



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, fornecer um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported International.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental¹

Mariana Pedrosa²
Valeska Zanello
Universidade de Brasília

RESUMO - O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimentos sobre violência contra as mulheres e políticas públicas em profissionais de saúde mental. Foram realizadas 12 entrevistas e, a partir da análise de seus conteúdos, foram criadas cinco categorias: “percepção das demandas apresentadas por homens e mulheres”, “experiência no atendimento a mulheres que sofreram violência”, “relação entre violência e saúde mental”, “conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas para as mulheres” e “(des)conhecimento da notificação compulsória da violência contra as mulheres”. Os profissionais apresentaram dificuldade para lidar com o tema, principalmente relacionada à notificação da violência e ao encaminhamento do caso. A atuação é baseada na intuição e não em conhecimentos teórico práticos.

Palavras-chave: violência contra mulher, saúde mental, profissionais da saúde

(In)visibility of violence against women in mental health

ABSTRACT - The aim of this study was to analyze the perception, beliefs and knowledge of mental health professionals about violence against women and public policies related to this issue. To accomplish this objective, 12 interviews were carried out. Based on data analysis, five themes were proposed: “perception of demands presented by women and men”, “experience in providing care to women victims of violence”, “link between violence and mental health”, “knowledge about the Maria da Penha Law and women-centered public policies”, “(Lack of) knowledge about the compulsory notification of violence against women”. Professionals had difficulties dealing with these themes, especially related to addressing and notifying violence. Their practices are based on their intuition rather than on theoretical and practical knowledge.

Keywords: violence against women, mental health, health professionals

A violência contra as mulheres, segundo o conceito definido na Convenção de Belém do Pará (1994), é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (artigo 1º). O tema, que possui dimensões assustadoras e traz impactos importantes para a sociedade, ganhou visibilidade a partir da década de 1990, sendo considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma questão de saúde pública (OMS, 2005).

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

No Brasil, a realidade não é diferente. De acordo com o Mapa da Violência (2015), pesquisa realizada pela Flacso/

BR, o Brasil passou da 7ª colocação (2012) nas taxas de feminicídio, em uma amostra de 84 países, para a 5ª colocação, em uma amostra de 83 países. O Mapa da Violência também mostrou que, dos 4.762 casos de feminicídio cometidos em 2013, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que, dentro desse percentual, 33,2% foi realizada por parceiros ou ex-parceiros.

A exposição a situações de risco, como a violência contra as mulheres, tem sido fortemente associada a diversos problemas psiquiátricos. Dillon, Hussain, Loxton & Rahman (2012) realizaram um levantamento de 75 artigos, que faziam associação entre a violência contra as mulheres e transtornos mentais. A pesquisa foi feita em três bases de dados *online* (SAGE Premier, ProQuest e Scopus), sendo selecionados os artigos publicados entre janeiro de 2006 e junho de 2012. Combinações entre as expressões “*domestic violence*” (violência doméstica) e “*intimate partner violence*” (violência por parceiro íntimo) e “*physical health*” (saúde física) e “*mental health*” (saúde mental) foram realizadas. Dos artigos levantados, a experiência de violência foi associada a depressão (em 42 estudos), transtornos pós-traumáticos (em 14 estudos), ansiedade (em 16 estudos), suicídio e autoextermínio (em seis estudos) e problema psicológico (em 19 estudos). Este estudo demonstra a alta correlação que tem sido descrita pelos pesquisadores entre a violência e os transtornos mentais. Trevillion *et al.* (2014), Nyame, Howard, Feder & Trevillion (2013), Schraiber, D’Oliveira & Couto (2009) e Barreto, Dimenstein & Leite (2013) demonstram que há um expressivo

1 Apoio: CNPq

2 Endereço para correspondência: mari.pmedeiros@gmail.com

número de vítimas de violência doméstica que utilizam os serviços de saúde mental, tanto no Brasil quanto em outros países. Esses serviços possuem, assim, um papel importante na identificação, prevenção e encaminhamento da violência doméstica para serviços especializados (OMS, 2010).

Para que o atendimento dado às mulheres seja efetivo, é necessário que os profissionais de saúde que trabalham na atenção à saúde mental tenham conhecimentos e se sintam capacitados para atender a essa demanda. Estudos demonstram, entretanto, que os profissionais de saúde não são devidamente preparados para lidar com a violência contra as mulheres (Schraiber & D'Oliveira, 1999; Nyame *et al.*, 2013; Rose *et al.*, 2011).

Levando em consideração a importância do reconhecimento da violência contra as mulheres como epidemia e seu impacto sobre a saúde mental delas, bem como a insípida presença dessa temática nos currículos de graduação dos profissionais de saúde (Souza, Penna, Ferreira, Tavares & Santos, 2008), o presente artigo teve por objetivo fazer um levantamento acerca da percepção, crenças e conhecimentos sobre a violência contra as mulheres e políticas públicas relativas a esse tema, em profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de uma capital brasileira. Buscou-se averiguar a compreensão do tema por parte desses profissionais, bem como seus conhecimentos sobre a rede e os serviços disponíveis para o encaminhamento e trabalho conjunto com essas mulheres.

Método

Para atingir os objetivos da pesquisa foram entrevistados 12 profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial II de uma capital brasileira. Os profissionais eram de diversas especialidades: um psiquiatra, cinco psicólogos, duas enfermeiras, uma técnica em enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e um gerente de saúde. Pelo fato de ser uma equipe pequena (12 profissionais), para preservar o sigilo e a identidade dos profissionais eles foram apresentados como: “profissionais da área *psi*”, que incluiu os psicólogos e o psiquiatra, e “profissionais de saúde”, que incluiu os demais profissionais de saúde. Essa divisão foi realizada levando em consideração que os profissionais da área *psi* tiveram uma formação mais aprofundada em temas afins à saúde mental e ao sofrimento, ao passo que os profissionais de saúde em geral não o tiveram necessariamente.

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

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas disparadoras que buscavam conhecer primeiramente a rotina dos profissionais de saúde e como eles lidavam com as demandas de homens e mulheres atendidos no CAPS. Em um segundo momento, foram realizadas perguntas mais específicas para analisar o conhecimento que esses profissionais

tinham sobre violência contra as mulheres, sua relação (ou não) com a saúde mental e os sistemas disponíveis na rede para atender essa demanda.

As entrevistas foram realizadas, na maioria das vezes, no próprio local de trabalho, em uma sala separada, a fim de preservar o sigilo do entrevistado. Apenas duas entrevistas foram realizadas fora do local de trabalho, a pedido dos entrevistados, mas em locais fechados, nos quais o sigilo também foi preservado. As entrevistas duraram em média 49 minutos, e com a anuência dos participantes foram gravadas (ao todo, 588 horas) e transcritas na íntegra para a análise de dados.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CAAE: 47775515.3.0000.5540) e no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde do Distrito Federal (CAAE: 53102116.6.3001.5553). Os participantes só foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para o tratamento dos dados, foi realizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977; Minayo, 2014). Em um primeiro momento, foi efetuada uma leitura flutuante de todas as entrevistas para haver uma sensibilização de temas recorrentes. Depois disso, empreendeu-se uma leitura crítica que buscou encontrar os temas mais relevantes trazidos pelos participantes. Esse processo foi executado pelas duas pesquisadoras, separadamente. Em seguida, foi feita a comparação entre os temas encontrados por ambas as pesquisadoras e elencaram-se as cinco categorias das entrevistas, seguindo critérios de homogeneidade, exaustão, exclusividade, objetividade e pertinência, propostos por Bardin (1977).

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

Resultados e Discussão

Percepção das demandas apresentadas por homens e mulheres. Dos 12 profissionais entrevistados, sete (58,3%) percebem que há diferenças entre as demandas de homens e mulheres. Para esses profissionais, as mulheres pedem mais ajuda, são mais “choronas”, trazem mais conteúdos, mais problemas de relacionamento e relatos de violência, como explicitou a profissional da área *psi* 4: *“relacionada a problemas familiares, a maioria. Problema social e problemas familiares, né? É separação, é dificuldades com os filhos, né? Também a violência, né? Com relação a ela, né? Permeia as famílias, essas questões são bem presentes”*.

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

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

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

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

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

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

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

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

Três profissionais relataram nunca ter pensado na diferença das demandas entre homens e mulheres. Desses, dois (profissional da área psi 5 e a profissional de saúde 1) conseguiram, durante a entrevista, identificar diferenças entre as demandas. O sofrimento das mulheres foi relacionado a problemas relacionais e necessidades da família, e o dos homens, ao fato de serem provedores e terem dificuldade em

buscar ajuda. A terceira profissional (profissional de saúde mental 2) de fato não conseguiu observar diferenças entre as demandas, relatando apenas que todos os que buscam o CAPS o fazem para ter acesso aos medicamentos.

A partir das entrevistas, foi possível observar que, apesar de alguns afirmarem nunca terem pensado no assunto e de outros denegarem a diferença, onze profissionais (91,7%) percebiam diferenças nas demandas de homens e mulheres. Além disso, há um consenso sobre quais são as maiores demandas conforme o gênero.

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

Experiência no atendimento a mulheres que sofreram violência. Todos os profissionais já haviam atendido mulheres vítimas de violência no CAPS II. Durante a entrevista, os profissionais comentaram sobre como eles lidavam com essas mulheres. A partir das respostas dos profissionais, os comportamentos citados foram divididos em três grupos: atitudes passivas e acolhedoras, atitudes interventivas e atitudes indiferentes.

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

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

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

Segundo Maluf (2010), o que ocorre é um processo de medicalização da vida e controle da experiência das mulheres. A psiquiatria, por meio do uso massificado de psicofármacos, passa a atuar como um dispositivo disciplinador, de

controle ou de vigilância das mulheres. O que se busca é a supressão de sintomas e que as mulheres possam continuar exercendo os papéis sociais a elas atribuídos (Zanello, 2010; Zanello, 2014).

Outra ação interventiva citada pelos profissionais que merece destaque é a responsabilização das mulheres, possível de ser observada no seguinte trecho:

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

No imaginário social, em situações de violência, em geral, existem duas opções: responsabilizar ou vitimizar as mulheres. No entanto, é necessário pontuar a diferença entre responsabilizar a mulher e trabalhar seu protagonismo em sua própria vida. Quando os profissionais trazem a ideia de responsabilização, é possível observar um discurso psicológico baseado na ideia de “o que você fez para provocar a violência?”. Há uma busca pela forma como o “inconsciente” agiu nesses casos. Já ao trabalhar o protagonismo das mulheres, o profissional passa a empoderá-las para sair daquela situação. Assim, na fala dos profissionais, a responsabilização pode ser lida como uma tentativa de *psicologizar* (De Vos, 2013) a violência, atuação que, por si só, pode ser violenta.

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

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

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

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

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

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

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

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

No grupo 2, os quatro profissionais (33,3%) consideraram a relação entre violência e saúde mental como recursiva. A fala, a seguir, representa o pensamento dos profissionais incluídos neste grupo:

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

A relação percebida pela maioria dos profissionais de saúde, que a violência acarreta prejuízo à saúde mental das pessoas e ajuda na configuração dos transtornos mentais, tem sido discutida em diversos estudos. Segundo Schraiber & D’Oliveira (1999), mulheres vítimas de violência têm mais chance de desenvolver diagnósticos de depressão, ansiedade, insônia e fobia social, entre outros. Esse dado se confirma em estudo realizado por Rose *et al.* (2011), que apontam que mulheres que sofreram violência chegam 11 vezes mais aos serviços de saúde mental do que mulheres que não passaram por essa situação.

No terceiro grupo, apenas um profissional afirmou que o foco era o transtorno, o qual colocava o sujeito em uma situação de maior vulnerabilidade a sofrer violência, como na fala da profissional de saúde mental 2: “*tanto os pacientes com transtorno mental são vítimas, quanto eles... é... como que eu usaria isso? Eles causam vítimas*”.

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

Conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas para as mulheres. A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) é considerada uma das três leis mais avançadas no mundo no combate à violência contra as mulheres e, a partir dela, diversas políticas públicas foram propostas no Brasil. O que se observa, no entanto, é que há um lapso entre a lei e a prática nos serviços. Essa disparidade pode ser observada na fala dos profissionais de saúde entrevistados.

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

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

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

conheço é... o fato de que a mulher pode denunciar um homem e... isso criminaliza um homem, basicamente. [Ri] (...) e eu sou até um pouco crítico, que eu acho que, o processo de criminalização é maior que, que, que o resto, né? Que é isso, a mulher vai prender o homem, daqui a pouco volta com o homem e prendeu. O que mais se faz, né? Nesse sentido (profissional da área psi 2). É que, às vezes, as mulheres usam a Maria da Penha, eu digo assim, que tinha que ter o João da Penha também, porque as mulheres usam isso de uma forma distorcida, para ter esse poder assim: ela não consegue sair do jogo da violência, mas vai lá e usa a Maria da Penha [risada]. É difícil, é delicado também. Acho que não é garantido que a mulher que tá lá na Maria da Penha, que ela tá realmente sofrendo violência e não está violentando ninguém, ou tá realmente havendo um trabalho para ela sair daí. Hm... é basicamente isso que eu conheço (profissional da área psi 5).

Essas falas mostram que a falta de conhecimento dos profissionais a respeito da lei, bem como acerca dos dispositivos legais de proteção e assistência às mulheres, pode provocar

diversos equívocos nos pensamentos e nas práticas dos profissionais. Há nessas falas uma ideia de que as mulheres seriam “vilãs” e que, com a criação de um mecanismo de proteção, elas passaram a se beneficiar das políticas públicas para “prejudicar” os homens. Essa ideia é difundida no senso comum e é um argumento usado por muitos para desqualificar a Lei Maria da Penha.

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

Além da Lei Maria da Penha, os profissionais apontaram a existência de outras políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Estas, de modo geral, foram relacionadas aos locais para os quais os profissionais encaminhavam suas pacientes quando identificavam situações de violência. O Programa de Assistência à Violência (PAV) foi citado por sete profissionais (58,3%). Esse programa tem como objetivo “o atendimento às pessoas em situação de violência, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência” (Portaria nº141/2012 - MS). O programa atende todas as pessoas vítimas de violência, e não há um enfoque especializado nas mulheres nessa condição. Cabe ressaltar que existe um PAV no hospital no qual o CAPS está localizado. Ficou clara, em muitas falas, a ideia de que os profissionais encaminham as pacientes para esse programa a fim de “sanar” uma responsabilidade e “passar o problema adiante”. Dessa forma, eles estariam cumprindo seu papel de encaminhar e resolver a situação. Quando questionados, a maioria dos profissionais afirmou não acompanhar as mulheres nem seu atendimento nesses locais.

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

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

(Des)conhecimento da notificação compulsória da violência contra as mulheres. A notificação compulsória foi citada pelos profissionais e merece destaque, por ser considerada uma importante fonte para base de dados na criação de políticas públicas. Apesar disso, os profissionais de saúde demonstraram, novamente, não conhecer a função desse mecanismo e não o executarem adequadamente.

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

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

Além disso, também trouxe a crença de que a notificação não serve para proteger, mas se constitui antes uma forma de denúncia e criminalização:

É... é... e sinceramente as que a gente preencheu não foram pra lugar nenhum, porque nenhuma delas teve um processo resolutivo de proteger alguém, então... aí tem esses dois lados que faz desistir, que dá muito trabalho, de não ter tempo pra isso sempre e outro que não dá em nada. (...) porque eu pessoalmente acho que as notificações servem pra proteger, mas eu acho que assim, a gente tem que... é o que eu falo: denuncia, criminalização é importante, mas é um papel muito reduzido, eu acho, do que a gente pode fazer nesse caso. (...) Eu denunciei. E não ajudou de nada. Foi o que eu falei no dia, eu tinha falado antes: “gente, é... pode adiantar pra dizer que eu me amparei como psicólogo, que eu fiz a notificação, que eu sei que é verdade, então pensando na, no meu não indo pra reta, é ótimo notificar, que se a mulher morre eu falo: notifiquei”. Então pensando em mim é ótimo, mas pensando em vínculo terapêutico, em negociação de tudo o que eu falei antes cara... cagou o caso. Acabou mesmo, lascou tudo. Mas a gente conhece a ficha, mas a gente quase não preenche. A gente tem as fichas, inclusive, no nosso armário. Eu acho elas supercomplicadas... elas super...

Os argumentos trazidos nessa fala podem ser lidos como desconhecimento do profissional sobre o que de fato é a notificação compulsória. Segundo a Lei 10.778/2003, todos os profissionais de saúde ficam obrigados a notificar os casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados. A notificação é um instrumento de vigilância epidemiológica que tem como objetivo mapear as formas de violência, seus agentes e proporções para,

assim, pensar em ações e políticas voltadas à prevenção e assistência mais adequadas. Nenhum profissional conseguiu identificar a notificação como o instrumento de vigilância epidemiológica.

Os profissionais também demonstraram dificuldades em entender a diferença entre notificação e denúncia ou comunicação externa. A notificação é encaminhada para o serviço de vigilância epidemiológica e serve como fonte de dados para a criação de políticas. Ou seja, a partir dos dados obtidos na notificação, o Estado consegue mapear a violência e pensar em formas mais eficazes de atuação. A notificação não implica resultados para o caso notificado de modo particular – ela abrange uma dimensão maior da violência, que é a construção do perfil das mulheres que sofreram violência e que frequentam o serviço. Já a denúncia ou comunicação externa é realizada em delegacia, junto à autoridade policial, e gera boletim de ocorrência e inquérito policial (Lei Maria da Penha, art. 12), que uma vez concluído é o instrumento que dá subsídios ao Ministério Público para oferecer denúncia e dar início à ação penal (Código de Processo Penal, art. 24).

É fundamental que os profissionais saibam a diferença entre os dois para não criarem a expectativa de que, ao notificar, o problema específico será resolvido, já que essa não é a função da notificação. Também é necessário que haja diálogo entre os gestores, e quem cria as leis e políticas, com os profissionais que estão no cotidiano dos serviços para que, assim, problemas que só são vistos na prática possam ser sanados, como é o caso das críticas relacionadas à ficha de notificação. A complexidade e o tamanho da ficha foram dificuldades relatadas pelos profissionais e que devem ser levadas em consideração, a fim de tornar mais eficaz o cumprimento da normativa.

Conclusões

A violência contra as mulheres foi relatada pelos profissionais de saúde como sendo recorrente dentre as usuárias do CAPS, como podemos ver na seguinte fala: “o nosso grande público no CAPS é de maioria mulheres, né? E, basicamente, não sei, diria que 90%, assim, tem uma... uma situação de violência recorrente” (profissional da área *psi* 1). Ainda que haja a percepção da recorrência dessas situações de violência, em geral não há, no entanto, notificação nem encaminhamento para os serviços disponíveis na rede, só em casos bem graves, ainda que a violência tenha sido apontada por muitos profissionais como sendo fator de peso para a compreensão do adoecimento psíquico.

A (in)visibilidade do tema, dentre os profissionais, é relacionada assim, por um lado, a sua nítida percepção e, por outro, a uma omissão que acaba por invisibilizar a violência sofrida pelas usuárias e a subsumi-la em diagnósticos psiquiátricos. Isso se deve tanto pela não qualificação dos profissionais nessa temática quanto pela falta de busca dos instrumentos legais que poderiam embasar sua prática. A partir das entrevistas, foi possível observar que a atuação é baseada na intuição e no senso comum, não em conhecimentos teóricos e práticos. Dessa forma, destaca-se a importância

de que os profissionais sejam treinados para trabalhar com esse conteúdo e que haja sua capacitação. É fundamental que o esforço para a aplicação das políticas públicas seja realizado por ambas as partes, tanto aqueles que propõem e fiscalizam as leis como os que estão no cotidiano do serviço propriamente dito.

Faz-se mister destacar que os profissionais tiveram respostas variadas em relação a percepção, crenças, conhecimentos, práticas e modo de atuação diante da demanda da violência contra as mulheres, independentemente da área. Seria promissor que estudos futuros abarcassem outros CAPS, para que houvesse um quantitativo maior de profissionais a fim de saber se há especificidades e diferenças entre as diversas categorias. Tal pesquisa poderia apontar caminhos para uma melhor qualificação desses profissionais nesse tema, permitindo que as políticas públicas saíssem do papel para os vários níveis de agentes públicos, inclusive os de saúde e, especificamente, os de saúde mental.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (Reto, L.A., Pinheiro, A. trad.) São Paulo: Edições 70.
- Barreto, L. Dimenstein, M., Leite & J. F. (2013). Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. *Athenea Digital* 13(3), 195-207.
- Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (1994). Recuperado de <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.
- DataSenado. (2015). *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. Retirado de <http://www12.senado.gov.br/noticias/arquivos/2015/08/10/violencia-domestica-e-familiar-contr-a-mulher>.
- De Vos, J. (2013). *Psychologization and the Subject of Late Modernity*. New York: Palgrave McMillan.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2012). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. Recuperado de http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf.
- Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. (2003). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm
- Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. (2006). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Maluf, S. W. (2010). Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: S. W. Maluf, C. S. Tornquist (orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora. 14ed.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico*, 38 (3), 216-233.
- Nyame, S., Howard, L., Feder, G. & Trevillion, K., (2013). A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*, 22(6), 536-543.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating violence*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Pedrosa, M. & Zanello, V. (prelo). Impactos da violência sobre a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas.
- Portaria n. 141 de 17 de julho de 2012. (2012). Brasília, DF. Recuperado de <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Jul/19/portaria-no-141-de-17-de-julho-de-2012-institui-o>.
- Rosa, R., Boing, A. F., Schraiber, L. B. & Coelho, E. B. S. (2010). Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface comunicação, saúde educação*, 14 (32), 81-90.
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Geder, G. & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 189-194.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. L., (1999). Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface comunicação, saúde, educação* 3(5), 11-26.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Portella & A. P. Menicucci, E. (2009). Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciência e saúde coletiva* 14(4), 1019-1027.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira, A. F. & Couto, M. (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos de violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública* 25(2), 205-216.
- Souza, E. R., Penna, L. H. G., Ferreira, A. L., Tavares, C. M. M. & Santos, N. C. (2008). O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *Rev enferm*, 16, 13-9.
- Trevillion, K., Hughes, B., Feder, G., Borschmann, R., Oram, S. & Howard, L. M. (2014). Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 430-444.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF. Recuperado de http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da violência: mortes matadas por arma de fogo*. Brasília: DF. Recuperado de <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Zanello, V.; Stevens, C.; Almeida, T.; Brasil, K. (Org.). *Gênero e feminismos: convergências (in) disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-320.

Zanello, V. (2014). A saúde mental sob viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V.e Andrade, A.P. M. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Editora Appris.

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

Zanello, V. & Silva, R. M. (2012). Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural. *Bioética*, 22 (2). Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776.

Recebido em 09.09.2016

Aceito em 13.12.2016 ■