as oscilações na vida e na saúde do indivíduo (FILHO *et al.*, 1999; GAMA *et al.*, 2014.).

A ampliação do campo da saúde mental se deu a partir da complexidade de questões relacionadas às doenças mentais e as formas de tratamento e reintegração dos pacientes. Passa-se a considerar “às causas fora do corpo físico, na sociedade, no inconsciente, nas representações sociais, na fala” (OLIVEIRA e RIBEIRO, 2000, p. 93). Logo se faz necessário repensar a doença mental como um processo, um fato cultural e um caminho, e assim aprender com a doença (TORRE e AMARANTE, 2001).

Torre e Amarante (2001) destacam ainda, que com as transformações da sociedade e das novas formas de pensamento nas diferentes ciências, o conhecimento não é mais tido como absoluto e os sujeitos se tornam histórico estéticos, e não seres isolados. Nesse aspecto, o isolamento foi uma das estratégias utilizadas durante muito tempo para excluir determinados indivíduos de seu meio social, medicalizando e patologizando, transformando estes em doentes mentais.

No que toca a doença mental em mulheres, esta esteve historicamente relacionada ao seu aparelho reprodutivo, associando os distúrbios mentais à ordem do biológico e as funções reprodutivas (gravidez, parto, puerpério, menopausa). Ao limitar o desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres ao funcionamento hormonal do corpo, retira-se a importância das relações sociais de gênero e as experiências de sofrimento psíquico (SANDRI, 2001; SANTOS, 2009). Alegava-se que as mulheres eram as mais vulneráveis à doença mental devido à instabilidade do seu sistema reprodutivo, interferindo dessa forma no seu controle sexual, emocional e racional, onde nesse contexto, os homens ficavam com o dever de proteger as mulheres dos perigos da vida pública e intelectual, e os médicos com a função de adverti-las de seus limites a fim de evitar um colapso mental (SANDRI, 2001).

O uso do termo sofrimento psíquico é visto não é somente como uma doença, de maneira isolada, mas que está relacionado também ao social, marcado pela sua historicidade, de acordo com as relações que o próprio indivíduo estabelece. E o rompimento com a dualidade saúde doença permite um olhar diferenciado sobre as psicopatologias de gênero, entre elas depressão, fobias e a histeria, podendo dessa forma, compreender o sofrimento psíquico em mulheres (SANDRI, 2001).

Silva e Zanello (2012) argumentam que há duas correntes explicativas para o fenômeno da maior incidência de depressão em mulheres no mundo todo, uma delas é de cunho biologizante, como visto no parágrafo acima, essa interpretação reduz as mulheres, às

suas funções reprodutivas e hormonais. A segunda corrente possui cunho sócio-histórico e entende que o sofrimento psíquico em mulheres está relacionado às condições materiais e existenciais. As autoras destacam um fator fundamental para o diagnóstico da doença mental, que está relacionado ao olhar clínico, que é marcado pelo gênero, sendo preciso, repensar a expressão do transtorno e a necessidade de criar critérios diagnósticos diferentes para homens e mulheres, que considerem os papéis e valores de gênero” (p. 274).

Outro ponto importante a ser destacado, são os fatores sociais em que as mulheres são consideradas aptas ou não de cuidados, onde mulheres negras e pobres supostamente sucumbiam mais facilmente à loucura, ao alcoolismo e ao vício, pois eram consideradas naturalmente inferiores às demais mulheres (PEROGATO e CALDANHA, 2008).

Ainda hoje, os fatores sociais estão diretamente associados ao aparecimento de transtornos mentais em mulheres, posto que, mulheres com baixa renda e escolaridade, ausência de atividades de lazer e ausência de serviços em saúde possuem maior potencial a desenvolverem doenças mentais. De forma que, é imprescindível na discussão de gênero, considerar o contexto social em que as mulheres estão inseridas, uma vez que o aumento na qualidade de vida e o acesso a direitos básicos, possuem um efeito direto na vida e na saúde psicológica das mulheres (PINHO e ARAÚJO, 2012).

Sandri (2001) ressalta que diversas pesquisas têm mostrado preocupação em destacar a urgência de que estudos relacionados à saúde mental das mulheres levem em conta a condição de gênero, para que assim, as novas construções sobre o sofrimento psíquico e subjetividade das mulheres considerem também a situação de subordinação social dessas mulheres num sistema patriarcal e capitalista.

A naturalização da capacidade de procriar e de cuidar, como sendo inerentes às mulheres, resultou num excesso de demandas e responsabilidades construídas sobre elas, provocando consequências à saúde mental destas mulheres. Em contrapartida, o que se percebe é a supressão dos sintomas, para que assim, as mulheres continuem exercendo os papéis sociais atribuídos a elas (PEDROSA e ZANELLO, 2016, 2018).

As mulheres têm apresentado aumento das morbidades de ordem psíquicas, e entre as doenças mentais mais frequentes, encontram-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados por “fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas psicossomáticas” (p. 571). E um dos motivos desses transtornos, novamente se dá pelo excesso de funções, tanto no que diz respeito ao trabalho no

mercado produtivo, quanto às suas funções e responsabilidades domésticas e familiares. (PINHO e ARAÚJO, 2012).

A violência doméstica contra as mulheres produz graves consequências psicológicas, e que quanto mais severa for à agressão, mais graves são os impactos na saúde mental das mulheres, podendo seus efeitos durar anos após o evento. E o resultado dessa exposição é um maior risco de essas mulheres sofrerem transtornos mentais como “depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas” (LUDERMIR, 2008; SILVA *et al.*, 2020, p. 10).

Ludermir (2008) analisa a saúde mental e o gênero na sociedade de classe e aponta que o caráter social da doença mental se expressa na desigualdade entre homens e mulheres e nos conflitos provocados por essas desigualdades, gerando crises que intensificam as brigas entre parceiros íntimos no espaço doméstico, desencadeando, por vezes, violência. Assim pensar em transtornos mentais, como uma das consequências da violência contra as mulheres, torna necessário pensar nessas mulheres como sujeitos históricos e indissociáveis dos acontecimentos que perpassam pelas suas vidas (LUDERMIR, 2008; BARBOSA *et al.* 2014).

6 METODOLOGIA

Este trabalho está alicerçado em uma abordagem qualitativa, por ser esta a que melhor atende ao objetivo do estudo. Conforme descreve Martins (2004), a pesquisa qualitativa privilegia, de maneira geral, análises de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, desafiando o pesquisador a uma aproximação mais estreita à determinada realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la.

Foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas com profissionais atuantes no atendimento e acompanhamento no Centro de Referência para Mulheres – Suely Souza de Almeida (CRM-SSA) e no Centro de Referência de Mulheres da Maré – Carminha Rosa (CRMM-CR), sendo eles as assistentes sociais, as coordenadoras e o psicólogo. Segundo Minayo (2001) essa técnica permite ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sem necessariamente se prender a indagação formulada, possibilitando respostas mais livres e espontâneas e oferecem maior leveza e fluidez durante as entrevistas. Minayo (2001) ressalta ainda que cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, e sempre que possível, deve ser acompanhada e complementada por informações de observação participante, que é um importante instrumento na realização da pesquisa qualitativa.

O roteiro de entrevista foi construído a partir dos objetivos geral e específicos propostos nesta pesquisa e constitui-se por oito perguntas relacionadas ao funcionamento e à dinâmica de atendimento dos Centros; os tipos de violência mais frequentes apresentados pelas mulheres; fatores que facilitam e/ou dificultam a ação desses profissionais; as queixas relacionadas à saúde mental das mulheres; os transtornos mentais mais frequentes; as estratégias de acompanhamento e cuidado; e as percepções dos profissionais quanto à saúde das mulheres que sofrem ou sofreram violência. O roteiro das entrevistas encontra-se no Apêndice B.

Durante o período da pesquisa, também acompanhei atividades virtuais realizadas pelos Centros de Referência. Nesse sentido, minhas observações/impressões foram registradas em um diário de campo³¹, que se constitui enquanto ferramenta de registro dos procedimentos, atividades realizadas e dificuldades encontradas durante a realização do trabalho de campo.

³¹ Diário de campo: “é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado”.
Fonte: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis:

6.1 CAMPO DA PESQUISA

A escolha dos Centros de Referências para Mulheres - Suely Souza de Almeida (CRM-SSA) e o Carminha Rosa (CRMM-CR) como campo desta pesquisa se deve ao fato de virem ao encontro dos objetivos propostos neste trabalho. Localizados em dois territórios do estado do Rio de Janeiro, os Centros realizam serviços de atendimento psicossocial voltado para mulheres em situação de violência. Ainda que ambos sejam pertencentes a mesma instituição, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o CRM-SSA possui maior abrangência, pois recepciona mulheres de todos os municípios do estado. Já o CRMM-CR atende somente as mulheres do próprio território da Maré, revelando-se de fundamental importância em uma área que sofre diariamente as vulnerabilidades e violências, inclusive do próprio Estado.

O CRMM-CR foi inaugurado no ano 2000, decorrente de um convênio com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH)³² e com a organização não governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA)³³. Em 2004, o Centro passa a fazer parte do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH), que é um órgão suplementar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CHCF)³⁴ da UFRJ. Está localizado na Vila do João, no bairro da Maré, e tem em sua proposta atender, orientar e fortalecer a cidadania das mulheres em situação de violência no território da Maré.

O CRMM-CR visa a criação de planos de ações com a finalidade de construir relações interinstitucionais, aperfeiçoando o atendimento às usuárias desse Centro, com a perspectiva de oferecer uma rede integrada de serviços voltados para as mulheres em situação de violência de gênero dentro da Maré. Atualmente, a Maré é 9º bairro mais populoso do Rio de Janeiro, com uma população média de 140 mil moradores, e desse total, 51% são mulheres, de acordo com o *Censo Populacional da Maré*³⁵, estudo realizado pela Rede da Maré³⁶, articulado com o Observatório de Favelas³⁷, associação de moradores e organizações sociais

Vozes, 2001. Acesso em: 15 jun, 2022.

³² Portal do SEDH:

<http://www.rj.gov.br/secretaria/Default.aspx?sec=DESENVOLVIMENTO%20SOCIAL%20E%20DIREITOS%20HUMANOS> Acesso em: 30 abr. 2021.

³³ Portal do CEPIA: <https://cepia.org.br> Acesso em: 30 abr. 2021.

³⁴ Portal do CHCF: <http://www.cfch.ufrj.br/> Acesso em: 10 abr. 2021.

³⁵ Censo Populacional da Maré:

https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/CensoMare_WEB_04MAI.pdf Acesso em: 20 abr, 2022.

³⁶ Portal da Redes da Maré: <https://www.redesdamare.org.br/> Acesso em: 20 abr, 2022.

³⁷ Portal do Observatório das favelas: <https://observatoriodefavelas.org.br/> Acesso em 20, abr, 2022.

Além das atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas junto à universidade, o Centro oferece também apoio jurídico, psicológico, social e capacitação profissional às mulheres que buscam a instituição. Assim, as estratégias são criadas a partir das demandas trazidas por estas mulheres, e considerando também os aspectos sociopolíticos do território da Maré, que é cercado de violências e vulnerabilidades, bem como as próprias limitações dos profissionais que atuam neste território, diferenciando-se, nesse sentido, do CRM-SSA, que realiza atendimento às mulheres de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro.

Já o CRM-SSA teve sua inauguração no ano de 2016 e também faz parte do NEPP-DH³⁸, e está localizado na Cidade Universitária na Ilha do Fundão. Sua proposta é articular ações de acolhimento, atendimento e acompanhamento psicossocial para mulheres que sofrem, sofreram ou estão sob ameaça de violência.

Este possui também diversos projetos de extensão e atividades coletivas de formação e promoção de direitos para as mulheres em situação de violência. Algumas parcerias fazem parte do cuidado e acompanhamento às mulheres, como o projeto Comunidança, e o projeto com o Instituto de Ginecologia da UFRJ, que propõem atividades coletivas e trocas de experiências, com a finalidade de estimular discussões do cotidiano das mulheres. Dessa forma, as estratégias de cuidado são adotadas a nível multiprofissional e interinstitucional, e visam possibilitar que as mulheres resgatem suas potencialidades e encontrem caminhos para sair das situações de violência em que estão inseridas.

Os serviços ofertados no CRM-SSA e no CRMM-CR são realizados por equipes interdisciplinares, compostas por assistentes sociais, uma coordenadora em cada Centro, e um psicólogo, atuando no enfrentamento a violência doméstica e/ou sexual. Serviços esses que para a maioria das mulheres em situação de violência são a porta de entrada para quebrar o ciclo de abusos que elas vivenciam. O acesso aos Centros se dá por meio das redes sociais (*Facebook, Instagram e Twitter*), de e-mail ou contato telefônico.

Tanto o CRM-SSA, quanto o CRMM-CR se estruturam a partir do atendimento psicossocial, que é o primeiro contato com as mulheres que buscam atendimento, e posteriormente, elas podem ou não serem encaminhadas para outros serviços, a depender das demandas apresentadas. Para as mulheres que estão sendo acompanhadas, são ofertados também, cursos de formação e capacitação; oficinas socioculturais; grupos de apoio; e oficinas de geração de renda.

³⁸ Portal do NEPP-DH: http://www.nepp-dh.ufrj.br/pandemia_conjuntura_dh.html Acesso em: 31 mai. 2021.

A proposta institucional dos CRM-SSA e CRMM-CR têm como objetivo o acolhimento e a escuta ativa, num processo de construção da autonomia dessas mulheres. Um exemplo é o curso de informática para as mulheres, ofertado pelo CRM-SSA em parceria com o Núcleo Interdisciplinar para o Desenvolvimento Social (NIDES), da UFRJ, demonstrando a importância da qualificação profissional e do fortalecimento da autoestima das mulheres vítimas de violência (BATISTA *et al.*, 2018).

Conforme mencionado, os primeiros atendimentos nos Centros de Referência se dão a partir do que os profissionais chamam de acolhida. Nesse momento, um/a profissional recebe a mulher e a encaminha para a assistente social disponível no momento. Esta profissional irá, por meio de uma escuta ativa, buscar saber qual a situação em que esta mulher se encontra. Este momento se dá em uma sala reservada e acolhedora, de forma que a mulher se sinta à vontade e segura para falar sobre sua situação, e não existe um tempo prévio limitado, pois dependerá das demandas apresentadas pelas mulheres.

A partir disso, criam-se as estratégias de cuidado e acompanhamento junto à equipe de cada Centro, e posteriormente, essa mulher é convidada ao que eles chamam de retorno. Porém de acordo com as demandas apresentadas, elas podem também serem encaminhadas para algum serviço da rede especializada, como por exemplo: Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, o CAPS, ou mesmo as Casas Abrigo.

6.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O grupo pesquisado neste estudo foi composto por profissionais do CRM-SSA e do CRMM-CR, que atuam no atendimento e acompanhamento às mulheres em situação de violência. Foram incluídos assistentes sociais, coordenadoras e o psicólogo que atualmente divide sua carga horária entre os dois Centros de Referência. No total, foram entrevistados seis profissionais que tinham o seguinte perfil:

	Gênero	Escolaridade	Profissão/Cargo/função	Centro de atuação	Tempo de atuação no Centro de Referência
Profissional 1	Feminino	Mestrado	Assistente social/Coordenadora	CRM-SSA	6 anos
Profissional 2	Feminino	Doutorado	Assistente social	CRM-SSA	3 anos
Profissional 3	Feminino	Mestrado	Assistente social	CRM-SSA	7 anos
Profissional 4	Feminino	Mestrado	Psicóloga/Coordenadora	CRMM-CR	12 anos
Profissional 5	Feminino	Doutorado	Assistente social	CRMM-CR	7 anos

Profissional 6	Masculino	Doutorado	Psicólogo	Ambos	5 anos
----------------	-----------	-----------	-----------	-------	--------

6.3 COLETA DE DADOS E TRABALHO DE CAMPO

Como primeiro contato para entrada no campo, em outubro de 2020, foi realizada uma conversa ainda informal através de videochamada com a atual coordenadora do CRM-SSA, que me contou sobre o funcionamento do Centro e sua estrutura física. Posteriormente, no primeiro trimestre de 2021, fiz contato por e-mail com a coordenadora do Grupo de Estudos Direitos Humanos e Justiça do NEPP-DH da UFRJ, que me colocou em contato com as equipes dos dois Centros de Referência, que se prontificaram a participar das entrevistas, ponderando a importância de pensar coletivamente em alternativas para o enfrentamento à violência de gênero contra as mulheres.

Destaca-se que neste momento o país já sentia os efeitos provocados pela pandemia do Covid-19 e com isso a necessidade de isolamento social, o que impossibilitou minha presença durante as atividades que ocorriam nos Centros até o mês de março de 2020. Todavia, fui buscando adequar o trabalho de pesquisa da melhor forma possível, uma vez que todas as atividades estavam acontecendo no formato remoto.

As entrevistas foram realizadas de forma virtual, a partir de data e horário agendados através de contato telefônico e/ou e-mail, e de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Foi utilizada a plataforma virtual *Zoom*, que possui também a funcionalidade de realizar gravações de áudio e vídeo.

Destaca-se ainda, que o fluxo das entrevistas estava condicionado também às dinâmicas de atendimentos das equipes, uma vez que todos possuem carga horária integral e as demandas durante a pandemia aumentaram de forma expressiva, ultrapassando inclusive os horários fixos do atendimento nos Centros. Assim, as entrevistas ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2021. Todas as entrevistas fazem parte de um banco de dados, a partir do qual foi realizada uma análise exaustiva.

Uma vez que todas as atividades e atendimentos no CRM-SSA e no CRMM-CR estavam sendo realizadas no formato virtual³⁹, foram observadas também atividades como os *webinários* e os *cines debates*, que ocorreram no canal do *Youtube* dos Centros de Referências

³⁹ Orientações sobre procedimentos em ambientes virtuais: https://comitedeetica.ufop.br/sites/default/files/comitedeetica/files/orientacoes_para_procedimentos_em_pesquisas_com_qualquer_etapa_em_ambiente_virtual.pdf?m=1614288626 Acesso em: 15 jun, 2022.

para Mulheres e as rodas de conversas realizadas em conjunto com o Instituto de Ginecologia (IG) da UFRJ, com temas relacionados ao corpo feminino e suas particularidades.

Entre as atividades virtuais abertas e coletivas, atualmente o CRM-SSA divide-se entre as seguintes atividades: webinários, que são seminários com um tema relacionado a violência contra as mulheres e que contam sempre com a presença de duas (dois) ou mais convidadas (os); os cines debates, onde ocorre apresentação de um filme, e posteriormente um debate aberto no canal do *Youtube* sobre as questões que foram trazidas durante sua transmissão; e também as Rodas de conversas, que funcionam em conjunto com o Instituto de Ginecologia da UFRJ, e abordam temas relacionados ao cuidado do corpo feminino, sexualidade e saúde das mulheres.

Além destes, o CRM-SSA também oferta o curso Ficha Única de Notificação Compulsória de Violência, porém este é limitado para profissionais atuantes diretamente no atendimento às mulheres em situação de violência.

Durante este trabalho, acompanhei as atividades virtuais divulgadas e compartilhadas pelos Centros, posto que, todas as atividades ocorreram de maneira virtual, inclusive as aulas de danças ofertadas pelo Centro, porém estas não são aulas abertas, necessitando de inscrição prévia. Os debates que ocorrem nas rodas de conversas são limitados em número de vagas para as (os) participantes. Quanto à *lives*, *cines debates* e *webinários*, observa-se um público bastante específico, geralmente profissionais que já atuam nos serviços de enfrentamento a violência, e/ou o outro público da comunidade universitária.

Destaca-se ainda que as atividades citadas ocorrem especificamente no canal do CRM-SSA no *youtube*, e abertas ao público em geral. E no Centro de Referência da Maré, as articulações são locais para as mulheres do território, como é o caso da Rede de Apoio às Mulheres da Maré (RAMM)⁴⁰, da qual atualmente estou inserida através do curso 2º Curso de Capacitação no Atendimento a Mulheres da Maré, organizado pela RAMM.

6.4. ETAPAS DE ANÁLISE DO MATERIAL

Realizadas as entrevistas, o material foi transcrito na íntegra, com o cuidado necessário para que todas as frases enunciadas pelos entrevistados fossem mantidas. A análise do material transcrito é um dos elementos de bastante importância na análise das entrevistas,

⁴⁰ Rede RAAM – Rede de Apoio a Mulheres Vítimas de Violência da Maré: <https://cepia.org.br/2020/09/02/rede-raam-rede-a-apoio-a-mulheres-vitimas-de-violencia-da-mare/> Acesso em: 18 abr, 2022.

pois a interpretação desses resultados irá se articular com referenciais teóricos e conceituais, de forma a identificar concordâncias ou discordâncias.

Na análise do material foi empregada a técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (1979) e Minayo (1996), pois esta permite sua aplicação nos diversos tipos de discursos e formas de comunicação, independente da natureza da pesquisa. Tem como foco “qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinados objetos e seus fenômenos” (CAVALCANTE *et al.* 2014, p. 1).

Minayo destaca que existem duas funções técnicas básicas: a verificação de hipóteses e /ou questões, com intuito de encontrar respostas para as perguntas em questão, e confirmar ou não as afirmações que foram estabelecidas antes do início da pesquisa; a segunda refere-se às descobertas que envolvem os conteúdos, que vão além do que é aparente. Estas duas funções se complementam e podem ser aplicadas tanto em pesquisas qualitativas, quanto em pesquisas quantitativas (MINAYO, 2001).

A análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: a) pré-análise, onde acontece a organização do material a ser analisado; b) a exploração do material, a partir da codificação dos elementos, que compreende categorias, elementos, temas e classes de acontecimentos, que confirmam ou modificam as hipóteses e os referenciais teóricos propostos; e por último, a fase chamada de c) tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, esta é a fase em que o pesquisador vai além do que está manifesto nos documentos, pois é o momento da interpretação dos conceitos que derivam da linguagem dos informantes, requer estudo cuidadoso dos dados, devendo o pesquisador retornar ao marco teórico conceitual, pois estes darão sentido à sua interpretação, podendo levar a inferências sob o discurso anunciado (BARDIN, 2011; MINAYO, 2011).

Isto posto, as respostas dos profissionais foram organizadas em uma planilha do software Excel, de acordo com as perguntas do roteiro, destacando as falas mais frequentes, pois de acordo com Bardin (1977) este é um princípio da pesquisa qualitativa. Na análise das entrevistas, foram explorados assuntos que apareceram de forma mais expressiva nas falas apresentadas, bem como assuntos relevantes para analisar a temática aqui trabalhada, tendo como motivação o que procuramos entender neste estudo.

Por fim, dois eixos foram criados como destaque para a apresentação dos resultados. O 1º eixo “*Práticas, estratégias no atendimento e cuidado às mulheres em situação de violência e desafios*” objetiva conhecer a rotina dos atendimentos realizados no CRM-SSA, conhecer as estratégias de cuidado adotadas pelo atendimento psicossocial e identificar quais as maiores

dificuldades encontradas nesse atendimento pelos profissionais que o realizam. Apresentam-se aqui os resultados obtidos a partir das questões 1, 2, 3 e 7 do roteiro de entrevistas (Apêndice B).

O 2º eixo “*Percepção dos profissionais sobre a saúde mental das mulheres em situação de violência atendidas nos Centros de Referência*” disserta sobre os problemas relacionados à saúde mental identificados como mais recorrentes, a partir das respostas obtidas às questões 4, 6 e 8 do roteiro de entrevista.

Para citar os participantes utilizaremos a letra **P** para identificar o **profissional** entrevistado, seguido de um numeral ordinal de um a seis, por exemplo ‘**PI**’, para que possa ser garantido o sigilo e o anonimato de todos os entrevistados (as), principalmente por serem as equipes bastante reduzidas, tanto no CRM-SSA, quanto no CRMM-CR.

6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para realização desta pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP) em 06 de agosto de 2021 (CAAE nº CAAE 49481121.7.0000.5240), conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

Todos os (as) participantes foram convidados (as) a participarem voluntariamente. Foi encaminhado termo de anuência às coordenadoras dos Centros, acompanhado de cópia do projeto de pesquisa. Os participantes tiveram acesso prévio ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela pesquisadora, sendo assegurado o caráter anônimo e confidencial de sua participação, porém o aceite dos participantes foi realizado através de gravação de áudio no momento que antecedeu as entrevistas.

Aos participantes da pesquisa foi explicitado o propósito, os objetivos, métodos, benefícios e potenciais riscos envolvidos em sua participação, deixando claro meu compromisso com a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos entrevistados, assegurando que as informações coletadas não serão utilizadas em seu prejuízo. Foi garantido o direito de se retirarem a qualquer momento, caso desejassem, assim como o anonimato de suas identidades.

Os riscos previstos para os participantes foram identificados a partir de possíveis constrangimentos ao exporem suas percepções, e também a perda do anonimato, uma vez que, as equipes dos Centros são bastante reduzidas. Os benefícios podem ser vistos pela

colaboração indireta em identificar problemas relacionados à saúde mental das mulheres em situação de violência, sendo dessa forma, um instrumento eficaz para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para este público. Como devolutiva, serão enviados aos participantes, o relatório final com os resultados desta pesquisa, bem como a própria dissertação.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados deste trabalho foi feita a partir de dois grandes eixos que se relacionam com os objetivos propostos nesta pesquisa, que são: 1) *práticas, estratégias no atendimento e cuidado às mulheres em situação de violência e desafios* e; 2) *percepção dos profissionais sobre a saúde mental das mulheres em situação de violência atendidas nos Centros de Referência*.

No primeiro eixo analisou-se as práticas e estratégias dos profissionais que realizam o atendimento às mulheres em situação de violência. Considerou-se os tipos de violência mais recorrentes nesses atendimentos a partir da observação das (do) entrevistadas (o), e como são delineados o cuidado e o acompanhamento posterior a essas mulheres. Foi analisado também os desafios e potencialidades verificados por eles na realização e manutenção destes serviços.

No segundo eixo buscou-se analisar a percepção das (do) profissionais acerca da saúde mental das mulheres em situação de violência que chegam até os atendimentos nos dois centros de referência. Destacam-se nesse eixo questões relacionadas às principais demandas em saúde mental apresentadas nos centros, a partir da percepção dos profissionais e como as mulheres lidam com os adoecimentos psíquicos decorrentes da violência.

7.1 PRÁTICAS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO E CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A experiência de entrevistar profissionais que atendem mulheres em situação de violência aponta para a necessidade de se atentar para os fatores sociais e para as consequências dessa violência. Pois conforme Minayo e Souza (1993) a violência perpassa as fases da vida e as relações humanas, como uma rede interligada, afetando todos os indivíduos inseridos na estrutura social, assim como numa epidemia, e as especificidades da violência se revelam em diferentes âmbitos sociais: nas ações domésticas, nas instituições, na estrutura social e cultural.

Desta forma, os atendimentos ofertados nos Centros de Referência buscam dinâmicas que acompanhem e respeitem as especificidades de cada mulher. Todavia, procedimentos básicos são seguidos por todos os profissionais atuantes nos serviços, como demonstraremos ao longo deste eixo.

Uma das primeiras medidas tomadas quando as mulheres chegam aos Centros de Referência é a recepção realizada pelos Técnicos em Assuntos Educacionais (TAIS), neste primeiro momento, esta mulher tem todo apoio administrativo e informativo devido. Posteriormente a mulher é transferida para o que eles chamam de “acolhimento” com profissional da Assistência Social. Em sala reservada, são garantidos sigilo e privacidade para que esta mulher se sinta segura ao falar sobre o que a levou até este serviço.

A entrada das mulheres no atendimento dos Centros de Referência ocorre por demanda espontânea, quando surge a necessidade da própria mulher em procurar o serviço especializado, ou através de encaminhamento realizado por “qualquer serviço que integra a rede especializada de enfrentamento à violência contra a mulher” (P 3).

“Nesse momento em que a gente vai saber que tipo de ação ela quer ao entrar no Centro de Referência de Atendimento, e aí, se ela quer um atendimento individual, se ela não está agendada, nosso primeiro atendimento chama-se acolhimento, e é feito pela Assistente Social... não necessariamente isso é feito em um único atendimento, pode ser que ela precise marcar outros atendimentos para continuar essa primeira etapa, para ver o que essa mulher deseja e como a gente pode ajudar, colaborar...”. (P4)

Do ponto de vista das (o) entrevistadas (o) os atendimentos possuem um conceito amplo, que vai desde o momento em que a mulher entra no Centro de Referência, até os encaminhamentos posteriores. Dessa forma, a postura do profissional que inicia a acolhida e a forma como este recebe as mulheres que chegam até o atendimento, irá fazer “toda a diferença para o vínculo da mulher com o serviço” (P 4).

A escuta ativa por sua vez, é utilizada como ferramenta no cuidado às mulheres, “voltada para o acolhimento e à humanização” (p. 2), conforme definem Oliveira *et al* (2018), pois exige uma prática que “requer concentração e energia por parte do profissional” (p. 2).

Oliveira *et al* (2019) acrescentam que a escuta ativa envolve atenção e interesse no que está sendo expresso, e através da aproximação interpessoal, é possível encorajar a fala das mulheres, com o objetivo de identificar o que às levaram até o atendimento.

“Então é um cuidado, uma escuta sem julgamento, uma escuta atenta, de perceber se ela está referenciada em termos de rede de proteção. Que aí inclui todo o serviço de assistência social, de saúde, considerando a saúde num aspecto integral e dos seus familiares também. Então esse cuidado passa por um olhar pro acesso as políticas públicas, e sobre essa escuta, e sobre a continuidade desse acompanhamento, eu diria isso”. (P2)

Frisa-se que este acolhimento especializado, bem como a escuta qualificada, realizado nos serviços de referência são importantes componentes para a “qualidade e humanização da atenção” (SPM, 2015, p. 17). A partir de um conjunto de medidas, postura e atitudes, o profissional pode identificar as necessidades apresentadas pelas mulheres atendidas, e criar a melhor estratégia de enfrentamento a violência junto a elas. Principalmente, se for necessário articular o acompanhamento posterior com outros serviços da rede, como o atendimento psicológico ou jurídico, por exemplo (Decreto Nº 7.958, de 13 de março de 2013; SPM, 2015).

Os Centros de Referência funcionam como articuladores e são serviços fundamentais no enfrentamento à violência contra as mulheres. E a partir da Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência⁴¹, estabelecido pela SMP (2006), foi possível uniformizar os fluxos de atendimentos nesses Centros.

Contudo, a ausência de padronização dos demais serviços da rede intersetorial, bem como a própria articulação desta rede, ainda são desafios para as (os) profissionais, ficando este atendimento sujeito a sensibilidade do profissional e seu conhecimento sobre o problema da violência de gênero (KAUS *et al.*, 2021; PASINATO, 2015).

Percebe-se então, que a criação de vínculos entre as mulheres atendidas pelos Centros e os profissionais, consiste também como uma estratégia de cuidado desse serviço, pois a partir deste momento elas tendem a se sentir mais confiantes e fortalecidas, podendo assim, suavizar o atendimento, pois muitas vezes a experiência da violência faz com que elas se distanciem de seus vínculos ou de suas redes de apoio e/ou familiares.

“Mas eu considero o primeiro atendimento um momento único, e fundamental para criação de vínculo também. É nesse momento que ela vai também, se sentir fortalecida para pensar que ela não tá sozinha, que ela não é a única mulher que sofre, e entender que esse fenômeno, ele é complexo, e ele é social, e que ela tem uma rede de proteção que ela pode acionar e o Centro de Referência é uma delas, nesse fortalecimento, nesse momento em que ela está passando”. (P2)

A fala da profissional acima corrobora com estudo de D’Oliveira *et al.* (2009), que destacam que o vínculo de confiança entre as (os) profissionais e as mulheres, promovem um verdadeiro sentimento de segurança a elas, visto que “está associada ao sigilo e à privacidade” (p. 9).

⁴¹ Fonte: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/publicacoes/publicacoes/crams.pdf> Acesso em: 14 de jun, 2022.

D'Oliveira *et al.* (2009) reforçam que identificar pontos positivos das mulheres durante os atendimentos traz um verdadeiro resgate das suas subjetividades e experiências de vida, “constituindo uma reflexão no sentido emancipatório da mulher” (p. 10).

Neste momento de acolhimento, é possível que o profissional em ação, através de um prontuário inicial, identifique quem é esta mulher, suas necessidades e o que a levou até o Centro de Referência, compondo um banco de dados com todas as informações sobre ela.

“É o prontuário que nós adotamos, ele foi construído por toda equipe, contou com a ajuda de todos os profissionais, de diferentes saberes e é um prontuário, onde nós queremos saber, não só o território que ela reside, até pra ver as dificuldades, mas o quantitativo de filhos e filhas, perguntamos se ela deseja responder também a identidade de gênero e a orientação sexual. Procuramos saber seu histórico de saúde, se ela já fez ou fez atendimento, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, e se fez, onde fez.”. (P3)

De acordo com uma pesquisa realizada por Souto e Castelar (2020) o acolhimento é uma importante ferramenta de atuação dos profissionais que atuam nos serviços especializados. Assim, este acolhimento se torna primordial para a permanência e continuidade da mulher no serviço de assistência. As autoras destacam que muitas mulheres evitam procurar os dispositivos, ou desistem do atendimento por não se sentirem acolhidas.

A partir do primeiro atendimento, criam-se prontuários de cada mulher, que por sua vez, são ferramentas importantes na identificação de variáveis como: cor da pele, idade, escolaridade, trabalho, relacionamento, quantidade de filhos, moradia, situação econômica e tipos de violência sofrida. Os dados contidos nesses documentos possibilitam ações e encaminhamentos mais assertivos e podem ser de grande utilidade para estudos de intervenção no enfrentamento à violência de gênero (KAUS *et al.*, 2021; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

De acordo com as (o) entrevistadas (o), as mulheres que chegam até os serviços especializados estão em um estado emocional bastante fragilizado, e alguns fatores acabam por dificultar a busca por ajuda profissional, “como o medo, a culpa, a vergonha, as pressões familiares, as limitações materiais e a ineficácia institucional” (MENEGHEL *et al.*, p. 7).

Terra *et al.* (2015) reforçam que a sensação de vergonha que acompanha essas mulheres é observada no sentimento de culpa pela violência sofrida, o que provoca silenciamentos e dificulta também o diálogo com os profissionais responsáveis pelos atendimentos.

Esses sentimentos por sua vez, têm também uma configuração sócio-histórica que regula os comportamentos individuais, observando que, mesmo com os avanços relativos à autonomia feminina, ainda vemos a herança patriarcal de que a mulher deve ser submissa ao homem, ou mesmo naturalizando uma ideia de que a mulher é inferior ao homem, ou é propriedade deste (MOURA *et al.*, 2014).

Arelados a esses fatores, existe um conjunto de crenças sociais, como concepção da instituição familiar como lugar sagrado, por exemplo, que reforçam esses sentimentos culpabilizantes em uma sociedade que mantém a desigualdade de gênero. E todos esses discursos de culpabilização das mulheres são observados na religião, na mídia, e nas relações sociais (MOURA *et al.*, 2014; TERRA *et al.*, 2015)

“Muitos profissionais cometem violências institucionais, sobretudo quando querem atribuir culpabilização (...) ou até cobrar dessa mulher por que ela não fez isso, por que ela não fez aquilo, e acaba expulsando as mulheres do próprio atendimento”.
(P3)

A culpabilização dessas mulheres vem de encontro aos diversos silenciamentos que são impostos a elas na sociedade patriarcal. Em entrevista ao Instituto Patrícia Galvão (IPG) a juíza Ana Cristina Silva Mendes, da 10ª Vara Criminal e 1ª Vara Especializada de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Cuiabá⁴², revela que o número de brasileiros que consideram culpadas as mulheres que sofreram violências é estarrecedor, e devem ser considerados preocupantes, uma vez que reforça a cultura machista e a violência de gênero.

Moura & Henriques (2014) analisam este fenômeno da culpabilização das mulheres nos casos de violência, e apontam fatores sociais, culturais e históricos nessas representações. Elas pontuam que o fenômeno da violência de gênero contra as mulheres traz à tona as dificuldades que a sociedade tem em abandonar as heranças culturais, o que impede fortemente o desenvolvimento social pleno das mulheres em condições equitativas frente aos homens.

As autoras afirmam que apesar das conquistas alcançadas pelas mulheres na sociedade, ainda não é possível observar este lugar de igualdade entre homens e mulheres, pois ainda se observam padrões morais de julgamento, que reforçam uma cultura dominante em que a

⁴² Fonte: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/noticias-violencia/culpabilizacao-da-vitima-estimula-pratica-de-novos-abusos-afirma-juiza/> Acesso em: 26 de fev, 2022.

mulher é estereotipada e julgada por valores machistas e patriarcais (MOURA & HENRIQUES, 2014).

Assim, esses discursos de culpabilização das mulheres podem ser vistos não somente nas relações interpessoais, como também por profissionais da saúde, pela mídia e pelo judiciário, onde muitas vezes é possível presenciar “questionamentos sobre por que a vítima continuou com o agressor, não o denunciou ou estabeleceu uma relação íntima de afeto considerada precoce” (IPG, 2019), confirmando o verificado pela profissional abaixo:

“Então o profissional não muito preparado, ele pode dar uma orientação muito perigosa. Então nós vamos é preparar essa mulher para que ela tome a decisão, pra que ela se veja dentro de um plano de segurança, que tem que ser construído com a mulher, pensando não só nela, como nas crianças. Então às vezes, antes da decisão da ruptura, ela tem que verificar a rede primária de proteção, ela tem que verificar se ela consegue, não só ação de alimentos para os filhos, como guarda, ou uma escola de turno integral”. (P3)

O medo é também outro sentimento muito presente, que é “intensificado pela insegurança e falta de confiança no poder jurídico-policial” (TERRA *et al.* 2015, p. 7). Este dado revela que as mulheres em situação de violência desconfiam da capacidade de proteção oferecida pela rede de atendimento e enfrentamento à violência. Pesquisas denunciam que, de fato, o momento pós-denúncia é de alto risco para a integridade das mulheres. (MENEGHEL & PORTELLA, 2017; MORGADO, 2020; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021; DATAFOLHA, 2021).

Pesquisa realizada pelo Datafolha (2021) indica que o momento em que a mulher procura romper uma violência, é o momento em que ela fica mais vulnerável. Por esta razão, profissionais entrevistadas relatam o cuidado ao direcionar uma mulher a uma separação abrupta ou mesmo ao ato de denunciar, sem que antes seja garantida a sua segurança.

“As mulheres que são vítimas de feminicídio, eu já acompanhei várias histórias... foram mulheres que romperam, foram mulheres que não procuraram o serviço especializado, e os amigos falavam ‘larga esse homem, larga esse cara!’ E ela larga, e ela rompe, e aí este homem se sente frustrado porque perdeu o seu objeto de prazer, perdeu a sua mercadoria, e ele não economiza esforços para exterminar essa mulher. Até porque ele não permite que ela seja companheira de outra pessoa. Ele vê aquela mulher como um pedaço dele”. (P 3).

Contudo, a literatura demonstra que o processo de culpabilização às mulheres que se encontram em situações de violência, muitas vezes é evidenciado pelos próprios profissionais da assistência, e em resultado, muitas delas possuem dificuldades em procurar um serviço, ou simplesmente desistem de continuar o atendimento (SOUTO *et al.*, 2020; ARBOIT *et al.*,

2018). Dessa forma, o comprometimento das (dos) profissionais deve ultrapassar o senso comum, pois conforme frisa uma das entrevistadas a linha de cuidado “existe à medida que há respeito” (P3).

Assim, uma das estratégias no cuidado às mulheres mencionadas pelas (o) profissionais são as atividades realizadas de forma coletivas, como as oficinas, as rodas de conversas e as aulas de dança, já mencionadas nesta pesquisa. As atividades são realizadas por profissionais do próprio Centro ou por convidados externos, e podem estar vinculadas aos atendimentos ou não. Na Maré, por exemplo, por ser um Centro dentro do próprio território, os cursos e as oficinas são caminhos para que estas mulheres deem início ao atendimento, se for o caso.

“Tem as oficinas, tem os trabalhos mais coletivos, que a depender, muitas vezes a mulher faz o atendimento, mas também participa das oficinas, ou às vezes, a gente pode avaliar que a oficina é suficiente, porque tem gente que tem uma demanda de estar em grupo, de fazer atividades em grupo”. (P6)

Então, parte das estratégias dos profissionais nos Centros de Referência tem como objetivo, o fortalecimento das mulheres, para que tenham autonomia da própria vida, principalmente as que dependem financeiramente de seus companheiros. Para uma das entrevistadas, é imprescindível se despir de valores morais durante os atendimentos, de forma que a mulher não se sinta julgada ou culpada por passar por violência, pois um dos princípios éticos que os Centros defendem, é o respeito às escolhas das mulheres.

“Eu acho que a gente tem que estar muito despida, de valores ético-morais, pra não ficar assim externando, seja pelo olhar, seja pela pergunta, pela forma de se posicionar diante da mulher, de uma forma que ela possa não se sentir julgada, ou culpada por sofrer violência”. (P3)

Nesse sentido, entende-se a urgência de profissionais sensíveis e preparados para informar e orientar, da melhor maneira possível este processo de romper com a violência, de forma a garantir que as vidas das mulheres e de seus filhos sejam preservadas.

Todavia, vale a pena destacar que os dados revelam que mulheres separadas e divorciadas sofrem modalidades mais severas que as mulheres casadas, conforme apresenta o relatório “Visível e Invisível” do DataFolha em conjunto com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), porém a mesma pesquisa aponta que a maior parte das violências ocorreu dentro da própria residência da vítima. Pode-se afirmar então que os dados

apresentados sobre violência contra as mulheres no Brasil ainda são bastante inconclusivos. Pois conforme pesquisa do DataFolha (2021) esses registros são feitos a partir das denúncias, e muitas mulheres casadas não denunciam seus agressores, ou recorrem a uma rede de apoio, como família, amigos ou mesmo a igreja.

Essa invisibilidade posta sobre a violência contra as mulheres é também uma questão de gênero e frente ao silêncio das mulheres e a invisibilidade na assistência, Schraiber *et al.* (2003) indagam: “Por que as mulheres não contam? Por que os profissionais não perguntam?” (p.4). Essa negação do problema por parte das mulheres é observado pela socialização do gênero, que naturaliza as diferenças entre os sexos e os padrões impostos a eles, como a subordinação das mulheres aos homens, e o uso da violência de gênero como punição para manter a dominação patriarcal (MENEGHEL e PORTELLA, 2017).

Nesse mosaico de questões socioculturais que se relacionam aos diversos sentimentos que recaem sobre a vida das mulheres, cabe ainda a sensação de desamparo e tristeza provocada pela violência e suas consequências, conforme sinaliza o entrevistado abaixo:

“(...) autoestima deteriorada, falta de perspectiva na vida, falta de motivação, falta de energia, não ver sentido na vida, tristeza (...) por ter sofrido, ou ter sofrido um episódio muito grave de violência, ou ter feito parte de uma relação violenta durante muito tempo, onde a autoestima dela foi muito afetada, né!”(P 6)

Assim, percebe-se que a violência deixa marcas, tanto físicas, quanto mentais na vida das mulheres que a vivenciam, e essas marcas são externalizadas de diversas formas, impedindo que as mulheres possam participar de forma plena em sociedade, conforme destacam Jesus & Sobral (2017).

Existe ainda a influência da própria construção das identidades, que é perpassado pelo gênero, mulheres se veem muitas vezes em lugares de submissão e obediência ao homem, invisibilizando novamente os impactos que a violência sofrida pode gerar em sua saúde mental (GUEDES *et al.*, 2009). Porém, cabe destacar que em se tratando de violência, é de extrema necessidade esse olhar atento por parte dos serviços profissionais, de forma que as mulheres não sejam desqualificadas no seu sofrimento e na gravidade da situação que a levou a buscar ajuda. Pois conforme analisam Zanello & Pedrosa (2016), “a falta de atendimento ou de cuidado para lidar com a situação naturaliza a violência sofrida pelas mulheres” (p. 4):

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

gênero da reforma, destaca-se a invisibilidade da violência contra as mulheres” (ZANELLO & PEDROSA, ANO, p. 6)

Partindo do que foi exposto, os profissionais dos Centros de Referência CRM-SSA e CRMM-CR procuram construir junto essas mulheres estratégias de cuidado e acompanhamento, visando sempre à segurança destas mulheres. E não somente o procedimento da denúncia, como foi colocado por uma das profissionais, pois conforme menciona d’Oliveira & Schraiber (2013) permanecer em uma situação de violência não é uma escolha livre da mulher, mas exige não somente recursos comunitários e sociais, como também as próprias relações sociais em que esta mulher está inserida. Dessa forma, as autoras afirmam que a atuação dos profissionais também é determinante para o processo que elas chamam de “rota crítica”, que é todo o movimento realizado pelas mulheres, com o objetivo de interromper um ciclo de violência (D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013).

Para uma das profissionais, também é competência dos profissionais da rede especializada entender a rota crítica das mulheres e as dificuldades que elas enfrentam quando decidem sair de uma situação de violência. Pois para D’Oliveira & Schraiber (2013), muitas são as dificuldades encontradas tanto na qualidade dos serviços assistenciais, quanto na articulação desses serviços.

“Ela não tem que ir obrigatoriamente a uma delegacia especializada, até por que todas as delegacias têm a mesma competência pra registrar, porém partimos da premissa que a especializada tem uma escuta e um treinamento mais fortalecido no sentido da humanização, de entender toda essa rota crítica, que essa mulher vivencia, e as dificuldades para realizar o deferido registro”. (P3)

Terra *et al.* (2015) consideram que a violência doméstica é muitas vezes banalizada como um problema individual, e assim, ignorada nos serviços de saúde e de assistência social, dificultando a garantia dos direitos das mulheres. Para as autoras, a violência contra as mulheres é vista como algo “trivial na sociedade” (p. 3), assim os serviços que deveriam protegê-las acabam por perpetuar esse tipo de violência. Para Morgado (2020) a proteção às mulheres em situação de violência, exige “articulação de diferentes políticas públicas, nos seus diferentes níveis de prevenção, proteção e responsabilização” (p. 54).

D’Oliveira & Schraiber (2013) reforçam ainda que, muitos atendimentos são marcados “por ambiguidades e contradições” (p. 4), e as percepções dos profissionais são muitas vezes atravessadas pelos estereótipos de gênero, desconhecendo muitas vezes as necessidades que as mulheres tentam demonstrar nos atendimentos.

Por esta razão, o plano de segurança construído pelos profissionais precisa ir de encontro às percepções e ações de cada mulher, que passam desde os conhecimentos que essas mulheres possuem acerca dos dispositivos legais, como nos fatores que as impulsionam a darem início à rota crítica, conforme mencionam Arboit *et al* (2018).

Este plano de segurança faz parte de uma série de estratégias criadas entre as (os) profissionais e as mulheres, a partir do momento em elas decidem sair da relação de violência. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) “o plano de segurança é uma ferramenta de apoio para o processo de decisões que a mulher poderá tomar para enfrentar a situação de violência que esteja vivendo” (p. 22), e deve ser sempre elaborado junto a elas.

As (o) profissionais entrevistadas (o) seguem todas as diretrizes estabelecidas para que esse plano, quando necessário, seja executado de forma cuidadosa e responsável, pois o não planejamento pode colocar as mulheres em risco no momento da sua execução (ONU Mulheres, 2020).

“Mostrar pra elas com cuidado também as questões das políticas públicas existentes, principalmente nos casos graves, que a gente vê que a mulher está ameaçada de feminicídio, construir com ela um protocolo de segurança”.

“(...) a gente adota um protocolo de segurança né. Então manter sempre muda de roupa dela e dos filhos, documentos dela e dos filhos, num lugar seguro. Se ela precisar sair em qualquer momento da casa, ela vai sair com muito mais tranquilidade, porque ela tem as necessidades básicas dela e dos filhos em outro lugar”. (P1)

Neste processo de delimitação dos riscos, é possível traçar um protocolo de segurança para as mulheres, seus filhos e familiares mais próximos. Reforçando que isto passa pela escolha das mulheres, trazendo alternativas que incluam os serviços, as políticas públicas e as redes de proteção que elas podem ter acesso, conforme cita a mesma profissional.

“Então a partir da avaliação do risco, de feminicídio, a gente dá certas orientações. A questão do abrigo como uma possibilidade, como funciona o abrigo, a possibilidade dela levar os filhos pro abrigo. Então a gente vai construindo com ela, e a depender do nível de gravidade” (P1)

Em contrapartida, existem outros motivos que fazem as mulheres permanecer em situações de violência, como medo do agressor, dependência financeira, a crença na instituição familiar e a proteção dos filhos (ARBOIT *et al.*, 2018). Nesse sentido, a entrevistada 3, acrescenta que profissionais despreparados podem dar orientações perigosas as mulheres que estão em violência.

“Então às vezes, antes da decisão da ruptura, ela tem que verificar a rede primária de proteção, ela tem que verificar se ela consegue, não só ação de alimentos pros filhos, como guarda, ou uma escola de turno integral”. (P 3)

Os encaminhamentos que serão feitos pelos profissionais “vai depender de um conjunto de fatores” (P 2), que passa pela observação às necessidades destas mulheres e a reflexão delas enquanto protagonistas de suas vidas. Nesse sentido, a entrevistada 3 acrescenta que não existe uma “receita de bolo” que pode se aplicada a todas as mulheres, pois é preciso saber quais são os suportes que estas mulheres podem acionar posteriormente.

“Então tem todo um plano de segurança, que a gente tem que construir e informar a mulher, pra que ela se sinta mais fortalecida na tomada de uma decisão imediata”. (P3)

Destaca-se que quando falamos de articulação, algumas dessas limitações podem atravessar a prática desses profissionais, principalmente quando delimitamos os territórios em que os Centros estão inseridos. O CRMM-CR atende mulheres que convivem com a violência em tempo integral. Dessa forma, torna-se fundamental conhecer as articulações que são criadas na localidade, que também podem ser vistas como estratégias fundamentais para a sobrevivência das (os) moradores.

Os fluxos de encaminhamentos então se tornam ferramentas essenciais para o processo de rompimento do ciclo da violência, que vão desde ao atendimento jurídico e de assistência à saúde, até a inserção destas mulheres no mercado de trabalho.

Logo, no que concerne aos tipos de violências mais frequentes apresentados pelas mulheres nos atendimentos que chegam até os Centros de Referência desta pesquisa, as denúncias foram as seguintes: **física, psicológica, sexual, patrimonial, estrutural, institucional e moral**. Porém, a violência física predominou como a mais externalizada pelas mulheres, segundo as (o) participantes. Pois somente no decorrer dos atendimentos elas percebem que podem falar sobre as suas dores sem que estas sejam minimizadas ou silenciadas.

“... elas costumam materializar a violência, através da física. Então, às vezes, elas contam algum relato, de algum momento no relacionamento afetivo, houve uma explosão e uma manifestação de uma violência física. Tipo um empurrão, tipo um soco, tipo algum agravo físico. Porém, no desenvolvimento do acompanhamento, a gente verifica a prevalência da violência psicológica. E a mulher vai percebendo que ela pode falar disso”. (P3)

Hasse & Vieira (2014) afirmam que muitos profissionais também possuem dificuldades em identificar certos tipos de violência, pois muitas vezes “o corpo ferido, a existência de hematomas e fraturas é o que possibilita a identificação da violência” (p. 6).

As violações apresentadas pelas mulheres durante os atendimentos corroboram com os dados apresentados pelo Observatório Judicial da Violência Contra as Mulheres (PJRJ, 2021), relativo aos anos de 2013 a 2021, em que a violência física, seguida da violência psicológica foram as ações mais distribuídas pelo Poder Judiciário no que se refere à violência doméstica e familiar contra as mulheres.

Particularmente em relação ao estado do Rio de Janeiro, os dados apresentados pelo *Dossiê Mulher* de 2021, também vieram de encontro com o observado pelas (o) profissionais, pois em 2020 a maior parte das mulheres registraram crimes relacionados à violência física (34,6%), psicológica (31,6%), seguidas das violências moral, sexual e patrimonial, que corresponderam a 23,5%, 5,7% e 4,6% das denúncias.

Contudo, em relação à violência sexual, esta aparece em terceiro lugar entre os tipos de violência que mais se apresentam durante as entrevistas, muito provavelmente se dê ao fato da confiança que as mulheres depositam nos profissionais que as atendem. Profissionais salientam que muitas mulheres não conseguem identificar a violência sexual marital, já que o ato sexual é visto como uma obrigação. Berger & Giffin (2005) revelam que a relação sexual ocorre muitas vezes sob a forma de coerção naturalizada dentro da relação ou “como cláusula prevista no contexto das obrigações conjugais” (BERGER & GIFFIN, 2005, p. 6).

“A violência sexual dentro do casamento, é algo assim, muito... as mulheres ainda entendem como uma obrigação, como algo nesse sentido. Não entendem isso como violência”. (P1)

Berger & Giffin (2005), em pesquisa realizada com nove mulheres atendidas em um Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), revelam que a conjugalidade violenta reflete igualmente na qualidade das relações sexuais, transformando-as num verdadeiro campo de batalha. E por ser o sexo um dos motivos mais frequentes para que a violência se instale, muitas mulheres acabam “cedendo à relação sexual, algumas vezes por temerem a agressão física, a perda de apoio financeiro ou acusações de infidelidade” (p. 6).

Nesta análise, Berger & Giffin (2005) apontam um “descompasso” no tempo relacional dos gêneros, assinalando que as conquistas das mulheres no ambiente público e no campo profissional, não lhes garantem “as relações afetivo-sexuais que elas desejam” (p. 3).

Esse fato corrobora com a pesquisa realizada por Zanello *et al.*, (2015) em que afirmam que as questões relacionais entre homens e mulheres são perpassadas pelos estereótipos de gênero, que são construídos socialmente. Assim, para as mulheres, são reforçados valores voltados para o lar, à família e a maternidade, como uma condição feminina, e para os homens padrões de virilidade, sexualidade e produtividade.

Nesse contexto, os estereótipos de gênero “aliados às condições materiais de sobrevivência, banalizariam ou impediriam uma maior visibilidade do fenômeno da violência sexual conjugal” (Berger & Giffin, 2005, p. 2). As autoras revelam que a percepção da violência contra as mulheres foi sendo alterada ao longo dos anos, passando a ser vista como crime e focalizando questões que até então eram desvalorizadas. A mulher busca sustentar uma posição de sujeito na sociedade, e não de objeto nas relações sexuais que vivenciam, destacam as autoras. No entanto, mesmo com as transformações nas práticas sociais e sexuais das mulheres, ainda existem diferenças substanciais entre homens e mulheres, pois as mulheres continuam projetando relações sexuais no âmbito de uma relação de afeto e compromisso (BERGER & GIFFIN, 2005).

Saffioti (1999) provoca dizendo que a “sociedade inteira considera dever da mulher cumprir o que no Código Civil⁴³ é chamado de débito conjugal” (p. 5), que se expressa nos direitos e deveres dos cônjuges, incluindo em satisfazer um ao outro nas relações sexuais. Para a autora não é possível falar de privacidade e intimidade das mulheres, se milhares destas são estupradas no casamento todos os dias, duas vezes na semana. Pois mesmo que este fundamento exista para ambos, é a mulher que se sente na obrigação de estar disponível para o seu parceiro, sempre que este desejar (SAFFIOTI, 1994; 1999), já que uma mulher que toma a iniciativa sexual é até hoje mal vista.

Da mesma forma, nota-se que diante das relações afetivo amorosas, a violência patrimonial também se faz presente na vida das mulheres que buscam atendimento nos Centros de Referência. Porém, muitas destas mulheres não sabem como lidar com a situação, seja por dependência, ausência de informação, mas principalmente por falta de acesso às políticas públicas que lhes permitam melhores condições de vida.

No entanto, existe uma dificuldade de representatividade jurídica tanto na conquista de direitos das mulheres, como no conhecimento desses direitos e leis que as protegem. Assim,

⁴³ Fonte: LEI N o 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002, artigo 1.566
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm Acesso: 13 de mar, 2022.

quando apresentadas em forma de denúncia, a violência patrimonial raramente se apresenta separada das demais (PEREIRA *et al.*, 2013).

A violência patrimonial e financeira foi constatada durante as entrevistas, principalmente devido às dificuldades que algumas possuem em identificá-la, apresentando impactos devastadores na vida e na saúde física e mental delas. A Lei Maria da Penha interpreta “como patrimônio não apenas os bens de relevância patrimonial e econômica financeira direta, mas também aqueles que apresentam importância pessoal” (LEI 11.340/2006; PEREIRA *et al.*, 2013, p. 6)

“A violência patrimonial é muito pouco reconhecida como violência também. É, muito comum ela relatar assim: - e aí na briga, ele quebrou meu celular. E ela vai falando como se fosse uma situação da briga em si, da discussão em si, e não entende isso como violência (“...”) (P1)

Entretanto, apesar de sua gravidade, esse tema vem sendo negligenciado tanto na literatura quando nas políticas públicas, afirmam Ludemir e Souza (2021), e uma das evidências é a baixa quantidade de casas-abrigo em território nacional, e nas ações de proteção, renda e moradia, que tenham efeitos reais na vida dessas mulheres.

Saffioti (1999) revela que a maior parte das violências de gênero tem lugar nas relações afetivas, e utiliza o termo da “co-dependência” (p. 6), para explicar o fato de que muitas mulheres se mantêm em relacionamentos abusivos, numa espécie de dependência. E uma das características mais relevantes para esta co-dependência, apresentada pela autora, seria a rotinização, e assim, “a relação violenta se constitui numa verdadeira prisão” (p. 7).

“Muitas vezes, o próprio homem cria situações de dependência emocional, dependência financeira, impede de trabalhar e tudo mais, né”. (P6)

Contudo, somado aos fatores que vulnerabilizam as mulheres na sociedade, a violência estrutural é uma delas, e pode ser um fator intensificador para outras violências. E por fazer parte da vida social dos indivíduos, é difícil “compreendê-la através do senso comum como uma manifestação de violência, mas sim como pura e simples incompetência de governantes e responsáveis” (NETO & MOREIRA, p. 3, 1999).

“... a gente atende mulheres de todas as classes sociais, mas a gente tem uma parcela grande em situações de vulnerabilidade, e a violência estrutural, ela tá presente ali, e é uma condição muitas vezes, que dificulta esse rompimento”. (P2)

Como mencionado pela entrevistada acima “ela está ali presente” (P 2), porém grande parcela da população não compreende a vulnerabilidade social como uma forma de violência, mas sim como uma ineficácia do poder político, “ou até mesmo como uma maneira de gerenciar os conflitos sociais” (NETO & MOREIRA, p. 2, 1999). Os autores afirmam que compreender a violência estrutural a partir de seus diferentes contextos sociais, permite desvelar os mecanismos utilizados pelo Estado na restrição de acesso e direitos básicos para uma determinada população, ao mesmo tempo em que privilegia os interesses de determinada classe.

Corrêa *et al.* (2021) em análise sobre interseccionalidades e violência numa comunidade da periferia de São Paulo, observaram que a violência estrutural contra as mulheres é expressa diretamente pela falta de acesso as condições de moradia, alimentação e renda básica. Violência esta que é intermediada pelo Estado, e agravada pela ineficiência das políticas públicas.

“(…) e não existe só um tipo de mulher, existe uma variedade de mulheres. E nessa variedade, a gente tem que pensar principalmente numa perspectiva de... pensar principalmente nos três elementos, de gênero, raça e classe, para você começar a observar, por exemplo, se essa mulher é cis, se ela é trans, porque isso vai fazer muita diferença em relação aos tipos de violência que ela sofre”. (P1)

Através do depoimento acima, observa-se que para trabalhar as diferenças em atenção às singularidades de cada mulher, se faz necessário um olhar interseccional, a partir do gênero, raça e classe no atendimento a uma mulher que está passando por situação de violência, conforme analisam Távora *et al.* (2020).

“Então, quando a gente vai trabalhar com mulheres, a gente tem que entender primeiro é, que mulher é essa. Que mulher eu estou atendendo. Uma mulher, por exemplo, que tenha uma baixa renda, ela vai ter muito mais vulnerabilidade do que as outras mulheres. Se essa mulher for uma mulher negra, a vulnerabilidade aumenta. Se ela for uma mulher de baixa renda, negra e trans, ela vai ter muito mais dificuldades”. (P1)

O que ocorre é que os efeitos da violência estrutural podem ser múltiplos, “a depender da articulação entre sistemas de opressões como o racismo, o sexismo e a pobreza” (CORRÊA *et al.*, 2021). Neste sentido, a violência estrutural afeta diretamente a vida das mulheres enquanto indivíduo social, dificultando muitas vezes que estas consigam romper uma relação de dependência e violência.

Percebe-se então, que a violência contra as mulheres, se apresenta como um fenômeno estrutural, visto que, na construção social, as relações de gênero são extremamente desiguais e opressoras, baseadas em uma cultura machista e patriarcal, onde a mulher é geralmente colocada à margem da sociedade (SOUZA, 2005; ZANELLO & SILVA, 2012).

A violência estrutural agrava também a violência doméstica, uma vez que as vulnerabilidades sociais enfrentadas pelas mulheres dificultam o rompimento com seus agressores, pois muitas delas dependem financeiramente de seus companheiros. Ou seja, a falta de políticas públicas para mulheres em situação de violência, voltadas para moradia, emprego, alimentação, creche-escolas, entre outras, tem efeito direto na manutenção dessas violências, principalmente em territórios vulneráveis.

Todavia, a questão da violência estrutural não se encerra em um debate voltado somente para as relações sociais periféricas e vulneráveis, pois conforme defende Milton Santos (1999), “a violência estrutural não é suficientemente reconhecida como a violência central original” (p. 11). Segundo ele, o que ocorre é uma verdadeira ausência do debate político e um sistema de perversidade que acarreta consequências na vida de todos os seres sociais, porém são as classes pobres que precisam viver em constante privação.

Para Gago (2020), existe uma verdadeira guerra sobre os corpos das mulheres, e nesta rede de violências, nada é óbvio, e tem impactos diferenciados para cada uma delas. A autora defende que as violências possuem dinâmicas inter-relacionadas, desta forma “conectar as violências implica extravasar os confins da ‘violência de gênero’ para vinculá-las às múltiplas formas de violência que a tornam possível” (p. 73). Gago vai além, acrescentando que:

“Desse modo, saímos do lugar de puras vítimas – no qual desejam que permaneçamos – para inaugurar uma palavra política que não apenas denuncia a violência contra o corpo das mulheres, mas que também abre a discussão sobre outros corpos feminizados e, mais ainda, se desloca de uma única definição de violência (sempre doméstica e íntima, portanto, confinada) para entendê-la em relação a um plano de violências econômicas, institucionais, laborais, coloniais, etc”.

Com efeito, percebe-se que as violências contra as mulheres transcendem o espaço privado, afetando também o espaço público, e diminuindo a qualidade de vida das mulheres e a sua capacidade produtiva e de interação social. Esses fatores revelam que os serviços especializados precisam ter um olhar para as especificidades das mulheres, a fim de poder trabalhar com todos os recursos disponíveis e necessários.

O trabalho realizado pelos profissionais a partir do respeito e da escuta possibilita então, o direcionamento às demais ações e políticas públicas que possam vir de encontro às

escolhas destas mulheres, com a finalidade de que a mulher se fortaleça e consiga romper com a violência em segurança.

“Então é um cuidado, uma escuta sem julgamento, uma escuta atenta está referenciada em termos de rede de proteção. Que aí inclui todo o serviço de assistência social, de saúde, considerando a saúde num aspecto integral e dos seus familiares também. Então esse cuidado passa por um olhar para o acesso as políticas públicas, e sobre essa escuta, e sobre a continuidade desse acompanhamento” (P2)

De acordo com D’Oliveira *et al.* (2009) o processo de delimitação do problema é primordial para a intervenção. Para as autoras, é ineficaz o modo como os serviços de saúde abreviam os problemas somente às expressões no corpo, dificultando um olhar sobre as violências que perpassam a vida dos indivíduos. Nesse sentido, o processo de fala e de escuta, torna-se um momento terapêutico e de reflexão da mulher.

Verifica-se então que são inúmeras as estratégias de cuidado, contudo sempre avaliando o risco individual de cada mulher, sendo o acompanhamento posterior quem delimitará novas decisões e ações, e “na direção definida pela mulher a partir das informações e reflexões realizadas pelos profissionais do serviço” (D’ OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 11).

Não obstante, os profissionais entrevistados expuseram também os desafios e dificuldades enfrentadas nos serviços de atendimentos, que vão desde problemas com a estrutura física dos centros até o quantitativo de pessoal e as dinâmicas das políticas públicas.

Durante a assistência, as (os) profissionais atuam sempre articuladas (os) tanto com os serviços da rede especializada, quanto com a colaboração de serviços não institucionais e locais conforme preconiza a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011). Apesar disso, o quantitativo de pessoal no atendimento e na assistência às mulheres em situação de violência é bastante limitado, como pode ser observada no atendimento psicossocial, base dos serviços ofertados nos Centros de Referência.

“Atualmente a gente tem um quadro muito reduzido (...). Então, é uma precariedade muito grande, para a dimensão em que o nosso trabalho vem tomando... de referência, e de demanda espontânea, que é o que a gente acredita, e sem restrições de filas, enfim”. (P2)

A falta de quantitativo de pessoal capacitado para o atendimento às mulheres em situação de violência veio nas falas de todas (o) entrevistadas (o), principalmente no que concerne ao atendimento psicológico. Destaca-se novamente que até o término desta pesquisa, os dois Centros de Referência contaram com apenas um psicólogo para realizar os atendimentos junto às equipes.

Outro desafio que se apresentou durante as entrevistas, veio a partir das dificuldades que as mulheres periféricas possuem quanto ao acesso às informações e às políticas públicas existentes, sejam essas por ausência dos serviços na própria comunidade, como demonstra a entrevistada a seguir, ou pela privação de oportunidades e as vulnerabilidades sociais que estas mulheres vivem.

“Na Maré existem serviços, que mesmo que não sejam políticas públicas, sejam ONG’s, que a gente conta com apoio. Quando a gente precisa, por exemplo, com um atendimento jurídico. Até mesmo, um atendimento psicológico né, contínuo. Tem algumas ONG’s, alguns serviços que estão fazendo atendimento a essas mulheres (...). Doações de cesta básica, é uma demanda também muito presente para essas mulheres...” (P5)

A fala feita pela profissional pode ser observado pelo limitado número de pesquisas que tragam a realidade dessas mulheres. Em uma matéria realizada pelo jornal digital *Voz das Comunidades*⁴⁴ (2021), as dificuldades das mulheres periféricas que se encontram em situação de violência, vão desde o acesso a rede, até o preconceito enfrentado por elas quando chegam até esses serviços.

Constata-se que a prática profissional precisa estar articulada com as especificidades da violência na vida de cada mulher, considerando os fatores sociais que estão envolvidos nesse processo, como renda, escolaridade, moradia, raça/cor/etnia, entre outros. E conforme destaca Souto & Castelar (2020):

“requer a atuação de profissionais com consciência crítica, capazes de desenvolver um trabalho interprofissional com visão integral dessas mulheres e suas realidades, propondo soluções de problemas mais assertivas e resolutivas”. (P. 8)

Frisa-se, porém, que apesar do limitado número de pessoal para o atendimento e acompanhamento direto, algumas atividades coletivas desenvolvidas nos Centros e com articulação de outros profissionais, podem ser consideradas como ferramentas nesse cuidado longitudinal. A dinâmica entre os atendimentos e a participação nas oficinas disponíveis, é discutida a partir de estudo de caso entre a equipe psicossocial, e muitas vezes, verifica-se que essas atividades podem ser também um espaço para reconhecimento e superação da violência.

“(...) a gente já teve um curso de alfabetização, oficina de direitos humanos, Lei Maria da Penha, enfim... São várias oficinas, que ao longo dos anos, vai mudando. (...) e com trabalho que a gente desenvolve nas oficinas, essa mulher também se sente acolhida, essa mulher também pode se reconhecer em situação de violência,

⁴⁴ Fonte: <https://www.vozdascomunidades.com.br/nossa-historia-2/> Acesso em: 01 de jul, 2022.

essa mulher também pode passar pelo processo de superação de violência e existe um vínculo entre o atendimento e as oficinas”. (P4)

Dessa forma, para que o trabalho dos Centros tenha eficácia, elas destacam a importância da capacitação profissional dos servidores, pois apesar de perceberem falhas na rede e na estrutura dos serviços, o investimento que eles recebem em qualificação é um ponto positivo, que tem enquanto diferencial o fato de estarem vinculado a uma universidade.

“O que favorece é o ensino, pesquisa e extensão. Por ser uma universidade, tá sempre pensando em aprimorar o fazer profissional né! Então o técnico tem um respaldo em termos de supervisão técnica, atividades em que ele possa estudar, e por ele, o profissional estar sempre sendo convocado a fazer capacitações e formações, e o próprio trabalho preventivo que é uma dimensão do trabalho e das atividades coletivas, em que o profissional tá envolvido, ele está sempre em conexão com o tema, que não seja uma prática rotineira, automática, automatizada (...)” (P2)

Importante ressaltar que além dos projetos desenvolvidos pelos Centros de Referência deste estudo, estes também contribuem com a formação e capacitação de profissionais que integram serviços fora da UFRJ, como projetos de pesquisa e de extensão universitária, conforme menciona a entrevistada 3, destacando que:

“(...) é um espaço profissional muito rico, e a gente acaba tendo condições mais favoráveis do que muitos profissionais que estão inseridos em alguns equipamentos pelo estado a fora, mas que se resumem somente ao atendimento em si, sem supervisão”. (P3)

Outra entrevistada destaca também os desafios vivenciados pelos serviços profissionais durante o período da pandemia do Covid-19, em que particularmente nos Centros de Referência, não houve nenhum subsídio governamental para que estes serviços continuassem a desempenhar suas tarefas de forma remota. Dessa forma, excluindo o fato de terem uma equipe extremamente comprometida, é bastante difícil visualizar pontos que favoreçam a execução deste serviço.

“E eu acho assim, que o que favorece o trabalho é justamente isso, é o comprometimento da equipe com um serviço de qualidade, sejam nas ações coletivas, como individuais”. (P1)

Neste período destaca-se que houve um aumento substancial nas demandas em saúde mental por parte das mulheres que chegaram até os Centros de Referência, ainda maior do que inserção no mercado de trabalho, conforme cita uma das entrevistadas do CRM da Maré.

Porém encontrar atendimento psicológico para realizar os encaminhamentos, foi outro grande desafio destacado por ela.

“A gente tem buscado parcerias assim, com institutos de formação em psicologia, com coletivos de psicólogos... pra poder, conseguir encaminhar essas mulheres para o atendimento, já que a gente só tem metade da carga horária de um psicólogo e a gente não consegue absorver todas as mulheres com problemas psicológicos”. (P4)

Percebe-se então, que com a alteração da vida social imposta pelo isolamento, muitas mulheres ficaram distantes das redes informais de apoio, como amigos, familiares e comunidade. Dessa forma, vê-se o aumento das desigualdades de gênero e a necessidade da rede de serviços capacitada para reconhecer e intervir em situações de violência contra as mulheres, e que se tornaram mais latentes durante a pandemia (VIEIRA *et al.*, 2020; PONTES *et al.*, 2021).

Entendendo a importância da rede de assistência durante a pandemia do Covid-19, os Centros de Referência tiveram suas dinâmicas adaptadas para o modelo remoto, de forma que conseguissem dar continuidade aos atendimentos em curso, e também aos novos atendimentos, pois conforme destacam Pontes *et al* (2021):

“Apesar de o contexto da pandemia agravar o isolamento e as dificuldades de denúncia, estas não são inéditas para aquelas que vivenciam esse contexto de violência, em que uma privação de liberdade e autonomia já é experienciada, ainda que de outras formas.” (p. 3)

Dessa forma, Pontes *et al* (2021) salientam que neste momento de pandemia, mesmo que não seja possível a interação presencial, os profissionais precisam buscar recursos para comunicação com as vítimas, como pode ser observado nos Centros de referência, em que os atendimentos foram realizados através da utilização dos celulares das (do) próprias profissionais.

As dificuldades encontradas pelas equipes dos Centros de Referência evidenciam também a falta de uma rede estruturada, de forma que “os serviços e instituições atuem de forma articulada e integrada, numa perspectiva intersetorial” (GROSSI *et al.*, 2015, p. 2), e que dê conta da complexidade da violência contra as mulheres em sua forma integral.

Por fim, mas não esgotando o assunto, muitas das dificuldades citadas pelas (o) profissionais ocorrem pelas precariedades das políticas públicas voltadas para os serviços de assistência que forneçam apoio, emprego e renda às mulheres em situação de violência, incluindo os serviços em saúde mental. A precarização da rede de saúde e o reduzido número

de pessoal capacitado também são um ponto destacado nas entrevistas. Todavia, destaca-se o comprometimento que esses profissionais possuem para que o serviço nos Centros de Referência consiga manter a qualidade nos atendimentos e acompanhamentos.

7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA

Este tópico visa adentrarmos mais profundamente no campo da saúde mental das mulheres em situação de violência, a partir da percepção dos profissionais entrevistados. Examina a invisibilidade e os silenciamentos colocados sobre mulheres em situações de violência, e os sofrimentos e/ou transtornos mentais que são gerados, que em muitos casos não são identificados ou mesmo valorizados pelo profissional, e seu cuidado acaba sendo pautado em um modelo biologicista e medicamentoso na grande maioria das vezes.

“Agora o que eu vejo, é um despreparo de muitos profissionais, que ao recepcionarem casos assim, se apressam a encaminhar para o CAPS, para algum serviço de atenção em saúde mental. E ao chegar nesse serviço, muitas vezes a equipe, embora estejam preparados a lidar com agravos psicológicos né, psiquiátricos... ela nem sempre tem uma leitura de gênero” (P3).

Schraiber & D'Oliveira (2003) reforçam que silêncios e invisibilidade são também questões de gênero, e que devem ser abordadas nos planos “psicoemocional, sociocultural e ético-político” (p. 2). E são as repercussões na vida desse sujeito, enquanto cidadão humano, que devem chamar nossa atenção, nas consequências da violência para as mulheres, estas que muitas vezes têm os seus direitos negados e corrompidos.

Gama et al. (2014) analisam as relações entre a saúde mental e as vulnerabilidades sociais, e destacam que é primordial reconhecer as singularidades dos sujeitos, onde estes tenham a liberdade de “dialogar com as diversas instâncias sociais, e com seus pares, sem que precise se submeter a um discurso normativo” (p. 11). Para isso, eles entendem que para uma maior aproximação do fenômeno da saúde mental, é preciso um olhar mais flexível tanto para a sua compreensão, quanto para a sua intervenção.

Os autores reforçam a importância de considerar a correlação entre os indicadores sociais e os problemas mentais, mas não como forma de associar pobre a loucura, e sim em entender que as situações no cotidiano dos indivíduos, também devem ser consideradas para pensar saúde mental (GAMA et al., 2014).

Canguilhem (2009) trabalhou os conceitos “normal” e “patológico”, e observou que entre o diagnóstico e a cura de um corpo doente existem as experiências vividas e a própria representação de uma norma em um meio social. Assim sendo, o diagnóstico individualizado, que não considera o meio social e as circunstâncias desse indivíduo, é incompleto.

E no que diz respeito a saúde mental das mulheres especificamente, Zanello et al. (2015) afirmam que embora o campo de saúde mental sob o viés de gênero ainda seja bastante incipiente, verifica-se a importância dessa articulação. As autoras analisam que o sofrimento psíquico é construído socialmente e está constantemente sendo moldado por valores e estereótipos de gênero. Observam ainda que os dispositivos de gênero, que em geral aparecem nos discursos das mulheres, estão relacionados à maternidade e ao casamento, de forma a ressaltar o sofrimento na existência feminina.

Schraiber & D’Oliveira (2003) revelam que muitas vezes nos atendimentos, as mulheres sequer são ouvidas ou creditadas na sua fala evidenciando ainda, que no campo da saúde mental, “muitos adoecimentos são antes sofrimentos que patologias” (p. 5). E que estes, muitas vezes são transformados em ansiedades e depressão passíveis de intervenção no campo da medicina.

A observação do efeito da violência sobre a saúde mental, a partir de uma perspectiva de gênero, direciona para a urgência de se trabalhar o problema em toda a rede de serviços, não os limitando às “esferas jurídica, policial, psicossocial” (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 2002). Pois alguns dos fatores relacionados à saúde mental recepcionados nos atendimentos estão também associados a padrões de gênero que são cultural e socialmente construídos, como a maternidade e o casamento, conforme salienta a profissional a seguir:

“Então é um desafio, que a gente precisa entender também, esse cuidado em saúde mental com o compromisso de todos esses atores, incluindo nós. Também para não patologizar a questão, porque não se trata disso. E entender que isso traz efeitos e sintomas no corpo e na mente. Mas que são processos também colocados culturalmente, socialmente e que a gente precisa problematizar isso com a mulher. No atendimento, também inclui ela nesse contexto mais macro, nessas relações em que a gente é culturalmente criada para ser ou não ser determinados comportamentos, aceitar a violência, se expressar através da violência”. (P2)

Zanello & Silva (2012) reforçam que reler a saúde mental sob o viés de gênero, possibilita a desnaturalização de diferenças colocadas como intrínsecas, e que geralmente levam para o caminho da biologização, sem considerar também fatores sociais que são condicionantes de determinados sintomas e comportamentos.

Sobre as observações supracitadas reflete-se que desigualdades nas relações de gênero são também fatores que produzem adoecimento mental em mulheres nas relações cotidianas. Assim, o sofrimento psíquico é o resultado de diversos fatores relacionados às condições e papéis sociais e das relações de gênero que são construídas socialmente. Destaca-se então, a carência de estudos que discutam os transtornos mentais, a partir de uma perspectiva socio-histórica dos sujeitos.

Em relação às demandas no campo da saúde mental apresentadas pelas mulheres, as respostas dos profissionais foram divididas em grupos de sintomas, de acordo com as percepções que cada um trouxe da sua própria experiência no atendimento: **depressão e/ou sintomas depressivos; angústia, tristeza e desespero; síndrome do pânico; ansiedade; esgotamento psíquico; estresse pós-traumático; burnout e ideias suicidas.**

É importante destacar que os problemas graves em saúde mental, citados pelos entrevistados, são encaminhados para os CAPS mais próximos. Ainda assim, foram apontadas algumas questões que chegaram até os atendimentos, como depressão e tentativas de suicídio, conforme falaremos mais à frente.

A partir das observações das (o) profissionais, é possível verificar que não é raro uma mulher surgir com mais de um problema em saúde mental, como é o caso dos sintomas depressivos relacionados com crises de ansiedade e pânico, por exemplo.

“(…) vai desde depressão, sintomas depressivos, que vão rumar a uma autoestima deteriorada, falta de perspectiva na vida, falta de motivação, falta de energia, não ver sentido na vida, tristeza... é... sintomas que caracterizam o quadro depressivo, de total falta de investimento em si, na vida (...)”. (P6)

Sintomas como angústia, tristeza e desespero corroboram com pesquisas que apontam que queixas somáticas inespecíficas chamadas de sofrimento difuso, apesar de demandarem atenção nas unidades básicas de saúde, nem sempre são vistas com atenção pelas equipes de saúde (COSTA *et al.*, 2005). Todavia, para a profissional que trabalha há mais de vinte anos na área, muitas vezes os serviços de saúde mental não estão qualificados para entender um sofrimento consequente da violência, pois embora sejam preparados para lidarem com os agravos psíquicos, nem sempre possuem uma leitura de gênero durante este atendimento.

“(…) às vezes, são encaminhadas para os serviços de saúde mental, que nem sempre estão preparados para entender e discernir que aquela mulher está vivendo um processo de entristecimento decorrente da frustração, de não ter conseguido né... a autonomia desejada, a exercer a profissão que ela gostaria, a ter liberdade no processo de educação dos filhos, a ter uma renda, sem ter que se submeter a

dominação do parceiro. Então elas chegam muito destruídas, e é muito comum as mulheres chegarem sem autoestima. (P 3)

Por sua vez, os transtornos mentais comuns são frequentemente apresentados em mulheres, associados diretamente às condições de vida, de trabalho, de renda e moradia. E as diferentes experiências da vida de homens e mulheres, apontam mais uma vez para valores e ideais de gênero que se tornam dispositivos do sofrimento psíquico (COSTA *et al.*, 2005; FONSECA *et al.*, 2008; ZANELLO & BUKOWITZ, 2012).

Houve ainda relatos entre as (o) entrevistadas (o) apontando a síndrome de pânico enquanto uma grave questão em saúde mental que chegou até os atendimentos. E nessa circunstância, os Centros efetivam o direcionamento para o atendimento da psiquiatria nos CAPS, pois muitas vezes pode ser necessário acompanhamento mais particularizado, ou mesmo uma internação, conforme revela o entrevistado:

“A gente já teve caso, em que a mulher teve que ser internada. Mas era um caso que era atendido por nós e pelo CAPS. E o CAPS avaliou que ela tinha que ser internada, porque o quadro dela estava muito grave. Assim, de não conseguir mais fazer nada assim, ela estava passando mal toda hora, com episódios crise de pânico”. (P6)

Outra questão relacionada à saúde mental das mulheres que surgiu durante as entrevistas, foi o estresse pós-traumático, o que demonstra que muitas vezes um evento traumático muito intenso acarreta situações em que a mulher não consegue prosseguir com as dinâmicas da vida, sendo necessário articulação com a rede de cuidados em saúde mental:

“Porque você identifica ali, que não tem nada... não é depressão, é um transtorno de estresse pós-traumático, ou então uma série de... uma situação traumática muito forte e que tá atrapalhando a vida dela. Ela não consegue prosseguir, aquilo fica na cabeça, qualquer situação que remeta, aquilo produz uma... dentro do linguajar popular, “a pessoa passa mal”, aí vem falta de ar, tremeadeira, tontura, mas que tá muito vinculado ao evento traumático” (P6).

Para as mulheres que passaram por situações traumáticas, o processo de recuperação pode ser bastante demorado, principalmente quando a violência perdurou por anos. Uma das entrevistas sinalizou que muitas mulheres demoram anos para se recuperar, revelando que esse processo pode ser observado ao longo dos atendimentos interdisciplinares.

“Quando a gente vê... quando uma mulher chega pra mim que tava em cárcere privado, entrar num elevador, e falar ‘nossa, entrei num elevador e foi ótimo!’. Gente, a mulher subia cinco andares de escada, porque ela não entrava no elevador. E agora ela entra no elevador”.

Então, são pequenas conquistas, que você vai vendo né, essas conquistas, vai vendo a autonomia da mulher, vai vendo que ela está vivendo uma vida mais tranquila, sem violência...” (P1)

Quando questionados sobre as queixas relacionadas à saúde mental apresentadas pelas próprias mulheres, um dos profissionais, chama atenção para às altas demandas de jornada de trabalho remunerado e não remunerado e que acarretam grande sobrecarga para as mulheres, associando este dado a síndrome de *burnout*. Para o profissional 6, este dado está intimamente ligado ao papel social das mulheres na sociedade, corroborando com a literatura quanto ao não reconhecimento do trabalho gratuito que as mulheres desempenham ao longo do dia (FEDERICI, 2022; HIRATA & KERGOAT, 2007). Federici (2022), em recente publicação, volta-se para a reprodução da força de trabalho das mulheres como de fundamental importância para a estrutura capitalista. Porém, o trabalho dito como doméstico, “foi tão naturalizado que, para as mulheres, tem sido difícil lutar contra ele sem lidar com um enorme sentimento de culpa e sem que se tornem vulneráveis a maus-tratos” (p. 256). A autora destaca ainda que, mesmo as mulheres comprometidas com a profissão e carreira, tendem a retornar aos lares com o compromisso de revalorizar a domesticidade.

Portanto, “se o trabalho doméstico é subordinado às necessidades do mercado de trabalho, então as relações familiares, sexuais e de gênero são relações de produção” (FEDERICI, 2022, p. 256). Logo deveriam ser consideradas para pensar a saúde mental e os adoecimentos psíquicos das mulheres a partir das relações de trabalho.

Importante destacar que a Síndrome de *burnout* passou a ser reconhecida pela OMS⁴⁵ somente a partir de janeiro de 2022, como uma condição ocupacional, principalmente em meio à precarização e exploração dos trabalhadores, levando esses ao esgotamento mental, conforme é descrito na Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁴⁶ que o define como síndrome “resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso”.

É possível verificar então, que as demandas apresentadas a partir da sobrecarga de trabalho, são bastante presentes nos atendimentos, e demonstram uma total invisibilidade do papel social da mulher enquanto trabalhadora, que se relaciona a própria divisão social e sexual do trabalho, seja este remunerado ou não.

⁴⁵ Fonte: Acesso em: 14 de mar, 2022.

⁴⁶ Síndrome de *burnout*: <https://pubmed.com.br/sindrome-de-burnout-entra-na-lista-de-doencas-da-oms/> Acesso em: 14 de mar, 2022.

“Às vezes *burnout* também, né! Porque tem toda a questão da jornada, do trabalho invisível dentro de casa, e as vezes a mulher trabalhar fora, mas também tem que fazer as coisas em casa, porque socialmente, ela é jogada nesse papel, mesmo tendo um trabalho formal. Fora de casa, ela também tem toda essa demanda cultural, de que a mulher que tem que cuidar da casa, então problemas nesse sentido, e tem *Burnout* também, o esgotamento psíquico”. (P6)

Percebe-se que apesar da síndrome de *burnout* estar associada exclusivamente ao excesso de trabalho, não foram encontrados estudos indicando o aparecimento da síndrome particularmente em mulheres, a partir da sobrecarga de trabalho, seja esse trabalho remunerado ou mesmo o trabalho doméstico, colocado muitas vezes como invisível. A ausência de pesquisas revela-se então, como um descaso sobre as questões relacionadas às experiências do sofrimento psíquico das mulheres, resultando na manutenção dos papéis sociais de gênero na sociedade. A BBC Brasil, no entanto, em 2021 publicou matéria intitulada “*Por que mulheres sofrem mais de síndrome de burnout do que homens*”⁴⁷, a partir de uma pesquisa realizada com quase 5 mil americanos usuários da plataforma *LinkedIn*, onde revela que os dados mais recentes de mulheres americanas com sintomas de *burnout* é preocupante. Outros estudos foram citados na mesma matéria, revelando que as consequências na saúde mental das mulheres a partir de motivos relacionados ao trabalho. Diversos são os fatores associados ao desgaste em mulheres, entre eles estão demandas desiguais, salários menores que os homens e as altas demandas de trabalho. Atualmente, constata-se que a pandemia agravou os sistemas desiguais, sobrecarregando ainda mais as mulheres.

Estudo realizado por Zanello & Costa (2015) sobre o sofrimento psíquico grave, vem de encontro ao entendimento de que o adoecimento psíquico é gendrado, ou seja, homens e mulheres vivenciam o sofrer de formas diferentes. Em entrevistas com 8 homens e 7 mulheres pacientes de um CAPS em Brasília, as pesquisadoras verificaram que os papéis de gênero estão diretamente inseridos nos discursos das (dos) pacientes entrevistadas (os). Ou seja, enquanto as mulheres trouxeram questões relacionadas à maternidade, cuidados com filhos, violência, silenciamento e invisibilização do sofrimento, homens destacaram a virilidade e o trabalho como principais fatores do adoecimento (ZANELLO *et al.* 2015).

Mediante a percepção dos profissionais quanto à saúde mental das mulheres, o fator social em conjunto com a violência foi destacado como uma das causas para o aparecimento de adoecimento psíquico. Constata-se então que patologizar mulheres enquanto detentoras de

⁴⁷ Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-58869558> Acesso em: 29 de mar, 2022.

problemas psíquicos, sem antes analisar seu meio social, pode ser uma das formas de negligenciar a violência que essas mulheres sofrem ou sofreram ao longo de suas vidas.

“ (...) não é fácil, a questão da violência, ainda mais em um território de favela... Então, eu tenho muitas mulheres ali, que estão em situação de violência, mas que não tem como sair, porque dependem economicamente do parceiro, não tem como tocar a vida né! (...) isso impacta na saúde mental dessas mulheres, impacta na saúde em geral dessas mulheres”. (P5)

Os depoimentos dos profissionais reforçam que o adoecimento psíquico mantém essa estreita relação com a violência contra às mulheres e que pode ser observado enquanto manifestação da desigualdade de gênero, tanto nas relações interpessoais, quanto no campo do cuidado da saúde, influenciando de maneira deletéria à saúde mental das mulheres que passaram ou passam por situações de violência (SANTOS, 2009).

“E esse cuidado em saúde mental com o compromisso de todos esses atores, incluindo nós. Também para não patologizar a questão, porque não se trata disso, e entender que isso traz efeitos e sintomas no corpo e na mente. Mas que são processos também colocados culturalmente, socialmente e que a gente precisa problematizar isso com a mulher”. (P2)

Diante disto, as entrevistas trouxeram à tona os processos de intervenção na vida das mulheres, realizado através do uso indiscriminado de medicamentos e da patologização dos sintomas decorrentes da violência, que pode ser destacado por exemplo, na fala de um dos profissionais entrevistados: “*rivotril, é o remédio preferido para poder calar os sintomas*” (P6).

Este procedimento da medicalização se baseia então, na transformação cultural, em que os processos sociais, de comportamentos e emoções são baseados a partir do binômio “normal – patológico”, e sua extensão transforma em patologias o que “antes faziam parte do viver humano” (FURTADO, 2014, p. 75).

Sobre o controle dos corpos, Foucault (2005) faz uma análise crítica minuciosa sobre corpos dóceis e disciplinados na terceira parte de seu livro *Vigiar e Punir* (2005), e sinaliza que a medicalização da vida e dos processos sociais vem sendo discutido por diversos autores já há algum tempo. Já nos séculos XVII e XVIII tem-se a descoberta do corpo como objeto de controle e poder: um "corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam” (p. 117). Para Foucault (2005), esse processo de

controle disciplinador dos corpos faz parte de uma verdadeira anatomia política, imposta para responder a exigências da conjuntura política de cada época.

Assim, a disciplina é a primeira técnica para o controle e distribuição dos indivíduos sociais, seja através dos colégios, quartéis ou hospitais. Neste último verifica-se então a posição da medicina como instrumento regulador e fiscalizador. Foucault (2005) acrescenta que a vigilância médica é solidária a uma série de outros controles, como a vigilância fiscal e econômica de mercadorias preciosas e medicamentos. Ele vai além dizendo que:

“Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico” (FOUCAULT, 2005, p. 124)

O processo de medicalização e patologização do corpo feminino se relaciona então como um dispositivo social de regulação desses corpos, transformando eventos fisiológicos em doenças, como a gravidez, a menstruação e a menopausa, por exemplo. Torna-se o corpo das mulheres sob efeito de uma patologização que lhe é intrínseca, transfigurando-as em históricas, e assim aptas a serem medicalizadas (FOUCAULT, 1988; VIEIRA, 2008).

No que se refere ao corpo feminino, a medicalização toma lugar de destaque e chama atenção para dimensões importantes, principalmente no que diz respeito ao controle desses corpos (VIEIRA, 1999). Para entender a medicalização enquanto processo sócio-histórico do uso de poder, Vieira (2008) analisa o desenvolvimento da medicalização do gênero e suas interfaces, em seu livro *A medicalização do corpo feminino*. Sua abordagem inicia no século XVIII com o processo de higienização da sociedade e a criação de disciplinas médicas voltadas para mulheres, a ginecologia e a obstetrícia, naturalizando dessa forma a ideia de natureza feminina, a partir de uma construção de conhecimento que vai disciplinar e transformar o corpo feminino em objeto de saber e práticas de intervenção.

Assim, a medicalização da vida e dos corpos das mulheres passa pela falsa ideia de que “existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina” (VIEIRA, 1999, p. 3), e é nesse ponto que a medicina se apropria desses corpos. A mesma autora focaliza que a concepção de uma “natureza feminina” (p. 30) faz parte de um conjunto de fatores que são entrelaçados a identidade de gênero e a divisão sexual do trabalho que são construídas na sociedade capitalista, estabelecendo uma crença essencialista sobre a lógica da

biologia da mulher em poder gerar filhos e o cuidado e criação dos filhos como uma atividade unicamente feminina (VIEIRA, 2008).

Essa associação embasava-se no discurso médico e das autoridades políticas acerca do papel social da mulher, restringindo as mulheres ao espaço doméstico, com base na reprodução e às atividades voltadas unicamente para a esfera privada da família. Simultaneamente, Costa *et al.* (2006) destacam que as alterações na tal natureza feminina, compreendiam doenças, que residiam nos órgãos reprodutivos das mulheres, e que poderiam ser curadas através de intervenções da medicina e da ginecologia.

Os depoimentos dos profissionais entrevistados corroboram com a literatura, destacando que a medicalização das mulheres é um fato que precisa ser observado, uma vez que o uso indiscriminado de medicamentos mascara o real problema vivenciado por mulheres em situações de violência.

“(...) a mulher é convencida de que ela está doente e começa inclusive, a tomar remédios com psiquiatra, remédios ligados a saúde mental em si, como se ela tivesse realmente com tipo de problemas de saúde mental e de fato, a gente vê no final, que ela não tem nenhum problema de saúde mental”. (P1)

Considerando as mulheres atendidas na Vila do João, população de extrema vulnerabilidade social e com uma rede de serviços altamente precarizada, uma das entrevistadas revela que muitas mulheres fazem uso desordenado de medicamentos como forma de saída rápida para as questões relacionadas à saúde mental. E que muitas vezes são receitados pelo próprio profissional de saúde.

“Então assim, como as pessoas não têm acesso ao acompanhamento, semanal, longitudinal... o que acontece é que a pessoa, chega na clínica da família falando que não tá dormindo, que tá ansiosa, e aí, o médico de clínica da família, vai prescrever um rivotril. Então eu acho que, com a população que a gente atende, acho que a questão medicamentosa acaba sendo uma saída. Mais fácil, mais barato, mais rápido, para lidar com as questões de saúde mental.”. (P4)

Tais concepções provocam reflexões quanto ao acesso e às dinâmicas dos atendimentos dos serviços especializados e de saúde, de maneira que o uso não controlado de medicamentos passa a ser visto como cuidado ou autocuidado, pois vê-se uma recorrência de falas que acabam por normalizar esse uso, uma vez que, muitas mulheres não possuem acesso aos serviços. Assim, esses discursos acabam por perpetuar uma prática que naturaliza a medicalização do corpo feminino como uma forma de controle e regulação social (COSTA *et al.*, 2006; VIEIRA, 1999).

Neste prisma, Vieira (1999) complementa que a construção do corpo feminino enquanto objeto, não se restringe ao corpo, mas contempla também a definição da doença e que vão sendo particularizada “de acordo com a necessidade social” (p. 67). Assim patologiza-se um sofrimento psíquico resultado de violência, como se a sua causa e consequência fosse uma questão somente das mulheres.

“E eu tenho certeza que muitas mulheres foram cronificadas, como pacientes da saúde mental, de uma forma precipitada. E elas também por não entenderem por que aquilo estava acontecendo na vida delas, elas acabam se adaptando a um tratamento, e se tornam dependentes de medicamento, para controle de ansiedade, pra poder conseguir superar insônia, pra poder se sentir mais equilibrada...” (P3)

Para a profissional acima, muitas mulheres acabam sendo “cronificadas” pelos serviços de saúde, por não estarem preparados para lidarem com os agravos psicológicos decorrentes da violência: “*e às vezes costumam encaminhar para a psiquiatria e começam o processo da medicalização, e da cronificação de algo que não deveria ter*”. (P3)

A crítica feita pela profissional vem de encontro do estudo de Pedrosa & Zanello (2016) onde afirmam que apesar dos profissionais perceberem a relação entre violência e adoecimento psíquico, existe uma verdadeira omissão “*que acaba por invisibilizar a violência sofrida pelas usuárias e a subsumi-la em diagnósticos psiquiátricos*” (p. 6).

Em relação a automedicação realizada por mulheres com sofrimento psíquico, Pontes *et al.* (2017) revelam que o uso indiscriminado de fármacos contribui para o mascaramento dos sintomas, e o que se percebe é que mesmo diante do conhecimento dos riscos, mulheres optam em continuar com a medicação, indicando uma verdadeira cultura da automedicação.

“Muitas vezes, é automedicação, o rivotril/clonazepam. O clonazepam é o genérico do rivotril, é o remédio preferido para poder calar os sintomas, e isso é muito perigoso, mas às vezes, é receitado pelos próprios médicos, né. O que a gente percebe, que às vezes, são os médicos da própria clínica da família, que as vezes receitam clonazepam, e a mulher fica só replicando”. (P6)

A automedicação reaparece nas entrevistas, quando os entrevistados são questionados sobre como as mulheres e as suas famílias lidam com os sofrimentos ou transtornos mentais decorrentes da violência, muitas vezes com o aval médico. Destaca-se ainda, que muitas mulheres não identificam que este sofrimento é fruto da violência que elas estão vivendo.

“(…) muitas procuram o atendimento, fazendo muito uso de medicamentos, de ansiolítico e antidepressivo. Eu tenho atualmente um caso de uma mulher que eu estou atendendo, que ela é uma mulher que faz uso de medicação né, antidepressivo, e não conta muito com o apoio da família”. (P5)

Pontes & Silveira (2017) revelam que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelas mulheres têm relações com as questões existenciais e sociais do dia a dia delas, que vão desde violência doméstica às “dificuldades financeiras e excesso ou falta de trabalho até o uso de drogas por familiares” (p. 60). Reforçando o que foi apontado pela profissional abaixo:

“(...) pedido de ajuda, numa situação até de desespero, de solicitação verbal de atendimento psicológico e de caso em que ela verbaliza já ter feito atendimento psiquiátrico, uso de medicação ou até mesmo com automedicação”. (P2)

Observa-se na fala dos entrevistados, que muitos adoecimentos revelados pelas mulheres, são antes de mais nada decorrentes de construções sociais de gênero. Desta maneira, o “sentimento de menos-valia” (P3) resultante das relações de violência, acarretam extremo dano emocional. Muitas delas chegam ao atendimento esperando que lhe digam como lidar e o que fazer, pois conforme assinala a entrevistada P3: *“durante toda a vida, nós mulheres, fomos educadas para atender ordens e sermos tuteladas, sempre queremos que alguém resolva por nós”*.

Em vista disso, para a entrevistada abaixo, algumas mulheres perdem não somente a autoestima, mas também a própria autonomia, pois ao longo da vida aprenderam a esperar que alguém lhes dissesse o que fazer.

“Então ela vai perdendo, não só a autonomia, como a propriedade da própria vida dela. Ela passa a ser apêndice de alguém. E aí quando ela chega no atendimento destruída, ela quer que nós ocupemos esse espaço que era do parceiro. Então a gente não pode permitir ser enredada, não devemos permitir esse enredamento, muito ao contrário, devolvendo essa reflexão para ela, e dizendo que ela é capaz de tomar decisão”. (P3)

Sobre essas diversas demandas em saúde mental apresentadas pelas mulheres que chegam até os atendimentos, um dado bastante preocupante apresentado por alguns profissionais, foi o crescente número de casos de suicídio e tentativas de suicídio: - *“a gente chegou até a falar ‘nossa, mas essa semana, tá a semana do suicídio né!?’”* (P 1). Na fala desta profissional, o aumento desses casos, pode estar diretamente ligado à pandemia provocada pelo Covid-19.

“E atualmente, eu acho que a pandemia, ela trouxe mais à tona, essa questão de as pessoas estarem com ideias suicidas. A gente tem tido cada vez mais casos, que falam, que querem acabar com sua vida, e trazem essas falas para a gente”. (P1)

Trazendo à tona este fenômeno complexo, o suicídio recebeu relevância dentre as demandas em saúde mental apresentadas nesta pesquisa, por configurar o ápice do sofrimento mental de um indivíduo. A OMS caracteriza suicídio como um problema de saúde pública, porém sua prevenção e controle são tarefas difíceis a serem realizadas, revelando que:

“O suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio” (OMS, 2000, p. 4).

Silva *et al.* (2019) reforçam que a depressão, o esgotamento físico e o cansaço psicológico são fatores que motivam muitas mulheres a cometerem ou pensarem no ato suicida, porém uma grande proporção de pessoas que cometem suicídio, nunca teve acesso a um profissional em saúde mental (OMS, 2000).

“(…) muito verbalizado a questão da idealização suicida, desejo de sumir, de morrer, até com a palavra mesmo suicídio. E isso vem verbalizado às vezes, até no primeiro pedido do e-mail, ou agora no período do remoto, pelo *WhatsApp*. Sempre sinalizando, ou até mesmo, nos acompanhamentos presenciais, verbalizando a tristeza apresentada”. (P2)

As (o) profissionais entrevistadas (o) trouxeram diversos transtornos em saúde mental, que para a OMS se apresentam como fatores de risco, incluindo queixas somáticas como: cansaço, distúrbio de sono, ansiedade e perda de concentração. Contudo, como ato individual, o suicídio possui também fatores sociodemográficos que estão associados ao sexo, idade, moradia e renda (OMS, 2000). De acordo com o Ministério da Saúde (2021), houve um aumento de 29% nas taxas de suicídios entre mulheres, comparando os anos de 2010 a 2019, e apesar das taxas de suicídio entre os homens ainda serem maiores que das mulheres, estas possuem maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio, conforme apresentado pelo profissional a seguir:

“Mas, às vezes, o negócio foi tão grave, tão forte, ou durou tanto tempo, que ela não consegue mais, nem imaginar... se imaginar que a vida possa ser melhor. Então, aí que é perigoso, né! Que aí, realmente tem o risco de suicídio”. (P6)

Os pesquisadores Baére & Zanello (2018) analisaram o gênero no comportamento suicida a partir de dados epidemiológicos, e identificaram que o suicídio como situação-limite

do sofrimento psíquico, também é marcado pelo gênero. Porém, a ausência de dados dificulta a elaboração de estratégias e políticas públicas de prevenção ao suicídio.

Correia *et al.* (2018) verificam nesse sentido, que é preciso o fortalecimento das políticas públicas e de mecanismos que sejam capazes de assegurar a proteção das mulheres, pois a violência doméstica e conjugal afeta diretamente o comportamento e a vida das mulheres, desencadeando diversos episódios de ansiedade e quadros depressivos.

Em estudo recente, Santos *et al.* (2021) ressaltam que em relação ao desenvolvimento dos sintomas psiquiátricos, as mulheres que são vítimas de violência apresentam cinco vezes mais episódios de ideias e tentativas de suicídio, do que aquelas que nunca vivenciaram violência por parte de seus parceiros íntimos. Os autores salientam ainda que, toda mulher vítima de violência deveria ser indagada quanto a presença de sintomas de depressão e ideiação suicida, possibilitando assim, intervenções terapêuticas precoces.

Em relação aos dados mais recentes, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em setembro de 2021, divulgou que globalmente, as “mulheres apresentam maiores prevalências de ideiação e tentativas de suicídio” (p. 7), e homens apresentam maior risco de morte, levando em consideração instrumentos mais letais utilizados por eles. E um dos fatores que podem contribuir para o maior risco de letalidade entre as mulheres é o menor consumo de álcool e outras drogas em relação aos homens, redes de apoio e o cuidado à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Entre os anos de 2010 e 2019, houve um aumento de 29% nas taxas de suicídio entre as mulheres e um alto índice das lesões autoprovocadas, e com uma taxa de 71,3% do total dos registros de lesões auto-provocadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Revela-se que são diversos os fatores que levam mulheres ao suicídio, entre eles, estão os adoecimentos psíquicos diversos, como a depressão. Entretanto, uma vez verificado a relação entre violência contra as mulheres e adoecimento mental, pode-se considerar que mulheres em situação de violência apresentam maior propensão ao risco de suicídio.

Vale destacar, que a pandemia tem provocado diversas alterações e restrições na vida social da população, com especial foco na vida das mulheres, que vem perturbando a rotina e incorporando diversos tensionamentos nas relações. Revela-se que as restrições e tensões provocadas pelo isolamento, provocam às famílias de forma desigual na sociedade, conforme alerta o Ministério da Saúde (2020).

Diversos são os fatores de risco que fazem aumentar as taxas de suicídio a partir das medidas de distanciamento e confinamento, como “estresse econômico, diminuição do acesso

às redes socioafetivas, diminuição do acesso a tratamentos de saúde mental” (FIOCRUZ, 2020). Não diferente, a violência contra as mulheres segue como um grave problema de saúde e de segurança pública, que tende a aumentar durante emergências, descreve a OMS (2020), alertando ainda que o impacto da violência na vida das mulheres e de seus filhos pode resultar em lesões graves, traumas e problemas na saúde física e mental.

Em estudo divulgado pelo IPEA em março de 2021, com o título “*Vida: simulando violência doméstica em tempos de quarentena*”, revela que em épocas de normalidade, as mulheres têm à disposição medidas protetivas que possibilitam o afastamento dos seus agressores. Porém, em situações que o isolamento se torna obrigatório, essa realidade é alterada, uma vez que, as mulheres passam mais tempo com seus agressores e conseqüentemente, com maior dificuldade de acesso à polícia e aos demais sistemas de proteção.

O isolamento provocado pela Covid-19 revela inúmeras conseqüências na vida das mulheres que precisam conviver diariamente com seus agressores, muitas delas sem trabalho e em condições precárias de moradia e renda, não podem denunciar os abusos e as violências vivenciadas diariamente, revela a Nota Técnica do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020).

Diante dos fatores apresentados, as (o) profissionais analisam que entre os fatores que acarretam sofrimento psíquico, o contexto social tem forte impacto na saúde mental das mulheres, e alguns desses fatores “*são processos também colocados culturalmente, socialmente e que a gente precisa problematizar isso com a mulher*” (P2). Desta forma, a profissional acrescenta:

“No atendimento, também inclui ela nesse contexto mais macro, nessas relações em que a gente é culturalmente criada para ser ou não, ter determinados comportamentos, aceitar a violência, se expressar através da violência. Então todos esses fatores sociais e culturais, eles vão tendo efeitos aí, nessa vida, e nessa disposição a violência e com reflexos na saúde mental” (P2).

Diante do exposto, cabe refletir sobre a necessidade da inserção da temática de gênero nos serviços de assistência às mulheres em situação de violência, pois a falta de conhecimento teórico na prática dos serviços, conforme verificado nas entrevistas, inviabiliza em grande parte a tomada de ações e decisões.

Como prevíamos, as entrevistas revelaram que a violência possui relação íntima e direta no adoecimento psíquico em mulheres que a vivenciam ou vivenciaram em algum

momento da vida, porém é preciso avanço em políticas públicas que observem as questões sociais das mulheres, suas características e vulnerabilidades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, foi possível observar que a prática de cuidado a partir da escuta ativa, acolhimento e respeito sem julgamento é um dos principais pontos de destaque neste acompanhamento psicossocial às mulheres em situação de violência. Porém, este só é possível a partir da ética e da qualificação profissional. Os discursos das (o) profissionais entrevistadas (o) se apresentam como de extrema importância para pensar em intervenções, cuidado e saúde para mulheres em situação de violência.

Quanto às violências mais recorrentes apresentadas pelas (o) profissionais, constatou-se que as dinâmicas são diversas e multifatoriais, porém algumas estão diretamente relacionadas à posição social em que as mulheres estão inseridas. Mulheres moradoras de bairros periféricos, como a Maré, sofrem também as violências perpetradas pelo Estado e pela falta de acesso aos serviços institucionais que muitas vezes sequer chegam a estes territórios. Todavia, verificou-se que ações coletivas na comunidade, articuladas com a rede de serviços, é uma estratégia fundamental nesse acompanhamento.

Verificou-se que muitas mulheres possuem dificuldade de reconhecer as nuances de atitudes violentas nos relacionamentos, o que dificulta a tomada de ação. Violências do tipo psicológica, sexual e patrimonial estiveram bastante presentes nas entrevistas, porém para as (o) profissionais, muitas dessas mulheres só conseguem reconhecer a violência quando é materializada fisicamente. Desta forma, todo o trabalho profissional precisa ser realizado com bastante sensibilidade, de maneira que a própria mulher consiga reconstruir uma vida sem violência e com segurança.

Dentre as inúmeras questões que favorecem a atuação dos serviços profissionais nos Centros de Referência, o investimento em capacitação profissional foi destaque durante as entrevistas. Para elas (ele) o fato de estarem ligadas (o) a uma universidade como a UFRJ é um ponto importante, bem como o fato de serem todos funcionários concursados e efetivos da instituição, o que permite um maior comprometimento da equipe e a não rotatividade de pessoal, facilitando desta forma, o engajamento entre eles.

Em contrapartida, a carência de investimento em recursos humanos dificulta a dinâmica do serviço. Como forma de minimizar, os Centros constroem diversas parcerias em que podem encaminhar as mulheres, a partir das necessidades que vão surgindo nos atendimentos. Outro fator revelado foi a ausência de políticas públicas no que se refere as

mulheres em situação de violência, como geração de emprego e renda, e investimento no sistema de saúde, particularmente em saúde mental.

As dinâmicas em que a violência atravessa a vida cotidiana das mulheres são diversas, e nesse contexto, os profissionais buscam criar estratégias de cuidado e acompanhamento a longo prazo junto a elas, de forma que antes de qualquer decisão a ser tomada, seja esta, o ato da denúncia ou mesmo o afastamento do seu (sua) agressor (a), estas mulheres possam estar seguras e protegidas para tomada das suas escolhas. Os profissionais acreditam que cada acompanhamento é único, por entender as particularidades e subjetividades de cada mulher que chega até o atendimento.

Nos significados do sofrimento psíquico observados durante as entrevistas, sentimento de culpa e esgotamento vem de encontro ao despreparo na assistência a essas mulheres, que não sabem lidar com os problemas mentais que surgem a partir da violência, e acabam sendo medicalizadas sem a devida intervenção sobre as verdadeiras causas. Assim, o uso indiscriminado de medicamentos passa a ser visto pelas mulheres como uma solução que amenize esse sofrimento.

O esgotamento psíquico e sobrecarga nas dinâmicas do dia a dia, também foi observada enquanto motivador de sofrimento, sendo de difícil interpretação entre os (as) profissionais, na medida que, muitas dessas questões são naturalizadas enquanto condições intrínsecas ao viver feminino, como cuidado com a família e da casa. Assim, “reler a saúde mental sob o viés de gênero leva a outras reflexões e a compreensão do quanto a loucura pode ser engendrada” (ZANELLO, 2012, p. 3).

Por fim, em relação a percepção das (o) profissionais entrevistadas (o), são as demandas sociais, culturais e econômicas os maiores disparadores para os agravos na saúde mental das mulheres, e que trazem efeitos tanto no corpo, quanto na mente. Todavia, investimentos em formação de profissionais especializados com e dentro do SUS pode ser uma forma de obter reflexos satisfatórios no campo da saúde mental das mulheres, pois conforme menciona uma das profissionais é preciso trabalhar “*através da educação, da linguagem, de ruptura, de luta, para poder preservarmos a saúde mental de alguma forma individual das mulheres, e num fenômeno mais coletivo*” (P2).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.
- ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.** México, n.14, out. 2008.
- BAÉRE, F., & ZANELLO, V. Suicidal behavior in women of diverse sexualities: silenced violence. **Psicologia Clínica**, v. 32, n.2, p. 335-353, 2020.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, maio/agosto 2014.
- BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá**, Colombia, v. 32, n. 2, p. 309-320, 2014.
- BARBOZA, E. M. Q. & DEMETRIO, A. Quando o gênero bate à porta do STF: a busca por um constitucionalismo feminista. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.
- BARDIM, L. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.
- BARSTED, Leila Linhares. **20 anos da Convenção de Belém**. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso: 01 mai, 2021.
- BATISTA, G. F. **Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas René Rachou, 2014.
- BBC Brasil.com. **Por que mulheres sofrem mais de síndrome de burnout do que homens**. <https://www.bbc.com/portuguese/geral-58869558>. Acesso em: 29 de mar, 2022.
- BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**. v. 17, n. 49, 2003.
- BORBA, L. O.; GUIMARÃES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. A.; Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 88-94, 2015.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev, 2008.

BORSOI, T.; BRANDÃO, E.; CAVALCANTI, M. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

BRASI, 2020. **14º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL, Lei 14.022, dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, Brasília, 2020. Disponível: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14022-7-julho-2020-790393-publicacaooriginal-161013-pl.html>. Acesso em: 01 mai. 2021.

BRASIL, **Relatório Disque 180**, 2019.

Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/balanco-anual-disque-100-atendeu-2-7-milhoes-de-ligacoes-em-2019/copy_of_Relatorio_Disque_100_final.pdf. Acesso em: 01 mai, 2021.

BRASIL. **Balanco 2019** - Ligue 180 Central de Atendimento à Mulher. Brasília, 2019.

BRASIL. LEI nº 13.431, 4 de abril de 2017, Brasília 2017.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm. Acesso em 01 mai, 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 2013; 13 mar.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres**. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto. **Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. LEI Nº 10.216 DE 2001 - **Proteção direitos da pessoa portadora de transtornos mentais**. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm Acesso em: 01 mai, 2021.

BRASIL. LEI Nº 10.778, **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.**, Brasília, 2003.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 01 mai, 2021.

BRASIL. LEI Nº 10.714, **Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher**, Brasília, 2003.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.714.htm#:~:text=LEI%20No%2010.714%2C%20DE,Art. Acesso em 01 mai, 2021.

BRASIL, Decreto nº 1.973, **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**, de 1º de agosto de 1996.

Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1973.htm. Acesso em: 01 mai, 2021.

BRASIL. LEI nº 9.603, de 22 de janeiro de 1998, Brasília, 1998.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19603.htm. Acesso em: 01 mai, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segunda Conferência Nacional De Saúde Mental**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Volume 52 | set. 2021.

BRASIL. **LEI nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

CAMPOS, C. H. Violência, Crime e Segurança Pública Femicídio no Brasil Uma análise crítico-feminista. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 103-115, jan-Jun, 2015.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro, 2009.

CAVALCANTE, R. B; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014

CORREIA, C. M.; DINIZ, N. M. F.; GOMES, N. P.; ANDRADE, I. C. S.; CAMPOS, L. M.; CARNEIRO, J. B. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 14, n. 4, p. 219-225, Out.-Dez., 2018.

COSSI, R. K. Stoller e a psicanálise: da identidade de gênero ao semblante lacaniano. **Estudos de Psicanálise** | Belo Horizonte-MG | n. 49, p. 31–44, julho/2018.

CRUZ, N.F. O; DELGADO, P; GONÇALVES, RENATA W. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

COELHO, M. T.; FILHO, A. M. et al. O Conceito de Saúde Mental. M. F. T. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, setembro/novembro, 1999.

CORRÊA, M. D.; MOURA, L.; ALMEIDA, L. P. ZIRBEL, ILZE. As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. **Saúde Soc.** São Paulo, v.30, n. 2, e210001, 2021.

D'OLIVEIRA, AFPL; SCHRAIBER, LB; HANADA, H; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, AFPL; SCHRAIBER, LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção / Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. **Rev Med** (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):134-40.

ESPERANDIO, E.; MOURA, A.; FAVORETO, C. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, 2020.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. N. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, vol. 8, n. 1, p. 109-122, mar/2005.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O. C.; FERRER, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, vol. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014.

GROSSI, P. K.; COUTINHO, A. R. C.; BITENCOURT, J. V. Desafios do atendimento à mulher em situação de violência no âmbito do CREAS. Seminário Nacional de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 27 a 29 de outubro de 2015.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M.C.; FONSECA, R. M. A violência de gênero e o processo saúde-doença. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 3, p. 625-31, jul-set, 2009.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015.

HARAWAY. D. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, v. 22, p. 201-246, 2004.

HEIDRICH. A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Faculdade de Serviço Social Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Doutorado em Serviço Social. Porto Alegre, 2007.

HEILBORN, M. L.; SORJ, B. **Estudos de gênero no Brasil**, in: MICELI, Sérgio (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, set./dez. 2007.
- JESUS, L. R; SOBRAL, R. C. C. Culpabilização da mulher: a perspectiva de policiais de uma delegacia especializada no atendimento à mulher. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 196-210, 2017.
- LATTANZIO, F. F.; RIBEIRO, P. C. Nascimento do conceito de gênero. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, p. 409 – 425, set-dez/2018.
- LIMA, M. A.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.
- LOYOLA, M. A. Covid-19: uma agenda de pesquisa em torno das questões de gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300312, 2020.
- LUDERMIR, A. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 18, n. 3, p. 451-467
- KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.
- KRUG, E. G. et al. Lozano R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization,. p. 380, 2002.
- MARTINS, H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.
- MEDEIROS. M. P.; ZANELLO. V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 384-403, janeiro-abril, 2018.
- MENEGUEL, S. N; PORTELLA, A. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(9):3077-3086, 2017.
- MERCADO, L. P. L. Pesquisa Qualitativa On-Line utilizando a etnografia virtual. **Revista Teias**, v. 13, n. 30, p. 169-183, set./dez. 2012.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 83-107, ISBN 978-85-7541-380-7.

Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-10.pdf>. Acesso em: 29 abr, 2021.

MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. Violence for All. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan/mar, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. v. 52, nº 33, p. 1-10, et. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Covid-19. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 03 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica no 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf.

Acesso em: 25 de abril, 2021.

MOREIRA, J. A.; ESPÍNDOLA, D.; CARVALHO, J. B.; MOREIRA, A. R.; PADILHA, M. T. Violência de gênero: um olhar histórico. **Hist. Enf. Rev. Eletr.** v. 5, n. 1, p. 54-66, 2014.

MORGADO, R. Separação: Riscos e Femicídio in **Saberes plurais: produção acadêmica em sociedade, cultura e serviço social** / Rosemere Maia e Verônica Cruz (org.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2020.266 p. (Coleção Carlos Nelson Coutinho; v. 6)

MOSCHKOVICH, M. B. Como ler a obra de Gayle Rubin? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 955-972, set-dez/2012.

MOURA, L. C.; HENRIQUES, H. I. B. Aspectos sócio histórico-culturais envolvidos no fenômeno de culpabilização de mulheres vítimas de violência. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 7, n. 2, p. 24-42, 2014.

NETO, O. C; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

NETTO, L; MOURA, M.; QUEIROZ, A.; Violência contra as mulheres e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 458-464, 2014.

OLIVEIRA, L. C.; RIBEIRO, P. R. M. O campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita, Bauru**, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Contra Meninas E Mulheres Em Tempos Da Pandemia Da Covid-19**, 2020.

OSIS, M.; PÁDUA, K.; FAÚNDES, A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. **Enfrentamento da violência pela Saúde**, v. 14, n. 5, p. 320-328, 2013.

PEDROSA, M, ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 32, n. spe Brasília, 27-Mar-2017.

PEGORATO, R. F.; CALDANHA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, p. 3, p. 560-72, 2012

PINTO L. S. S. et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, 2017.

PONTES, L. B; DIOSÍSIO, M. B. R.; BERTHO, M. A. C.; GRAMA, V. D.; D'AFFONSECA, S. M. Redes de Apoio à Mulher em Situação de Violência durante a Pandemia de Covid-19. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 3, jul./set. 2021, p. 187-201.

PONTES, C. A. L.; & SIVEIRA, L. C. Abuso de benzodiazepínicos entre mulheres: o que esse fenômeno (re)vela? **Revista De Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2017.

PRADO, M. O; SOUZA, M. Violências, mulheres travestis, mulheres trans: problematizando binarismos, hierarquias e naturalizações. **Rev. Polis e Psique**, v. 9, n. 2, p. 45 – 66, 2012.

REDES DA MARÉ. Censo Populacional da Maré (2013). Rio de Janeiro/RJ: Redes da Maré, 2019. ISBN: 978-85-61382-08-7. Disponível: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/CensoMare_WEB_04MAI.pdf
Acesso em: 20 abr, 2022.

RIBEIRO, W. S; ANDREOLI, S. B; FERRI, C. P; PRINCE, M; MARI, J. J. Exposição a violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 31, n. Supl II, p. 49-57, 2009.

RODRIGUES, C. Ser e devir: Butler leitora de Beauvoir. **Cadernos Pagu**. V. 56, p. 1809-4449, 2019.

RODRIGUES, H. S. J; ARAÚJO, C. D. M. H. Violência contra mulher: uma discussão de gênero. **II Congresso Internacional de Educação Inclusiva**. 16 a 18 de novembro de 2016.

ROEVER, L. Compreendendo os estudos de revisão sistemática. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 15, n. 2, p. 127-130, Abr.-Jun. 2017.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 19, sup. 2, p. S201-S212, 2003.

SABADELL, A.; PAIVA, L. M. O crime de estupro à luz da epistemologia feminista: um estudo de caso no STF. **Delictae**, v. 3, p. 110-155, 2018.

SANDRI, G. Gênero e saúde mental: uma análise dos sentidos conferidos ao sofrimento psíquico por usuárias e psicólogas de um serviço de saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SANTIAGO. M. A.; GONÇALVES. H. S.; AUGUSTO. C. B. Maré de mulheres: reflexões sobre a justiça para mulheres em situação de violência numa favela carioca. **ex æquo**, n.º 40, p. 123-140. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo>, 2019.

SANTOS, N. G. O. S.; SENRA, B. M. P.; ROCHA, R. R.; CAMPOS, P. N.; LORENZOTTI, C. P.; VIDAL, C. E. L. Violência contra a Mulher e Comportamento Suicida. **Rev Med Minas Gerais**. V. 31 (Supl 5), p. 05-14, 2021.

SANTOS, C. M. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: Absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, p. 153-170, 89, Junho 2010.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SANTOS, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 n. 1, p. 59-70, 2005.

SAFFIOTI, H. Violência de gênero no Brasil atual. **Estudos Feministas**. n. E, p. 443-461, 1994.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SARDENBERG, C.; MEAD, M. Trabalho apresentado originalmente ao V Simpósio Baiano de Pesquisadoras (es) Sobre Mulheres e Relações de Gênero, realizado em outubro de 1999 pelo NEIM/UFBA, e publicado em **na coletânea**. N. 1. p. 1-26, 1999.

SCARANCE, V. **Violência contra a mulher: um desafio para o Brasil. A vitimação de mulheres no Brasil**. 2ª Edição, Ano 2019.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA et al. **Violência contra a Mulher e Políticas de Saúde no Brasil: o que Podem Fazer os Serviços de Saúde?** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina/USP. (s/d), 2002.

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA. **Saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n. Esp, p. 112-20, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade** - ISSN 0100-3143 (impresso) e 2175-6236 (online).

SILVA, Maria Missilene Fernandes da. **Suicídio de Mulheres com Histórico de Violência Doméstica e a Tentativa Direcionando ao Femicídio**. Tese (Tese em Direito) - Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, 2019.

SILVA, L. L. et al. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan/abr 2007.

SILVA, S. V. Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona, N° 262, 15 de noviembre de 2000.

SILVA, A. F. C.; SILVA, R. M. CARLESSO, J. P. P; ALVES, C. G.; MACHADO, G. D.; MEINE, I. R.. Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, 2020.

SILVA, S. V. Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. Biblio 3W. **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9796] N° 262, 15 de noviembre de 2000.

SOUTO, V. S. & CASTELAR, M. Psicólogas nos serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência. **Psicol. estud.**, v. 25, n. 44031, 2020

SOUZA M. T., CARVALHO R; SILVA M. D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TÁVORA, M. F.; COSTA, D.; GOMES, C. M.; BEIRAS, A. Análise de gênero e de cruzamentos interseccionais de um programa para autores de violência doméstica contra as mulheres. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 2 p.440-466, 2020.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Ed. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VIEIRA, E. M. & HASSE, M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados, **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, Rio de Janeiro, jul-set, 2014.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P., MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev. Bras. Epidemiol.** 2020.

VIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ed. 11(Sup), p. 1147-1153, 2007.

ZANELLO, V.; FIUZA, G; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal*, **Rev. Psicol.**, v. 27 – n. 3, p. 238-246, 2015

ZANELLO, V; SILVA, R. M. C. Saúde Mental, gênero e violência estrutural. **Rev bioét.** v. 2, p. 267-79, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“A saúde mental das mulheres vítimas de violência a partir do olhar de profissionais atuantes em dois Centros de Referência localizados no município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por Denise Paula do Nascimento, aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dra. Liana Wernersbach Pinto e Dra. Vera Lucia Marques da Silva.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção dos profissionais (assistentes sociais e psicólogos) sobre a saúde mental das mulheres vítimas de violência, atendidas no Centro de Referência para Mulheres – Suely Souza de Almeida (CRM-SSA) e no Centro de Referência de Mulheres da Maré – Carminha Rosa (CRMM-CR).

Este convite se deve ao seu trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais e psicólogos atuantes nos CRM-SSA e CRMM-CR, nos atendimentos e acompanhamento às mulheres vítimas de violência, vindo diretamente de encontro ao objetivo desta pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Serão tomadas medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas ou qualquer dado que possa identificá-lo (a).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, em formato virtual. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, e este tem liberdade de desistir e retirar-se sem qualquer prejuízo.

O tempo de duração da entrevista será aproximadamente de quarenta minutos a uma hora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. O benefício indireto relacionado com a sua participação nesta pesquisa é o de colaborar para a identificação dos problemas relacionados ao cuidado em saúde mental de mulheres vítimas de violências a partir dos serviços de assistência, o que pode ser de grande utilidade para a criação de políticas públicas mais eficazes para este público.

Dentre os riscos previstos na sua participação, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor sua opinião, percepções ou vivências frente aos conteúdos abordados na entrevista. E a fim de reduzir qualquer desconforto, será assegurado ao participante, total liberdade para não responder perguntas que lhe causem desconforto. Também consideramos a possibilidade de perda do anonimato, já que a equipe de assistentes sociais e psicólogos/as dos centros de referência é bem reduzida. Neste sentido, para minimizar este risco, não serão mencionados dados que possam identificá-lo, como nome e profissão.

Os resultados serão apresentados aos participantes através de relatórios individuais, a partir dos resultados da pesquisa, que serão encaminhados por e-mail a cada um dos entrevistados. Além deste, a publicação de artigos científicos e da dissertação, enquanto produto final desta pesquisa.

Este termo será redigido em duas vias, sendo uma via do (a) participante e outra da pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pela pesquisadora desta pesquisa, com assinaturas recolhidas na última página, constando também o local da realização desta pesquisa.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contato com a pesquisadora responsável (Mestrado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ):
Tel.: (21) 98843-2689 e-mail: denisepnasc@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**A saúde mental das mulheres vítimas de violência a partir do olhar de profissionais atuantes em dois Centros de Referência localizados no município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem. (ESPECIFICAR)
 Não autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.
 Não autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2021

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Denise Paula do Nascimento – (Mestrado em Saúde Pública)

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS (assistentes sociais, coordenadoras e psicólogo)

> Identificação:

Profissão

Tempo de trabalho no CRM-SSA

Qual atividade desenvolve no local?

1 - Qual primeiro procedimento adotado pelo senhor (a) no CRM-SSA, ao receber uma mulher vítima de violência?

2 – Quais os tipos mais frequentes de violência são trazidos pelas mulheres nas dinâmicas dos atendimentos do CRM-SSA?

3 – Em sua opinião, quais aspectos favorecem ou dificultam a atuação dos profissionais do CRM-SSA em lidar com violência?

4 – As mulheres vítimas de violência costumam apresentar queixas relacionadas à saúde mental? Quais?

5 – Quais são as suas percepções quanto à saúde mental das mulheres que vivenciam violência?

6 – Como essas mulheres lidam com transtornos e/ou sofrimento mental decorrentes da violência?

7 – Das mulheres que apresentam questões graves em saúde mental, o que é frequente observar?

8 - Você acha que a saúde mental das mulheres vítimas de violência é invisibilizada nos serviços de atendimento?

9 - Quais são as estratégias de cuidado e acompanhamento para as mulheres que procuram atendimento no CRM-SSA?