



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



JORGE LUIZ DA SILVA

AS MARCAS (IN)VISÍVEIS NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES
NARRATIVAS SOBRE VIOLÊNCIAS E SAÚDE MENTAL

RECIFE
2017

JORGE LUIZ DA SILVA

AS MARCAS (IN)VISÍVEIS NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES:
NARRATIVAS SOBRE VIOLÊNCIAS E SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

RECIFE

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

S586m Silva, Jorge Luiz da.
As marcas (in)visíveis nas experiências de mulheres : narrativas sobre
violências e saúde mental / Jorge Luiz da Silva. – 2017.
128 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,
CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2017.
Inclui Referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Mulheres – Saúde mental. 3. Violência contra as
mulheres. 4. Gênero. 5. Psicologia – Experiências. I. Fonseca, Jorge Luiz
Cardoso Lyra da (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-107)

JORGE LUIZ DA SILVA

AS MARCAS (IN)VISÍVEIS NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES:
NARRATIVAS SOBRE VIOLÊNCIAS E SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

Aprovada em: 20/02/2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Sônia Weidner Maluf
(Examinadora Externa)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

*À minha mãe e ao meu pai, **Julita e Fernando**, por
pavimentarem o caminho.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer talvez seja a tentativa poética, e assim meio bêbada e vacilante, de oferecer minimamente algo em retorno, de um eu transformado, àquelas e àqueles que possibilitaram e/ou compartilharam dessa transformação. Agradecer será aqui a tentativa, não solicitada, de evidenciar importâncias e imprescindibilidades de caminhar junto a árdua e longa trilha e torná-la mais leve e possível.

Agradeço, primeiramente, à minha mãe e ao meu pai, Julita Silva e Fernando Silva, sem os quais eu não seria nada. Foi seu apoio, cada um à sua maneira, nas diversas áreas em que tive necessidade, que tornou possível chegar onde estou, foram seus exemplos de amor, humildade, dignidade e respeito que me fizeram capaz de finalizar essa etapa. Além disso, agradeço também a compreensão dos momentos de estresse, depressão e irritabilidade que suportaram nesse processo doloroso e saboroso de escrita.

Um obrigado especial ao meu companheiro de vida, Raphael Morais, por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava. Por todas as palavras de encorajamento, pelas broncas necessárias, pelos carinhos trocados e pelo lazer proporcionado, sem o qual eu certamente teria enlouquecido. Mais que isso, agradeço por suportar as ausências, inerentes à vida e dedicação acadêmica, que, apesar de extremamente dolorosas, foram necessárias. Obrigado por construir comigo essa relação que nos permite amadurecer juntos diariamente.

Agradeço ao meu orientador, Jorge Lyra, por todos os ensinamentos. Obrigado por ter me apresentado e me guiado por uma aventura teórica-política-ética-vivencial-relacional nesses dois anos, pelos diálogos, por facilitar o entendimento da inseparabilidade entre teoria e política e, mais que tudo, pela paciência.

Agradeço também às interlocutoras da pesquisa, sem as quais essa dissertação realmente não teria sido possível. Obrigado pela disponibilidade e confiança que depositaram na gente e por compartilhar suas histórias de alegria e sofrimento.

Agradeço a Benedito Medrado não só por compor as bancas examinadoras, de qualificação e defesa deste trabalho, mas também por todos os ensinamentos cruciais produzidos em nossos encontros, nas aulas e fora delas.

Agradeço a Sônia Maluf, outra membra das bancas, por ter aceitado, mesmo com suas inúmeras atribuições, dedicar-se ao meu trabalho e trazer contribuições tão valiosas. Obrigado também por ter me recebido e acolhido tão bem nos meses de Mobilidade Discente.

Quero agradecer também às minhas MM's, Mirella, Fernanda e Mariana, por trazer imensa leveza ao processo. Por toda a troca que nos foi possível, por todas as conversas, fofocas, piadas internas, áudios no WhatsApp, palavras de apoio e almoços no chinês, vocês são verdadeiros presentes que o mestrado me deu e que levarei comigo pra vida toda.

Agradeço às/aos integrantes do GEMA, pelos momentos de descontração, pelas produções coletivas e pelos ensinamentos relacionais, especialmente às integrantes do nosso grupo DR, Patrícia, Rodrigo e Laís, pelos afetos, pelas viagens, pela paciência e pelas risadas, e à Telma, pelo suporte, pela amizade e pelas contribuições teóricas.

Agradeço especialmente às meninas do “Mulheres e Saúde”, que trilharam comigo boa parte desse caminho. Obrigado pelas divertidas “idas à campo”, pelas reuniões, pelas contribuições, pela paciência e pelo apoio, vocês são lindas.

Gostaria de registrar também meu agradecimento às minhas amigas e amigos de infância/adolescência, os amigos “dos prédios” e as amigas do colégio 2001, que certamente fizeram parte de quem eu sou hoje, me ajudaram a trilhar o caminho que me trouxe até aqui e me aguentaram falar sobre mestrado, dissertação, violência, saúde mental, feminismo, racismo, colonialismo, dentre outros muitos temas com os quais topei no curso da pós-graduação e que sempre fazia questão de dividir com eles e elas.

Agradeço às pessoas que tornaram agradável a minha experiência de Mobilidade Discente na UFSC, uma aventura incrível de me distanciar geograficamente de tudo que conhecia, que me possibilitaram conhecer outros modos de me relacionar e outras incursões teóricas, aos integrantes dos grupos TRANSES e MARGENS, e também às professoras Mara Lago e Cláudia de Lima Costa, além das amigas que pude fazer em minha estadia, Cris e Cíntia.

Agradeço também à João e Daniel, pela presteza e excelência do trabalho que facilitou imensamente à minha vida.

Agradeço, por fim, à FACEPE, pela concessão das bolsas de Pós-Graduação e de Mobilidade Discente, financiamentos que foram essenciais ao desenvolvimento dessa pesquisa.

*Feminista: uma **pessoa** que acredita na igualdade social, política e econômica entre os sexos.*

Chimamanda Adichie

RESUMO

Apesar dos grandes avanços conquistados pelos movimentos feministas nas últimas décadas, as violências praticadas contra as mulheres continuam sendo um grande problema em nossa sociedade, especialmente quando levamos em conta as diferentes formas que assumem e os jogos de poder presentes nas relações sociais, que, ainda profundamente patriarcais e marcadas pelas questões de gênero, produzem múltiplas invisibilidades sobre as experiências de mulheres. Considerando que essas violências produzem efeitos diversos na saúde das mulheres, em especial à saúde mental, esta pesquisa teve como objetivo compreender como essas questões se relacionam, ou seja, que efeitos as violências produzem sobre a saúde mental de mulheres, que, compreendidos de maneira ampliada, não se fixam em violências amplamente discutidas e cujas marcas são facilmente perceptíveis, nem em questões de saúde mental representadas por transtornos psíquicos graves e diagnósticos psiquiátricos. Para tanto, foram realizadas entrevistas episódicas com 14 mulheres em três espaços de saúde distintos da Rede de Atenção Primária componentes do Distrito Sanitário IV do município de Recife. Os discursos co-produzidos foram analisados com uma metodologia criativa, com a construção de quadros analíticos de inspiração construcionista e utilizando-se da Análise Crítica de Discurso em perspectiva Feminista (ACDF), através da qual foi possível analisar as relações de poder, dominação, discriminação e controles estruturais presentes nas narrativas, além das distintas posições assumidas pelas interlocutoras no momento das entrevistas. Foi possível perceber a estreita relação entre as mais diversas formas de violência contra as mulheres e a saúde mental delas, tanto na produção de transtornos mentais, dos considerados mais comuns, como a ansiedade e a depressão, aos mais graves, como as desorganizações psicóticas, mas também no que diz respeito a sofrimentos não específicos e diagnosticáveis, as aflições, advindos de prejuízos à autonomia e às relações, contribuindo, muitas vezes, para fenômenos como a medicalização.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Violências contra as mulheres. Gênero. Experiências.

ABSTRACT

Despite the great advances made by feminist movements in recent decades, violence against women continues to be a major problem in our society, especially when we take into account the different forms they assume and the power plays in the social relations, which, still profoundly patriarchal and marked by gender issues, produce multiple invisibilities about the experiences of women. Considering that these violence have different effects on women's health, especially mental health, this research aimed to understand how these issues are related, ie what effects the violence produces on the mental health of women, who, understood in a way Are not focused on violence that is widely discussed and whose marks are easily perceived, nor on mental health issues represented by severe psychiatric disorders and psychiatric diagnoses. For that, episodic interviews were carried out with 14 women in three different health spaces of the Primary Care Network components of the Sanitary District IV of the city of Recife. The discourses co-produced were analyzed with a creative methodology, with the construction of analytical frameworks of constructional inspiration and using the Critical Discourse Analysis in Feminist Perspective (CDAF), through which it was possible to analyse relations of power, domination, discrimination and controls In the narratives, in addition to the different positions assumed by the interlocutors at the time of the interviews. It was possible to perceive the close relationship between the most diverse forms of violence against women and their mental health, both in the production of mental disorders, those considered more common, such as anxiety and depression, the most serious, such as psychotic disorganizations, But also with regard to non-specific and diagnosable sufferings, the afflictions, arising from impairments to autonomy and relationships, often contributing to phenomena such as medicalization.

KEYWORDS: Mental health. Violences against women. Gender. Experiences.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Distrito Sanitário IV com locais visitados	23
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações das interlocutoras	29
Quadro 2 – Exemplo de quadro individual – Elisa	35
Quadro 3 – Exemplo de quadro síntese por categoria – Autonomia	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACDF – Análise Crítica do Discurso em uma perspectiva Feminista

ACS – Agente Comunitária de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CRMC – Centro de Referência Mulher Cidadã

DS IV – Distrito Sanitário IV

GEMA – Núcleo Feminista de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades

MARGENS – Núcleo de Pesquisa em Modos de Vida, Família e Relações de Gênero

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PMM – Programa Mais Médicos

PPGpsi/UFPE – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRANSES – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	17
2.1	(Des)Organização da dissertação	19
3	PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS	22
3.1	Primeiras inserções e impressões	23
3.2	Processos e procedimentos de interlocução	28
3.3	Construções e ideações analíticas	35
3.4	Considerações éticas	38
4	SOBRE GÊNERO, VIOLÊNCIAS E SAÚDE	40
4.1	Compreendendo relações de gênero e as violências contra as mulheres	41
4.2	Gênero, violências e saúde mental entre jogos de (in)visibilidade	49
4.3	Gênero e saúde mental	58
5	DAS (OUTRAS) ANÁLISES POSSÍVEIS	68
5.1	Violências e seus efeitos na autonomia de mulheres	68
5.2	Relações e/com violências	78
5.3	Aflições como frutos das violências	84
5.4	Medicalização e/é violência	92
6	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...	102
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	115
	ANEXOS	120

1 APRESENTAÇÃO

Esta é uma obra ficcional.

É ficcional porque não se pretende a re(a)presentar a verdade das histórias que conta, mas se assume uma versão delas, das muitas possíveis. É ficção não porque se apresenta em elementos fantásticos e fantasiosos, mas porque compreende que a veracidade, atributo pretensamente científico, nada mais é que um construto retórico permeado de incertezas em que se integram elementos díspares e até contraditórios.

Não é por se assumir ficção, no entanto, que não se exigiu maturidade e responsabilidade em sua produção, cujo rigor consistiu na explicitação das tomadas de decisão, na exposição dos equívocos e detalhamento dos percursos trilhados a cada momento de elaboração.

Digo ainda que não é uma ficção no sentido usual do termo, uma ilusão da realidade criada para enganar, ou uma produção imaginária de algo que nunca existiu. As longas horas de preparação e diálogo entre a equipe, a infinidade de visitas aos locais onde ocorreram as entrevistas, as interlocuções com as mulheres, tudo isso aconteceu e deixou marcas no meu corpo como provas de sua existência.

No entanto, estou certo que cada uma das pessoas com as quais me relacionei nesse período contará essas histórias de maneira diferente, produzindo uma coletânea de narrativas, sem que nenhuma carregue consigo uma fatia maior de verdade que outra. Este relato não detém a verdade, e nem se preocupa com isso. Preocupa-se, porém, em deixar seu caráter ficcional bem claro, por reconhecer que, a depender do espaço onde se apresente, maior valor de verdade lhe será atribuído, privilégios de gênero e classe, pelo menos, ligados à sua autoria.

O saber aqui produzido se assume ainda parcial, precário e localizado, se aproximando das elaborações da Donna Haraway (1995). Parcial porque não é, nem nunca será, acabado, completo, dado ou original, tendo sido construído de maneira assumidamente imperfeita e sem pretensões de alcançar perfeição. Apesar disso, se encontra na noção subvertida de objetividade científica, acreditando-se capaz de conectar-se ao objeto, sem devorá-lo.

É também precário, porque se assume incapaz de dar conta da totalidade do objeto, ou de encontra-lo perfeito, mas se propõe a assumir uma posição crítica, reconhecendo a

impossibilidade de contemplar todas, ou inteiramente uma, das posições subjugadas estruturadas por gênero, classe, raça, territorialidade ou sexualidade. Se admite precário porque não se pretende eterno, porque fala de/com o momento atual, mas não garante explicar as experiências futuras.

Seu caráter localizado se desdobra em duas noções: a localização das experiências, trocas e do conhecimento produzido nos encontros com a infinidade de interlocutoras com quem estive nesse percurso, e da política de localização do pesquisador-autor. Quanto às interlocuções, precisa ficar claro que este texto dá conta, ainda assim precariamente, de experiências muito particulares e localizadas, relacional e regionalmente, sem almejar universalidade e sem se preocupar com a replicabilidade do experimento/da experiência.

A localização tem a ver ainda com a posição que me coloco como pesquisador-autor, guiado pelas teorias de perspectiva, ou seja, assumindo que o lugar de onde eu vejo, ouço e falo determina minha visão, audição e o valor do meu discurso, descartando a ideia de neutralidade. A tarefa mais difícil, a meu ver, foi, e ainda é, compreender a infinidade de maneiras com que meu corpo e o meu jeito, homem jovem, negro, gay, de classe média e que não mora na periferia¹, afetaram as diversas interlocuções que experimentei nesse tempo.

Nessa perspectiva, há ainda que se considerar o tema do estudo: violências contra as mulheres e saúde mental. Mas pode um homem pesquisar (com) mulheres? Foi a pergunta que me interpelou boa parte do percurso desta pesquisa, e para a qual talvez eu nunca tenha uma resposta definitiva para dar. Acredito, no entanto, que ao eleger as mulheres como interlocutoras para as minhas pesquisas e me debruçar sobre um fenômeno que, a priori, só diz respeito a elas, estou abrindo o campo para discussão.

Assim, de acordo com a noção de gênero pela qual me guio, ao estudar mulheres, também estudo homens, pois não acredito que haja sequer um objeto de exclusividade de um ou de outro, ou, como disse Joan Scott (1995, p. 72), “as mulheres e os homens são definidos em termos recíprocos e não se pode compreender qualquer um dos dois por meio de um estudo inteiramente separado”.

¹ Apesar de reconhecer que a noção do que é ou não periferia depende de referencial, não me digo periférico ou morador de periferia pois reconheço que não compartilhei de muitas das experiências, positivas e negativas, vivenciadas pelas e pelos que moram em bairros, e vivem contextos, hegemonicamente identificados como periferias. Não me dizer periférico é uma das maneiras que encontrei de reconhecer os privilégios que tive e continuo tendo por estar protegido pelos muros do condomínio onde moro.

Pesquisar (com) mulheres me deu oportunidades únicas de refletir e repensar as minhas práticas e relações, de me sensibilizar, expandir meu universo de possibilidades e meus horizontes de questões. Estar com elas promoveu reflexões e mudanças, internas e externas, em mim, ainda que isso nada tivesse a ver com os objetivos da pesquisa. Facilitou mudanças também em meus posicionamentos e discursos.

Apesar de policiar minhas ações, falas e pensamentos com relação às mulheres, é óbvio que algo ainda escapa. Todavia, deixar-me penetrar por elas me deu um novo sentido de importância, me impulsionou à militância e tornou essa vigilância mais severa e constante. Ainda assim, compreendo que, sendo homem, só posso ver as coisas sob uma perspectiva, e, apesar da empatia e das tentativas de relativizar, acho mais justo assumir que é desse ponto de vista que enxergo o mundo, e é a partir daí que estarei em relação com, e produzirei sobre, elas.

Assim, não acredito que haja uma diferença de qualidade entre as produções de homens e mulheres sobre/com mulheres, brancos e negros sobre/com negros ou heterossexuais e homossexuais sobre/com homossexuais, desde que se assuma que há uma diferença de perspectiva e de política relacional. Neste contexto, como dito anteriormente, esta é uma obra ficcional, parcial, precária e localizada.

2 INTRODUÇÃO

Ainda que a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) tenha sido símbolo de uma mudança cultural no entendimento do fenômeno da violência contra as mulheres no Brasil, e que desde então muitos outros avanços tenham sido conquistados, ainda assim, hoje, contabilizamos 4,8 assassinatos a cada 100 mil mulheres, número que coloca o Brasil no 5º lugar no ranking de países nesse tipo de crime. Segundo o Mapa da Violência 2015, dos 4.762 assassinatos de mulheres registrados em 2013 no Brasil, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que em 33,2% destes casos, o crime foi praticado pelo parceiro ou ex. Essas quase 5 mil mortes representam 13 homicídios femininos diários em 2013.

Do total de atendimentos realizados pelo Ligue 180 – a Central de Atendimento à Mulher no 1º semestre de 2016, 12,23% (67.962) corresponderam a relatos de violência. Entre esses relatos, 51,06% corresponderam à violência física; 31,10%, violência psicológica; 4,86%, cárcere privado e 4,30%, violência sexual.

Talvez só esses dados já fossem suficientes para justificar uma pesquisa sobre o fenômeno, figurando as expressões mais notáveis, cujas marcas são mais “visíveis”² e a quantificação, compreendida como importante estratégia na justificação da necessidade crescente de políticas públicas, possível. No entanto, representam apenas uma parcela da enorme gama de formas que as violências podem assumir quando perpetradas contra as mulheres.

Assim pensaram também as mulheres que se envolveram na campanha “#tambemeviolencia”, veiculada nas redes sociais e fortalecida por um ato público realizado em 27 de setembro de 2016 pela Organização Não Governamental (ONG) Artemis, com o intuito de conscientizar e oferecer caminhos práticos para as mulheres que se sentem agredidas por ações, palavras, omissões ou quaisquer outros tipos de conduta, mesmo que não sejam ampla e socialmente reconhecidas e compreendidas como tal.

E foi nesse sentido que nós, como equipe, realizamos uma ampla pesquisa sobre atenção às violências contra as mulheres nas unidades básicas de saúde, trabalhamos e ampliamos a nossa compreensão sobre as violências, razão pela qual, a palavra é, sempre que

² O termo visível, aqui, está sendo utilizado como sinônimo-complemento de perceptível, fazendo referência às violências cujas marcas frequentemente são vistas, ouvidas, sentidas ou quantificáveis.

possível e respeitando as regras ortográficas da língua portuguesa, utilizada no plural, porque assim é entendida, uma pluralidade de expressões que não nos coube definir/limitar. A estratégia utilizada foi, então, ouvir das mulheres, a partir de suas próprias concepções, o que compreendiam como violências em suas experiências e relações.

O interesse por esse tema foi fruto do meu encontro com o Núcleo Feminista de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades(GEMA), devido ao ingresso no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGpsi/UFPE), mais especificamente com o grupo que realizava uma pesquisa sobre a temática, um dos eixos do núcleo em questão.

A partir da inserção neste grupo, tive a oportunidade de me aproximar das teorias feministas. Assim, tomei como base para meus estudos a crítica feminista, a qual firma que a (di)visão do mundo a partir da polaridade masculino-feminino fundamenta desigualdades e constitui-se como base para violência e discriminações, baseadas em gênero (SCOTT, 1995), e que a ciência é uma ação política (HARAWAY, 1995).

Esta dissertação, no entanto, nasceu da intersecção deste encontro com a minha experiência pessoal-acadêmica, cuja trajetória se desenvolve no campo da saúde mental desde o início da minha graduação, com envolvimento teórico-metodológico-político com este campo. Trata-se, dessa maneira, de uma reflexão sobre as interlocuções possíveis entre as relações de gênero, através de uma de suas possibilidades de expressão, as violências contra as mulheres, e a saúde mental.

Esta intersecção, cujos esforços para compreender tiveram início por volta de 1995, de acordo com Lilia Schraiber, Ana Flávia d'Oliveira e Marcia Couto (2009), compõe uma gama de esforços, realizados também através de trocas com outros setores sociais e campos de conhecimento, no sentido de recuperar os danos em mulheres que já vivenciaram essas situações e, sobretudo, prevenir novos danos em sua saúde, a partir da compreensão dos impactos que um tem sobre o outro.

Nesse sentido, a noção de saúde mental elaborada e trabalhada neste texto também é ampliada, compreendendo não só os transtornos, sinais e sintomas produzidos e compreendidos pelas ciências psi, mas também a vasta gama de angústias, aflições e manifestações que compõem a experiência das mulheres cujas histórias fundamentaram a construção deste trabalho.

Esse esforço foi feito no sentido de evidenciar o jogo entre o visível e o invisível que se estabelece em ambos os campos e que é agregado, ou transportado, quando uma tentativa de leitura difraccional³ é realizada. O limite entre o visível e o invisível é sempre tênue e confuso no que diz respeito às violências contra as mulheres e às marcas deixadas em sua saúde mental, quer seja na sociedade, nos atendimentos em saúde ou na literatura acerca do tema.

Assim sendo, para realizar a pesquisa à que esse relato faz referência, me aproximei de textos, acadêmicos ou não, buscando compreender as noções de violência, saúde mental e dessa relação, neles presentes e das mulheres que foram interlocutoras desta pesquisa com as seguintes perguntas norteadoras: 1) como elas compreendem as violências contra as mulheres? 2) como elas atribuem sentido às vivências de violência? 3) como as suas experiências têm sido marcadas por essas vivências? e 4) como sua saúde mental foi afetada por essas experiências?

Como objetivo principal, busquei compreender como as violências contra as mulheres, compreendidas como expressões das relações de gênero, se articulam com a saúde mental delas. Para tanto, trilhei três outros objetivos mais específicos: 1) analisar as relações que a literatura tem estabelecido entre os campos das violências contra as mulheres e da saúde mental; 2) entender como as relações de gênero se implicam na produção do fenômeno da violência contra as mulheres; 3) identificar algumas das áreas específicas em que as violências têm interpelado as experiências de mulheres.

2.1 (Des)Organização da dissertação

Este texto se encontra (des)organizado em cinco partes, sendo todas atravessadas pelas experiências que vivi nas muitas interlocuções que me foram possíveis ao longo destes quase dois anos de pós-graduação. Organizei-o desta maneira, penso, profundamente influenciado pela experiência que acumulei nos diálogos que tive em minha experiência de mobilidade discente na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e, particularmente, com as/os membras/os do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES).

³ Leitura difraccional, ou “diffraction reading” é, de acordo com Donna Haraway (1997), uma maneira de realizar uma leitura entre campos técnico-científicos sem estabelecer uma hierarquia, reconhecendo suas diferenças enquanto estabelece e reforça relações, elaborando novos sentidos e tornando um novo conhecimento “visível”.

O contato com a Antropologia certamente produziu efeitos na minha concepção e reflexão sobre o levantamento de informações e na organização das minhas ideias e da maneira como as disponho aqui. É entre as concepções organizatórias comuns, ou frequentes, dos textos em Psicologia e Antropologia que eu assumo que o resultado dos meus esforços pode ter acabado por ser mais desorganizado que o pretendido.

De qualquer maneira, essa organização foi estruturada também pensando em proporcionar a melhor compreensão possível para as/os leitoras/es não só sobre as temáticas exploradas, mas também do processo de concepção e construção das ideias desenvolvidas, dando um certo sentido de linearidade, particularmente temporal, à fluência dos acontecimentos aqui relatados. Assumo, no entanto, que essa linearidade é tão fictícia quanto todos os outros elementos aqui presentes, e que seu estabelecimento se trata de mais um esforço que realizo na intenção de tornar a leitura deste texto a experiência mais agradável possível.

Assim sendo, no primeiro capítulo encontram-se detalhados os percursos e percalços metodológicos. Procurei minudenciar as trajetórias e processos que trilhamos e vivenciamos, as primeiras impressões e inserções no campo, os procedimentos e processos utilizados, as construções e ideações analíticas do material fruto das interlocuções, as considerações e cuidados éticos tomados em toda a construção do texto e algumas reflexões feitas no sentido de apresentar as interlocutoras e as relações que estabelecemos.

No segundo capítulo, trago algumas reflexões feitas acerca do fenômeno da violência, dos cruzamentos possíveis com o patriarcado e as relações de gênero, bem como outras questões que o atravessam e complexificam. Através de um olhar analítico, reflito também, nesta parte, sobre as relações que encontrei estabelecidas, e as que construí, na literatura entre as violências e a saúde mental das mulheres e dos jogos de visibilidade e invisibilidade presentes entre os campos. Além disso, encontram-se também algumas reflexões teóricas e analíticas das confluências entre gênero e saúde mental.

A concentração maior de reflexões analíticas, cuja intenção foi pulverizar no decorrer do trabalho, encontra-se no quarto capítulo. Nele, trago com maiores detalhes as reflexões que me foram possíveis nas/das interlocuções com as mulheres acerca dos efeitos das violências em sua saúde mental, construídos a partir da memória, oitiva e leitura das conversas que tivemos com as mulheres usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Por fim, a quinta parte foi dedicada às reflexões, considerações e ponderações que encerram este texto, mas abrem infinitos outros trajetos possíveis. Encontram-se também as minhas afetações que me atravessaram e os amadurecimentos que foram frutos do caminho trilhado na construção dessa pesquisa, entre enlaces teóricos, (con)textuais e políticos na elaboração de uma nova experiência.

3 PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS

Esta dissertação nasceu da minha inserção em uma pesquisa mais ampla, “*Avaliação da Atenção a Mulheres em Situação de Violência na Rede de Atenção Básica em Saúde no Município de Recife*”, que tem como objetivo avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos a fim de enfrentar a violência contra as mulheres, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco. A partir das incursões no campo deste estudo, desenvolvi uma proposta específica, partindo de uma compreensão ampla de saúde mental e fazendo conexões com as violências.

De caráter psicossocial, a pesquisa parte de um posicionamento político e ético a respeito do fazer científico e, por isso, da necessidade de contextualizar sua construção que tem início com as escolhas teórico-metodológicas. Toma como ponto de partida a epistemologia feminista, em diálogo com a abordagem teórico-metodológica da análise crítica do discurso e da entrevista episódica.

Esta pesquisa tem delineamento qualitativo, uma vez que busca compreender as relações produzidas por mulheres usuárias de serviços da rede de atenção primária à saúde entre violência de gênero e saúde mental em seus discursos. Para tanto, foi realizado um conjunto de procedimentos metodológicos que se relacionam e se complementam.

Gostaria de informar que, tendo esse texto nascido dos muitos encontros que me foram possíveis a partir do desenvolvimento da pesquisa “guarda-chuva”, com o orientador, com as amigas pesquisadoras do GEMA e com as interlocutoras com as quais produzimos em parceria o material desta pesquisa, se trata de uma produção coletiva, ainda que em alguns momentos tenha falado/falarei na primeira pessoa do singular para contemplar também seu caráter autoral.

Por mais incomum que seja, se pensarmos nas estruturas usuais de trabalhos acadêmicos, especialmente dissertações e teses, decidimos inaugurar este trabalho com o capítulo em que conto sobre as nossas aventuras em campo, os percursos trilhados e os percalços encontrados, porque enquanto as minhas ideias iniciais do que seria essa dissertação eram amadurecidas e transformadas, esse caminho já estava sendo percorrido.

Faz-se importante ressaltar que as estratégias metodológicas utilizadas aqui não correspondem ao que primeiro idealizamos para esta dissertação⁴, tratam-se tanto de adaptações frente às dificuldades e impossibilidades encontradas na operacionalização da proposta anterior, quanto de novos olhares sobre o material colhido nas entrevistas realizadas para o projeto guarda-chuva.

3.1 Primeiras inserções e impressões

Inseri-me no campo empírico da pesquisa mais ampla no início em janeiro de 2015, com a preparação para as visitas às unidades de saúde, compreendendo desde a eleição das unidades que visitaríamos à elaboração do roteiro-guia de entrevista (APÊNDICE A), e finalizamos em meados de setembro do mesmo ano, com a realização da última entrevista.

O processo de escolha das unidades a serem visitadas foi coletivo, e portanto discutido, e teve como critérios: estrutura física (escolhemos uma unidade com estrutura bem precária, uma de estrutura razoável e outra com superestrutura física e tecnológica, que inclusive havia sido premiada como melhor unidade de saúde do Distrito Sanitário IV {DS IV} em 2014), proximidade relativa do campus universitário para facilitar a locomoção das pesquisadoras⁵ nas diversas idas que seriam necessárias, e também evitamos inserir unidades que estavam sendo ou haviam sido recentemente utilizadas como lócus por outras equipes/outros projetos do GEMA. Foram assim eleitas três unidades de saúde da família⁶: Campo do Banco, Jardim Teresópolis e Brasilit, conforme a figura 1.

⁴ Não acho que seja necessário explicar a que proposta me refiro, uma vez que tal detalhamento só viria a confundir o leitor

⁵ Como a maioria da equipe era formada por mulheres será utilizado sempre que couber o genérico feminino para fazer referência à ela.

⁶ O salão paroquial da igreja foi inserido posteriormente por ter-se iniciado uma atividade relacionada à USF Campo do Banco que consideramos importante acompanhar, um “grupo de saúde mental”.



Figura 1- Mapa do Distrito Sanitário IV com locais visitados

Nos dividimos em duplas, já que éramos seis, para as visitas às unidades de saúde, com o objetivo de marcar um horário para apresentar a proposta da pesquisa mais ampla, que também envolvia entrevistas com os profissionais, além desta dissertação e de outros projetos acadêmicos (entre dissertações, monografias e práticas de pesquisa).

Em março, visitamos a primeira unidade, a Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Teresópolis, que era a mais distante do campus e tinha o pior acesso, mas a melhor estrutura física. Ao chegarmos na unidade de saúde, por volta das 12h30min, fomos recebidos pelo agente de segurança. Solicitamos falar com alguém sobre o funcionamento do posto e fomos direcionados à uma sala onde se encontrava uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), que se dispôs a conversar conosco brevemente, e agendamos a visita para apresentação das propostas para a próxima terça-feira à tarde (dia e horário em que se realizam as reuniões de equipe). Deixamos também alguns materiais da pesquisa, como um *flyer* (APÊNDICE B) produzido pela equipe com um resumo da pesquisa guarda-chuva, uma cópia da carta de anuência da secretaria municipal de saúde do Recife (ANEXO I) e uma cópia do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO II), para que fossem lidos pelos profissionais componentes da equipe.

Ao retornarmos na terça-feira seguinte, no horário previamente, encontramos a unidade de saúde fechada. Ao ligarmos para a ACS com a qual havíamos conversado na semana anterior, ela nos informou que naquele dia não haveria reunião porque os integrantes da equipe de saúde estavam em outra atividade, e nós deixamos a apresentação agendada, então, para a reunião seguinte.

Em nossa terceira ida, conseguimos participar da reunião, ainda que alguns membros da equipe estivessem ausentes, a saber: o médico, do Programa Mais Médicos (PMM), estava

em uma reunião mensal referente ao programa, a dentista estava de licença combinada com férias e algumas ACS estavam em outras atividades, restando por volta de oito profissionais. Ao apresentarmos as propostas, houve um movimento de resistência perceptível, e compreensível, por parte dos profissionais presentes, dizendo que não gostariam de participar e que “falar desses assuntos é complicado” (sic). Após informarmos sobre questões éticas relevantes, como sigilo das informações e das identidades, e a importância da visibilização das temáticas da violência contra a mulher e da saúde mental, alguns profissionais se dispuseram a colaborar.

Continuamos frequentando a unidade por algumas semanas, mas sem ter nenhum sucesso em entrevistar mulheres usuárias do serviço. Algumas vezes encontramos a unidade bem esvaziada, e as poucas pessoas presentes não se dispuseram a participar, outras vezes em situações que beiravam o caos, em que até cruzar a porta de entrada da unidade de saúde era uma tarefa penosa, por vezes, impossível sem boas horas de espera. Diante deste quadro que se repetia semana após semana e do desgaste que eram as idas à unidade, tomamos a decisão coletiva de não mais retornar àquela unidade, já que ainda tínhamos dois outros lócus onde seria possível conseguir as entrevistas.

Na minha⁷ primeira ida à Unidade de Saúde da Família Campo do Banco, o choque entre as realidades foi inegável. Além de termos percorrido o caminho da universidade até lá por becos (que também não eram muito higienizados/cuidados), esta unidade de saúde funciona em uma casa de não mais que 40 m², com a fachada desgastada e suja. A unidade toda se resume, basicamente, a um corredor pequeno e mal iluminado, com acesso à seis salas, sendo duas à esquerda, três à direita e uma à frente.

Fomos bem recebidos pela equipe, que se mostrou muito solícita, tanto para serem entrevistados, como para auxiliar nas entrevistas com as usuárias, caso fosse necessário, mesmo sendo evidente a falta de um espaço “ideal” para a realização das entrevistas. Por espaço ideal, me refiro a uma sala confortável, com cadeiras, iluminação e ventilação apropriadas, e, mais importante, onde poderíamos realizar as entrevistas sem o risco de interrupções.

Saí da primeira visita à esta unidade refletindo sobre os contrastes, não só entre as condições físicas e materiais de trabalho dos profissionais das duas unidades que havíamos

⁷ As outras integrantes da equipe já haviam estado nesta unidade em momentos anteriores do projeto guarda-chuva

visitado, mas também nos contrastes culturais e de classes da própria região em que se localizam as unidades de saúde. É nela que também se localiza o campus da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no município de Recife, e assim sendo, é reduto de muitos estudantes, professores e funcionários da instituição, ao mesmo tempo em que também habitam e transitam pessoas de menor poder aquisitivo e grau de instrução. Aqui se encontra também um dos maiores e mais importantes museus do município, o Instituto Ricardo Brennand, a oficina do ceramista Francisco Brennand, além de contar com uma forte presença católica, com a Cúria Metropolitana da Arquidiocese de Olinda e Recife.

Aos olhos turísticos (ou desavisados, como eram os meus), tais contrastes podem não ser perceptíveis, já que nos arredores da universidade se localizam restaurantes razoáveis e residências bem apresentáveis, casas e condomínios com estruturas excelentes, algumas até ostentosas, eu diria, com seus muros altos e muito bem decorados, e suas ruas “fechadas”⁸ e vigiadas e espaços de lazer e sociabilidade agradáveis, como o já citado Instituto e a praça da Várzea. Porém, invisíveis a esses olhos, nos muitos becos pelos quais transitamos durante a pesquisa, também existem residências humildes e sem saneamento, roteiros invisíveis em que faltam espaços de lazer. Tais coisas só começaram a se tornar visíveis, para mim, através das visitas às unidades de saúde e dos caminhos percorridos até elas acompanhado por algumas das integrantes da equipe que também são moradoras da região.

Através de conversas com a equipe da USF Campo do Banco, descobrimos que eles iriam iniciar um trabalho que nomearam de “grupo de saúde mental”, que aconteceria no salão paroquial da Igreja da Várzea, por falta de espaço físico na unidade, todas as quartas-feiras a tarde. Como o grupo tinha a proposta, no primeiro momento, de renovar as prescrições para medicamentos de uso controlado, mas de ir além disso, de oferecer suporte aos usuários e usuárias dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no qual a Unidade de Saúde da Família se insere, através de palestras e atividades, pensamos que seria um espaço interessante para a realização de entrevistas com mulheres e decidimos frequentá-lo regularmente.

O grupo funcionava em um salão grande e aberto, no qual ao fundo ficava toda a equipe da USF, com a médica e o enfermeiro sentados em um birô, e o restante da equipe acomodada em cadeiras um pouco atrás. Na frente do birô formava-se um grande círculo com

⁸ As ruas a que me refiro ficam nas imediações da Igreja da Várzea, e, apesar do trânsito de não-moradores não ser impedido, ele certamente é desencorajado pelas cercas, portões e guaritas com vigilantes.

cadeiras, nas quais se organizava uma espécie de fila onde as/os usuárias/os aguardavam a sua vez para conseguir a renovação da receita. O espaço entre a porta de entrada e o círculo de cadeiras era bem grande e foi onde realizamos algumas das entrevistas, ainda que também estivesse longe do ideal.

Como a equipe⁹ que estava mais diretamente ligada ao campo empírico era composta por um psicólogo, uma assistente social e três estudantes de psicologia, consideramos realizar algumas atividades (palestras e oficinas), pensando tanto em contribuir com o desenvolvimento do grupo, pois achamos a proposta bem importante, e com os cuidados em saúde na comunidade, quanto em formar algum vínculo e facilitar a participação das possíveis interlocutoras entre as frequentadoras dos grupos. No entanto, esses trabalhos nunca ocorreram, não só por resistência da equipe, mas também pela própria falta de ânimo que foi nos acometendo durante os longos meses em que estivemos em campo.

A última unidade que visitamos foi a de Brasilit, muitos meses após ter-se iniciado o processo de colheita¹⁰ de entrevistas. Chegar até essa unidade também me causava certos estranhamentos, e porque não dizer medos, principalmente nas vezes em que, cedo pela manhã ia sozinho partindo da minha casa. Sendo um homem jovem, negro, gay de classe média, alguns temores me eram despertados no caminhar por aquelas ruas que, como nos outros bairros, não eram calçadas, estavam frequentemente alagadas e lixo se espalhavam pelas ruas, onde comumente também encontrava pedaços de árvores caídos.

Andava cerca de um quilômetro da parada de ônibus até a unidade, caminho no qual não sacava meu celular e me policiava para não “dar pinta”, com medo de ser assaltado¹¹ pelos diversos homens com quem cruzava até lá. Quando ia acompanhado de alguma das pesquisadoras que também residiam pela região, percorríamos o caminho da universidade até a unidade de saúde através de atalhos que obviamente só uma residente de longa data conheceria, mas que também me mostravam cenários com os quais eu não estava acostumado nos bairros em que frequento normalmente.

⁹A equipe mais ampla também contava com outras duas psicólogas, mas por conta de outras atividades elas se encontravam impossibilitadas de acompanhar a realização das entrevistas.

¹⁰A escolha pelo termo colheita, ao invés de coleta, se dá inspirada no texto de Eduardo Passos e Virgínia Kastrup (2013), partindo de uma compreensão em que na entrevista o pesquisador não extrai dados a serem analisados, mas acompanha o seu processo de produção, colhendo e acolhendo a experiência das interlocutoras.

¹¹Uso aqui a palavra “assaltado” em dois sentidos, fazendo referência tanto ao fato de ter meus pertences roubados, quanto ao fato de ser surpreendido por xingamentos.

Só posteriormente me permiti refletir sobre o preconceito que estruturava meus medos naquelas andanças, em como os meus pensamentos e sentimentos de “classe média” percebiam aqueles espaços e aquelas pessoas, e em como o meu privilégio de ter morado sempre no mesmo lugar, um condomínio residencial cujos muros, porteiros e câmeras sempre me protegeram em um bairro cuja criminalidade é baixa, para os padrões de Recife, me faziam estranhar aquelas condições de vida e moradia cujos lapsos capturava enquanto andava acelerado até a porta da USF Brasilit.

A unidade de saúde era espaçosa, nova e bem iluminada. O espaço onde as/os usuárias/os aguardavam por suas consultas e atendimentos eram separados do restante da unidade de saúde, onde ficavam as salas de atendimento, material e a salinha da recepção, por uma grade, no controle da qual, do lado de dentro, se encontrava o agente de segurança da unidade, dando-me a impressão que estava ali para proteger as/os profissionais, não as/os usuárias/os.

Este acabou sendo o espaço em que realizamos a maior parte das entrevistas com as mulheres. Fomos muito bem recebidos pela equipe, especialmente pela recepcionista, que facilitou muito os nossos usos dos espaços da unidade, que era bem equipada e sempre tinha uma sala disponível para realizarmos as entrevistas. Além disso, a unidade mantinha uma média de 6 a 10 usuárias na espera, não estando nunca lotada ou esvaziada, nos períodos em que estivemos lá.

3.2 Processos e procedimentos de interlocução

A técnica utilizada para colher o material trabalhado nesta pesquisa foi a entrevista, escolhida em função da compreensão de Mary Jane Spink & Benedito Medrado (2013), de entender a entrevista como um jogo discursivo que se desenvolve em um processo de interação nos quais sentidos são gerados em contextos argumentativos situados e a partir do posicionamento dos participantes, tanto entrevistado como entrevistador, se construindo dialogicamente a partir de argumentos, narrativas e descrições.

Dos tipos de entrevista conhecidos, escolhemos a entrevista episódica, por acreditar que seu caráter de buscar o conhecimento cotidiano através da construção e narrativa de episódios responderia melhor aos objetivos da pesquisa. Esse método tem raízes em diversos

pressupostos teóricos de diferentes campos da psicologia, sobretudo da psicologia narrativa, utilizando-se do conceito de narrativa como uma forma primária de significar e organizar a experiência humana em episódios temporariamente significativos para embasar sua prerrogativa de que a vida, e as experiências vivenciadas, não possuem uma estrutura prévia e rígida, mas são construídas em formas de narrativas ou episódios cujos resultados são formas de conhecimento contextualizadas (FLICK, 2002).

Além disso, a técnica também buscou inspiração nos estudos de memória episódica e semântica, para quem o conhecimento episódico seria a parte concreta e ancorada situacionalmente do conhecimento do mundo. Para que esses conteúdos surjam no momento da interlocução, a entrevista deve mesclar convites para narrar situações vivenciadas com perguntas mais gerais e conceituais.

De acordo com Uwe Flick (2002), a entrevista episódica pode ser desenvolvida em nove fases¹², sendo elas: a preparação para a entrevista, introdução da lógica da entrevista, concepção do entrevistado sobre o tema, o sentido que o assunto tem para o seu cotidiano, enfoque nas partes centrais do tema, tópicos gerais mais relevantes, avaliação e conversa informal, documentação e análise das entrevistas.

A preparação para as entrevistas se deu em janeiro de 2015 e foi composta de três passos: a elaboração de um roteiro-guia, a testagem desse roteiro¹³ e a realização dos reajustes percebidos como necessários após a testagem. O roteiro-guia foi elaborado coletivamente e organizado em quatro categorias temáticas, a saber: percepção geral sobre cuidado na unidade de saúde, compreensão acerca da violência contra a mulher, atuação em casos de violência e saúde mental e violência. A organização da sequência de tópicos foi pensada para que a entrevista se iniciasse com um tema mais brando, onde as mulheres poderiam fazer suas críticas e elogios ao funcionamento da unidade de saúde, para que então começássemos a conversar sobre as concepções e vivências de violência e suas relações com a saúde mental, pensadas como temáticas mais complexas e difíceis de lidar.

Cada entrevista foi iniciada com a apresentação da pesquisadora¹⁴ que iria produzir junto com a interlocutora e com a leitura, conjunta ou individual, do Termo de Consentimento

¹² As fases serão melhor esclarecidas à medida em que conto sobre a realização das nossas entrevistas

¹³ Cada uma das pesquisadoras se comprometeu a realizar duas entrevistas-teste com pessoas de suas redes pessoal e social para avaliar se modificações seriam necessárias.

¹⁴ A opção por manter apenas uma pesquisadora nos locais em que as entrevistas foram realizadas se deu por dois motivos: 1) temíamos que a permanência de mais de uma pesquisadora pudesse gerar um clima desconfortável para a interlocutora e desfavorável ao desenvolvimento da interlocução e 2) muitas vezes a

Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO III), para que então seguissemos para as “perguntas”¹⁵. Foram realizadas 13 entrevistas, todas gravadas com autorização das interlocutoras. Tiveram duração média de 20 minutos, sendo a mais curta com 12 minutos e a mais longa com 31 minutos. Das 13 interlocuções, cujas situações serão detalhadas adiante, 2 foram realizadas da USF Campo do Banco, 3 no salão paroquial da Igreja e 8 na USF Brasilit, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1. Informações das interlocutoras

Nome¹⁶	Idade	Raça¹⁷	Ocupação	Local da Entrevista
Carolina Maria	42	Negra	Agente Comunitária de Saúde	USF Campo do Banco
Esmeralda Ribeiro	52	Branca	Trabalhadora ¹⁸ Doméstica	USF Campo do Banco
Lia Vieira	57	Negra	Trabalhadora Doméstica	Salão Paroquial
Mel Adún	58	Negra	Trabalhadora Doméstica	Salão Paroquial
Ana Maria Gonçalves	61	Branca	Trabalhadora Doméstica	Salão Paroquial
Cristiane Pereira	54	Negra	Trabalhadora Doméstica	USF Brasilit
Elisa Lucinda	37	Branca	Trabalhadora Doméstica	USF Brasilit
Elizandra Souza	46	Negra	Trabalhadora	USF Brasilit

participação das mulheres esteve condicionada a permanência de uma pessoa da equipe nas salas de espera para que ela não perdesse a vez, já que as mulheres foram convidadas enquanto aguardavam consultas e/ou renovação de receitas.

¹⁵ Ponho o termo perguntas entre aspas porque as entrevistas não se iniciavam com perguntas e não se fixavam a elas, sendo realizados convites para narrativas de episódios a cada nova sessão temática.

¹⁶ Os nomes utilizados são fictícios, por um compromisso ético de respeito às preocupações das interlocutoras e atribuídos (porque a ideia de sugerir que elas escolhessem o próprio nome fictício só surgiu depois que as entrevistas já haviam sido finalizadas) em homenagem a escritoras negras brasileiras.

¹⁷ A questão da raça não pôde se conduzir inteiramente pela auto identificação, pois, devida nossa imaturidade nas searas das pesquisas, esse espaço não foi oferecido à todas as interlocutoras.

¹⁸ O termo “trabalhadora doméstica” foi discutido e escolhido em função de visibilizar e reconhecer o trabalho realizado pelas mulheres em seus próprios domicílios.

			Doméstica	
Helena Theodoro	35	Branca	Cuidadora de Idosos	USF Brasilit
Íris Amâncio	25	Negra	Trabalhadora Doméstica	USF Brasilit
Lívia Natália	31	Negra	Técnica de Enfermagem	USF Brasilit
Nina Silva	28	Branca	Técnica de Enfermagem	USF Brasilit
Miriam Alves	33	Negra	Cuidadora de Idosos	USF Brasilit

Ainda que se tratasse de uma pesquisa sobre violência contra a mulher e saúde mental, o único critério de seleção das participantes para a pesquisa é que fossem mulheres, de diferentes raças/etnias e diferentes idades, para que cruzamentos interseccionais pudessem ser produzidos e compreendidos. Partindo de uma compreensão ampliada dos conceitos de violência contra a mulher, que não se restringe à violência física e/ou psicológica explícita, e de saúde mental, não circunscrito no paradigma do diagnóstico psiquiátrico, sabíamos que esses elementos estariam presentes nas vidas das mulheres, mesmo que por vivências indiretas.

Íamos aos locais de entrevista comumente em duplas, ou mais raramente trios, em dias em que, segundo os profissionais de cada unidade, seria mais fácil de realizar as interlocuções por conta da demanda de cada serviço. Fomos duas vezes na USF Campo do Banco, três vezes no salão paroquial (em uma das idas não conseguimos realizar entrevista) e seis vezes na USF Brasilit (em uma delas não pude estar presente).

Cogitei, em um momento de reunião de equipe, se o fato de ser homem não seria um impeditivo para a realização de entrevistas sobre violência contra a mulher, cenário no qual frequentemente o homem é associado à figura do agressor. Pensávamos que a presença masculina fosse inibir as mulheres de compartilhar suas experiências de violências, suas concepções e opiniões.

Após um bom tempo de discussão, decidimos que valia a pena “arriscar”, reavaliando a situação se necessário. As interlocuções aconteceram de maneira bastante natural e os

relatos de violência vieram à tona e foram acolhidos em alguns momentos, e não chegaram em outros, como também não vieram quando as entrevistadoras eram mulheres. Essa cena, no entanto, parecia surtir efeito em mim, que nunca conseguia perguntar diretamente às mulheres se elas já haviam vivenciado alguma situação de violência, recorrendo a meios alternativos de questioná-las a respeito.¹⁹

Uma questão que talvez tenha influenciado, de modo a fazê-las sentir mais confortáveis a relatar as violências que por ventura tivessem vivenciado ou estivessem vivenciando, é que eu sempre me apresentava como psicólogo e pesquisador, deixando clara a minha formação profissional que pressupõe, ao menos no imaginário das pessoas, uma preparação para ouvir relatos de vida, suportar aflições e manter sigilo sobre o que lhe é confidenciado.

Essa era uma estratégia que utilizava na intenção de favorecer o estabelecimento de um vínculo de confiança com as interlocutoras, apesar de deixar claro que, naquele momento, atuava como pesquisador e não como profissional de saúde. O interessante é que esse jogo que se estabeleceu nas interlocuções provocou diferentes reações nas mulheres, transformando-as em momentos pedagógico-terapêuticos para algumas, enquanto pareceu representar desafios pessoais às convicções de outras.

Procurava ir às entrevistas sempre vestido casualmente, camiseta, calça jeans e tênis, pensando que, de alguma maneira, isso facilitaria o estabelecimento de uma relação de confiança e desejando não ser associado às figuras do professor ou do profissional (já que estávamos em unidades de atenção primária à saúde), na tentativa de diminuir a hierarquia de saber inerente a esse tipo de relação.

Na unidade de Campo do Banco não conseguimos um espaço adequado para a realização das entrevistas, pois mal havia espaço apropriado para que a própria equipe da unidade desenvolvesse suas atividades. Realizamos as entrevistas em um espaço que a equipe havia destinado para lanches, tipo uma copa, em meio à geladeira, micro-ondas, cafeteira, bebedouro de água e muitas, muitas interrupções. Talvez por conta disso tenha sido mais difícil estabelecer um clima seguro e agradável, e os relatos diretos e explícitos de violência não tenham surgido com tanta facilidade, sendo necessária alguma insistência de

¹⁹ Geralmente eu perguntava se elas conheciam alguma mulher que tivesse sofrido violência ou se já tinham ouvido falar de alguma mulher que sofreu violência em seu bairro.

aprofundamento e a adaptação de algumas questões do roteiro-guia para que fossem melhor orientadas para narrativas de situações.

Com a oportunidade de participar do “grupo de saúde mental” desenvolvido pela equipe e com sucesso nas entrevistas na USF Brasilit, decidimos deixar de frequentar a USF Campo do Banco, pois as visitas não estavam sendo tão produtivas. Comparecemos três vezes ao grupo no salão paroquial, uma vez em dupla e duas vezes em trio. As mulheres apresentavam mais resistência de participar, informando sempre que gostariam apenas de renovar suas receitas e ir embora. O grupo normalmente tinha a duração de duas horas, e todas as vezes foi necessário que ficássemos até o final.

As interlocuções que tivemos lá foram realizadas sem nenhuma estrutura. Retirávamos cadeiras que estavam sobrando no círculo que se formava para que as pessoas aguardassem e levávamos para o canto extremo oposto de onde as profissionais e usuárias estavam, na tentativa de minimizar o ruído que atrapalharia nossas conversas (e gravações) e para dificultar que a nossa conversa fosse ouvida.

Mais uma vez, talvez a falta de estrutura e de isolamento tenha dificultado o estabelecimento de algum vínculo de confiança, e talvez aqui o nosso roteiro-guia não estivesse trabalhando a nosso favor, já que se iniciava pelas perguntas referentes à unidade de saúde e sua equipe multiprofissional, acanhando algumas das entrevistadas e impedindo, por vezes, que as interlocutoras entrassem em detalhes e aprofundasse as suas respostas.

Além disso, essa também era uma questão que me incomodava como pesquisador e a tensão pela falta de paredes também minou minha confiança em alguns momentos e me desconcentrou, não permitindo que eu estivesse tão sensível ao que ouvia, dificultando também que eu pudesse focar outras questões que subjaziam no discurso e que em outro momento, e outra situação, pudesse ser explorada, ou até melhor acolhida. Outra questão que considero relevante, especialmente para reflexão própria, é que o stress gerado por essa situação, algumas vezes, me fez querer que a entrevista se encerrasse e que o espaço para informações adicionais e avaliação crítica da entrevista não fosse aberto.

As entrevistas que realizamos na USF Brasilit ocorreram de maneira bem mais tranquila que nos outros espaços. Desde a primeira vez que visitamos a unidade para conversar com os profissionais nos foi concedido um espaço para que pudéssemos conversar com as mulheres com maior conforto, já que nem todas as salas eram utilizadas em todos os períodos. Fomos informados pela recepcionista que os melhores momentos para a realização

do nosso trabalho eram as terças e quintas-feiras no período da manhã, pois havia uma demanda considerável nesses períodos, mas sem superlotação do espaço.

A sala que nos foi cedida era originalmente projetada para atendimento médico, tinha duas cadeiras separadas por uma mesa do tipo birô, um armário próximo a porta, uma maca no canto oposto à mesa e condicionador de ar, que recebemos a liberdade para usar, além de um armário com alguns materiais de escritório, que não utilizamos porque sempre portávamos os nossos.

Após a recusa de algumas mulheres de participar da entrevista quando convidadas por mim, estabelecemos uma dinâmica diferente como estratégia: as outras pesquisadoras da equipe abordavam as mulheres que aguardavam atendimento sentadas na recepção, informando que era uma pesquisa sobre a qualidade do atendimento da unidade de saúde e como lidavam com situações de violência contra a mulher. Às que aceitavam, era informado que a entrevista aconteceria em uma sala e que seria realizada por mim, e, na ausência de objeções, eram conduzidas até a sala.

Apesar de nenhuma mulher ter desistido de participar ao saber que conversariam com um homem, a recusa delas quando convidadas por mim deixou uma dúvida para a qual até hoje não consigo formular uma resposta: elas negavam participar porque um homem as convidava a conversar sobre violência contra as mulheres, ou eu simplesmente abordei mulheres que não gostariam, por quaisquer que fossem suas razões, de participar de uma pesquisa, qualquer que fosse a sua temática e/ou finalidade?

Quando nos encontrávamos na sala procurava ser sempre simpático e disponível, alterando a configuração da sala ao dispor as cadeiras lado a lado ao invés de mantê-las separadas pela mesa para distanciar a dinâmica da que normalmente seria estabelecida naquela sala em que as interlocutoras já haviam estado inúmeras vezes. Ainda assim, considero que o fato de estarmos conversando na sala de atendimento médico da unidade de saúde que frequentavam influenciou no material trazido por cada uma, contribuindo na produção de um discurso, nem melhor, nem pior, mas certamente diferente do que teria sido dito se estivéssemos em outros espaços.

Antes de iniciarmos as perguntas e os convites às narrativas sempre conversávamos um pouco com as interlocutoras, explicando melhor a pesquisa, suas etapas e sua importância. Lembro que uma das interlocutoras me interpelou com tantas perguntas, não só sobre a pesquisa, o que me deixou surpreso a princípio, já que essa situação nunca tinha acontecido,

nessa ou em qualquer outra experiência de pesquisa que havia participado antes, mas me levou a refletir que a entrevista não é unidirecional, é um processo dialógico, e que aquele não era um espaço em que só eu a conheceria, através das suas opiniões e histórias, mas que elas talvez também gostariam de conhecer a pessoa para quem contariam histórias e dividiriam aflições naqueles encontros. Depois dessa entrevista (uma das primeiras nessa unidade de saúde) passamos a dedicar um momento para perguntas das interlocutoras antes de seguirmos com a entrevista.

Todo o material fruto das entrevistas foi considerado no momento das análises do material, não se restringindo às “respostas” das mulheres entrevistadas²⁰. As minhas considerações, pensamentos e afetações, tanto na hora das entrevistas quanto nas audições das gravações e nas leituras do material transcrito foram consideradas e integram o corpus analítico deste trabalho e são considerados como relevantes na produção dos resultados.

3.3 Construções e ideias analíticas

Em termos de análise do material, considero importante destacar que tal procedimento não se iniciou com leituras e leituras exaustivas do material produzido nas entrevistas (ainda que essas tarefas tenham sido feitas), mas desde as primeiras entrevistas que realizamos. Seja no momento em que a primeira interlocutora deixou o local onde nosso diálogo ocorreu, seja nas conversas ao fim de cada dia que fomos às USF's, nas quais ouvia sobre as entrevistas que não participei diretamente e trocávamos as nossas impressões acerca dos momentos de interlocução, as reflexões que me acompanhavam na volta para casa também constituem o corpus analítico deste trabalho.

Ao ouvir e ler as entrevistas, uma questão que fazia parte do meu imaginário sobre a análise também encontrou resposta. Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, o fato de só ter acesso ao discurso da interlocutora, que apesar de ser o mais importante, na minha opinião, dificilmente daria conta de fazer entender um fenômeno tão complexo quanto à violência contra as mulheres, ainda mais quando pensado à luz dos efeitos produzidos em sua saúde

²⁰ O termo respostas encontra-se entre aspas porque em alguns momentos as falas e narrativas das mulheres emergiam sem que pergunta alguma as produzisse diretamente, fazendo referência muito mais ao clima e à dialógica que se estabelecia no momento

mental. Constantemente, questionamentos como: e o homem que a agrediu? E a família? E os profissionais que a atenderam (ou deveriam tê-la atendido)? E a polícia?

Para mim, parecia, a princípio, não ser suficiente entrevistar apenas as mulheres. No entanto, o processo analítico me mostrou que, na verdade, muitos outros discursos estavam presentes naquelas falas. Eu não ouvia somente a voz da interlocutora, mas as vozes de suas mães, filhos, enfermeiras, psiquiatras, ex-companheiros, policiais, amigas, e uma infinidade de outros personagens que compunham aquela vivência eram trazidos por elas enquanto narravam seus episódios de múltiplas violências. Compreendi finalmente que entrevistar somente a elas não me privava de ouvir outras vozes, e que ter entrevistado todas essas outras pessoas não me garantiria uma análise melhor, que a riqueza das análises possíveis de serem executadas não está na quantidade de material produzido, mas na atenção e dedicação ao material disponível.

O processo de oitiva e leitura das transcrições foi realizado repetidas vezes, primeiramente como exercício de familiarização, e depois para a construção dos quadros, inspirado no design de Benedito Medrado e Jorge Lyra (2015), que possibilitaram organizar as informações para serem analisadas. Além disso, o processo também foi inspirado nas estratégias de análise de pesquisadoras e pesquisadores com quem tive contato ao longo do tempo, especialmente durante o meu processo de mobilidade discente na Universidade Federal de Santa Catarina, onde tive a oportunidade de dialogar mais diretamente com pesquisadoras e pesquisadores do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES) e do Núcleo de Pesquisa em Modos de Vida, Família e Relações de Gênero (MARGENS).

Os quadros foram construídos, inicialmente, para reunir as falas, impressões e afetações com relação às violências, sendo um para cada entrevista, no intuito de facilitar a compreensão da dinâmica produzida por tais cenas na vida das mulheres, nos seus modos de se relacionar, conhecer as demais vozes que confluem na construção do seu discurso e como isso tudo me afetava, e possibilitar a construção de categorias analíticas

Quadro 2. Exemplo de quadro individual - Elisa

Uso de medicação	Episódio de violência	Atendimento em saúde	Rede pessoal/social	Autonomia

Posterior a esse processo, outros quadros foram elaborados, agora coletivamente, no intuito de organizar as informações referentes à saúde mental. A construção sequencial dos quadros possibilitou compreender de que maneira as violências influenciam na saúde mental das mulheres, aproveitando informações do quadro anterior para compreender a singularidade dos processos, e também os diálogos e interlocuções das entrevistas entre si, possibilitando a análise detalhada do material.

Quadro 3. Exemplo de quadro síntese por categoria - Autonomia

Elisa	Helena	Íris	Lívia	Miriam

A metodologia eleita para a análise do material foi a Análise Crítica do Discurso em uma perspectiva Feminista (ACDF), que se trata de uma (re)apropriação feminista de uma metodologia cientificamente validada, uma apropriação com o uso das diferenças como força criativa, ajustando o foco para uma visão crítica das relações de poder baseada nas questões de gênero (CARBALLO, 2014).

A análise crítica do discurso pode ser definida, segundo Luiza Martín Rojo (2005), como uma ferramenta fundamentalmente comprometida com a análise das relações de poder, dominação, discriminação e controles estruturais, manifestas ou latentes na linguagem. No entanto, como nos traz Jokin Azpiazu Carballo (op. cit.), uma visão crítica sobre as relações de poder presentes nos discursos não implica necessariamente em uma análise das relações desiguais de poder, baseadas nas questões de gênero, importantes aqui por estarem no cerne das múltiplas violências sofridas pelas mulheres ou uma perspectiva feminista destas.

Para Rojo (op. cit.), a análise crítica do discurso caracteriza-se pelo desejo de intervir na ordem social discursiva, considerando a (re)contextualização das práticas sociais, a argumentação posta em jogo nos discursos (que vozes se apresentam), os jogos de poder, legitimação e deslegitimação discursiva dos acontecimentos. Para tanto, observa-se as estratégias de referências e repertórios, implícitos ou explícitos, as estratégias de argumentação e de intensificação ou atenuação das cenas elaboradas na narrativa, buscando estratégias de legitimação própria.

A ACDF também se preocupa com a linguagem e seu uso. No entanto, seu interesse vai para além dos contextos imediatos nos quais é utilizada pelas sujeitas que falam, portanto,

coloca questões sobre a relação entre discurso e a forma como as pessoas pensam ou sentem, o que podem fazer e as condições materiais nas quais as vivências e experiências acontecem e os discursos são produzidos (CARBALLO, 2014).

Seguindo o pensamento da autora, pode-se dizer que a análise crítica se aproxima ainda da perspectiva feminista, tornando possível essa reorganização metodológica para fins de uma investigação preocupada com as questões de gênero e as desigualdades decorrentes, pela identificação da não-neutralidade dos discursos, e, também, de quem os analisa, considerando, em análise, as distintas posições de sujeito assumidas pelas interlocutoras no momento das entrevistas.

3.4 Considerações éticas

A presente pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco através da vinculação com o projeto mais amplo, citado anteriormente, que já havia sido aprovado pelo referido comitê²¹, já que trabalhamos com os relatos das mesmas interlocutoras de pesquisa. De todo modo, algumas considerações éticas são importantes.

Primeiramente, acho importante ressaltar que assumimos uma postura relativista, reconhecendo e respeitando a diversidade de todas as ordens por parte das participantes e dos espaços que frequentamos, como recomendado por Carlos Silva, Rosilda Mendes & Eunice Nakamura (2012). Além disso, é importante informar também que toda a equipe de pesquisadoras se utilizou de três estratégias com vistas a garantir um maior respeito em relação à informante, como visto em Mary Jane Spink (2000), considerando implicações e cuidados éticos que pretendemos desenvolver na condução dos questionários, entrevistas e observações:

- Consentimento livre e esclarecido – que consiste na solicitação de consentimento escrito à informante de que ela se dispõe a colaborar com o estudo e autoriza o uso do material discursivo e documental produzido durante a pesquisa ou fornecido por ela. Esse acordo selado é, obviamente, passível de ser revisto durante o desenvolvimento da pesquisa; é um direito que assiste à interlocutora;

²¹ Número do CAAE: 38648314.4.0000.5208

- Anonimato – mesmo obtendo autorização da informante para uso e referência aos relatos e opiniões, isso não isenta a necessidade de manter em sigilo a identificação dela. Pretendia-se solicitar-lhe um nome pelo qual ela gostaria de ser identificada, mas, como não o fizemos, renomeamos nossas interlocutoras com nomes de escritoras negras brasileiras;
- Resguardo das relações de poder abusivo – consiste numa relação de confiança entre o pesquisador e a participante, considerando que não há, nem deve haver relações hierárquicas, nem abuso de poder do pesquisador no trato com a informante, ou seja, que o pesquisador não se deixe levar pela curiosidade pessoal, respeitando, inclusive, o direito de não resposta por parte da entrevistada.

Vale salientar ainda que minhas características, marcadores sociais com os quais me identifico, como homem negro, jovem e de classe média são elementos assumidos no escopo da pesquisa e foram considerados em todas as etapas, partindo da compreensão da Donna Haraway (1995), que propõe uma objetividade corporificada, a qual remete a saberes localizados, não pretendendo representar uma realidade, mas, sobretudo, reconhecendo os limites do saber produzido, sempre parcial e local.

Além disso, inspirados no texto da Débora Diniz (2008), mantivemos o princípio do consentimento no decorrer de toda a pesquisa e não apenas na assinatura do TCLE, o consentimento foi dialogado e inspirado no estabelecimento de uma relação de confiança com as interlocutoras.

4 SOBRE GÊNERO, VIOLÊNCIAS E SAÚDE

Acredito ser fundamental, para que continuemos nosso caminho, que seja feita uma reflexão acerca do fenômeno da violência contra as mulheres, compreendendo, através de um olhar analítico, algumas das questões que o atravessam e complexificam, ao mesmo tempo em que fazem-no perpetuar através da história da humanidade.

O fenômeno da violência contra a mulher, que atinge mulheres de todas as idades, graus de instrução, classes sociais e raças/etnias, ainda que de maneiras radicalmente diferentes em que devem ser consideradas as muitas complexidades, é um problema que se liga à uma questão de poder, que tem, de um lado, o domínio das mulheres pelos homens, e de outro a ideologia dominante que lhe sustenta.

Ao falar desse fenômeno, também é importante que se compreenda a diversidade de maneiras em que se apresenta, mais ou menos sutis, mais ou menos visíveis (ou audíveis), acredito que todas tenham potencial de serem prejudiciais à saúde das mulheres. No entanto, algumas das formas de violências contra as mulheres têm sido tão pouco visibilizadas que, como consequência, têm sido ignoradas, descuidadas, e continuam alimentando a máquina da opressão feminina. Independente do tipo de violência que seja praticada contra as mulheres, é importante evidenciar que todas têm como base comum as desigualdades presentes em nossa sociedade e representam uma violação aos direitos humanos e cidadania das mulheres.

Neste capítulo de revisão bibliográfica, feito através do uso dos descritores²² “violência contra a mulher”, “violências contra as mulheres” e “violência contra a mulher e saúde mental” nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS²³) e da leitura de algumas obras que considero indispensáveis, como o livro “*Cenas e Queixas*” da Filomena Gregori, o “*Gênero, Patriarcado, Violência*” da Heleith Saffioti e o texto “*Gênero: Uma categoria útil para análise histórica*” da Joan Scott, me dedico a oferecer uma alternativa teórica para facilitar a compreensão de tão complexo

²² A escolha dos descritores se deu a partir da ideia de que o uso do singular e do plural no termo “violência” produziria resultados diferentes, o que não aconteceu. Usado no singular, o descritor “violência contra a mulher” produziu 247 resultados, enquanto o seu plural produziu apenas 38 artigos, que, no entanto, se encontravam no conjunto maior.

²³ Vale salientar que, apesar da grande quantidade de material apresentado com o uso dos descritores, mais de 90% deles tratavam de questões relativas à violência doméstica e familiar, física, psicológica e sexual, o que pode ser um indício que muitas das outras violências continuam sendo invisíveis/invisibilizadas por pesquisadores/as da área.

fenômeno, a partir de uma perspectiva feminista, e como essas múltiplas violências têm afetado a saúde mental das mulheres.

4.1 Compreendendo relações de gênero e as violências contra as mulheres

A compreensão feminista acerca das violências contra as mulheres, de acordo com Jullyane Brasilino (2010) se desenvolve a partir de duas ideias: a violência como produto e elemento estrutural na subordinação feminina e como componente das relações desiguais de gênero. Para Filomena Gregori (1993), o feminismo concebe as violências contra as mulheres como mostras da assimetria estabelecida na relação entre os sexos, na qual o homem ocupa a posição de quem manda, usando-se, quando considera pertinente, da sua autoridade para punir, enquanto as mulheres estão subordinadas aos desígnios desse homem. Dessa maneira, as violências seriam as manifestações mais radicais de opressão dos homens para com as mulheres, e se fundamenta na estruturação patriarcal da sociedade.

O patriarcado é uma criação histórica elaborada por homens e mulheres em um processo que já acontece a mais de 2500 anos, definindo que funções, condutas, valores e costumes são apropriados para cada sexo. Logo, a sexualidade das mulheres, sua função reprodutiva e suas capacidades foram transformadas em mercadoria (LERNER, 1986). É uma forma de organização da sociedade na qual as relações entre as pessoas são regidas por um princípio: a subordinação hierárquica das mulheres pelos homens (NARVAZ & KOLLER, 2006).

Define-se patriarcado como um pacto inconsciente entre os homens para a dominação e opressão das mulheres, uma vez que, seja em suas relações hierárquicas, ou em sua solidariedade, esta categoria se capacita para estabelecer e manter o controle sobre as mulheres. Este regime fundamenta-se em uma maneira dos homens garantirem para si os meios necessários à produção de bens e à reprodução de vida. É uma peça bem antiga que sustenta até hoje boa parte da injustiça e desigualdade humana e constitui a essência das violências contra as mulheres (RIUS, 2008).

Os valores do patriarcado, criados para garantir a supremacia masculina, atribuíram maior importância às atividades desenvolvidas pelos homens em detrimento àquelas exercidas por mulheres, legitimando o controle dos corpos e da autonomia feminina, estabelecendo

papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens notórias (NARVAZ & KOLLER, 2006).

O uso da categoria patriarcado, embora pareça fixa e a-histórica, cristalizando a dominação masculina, parece-me essencial para compreender o complexo fenômeno da violência contra as mulheres, desde que se compreenda que suas configurações foram alteradas ao longo da história, mas as premissas do pensamento patriarcal tradicional foram mantidas. Nas palavras de Pateman (1993, p.167), “o poder natural dos homens como indivíduos, sobre as mulheres, abarca todos os aspectos da vida civil. A sociedade civil como um todo é patriarcal. As mulheres estão submetidas aos homens tanto na esfera privada quanto na pública”

O patriarcado funciona como uma máquina quase automática, que além de poder ser acionada por qualquer pessoa, frequentemente instiga uma guerra entre as mulheres, uma vez que só funciona com a cooperação delas. Esta cooperação pode ser obtida de várias maneiras: a privação de educação, a proibição das mulheres investigarem sua própria história ou a divisão entre respeitabilidade e desvio no exercício da sexualidade (LERNER, 1986). Embora diga respeito à ordem de gênero, o patriarcado expande-se por todo o corpo social (SAFFIOTI, 2015).

Assim sendo, o patriarcado está presente também nas instituições, onde, é frequente que os agentes responsabilizem, mesmo que inconscientemente, mulheres pelas violências que sofrem, apontando nelas condutas inadequadas e provocadoras, ou mesmo que desenvolvam práticas de trabalho nas quais as questões das mulheres, e mais especificamente das violências contra as mulheres, sejam invisibilizadas e menosprezadas (BLAY, 2014).

A desigualdade é criada pela tradição cultural, não sendo natural, e pelos agentes envolvidos no jogo das relações sociais e nas estruturas de poder, ou seja: nas relações entre homens e mulheres, as diferenças de gênero não são dadas, são construídas. Desta maneira, não se trata de uns serem melhores que os outros, mas de uma disputa pelo poder, que se desenvolve através de controle e medo (SAFFIOTI, 2015).

No entanto, o patriarcado não sustenta sozinho as desigualdades entre homens e mulheres, sendo apoiado pelo capitalismo e pelo racismo, regimes que também se alimentam da crença de superioridade de uma pessoa, ou grupo, sobre outras. Nas palavras de Heleith Saffioti (2003):

Violência étnico-racial, violência de classe e violência de gênero viabilizam a concretização da santíssima trindade. Eis porque a violência não apenas existe, mas se torna absolutamente necessária para assegurar o bem-estar de alguns em detrimento do sofrimento de milhões (SAFFIOTI, 2003, p. 43).

De certa maneira, a ameaça da agressão povoa o imaginário feminino, funcionando como um eficaz mecanismo de sujeição ao masculino, inscrito nas relações de gênero, e, ainda que seja de ordem social, cada mulher o interpreta de maneira singular (SAFFIOTI, 2015). Compreende-se que todas as formas de violência funcionam como meios de controle social, físico, sexual, político e econômico sobre as mulheres. No entanto, essas formas de controle não são apenas de um indivíduo sobre o outro, mas de toda a sociedade sobre um determinado grupo (GENDRON, 1994).

Em um contexto de relações de exploração e dominação, a sociedade patriarcal exerce as mais variadas formas de controle sobre as mulheres, utilizando-se, para isto, dos homens (RIUS, 2008; BLAY, 2014). Nesta lógica, os homens sentem-se autorizados a estabelecer dinâmicas violentas em suas relações com as mulheres, graças à essas assimetrias contidas na estrutura do corpo social, ou seja, violentar as mulheres continua sendo uma prerrogativa masculina estabelecida a partir da socialização, em que são ensinados que têm direito à uma vida de privilégios, e que esta deve ser proporcionada pelas mulheres (LIMA, MEDRADO, CAROLO & NASCIMENTO, 2007)²⁴.

A mulher é continuamente, desde muito cedo, estimulada a suportar quaisquer maus tratos a ela infligidos, sobretudo se forem perpetrados por seus companheiros e estes forem bons provedores financeiros da família, ou cuidarem adequadamente dos filhos, que para a sociedade significa que sejam bons maridos (SAFFIOTI, 1994).

No exame das questões que envolvem as violências perpetradas contra as mulheres, podemos identificar duas correntes, ao menos no que diz respeito à posição adotada pelas mulheres em situações de violência. Enquanto para Gregori (1993), apoiada nas leituras de Marilena Chauí (1985), a compreensão da violência pela via do patriarcado e da sujeição feminina salienta o vitimismo, porque considera qualquer ação das mulheres como reação ou reprodução, o que não estimula uma transformação, mas mantém a estrutura básica que mantém a violência.

²⁴ Para melhor compreender a questão das masculinidades e como a socialização dos homens se relaciona com o fenômeno da violência contra a mulher, sugiro a leitura de Medrado & Lyra (2003), Medrado & Mélo (2008), Lima, Medrado, Carolo & Nascimento (2007) e Brasilino (2010).

Essas autoras têm ainda uma compreensão mais relacional das violências, nas quais as mulheres não seriam alienadas ou passivas, mas cúmplices, de certa maneira, por manterem-se tensionando as ambiguidades nos jogos de poder entre os sexos. Particularmente, me identifico mais com a posição adotada por Saffioti (2001), que compreende os prejuízos causados às mulheres pela estrutura patriarcal da sociedade. Violadas estruturalmente, as mulheres não têm igual poder nas relações entre os sexos.

O fato de permanecerem por anos na cena de violência, por exemplo, não significa que as mulheres sejam cúmplices de quem as agride, uma vez que, para que pudessem se pôr como cúmplices, consentir com a agressão, precisariam dispor do mesmo poder que os homens nas relações. Como não dispõem, resta-lhes apenas ceder, enquanto desenvolvem estratégias para reagir à violência. Nas palavras de Saffioti (op. cit., p.126):

Se as mulheres sempre se opuseram à ordem patriarcal de gênero; se o caráter primordial do gênero molda subjetividades; se o gênero se situa aquém da consciência; se as mulheres desfrutam de parcelas irrisórias de poder face às detidas pelos homens; se as mulheres são portadoras de uma consciência de dominadas; torna-se difícil, se não impossível, pensar estas criaturas como cúmplices de seus agressores.

Além disso, a sociedade criou ainda muitos mecanismos para dificultar/inviabilizar a saída de uma reação violenta, como o estigma que recai sobre a mulher divorciada/separada e problemas de auto estima decorrentes disso, a crença na impossibilidade de viver e se realizar sozinha, vergonha de ser vista como fraca por ter vivenciado uma situação de violência e as inúmeras barreiras encontradas por mulheres com filhos no mercado de trabalho, como pudemos ver recentemente no caso da diarista que perdeu uma oportunidade de emprego por ter três filhos e não ser casada²⁵ (PARENTE, NASCIMENTO & VIEIRA, 2009).

Assim, é possível compreender as dificuldades enfrentadas por mulheres que sofreram violências em sair dessas situações. Além do medo e da vergonha, vastamente examinados, há ainda outra problemática: o homem pode violentar sua companheira de diferentes maneiras, e ainda assim manter boas relações com os demais membros da família e da sociedade (SAFFIOTI, 1994; MAGALHÃES, ARAÚJO & SCHEMES, 2013).

As situações de privação econômica, culturais e de oportunidade são fundamentais para que as mulheres que sofreram violências não vislumbrem novos horizontes e futuros possíveis de romper com o silêncio que permeia a violência, mantendo-as na impossibilidade de buscar opções viáveis para romper com esse ciclo (PARENTE, NASCIMENTO &

²⁵ Notícia veiculada pela página “Diário de uma mãe solteira” no Facebook

VIEIRA, 2009). A violência mantém a relação de mando e sujeição, e o faz mediante um processo e interiorização pela parte dominada das vontades e ações da parte dominante (GREGORI, 1993).

Assim, ao exercer a função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar que condutas são apropriadas para cada categoria social, e são olhados com tolerância, ou mesmo autorizados, a punir o que considerem desvio. Nas palavras de Bordieu (2015, p. 38):

A força da ordem masculina pode ser aferida pelo fato de que ela não precisa de justificação: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar, visando sua legitimação. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica, tendendo a ratificar a dominação masculina na qual se funda: é a divisão social do trabalho, distribuição muito restrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu lugar, seu momento, seus instrumentos...

Dessa maneira, a própria relação de dominação/exploração-sujeição constitui uma forma de violência, que seria, para Rachel Soheit (1997), a violência simbólica. Práticas e discursos que têm como finalidade restringir a liberdade e a autonomia feminina, apesar de não serem agressões físicas, são violências, decorrendo igualmente de uma normatização da cultura, da discriminação e submissão feminina. Compreendê-las dessa maneira nos ajuda a compreender como a relação de dominação é sempre afirmada como diferença de ordem natural e universal.

Corroborando com essa compreensão, Marilena Chauí (1985) aponta que essa violência tem como consequência a constituição das mulheres heteronomamente como sujeitos, o que significa que lhes falta algo em suas subjetividades que é imprescindível: a autonomia de falar, pensar e agir. Além disso, essa dinâmica impacta as subjetividades femininas construindo-as como dependentes, como pessoas cuja função é servir aos outros. “Sua condição de sujeito tem, pois, a peculiaridade de criá-las pela heteronomia, pois o que são o são pelos outros, que definiram seus atributos, e para os outros, a quem esses atributos são endereçados” (p.48).

Ainda para essa autora, a impossibilidade de agir no mundo é resultante desse conjunto de opressões, que colocam as mulheres mais próximas da natureza: o amor e a abnegação frente aos outros, com uma subjetividade peculiar e dramática. As mulheres vivem para os outros e almejam para as outras mulheres o mesmo destino (GREGORI, 1993).

Além dessa, muitas outras formas de violência continuam sendo invisíveis/invisibilizadas pela tradição cultural e pela sociedade. Seja na impossibilidade de acesso a todo tipo de trabalho, a desvalorização, inclusive financeira, do trabalho feminino, na

zombaria que insinue incapacidade intelectual, política, educacional, ou restrições ao exercício da sexualidade, todas essas compõem formas de violência, ainda que mais sutis (SOHEIT, 2002).

Enquanto a sociedade frequentemente considera o assédio sexual no trabalho como uma forma de violência, outras vão se perpetuando silenciosamente por serem mais corriqueiros, como a violência burocrática, ou, as exigências que as mulheres se submetam a maiores cargas de trabalho. Além disso, demandas de boa aparência, que ao levar em conta o padrão europeu de beleza exclui as mulheres negras, assim como exigências de sensualidade e exuberância erótica também são formas de violência que moram no silêncio social (BANDEIRA & BATISTA, 2002).

As violências se configuram como situações de extrema violação de direitos, nas quais as mulheres são frequentemente desqualificadas e moralmente julgadas, e de conflitos interpessoais, uma vez que envolvem a quebra de vínculos de intimidade e confiança (HANADA, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2010).

Mesmo sendo claramente a vítima no cenário de uma violência sexual cometida contra si e ainda que tenha sofrido ameaças à sua integridade física, por exemplo, as mulheres frequentemente, contaminadas pela cultura na qual estão inseridas, sentem-se provocadoras da violência, quer tenha sido pela roupa que usava, quer tenha sido por sua conduta (ZUWICK, 2002).

No entanto, o que não se parece perceber nesse cenário é que a mulher sofre uma dupla violência: a primeira, mais evidente, a violação de seu corpo, de sua autonomia e de sua subjetividade; a segunda, talvez menos evidente, é a violência estrutural que a faz sentir-se culpada por vestir-se, apresentar uma conduta que não condiz com os padrões culturais patriarcais ao andar sozinha em certos locais ou sair para se divertir sem uma companhia masculina.

Muitas outras formas de violência, algumas das quais eu mesmo provavelmente deixarei passar despercebidas em minhas análises, são perpetradas contra as mulheres cotidianamente, quer sejam subentendidas como normas e padrões culturais socialmente aceitos e, por vezes, estimulados (como aquelas piadas de loira burra que cresci ouvindo), quer venham acompanhando outras violências, na sombra destas. O que interessa é que arrastemos todas as violências que conseguimos identificar para a luz, para que seja possível desconstruirmos os costumes e práticas que as cercam.

Tomemos como exemplo o texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida aqui no Brasil como a Convenção de Belém do Pará, realizada em 1994, que classifica como violência contra a mulher qualquer ação baseada no gênero que cause dano, sofrimento ou morte à mulheres, tanto na esfera pública quanto privada, quer tenha ocorrido dentro da família ou em qualquer outra relação, considerando ainda que seja perpetrada pelo Estado e/ou seus agentes (CONVENÇÃO INTERAMERICANA, 1994).

Ao classificar como violência qualquer ação que cause dano, sofrimento ou morte, apresenta dois problemas: primeiro, se as violências são frutos de ações, exclui as omissões (não-ações) do campo das violências. Segundo, as noções de dano e sofrimento são muito inespecíficas e/ou totalizantes. O que uma mulher entende como dano ou sofrimento pode ser radicalmente diferente da compreensão de outra, a depender não só de fatores sociais, como raça, classe e sexualidade, por exemplo, mas também da sua experiência.

Já a lei Maria da Penha, ou Lei Federal 11.340 que teve seu texto publicado mais de 10 anos depois, em 2006, e cujo complemento, a Lei Complementar 150, de 2015, também evidencia a possibilidade de violências contra as mulheres no ambiente de trabalho doméstico remunerado, considera a violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

Apesar de bem mais completo, esse texto ainda não considera todas as formas de violências que as mulheres podem experimentar no curso de suas vidas. A exemplo, apesar de sua noção de dano já estar melhor explicitada, não abrange as ações ou não-ações que causam dano intelectual. Ainda, por ter um caráter punitivo e coibitivo, tem como foco as violências mais graves, como preveni-las e como assistir as mulheres que se encontram nessas situações, não questionando medidas educativas, por exemplo, para erradicar a violência, inclusive em suas formas menos comuns.

No sentido de ampliar a compreensão e o escopo de análise das questões vivenciadas pelas mulheres, compreendo por violências contra as mulheres não só as ações como também os discursos e posições que, de alguma maneira, causem agravos à saúde das mulheres, incluindo, mas não somente, as violências mais comuns, como a física, a psicológica e a sexual, como também as menos evidentes, como a simbólica, a patrimonial, a burocrática e a

estrutural. Entende-se por violências contra as mulheres todo agenciamento capaz de violar os direitos humanos delas (SAFFIOTI, 2015).

Ainda, entendo as violências contra as mulheres como quaisquer atos, omissões, ameaças ou controle que se exerça sobre as mulheres, em qualquer esfera, e que possa resultar em danos físicos, emocionais, sexuais, intelectuais ou patrimoniais, com o propósito de intimidá-las, castigá-las, humilhá-las, mantê-las subordinadas, negar-lhes sua autonomia, sua dignidade, o direito de decidir sobre sua sexualidade e sua integridade física, mental ou moral, menosprezar seu respeito por si mesma e suas capacidades físicas e intelectuais (RIUS, 2008).

Quando uma mulher se recusa a ter relações sexuais, quando não cumpre com as tarefas domésticas, quando gosta de sair ou quando revida uma agressão verbal em uma discussão, a violência é utilizada como o argumento decisivo para estabelecer a hierarquia tradicional dos gêneros. De outra maneira, quando a mulher desafia seu lugar subalterno socialmente determinado, a força física passa a ser o trunfo, a garantia de retorno à ordem hierárquica e violenta da opressão de gênero (GENDRON, 1994).

Enquanto não vivermos em uma sociedade que distribui equitativamente os poderes entre homens e mulheres, as situações de violência se perpetuarão. Trata-se de diferentes formas de poder: o poder econômico, para que as mulheres deixem de permanecer em situações violentas por dependência financeira, o poder na transmissão do saber, para que as mulheres possam, através de lugares decisivos em instituições educacionais transmitir outros valores, mais equitativos e poder político, para que as decisões passem a ser tomadas em favor de todas as pessoas, e não somente àquelas pertencentes ao grupo dominante (GENDRON, 1994).

Além disso, podemos citar também o poder jurídico, para que elas possam confrontar o sistema judiciário, uma vez que este sistema é dos mais machistas e dominados por homens, e administrado contra as mulheres, o poder de influência, para que suas vozes tenham maior peso e alcance na comunicação e na transmissão de ideias, e o poder nas relações amorosas, onde se localizam mais frequentemente as várias formas de violência sofridas pelas mulheres (GENDRON, 1994).

As violências demandam ações da saúde, para a prevenção e o tratamento de agravos psicossociais, orientação jurídica, para que se compreendam estas situações como crimes, assistência policial, para registro de queixas e proteção em situações de risco e assistência

psicossocial, para a construção de novos projetos de vida e para o reestabelecimento de relações afetivas (HANADA, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2010).

A violência emocional está sempre presente, não importando que forma seja assumida pela agressão. Em se tratando de violências contra as mulheres, os limites entre a quebra da integridade e aceitação do destino de sujeição feminina são muito fluídos. Assim sendo, cada mulher determinará distintamente o limite entre a agressão e o direito dos homens sobre elas. É preciso compreender que a categoria violência não é universal, ou seja, que as violências não têm o mesmo sentido para todas as mulheres, porém, não obstante a forma que assumem, trazem sempre danos à saúde mental (GROSSI, 1994).

4.2 Gênero, violências e saúde mental entre jogos de (in)visibilidade

Apesar das marcas físicas deixadas por algumas agressões perpetradas contra as mulheres serem constatações de que algum tipo de ato violento aconteceu, elas nem sempre estão presentes como resultado das violências, o que não significa que essas outras manifestações não surtam efeitos negativos na saúde mental e na autoestima de mulheres. Frequentemente, apenas as marcas facilmente visíveis são cuidadas, enquanto as outras são geralmente desconsideradas (SILVA, LUCENA, DEININGER, COELHO, VIANNA & ANJOS, 2015; SAINZ, REY & GORN, 2010).

Já está claro que as marcas das violências não se limitam a feridas visíveis. Esse agravo vai definindo aos poucos as defesas das mulheres, que frequentemente sentem-se culpadas pelas violências sofridas, e a somatização dessas vivências compromete a saúde mental das mulheres (GOMES, ERDMANN, STULP, DINIZ, CORREIA & ANDRADE, 2014, p. 63).

Como repercussão na saúde das mulheres, diversos estudos²⁶ mostram que as situações de violência estão associadas a maiores índices de suicídio, abuso de álcool e outras drogas, queixas recorrentes, disfunções gastrointestinais, além de agravos à saúde reprodutiva, como DST e AIDS (SILVA, 2003; VIEIRA, CORTES, PADOIN, SOUZA, PAULA & TERRA, 2014). Os sintomas de sofrimento mental, de acordo com Teresa Bruel e Carolina Mombach (2015) são seis vezes mais frequentes em mulheres que se encontram em situações de

²⁶ Flávia de Souza, Jefferson Drezett, Alcina Meirelles & Denise Ramos (2013); Pamela Aguirre, Félix Cova, Paz Domarchi, Carol Garrido, Ivana Mundaca, Paulina Ricón, Pamela Troncoso & Paulina Vidal (2010); Iracema Silva & Estela Aquino (2013); Vanessa Adeodato, Racquel Carvalho, Verônica Siqueira & Fábio Souza (2005) e Maria José Oramas & Pilar Aznar (2015).

violências do que naquelas que não estão, sendo quatro a cinco vezes maior a probabilidade de as primeiras estarem em tratamento psiquiátrico do que para as mulheres da população em geral.

Também são percebidos como sintomas psicológicos decorrentes de violências a depressão, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos psicossomáticos, transtornos ansiosos, fobias e síndrome do pânico (BITTAR & KOHLSDORF, 2013; SANZ, REY & GORN, 2010). No entanto, muitas outras formas de expressão de mal-estar, por parte das mulheres, podem ser indícios de que estejam envolvidas em situações de violência, mas são frequentemente ignoradas pelos profissionais da saúde, quer seja por não se apresentarem como quadros agudos que demandam claramente intervenção profissional, ou por não comporem um quadro diagnóstico claro.

Quando as situações são expressas em agitações e ansiedades, por exemplo, a situação tende a ser banalizada, sendo até mesmo as mulheres tratadas com ironia, numa demonstração, muitas vezes invisibilizada, de violência institucional. Tal violência se dá porque costumeiramente, nos serviços de saúde, ignoram-se os valores e costumes de cada pessoa, dando vez a uma rotina, cheia de normas institucionalizadas e inflexíveis, que dificultam o cuidado (BISPO & SOUZA, 2007).

Sensações de insegurança, vergonha, dependência, absenteísmo no trabalho, isolamento, solidão, descrença, irritação, baixa autoestima e autoconfiança, além de insatisfações pouco específicas com a vida podem todos ser sinais de que mulheres têm sofrido violências, e essas demandas frequentemente se apresentam nos atendimentos em saúde (NARVAZ & KOLLER, 2006; BRUEL & MOMBACH, 2015).

No entanto, as violências vividas pelas mulheres nem sempre se apresentam como tal, podendo nem mesmo ser identificada como um dos fatores causadores do sofrimento, encontrando-se invisíveis sob os diagnósticos das necessidades das mulheres nos serviços de saúde e escondendo sua real dimensão e seus efeitos na saúde e na qualidade de vida (SCHRAIBER, 2001).

Ainda para a autora, em outra pesquisa feita em conjunto com Ana Flávia D'Oliveira (2003), é rara a violência ser visibilizada, apesar de sua alta taxa de incidência, pois, quando as mulheres estão sofrendo violências e procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam a situação de maneira espontânea. As autoras comentam ainda que o silêncio da mulher pode

ser mantido também às custas das más experiências em revelações anteriores, em que o profissional ou duvidou de seus relatos, não lhe dando crédito ou a julgando culpada.

É preciso atentar ainda para o fato de que a impossibilidade de acolhimento nos serviços pode constituir ainda uma nova experiência de violência para as mulheres usuárias. Laís Barbosa, Magda Dimenstein e Jáder Leite (2014), em sua pesquisa realizada no Centro de Referência Mulher Cidadã (CRMC) no município de Natal/RN, perceberam que os relatos das mulheres sobre as violências que vivenciavam eram menosprezados, e frequentemente entendidos como sintomas de transtornos mentais.

No cotidiano de suas atuações, quando os profissionais de saúde enfrentam situações complexas, como atender mulheres em situação de violência, para o qual não foram preparados, teórica e praticamente, podem ter atitudes que são profundamente significativas e potencialmente negativas às experiências das mulheres, como o desinteresse pela questão, que pode ser motivado pela crença na inexorabilidade das relações violentas entre homens e mulheres, ou o silêncio, fruto de uma suposta impotência dos recursos terapêuticos de que dispõem ou incapacidade profissional para lidar com a questão (BALLÉN, 2007).

Beatriz Diez (2012), complementa, afirmando que as características próprias do fenômeno da violência geram condutas na relação entre profissionais de saúde e usuárias que se potencializam mutuamente, ou seja, por um lado a mulher tende a ocultar as situações de violência que experienciam em seus cotidianos, por vergonha ou medo, e os profissionais não identificam os sinais menos evidentes de violências no contexto das consultas, frequentemente ignorando o tema.

Indagados, frequentemente os próprios profissionais alegam que as mulheres, que seriam as principais interessadas nessa revelação, não o fazem, deixando de colocarem a violência que vivem como parte de suas demandas ao serviço. Não lhes ocorre perguntar antes que a mulher o revele ou mesmo independente dessa revelação, pois não compreendem que isso faça parte de suas atribuições assistenciais e quando ocorre algum relato, se o acolhem o fazem mais em caráter pessoal do que como parte de seu escopo profissional (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2003, p. 230).

Lília Schraiber e Ana Flávia D'Oliveira (op. cit.) comentam em seu texto que a trama de invisibilização construída em torno das violências que atingem as mulheres também são reforçadas por mais um agente: as redes pessoal e comunitária das mulheres, que valorizando seu individualismo não acham que devem se solidarizar com a mulher ou se intrometer em assuntos privados.

Pensando no contexto da estratégia de saúde da família, me parece adequado apontar que os profissionais das unidades primárias se encontram em uma posição privilegiada, por sua proximidade com as mulheres da comunidade, para desenvolver relações de confiança que podem impactar positivamente nos numerosos problemas de saúde decorrentes das violências, podendo desenvolver estratégias de trabalho, de uma perspectiva de gênero, que visem práticas de empoderamento.

Para Lynda Archer (1994), atitudes como evitar a negação dos problemas que as violências podem acarretar, reconhecendo que as violências não se restringem apenas às agressões físicas, verbais e psicológicas, estabelecer uma relação mais horizontal com as usuárias, conhecer as redes disponíveis para apoio e procurar compreender, inclusive teoricamente, as questões de gênero, violências e saúde mental, são ações no sentido de erradicar as violências e auxiliar no empoderamento das mulheres.

De acordo com Marcos Signorelli, Daniela Auad e Pedro Pereira (2013), que fizeram uma pesquisa de cunho etnográfico em unidades de saúde na região sul do País para compreender como a questão da violência doméstica contra mulheres era percebida e acolhida pelos profissionais, mulheres que sofrem violência buscam os serviços de saúde com mais frequência, porém, quase nunca se queixam de suas condições ou se consideram vítimas de violência, costumeiramente verbalizando outras queixas, que, na percepção dos autores, são direta ou indiretamente relacionadas aos atos violentos.

Sem apresentar como queixa principal o ato violento, que muitas vezes é gerador do atendimento, mesmo que isso não seja identificado por elas, as mulheres em situação de violência carregam dentro de si as marcas das agressões sofridas, exteriorizando-as em sintomas clínicos que em sua maioria são indecifráveis pelos profissionais que não conseguem encontrar um diagnóstico, ou seja, não conseguem enquadrar a experiência daquela mulher em algum padrão de adoecimento previamente estabelecido (SILVA, 2003).

Há ainda a questão apontada por Maria Núbia Ballén (2007), que os profissionais de saúde geralmente constroem suas práticas e concepções com relação às violências contra as mulheres de seus próprios referenciais, individuais e teóricos, que, atravessados pelas regras e hierarquias institucionais, não os possibilitam ampliar seus horizontes e se basear em reflexões críticas e criativas.

Muchos profesionales quedan atrapados en el modelo rentista, y por ello no se resisten a la desvirtuación de la esencia de su rol, que atenta contra su bienestar; desvirtuación que contiene el olvido del sujeto de cuidado y el olvido de sí mismo

en los sujetos cuidadores en doble vía: uno, como sujeto histórico-social, y otro, como sujeto profesional. Esta subordinación de los profesionales a los roles que cumplen los convierte en instrumento de esos mismos roles desvirtuados y enajenados (p. 114).

Tais reflexões me levaram a questionar: será que os sofrimentos menos específicos vivenciados pelas mulheres e sem lugar nos serviços de saúde tem alguma linguagem que os represente? De que maneira poderá ser expresso ou mostrado? Sem lugar definido ou reconhecido no âmbito das práticas que poderiam acolher demandas e necessidades relacionadas às violências, a violência experimentada pelas mulheres e seus efeitos na vida e na saúde não encontram canais de expressão ou comunicação já que não possuem códigos, nomeações ou linguagens que lhe seriam próprias (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

Atualmente, embora muitas organizações estejam empenhadas em desenvolver guias e cartilhas para auxiliar os profissionais de saúde a identificar, apoiar, acompanhar e intervir em situações de violência, compreendendo as como importantes causas de sofrimento e fatores de risco para a saúde das mulheres, as violências ainda são muito invisibilizadas por práticas profissionais preocupadas em eliminar os sintomas (SILVA, 2003). Como os serviços mostram respostas insuficientes para as demandas dessas mulheres, e as situações de violência não se extinguem, suas repercussões voltam sob forma de novas queixas para pressionar os serviços por intervenções mais eficazes (SCHRAIBER, 2001).

O que ocorre com frequência, quando as violências são identificadas, é o encaminhamento das mulheres para profissionais de psicologia, uma vez que só os agravos mais agudos são considerados. No entanto, a atuação desses profissionais normalmente é percebida como uma intervenção isolada, dada a especificidade da demanda, e não como um componente de um conjunto de ações pensadas para ajudar as mulheres (PORTO, 2006).

Precisa-se compreender que as mulheres usuárias dos serviços de saúde que estão em situações de violência, e suas demandas de saúde mental, não podem ser simplesmente encaminhadas sem acompanhamento e, principalmente, sem a garantia que continuarão a frequentar as unidades de cuidado “não-especializadas”, para que tais situações ganhem visibilidade perante outros serviços (BARBOSA, LEITE & DIMENSTEIN, 2014).

Beatriz Diez (2012), em sua pesquisa com equipes de atenção à saúde mental no contexto da atenção primária, também traz uma questão importante referente às intervenções psicoterapêuticas, comentando que frequentemente os profissionais de psicologia desenvolvem práticas, seja por falta de experiência ou ignorância nas discussões de gênero, que resultam em perda da autoestima de mulheres que sofrem, ou sofreram, violências, como

uma tendência de infantiliza-las, o que pode facilitar um processo de autculpabilização, reproduzindo a lógica patriarcal.

Um problema, dentre os vários que podem ser apontados nessa prática, do encaminhamento decidido unicamente por profissionais, sem dialogar com as mulheres, é que pode gerar uma má interpretação, por parte delas ou de suas famílias, e ser entendido como um sinal de que seu problema é subjetivo. Nas palavras de Lilia Schraiber e Ana Flávia D'Oliveira (1999, p. 23):

Se a violência é um problema com sérias consequências para a saúde, ela é uma situação que extrapola em muito esta esfera, e continua sendo uma situação de vida, com toda a complexidade que isto implica. A pressa dos profissionais de saúde em tratar o problema pode ser extremamente contraproducente, uma outra violência, já que pode desprestigiar a trajetória da mulher e da família, e acabará por frustrar os trabalhadores que se sentirão pouco “resolutivos” em sanar o problema.

Schraiber (2001) comenta ainda que a invisibilidade da violência, sobretudo no campo da atenção primária à saúde, é reforçada pelo que ela chama de “recusa tecnológica” (p. 107), pois o campo, nas representações e concepções dos profissionais desse campo, não possui tecnologia tão competente quanto outras áreas para lidar com o fenômeno, e as recomendações de escuta e orientação para tomada de decisões compartilhadas com as mulheres sobre as rotas para lidarem com as violências não lhes parecem atribuições da saúde.

Seja através de encaminhamentos, ou pelas práticas profissionais enrijecidas, o fato é que os profissionais perdem cotidianamente oportunidades de ajudar muitas mulheres que tem sofrido com múltiplas formas de violências, e, sem compreender os próprios posicionamentos, discursos e práticas como violentos, permanecem invisibilizando não só inúmeras formas de violência que atingem as mulheres, como também as diversas histórias e experiências delas. O fato de que algumas formas de expressão da violência, e seus efeitos na saúde das mulheres, sejam invisíveis para os profissionais de saúde pode ser entendido como a perpetuação de uma invisibilização produzida pela sociedade como um todo (DIEZ, 2012).

De acordo com Laís Barbosa, Magda Dimenstein e Jäder Leite (2014), a invisibilidade das questões de saúde mental e sua relação com as violências sofridas pelas mulheres podem inclusive dificultar a articulação da rede intersetorial, gerando demandas “desnecessárias” a outros serviços da rede, como internações em hospitais psiquiátricos e encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade.

No entanto, não é somente nos processos de trabalho que a invisibilidade das violências e suas relações com a saúde das mulheres se produzem e reproduzem, mas também

na literatura. Usando os descritores “violência contra a mulher²⁷” e “saúde mental” associados nas plataformas “SciELO” e “BVS”, foi localizado um total de 207 resultados (25 no SciELO e 182 na BVS) dos quais 69 foram excluídos por se tratarem de textos repetidos. Dos 138 restantes, mais 41 foram desconsiderados por tratarem apenas de uma das temáticas e não da relação entre elas.

Posteriormente, foram descartados mais 36 artigos, cujo foco eram os cuidados com homens que haviam praticado violências, que apesar de ser um tema extremamente importante não é o objeto de estudo dessa dissertação, deixando um total de 61 textos. Enquanto parte dessas produções foi posta em interlocução para a produção deste texto, outras apresentaram conteúdos nos quais as relações entre as violências e a saúde mental das mulheres eram demasiadamente superficiais.

Textos como os de Elisabeth Vieira, Gleici Perdoná & Manoel dos Santos (2011), Elisabete Silva, Ana Ludemir, Thália de Araújo e Sandra Valongueiro (2011) e Dorianá Rosa, Renata Ramos, Elza de Melo e Victor Melo (2013), cujos objetivos eram determinar frequência, padrão e identificar fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo, recheados de tabelas e dados estatísticos, além de centrarem suas discussões em torno das violências física e sexual, apenas citam “problemas de adaptação psicossocial” nas mulheres, nem especificando o que seriam tais problemas, nem aprofundando seus argumentos.

Os artigos redigidos por Maria da Silva, Gilliat Neto, José Figueiroa e José Cabral Filho (2010), Maria Vicenta Alcántara, Concepción López-Soler, Maravillas Castro e Juan López (2013) e Luciana Ramos-Lira, Maria Teresa Saltijeral-Mendéz, Martha Romero-Mendoza, Miguel Caballero-Gutiérrez e Nora Martínez-Velez (2001) relacionam à violência sofrida por mulheres com o desenvolvimento de transtornos como depressão, fobias e transtornos alimentares, além do uso de álcool e outras drogas, no entanto, também não desenvolvem essas relações, trabalhando-as superficialmente ao citar que tais transtornos podem ter impactos negativos nos relacionamentos interpessoais das mulheres que vivenciam essas situações.

O uso de dados estatísticos e epidemiológicos é frequente nessas produções, além de métodos de natureza quantitativa para coletar e analisar os dados obtidos, o que resulta na construção de uma enorme quantidade de tabelas e gráficos, que acabam, a meu ver,

²⁷ Optei pela busca do termo “mulher” no singular porque é a maneira mais utilizada no meio de produção acadêmica nas mais diversas áreas de conhecimento, na tentativa de angariar maior quantidade de material.

reproduzindo certos estereótipos negativos ao relacionar dados como baixa escolaridade e pobreza com altos índices de violência, ao invés de serem utilizados para construir relações compreensíveis entre violência e saúde.

Produções como as de Leide Moura, Lenora Gandolfi, Ana Maria Vasconcelos e Riccardo Pratesi (2009), Milma Miranda, Cristiane de Paula e Isabel Bordin (2010) e Luciana Ramos-Lira, Maria Teresa Saltijeral-Mendéz (2008), que se preocuparam em listar os tipos de violência mais frequentemente cometidos contra mulheres de diferentes regiões do país, secundarizando os efeitos que podem trazer para a saúde delas, acabam por construir hierarquias e crenças de que algumas violências são mais graves que outras, reproduzindo um modelo biologicista ao eleger os danos ao corpo como mais prejudiciais, colaborando, acidentalmente, para a invisibilidade de outras formas de violência.

Além disso, apesar de terem se proposto a compreender os impactos do fenômeno na saúde e vida das mulheres, parece que, ao partirem da certeza de que essa relação existe e é facilmente reconhecível, não consideraram necessário se dedicar a entender a complexidade e as diferentes camadas que se constroem quando violência e saúde se cruzam, não indo além do óbvio e do que pode ser facilmente percebido ao se trabalhar com mulheres em situações de violência.

Estudos como os realizados por Mariana Fonseca-Machado, Lisiane Alves, Patrícia Freitas, Juliana Monteiro e Flávia Gomes-Sponholz (2014) e Jamile Lima, Marília Soares, Marlizete Vargas e Janaína Barletta (2013) também objetivaram compreender as relações entre violências perpetradas contra as mulheres e saúde mental, mas, mais uma vez, tais relações foram estabelecidas de maneira superficial, privilegiando as consequências consideradas mais graves à saúde mental das mulheres, como o desenvolvimento de transtornos psíquicos e ideação suicida, secundarizando outros agravos que podem se fazer presentes, mesmo que sejam considerados mais sutis e menos perigosos.

Apesar de serem pouco citados, trabalhados e explorados nos trabalhos encontrados ao realizar a revisão, esses efeitos considerados menores aparecem em alguns dos artigos vistos. No entanto, costumam ser escanteados em detrimento da gravidade de outras questões e da facilidade de percebê-las. Questões como autoestima, satisfação, bem-estar e autonomia, que também são prejudicadas pelas mais diversas formas de violência praticadas contra as mulheres, permanecem invisíveis, ou quase, aos olhos das e dos pesquisadores do fenômeno, mesmo naqueles que trabalham com técnicas e procedimentos mais qualitativos, como as

entrevistas, em que uma maior variedade de discursos se apresenta e pode ser mais detalhadamente trabalhada.

A apresentação dos resultados das pesquisas também é uma questão que vale a pena ser discutida, pois, em sua maioria, as questões são colocadas de maneiras muito simples e seca, quase sempre com afirmações categóricas. O problema é que, quando postas dessa maneira, tende-se a produzir uma relação de causa e efeito bastante perfunctória entre as temáticas trabalhadas, além de reforçar modelos de compreensão muito rígidos.

Também considero relevante pensarmos sobre a relação entre as invisibilidades produzidas nos contextos aqui considerados, o campo das práticas profissionais em saúde e o acadêmico, que certamente se influenciam mutuamente na manutenção de um “não-lugar” para as violências, para as questões de saúde mental das mulheres e, especialmente, para a relação entre ambas.

Algo interessante a ser notado é a ausência do conceito de gênero nos textos aqui mencionados. Apesar de terem como temática a violência contra a mulher, a maioria não procurou oferecer nenhuma explicação sobre o fenômeno, concentrando seus esforços teóricos em justificar a escolha da temática por se tratar de uma questão de saúde pública, sem, porém, se preocupar em compreender o que permeia as práticas de violências contra as mulheres e as razões pelas quais essas manifestações diferem de outras formas de violência, e quais as suas relações com a organização social hierárquica estruturada pelas relações de gênero.

O uso de gênero também dá ênfase a todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não são diretamente determinadas por ele. Podemos pensar gênero como uma forma primária de dar significado às relações de poder. “O gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual” o poder é articulado” (SCOTT, 1995, p. 88). Pode não ser o único campo, mas o gênero parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, especialmente nas tradições judaico-cristãs e islâmicas.

Os conceitos de gênero, que fornecem meios de decodificar os significados e compreender as complexas relações entre as múltiplas formas de interação humana, estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (controle ou acesso diferencial

aos recursos e materiais simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder (SCOTT, *op. cit.*).

O gênero é uma das referências recorrentes pelas quais o poder político tem sido concebido, legitimado e criticado. Ele não apenas faz referência ao significado da oposição homem/mulher, ele também o estabelece. Para proteger o poder político, a referência deve parecer certa e fixa, fora de toda construção humana, parte da ordem natural ou divina. Desta maneira, a oposição binária e o processo social das relações de gênero tornam-se parte do próprio significado de poder (SCOTT, *op. cit.*).

Pensando gênero como essa referência que organiza e é organizada pela sociedade através de padrões, normas e comportamentos e que estabelece uma hierarquia na qual as performances, as produções e a intelectualidade, para citar alguns aspectos, femininos são compreendidos como inferiores, é possível compreender como o gênero reflete negativamente sobre a saúde das mulheres, em especial a saúde mental, através de suas mais diversas expressões, como veremos a seguir.

4.3 Gênero e saúde mental

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), gênero determina as diferenças de poder e controle que homens e mulheres têm sobre determinantes econômicos para a saúde mental e outras esferas de suas vidas: posição social, status e tratamento na sociedade, suscetibilidade e exposição aos riscos específicos para a saúde mental. Assim sendo, a própria condição feminina constitui um risco para a saúde mental das mulheres na medida em que são cotidianamente submetidas à múltiplas demandas (WHO/OMS, 2015).

Das muitas demandas às quais as mulheres frequentemente são chamadas a responder, a função de cuidadora é, sem dúvida, a mais comum. Seus efeitos na saúde mental das mulheres, como a sobrecarga que tal função, dadas suas complexidades, excesso de responsabilidade, falta de preparo técnico ou a ausência de desejo para realizar as tarefas próprias a ela, dificilmente são percebidos e/ou considerados.

Íris, uma de nossas interlocutoras, desabafou sobre a pressão e o excesso de exigências que vive cotidianamente ao exercer o papel de cuidadora do seu lar, de sua mãe idosa, da

filha, do companheiro e de outros membros da sua família extensa. Contou que vive com depressão, e convidada a falar sobre, declarou:

Entrevistador²⁸: Tu pode me falar um pouco? Se quiser, se se sentir confortável, se não quiser, não precisa

Entrevistada: A minha depressão é por conta da minha família, que... eu moro... **eu tomo conta da minha mãe e... sozinha** e..., e as outras pessoa não... não ajuda, outras pessoas da minha família não ajuda, aí fica um peso muito grande pra mim, eu me sinto cansada, é... com problema também... na cabeça, assim, como se fosse um distúrbio, sei lá, que as vezes eu fico pensando em ir embora, muitas vezes já pensei de me matar, é... de abandonar tudinho e ir embora... as vezes eu fico chorando também nos cantos, sozinha e...

A sobrecarga gerada pela responsabilidade do cuidado dos membros da família também foi parte da vida de Lia e contribuiu para seu adoecimento. Com o abandono do companheiro, ela tornou-se a única responsável pela manutenção, inclusive financeira, de outros dois membros, sua mãe e sua filha, e o stress cotidiano certamente foi lhe fragilizando. O estopim de suas crises, no entanto, se deu com a possibilidade de demissão do emprego que tinha na época, que, de acordo com seus relatos, representou a impossibilidade de continuar cuidando adequadamente das pessoas:

Entrevistadora: ...A senhora disse que foi pro psiquiatra, que tem problema de nervos num foi? A senhora pode contar como é que foi isso, como foi que descobriu?

Entrevistada: Rapaz... eu não lembro, mas eu acho que foi quando eu trabalhava e a empresa entrou em crise, aí fiquei com aquilo na cabeça, primeiro porque eu tinha menina pequena, tinha cinco anos a minha menina, e eu tinha muito medo de ficar parada, aí eu tinha muito medo de ficar parada, aí aquilo foi ficando na minha cabeça, na minha cabeça, aí acabei virando de vez... Peguei uma depressão tão braba que eu não desejo pra ninguém...

Neste sentido, Anne-Marie Devreux (2005) pensa que, as relações de gênero, impregnadas no imaginário e nos dispositivos sociais, têm grande influência na saúde mental das mulheres, uma vez que proporcionam diversas situações em que sua sanidade é posta à prova, como as triplas jornadas, as exigências da maternidade, responsabilidade central pelos cuidados da saúde de todos os membros da família, os diversos tipos de violências cotidianas e a falta de lazer.

Sobre a falta de lazer, Íris também comentou como essa questão contribui para seu estado de adoecimento e para o aumento de suas angústias, e de como essa questão se retroalimenta, ou seja, quando mais deprimida se sente, menos tem vontade de sair, e quanto menos sai, mais deprimida fica, como neste relato:

²⁸ Apesar da preferência pela utilização do genérico feminino para fazer referência à equipe, em algumas situações se fez necessário discriminar o gênero do/da pesquisador/a, pois, em algumas interlocuções, seus corpos produziram diferentes efeitos.

Entrevistador: E tem algum grupo, alguma atividade na unidade que tu frequenta?

Entrevistada: Tem sim, é porque eu nunca participei mas a doutora me chama, ela disse que era muito bom de eu participar porque **eu fico muito trancada em casa**, cuidando da minha mãe, cuidando de filho... aí fica aquela tarefa, aí... **eu não saio pra lugar nenhum, pra passear**, e fico aí naquele aperto, trancada, por isso mesmo que eu fico desse jeito, com esse problema na cabeça.

Ausência de suporte do/da companheiro/a, chefia de famílias monoparentais e abandonos, parentais, maritais e de filhos, são outros fatores que as tornam mais suscetíveis ao sofrimento, aflições e adoecimentos (DINIZ, 1999). Lívia, outra de nossas interlocutoras, comentou sobre o sofrimento que essas questões traziam para sua irmã:

Entrevistadora: Na comunidade tu acha que tem muita? Tu sabe se tem muitas mulheres que sofrem? Na rua, na família...

Entrevistada: Bom, na família... na família tem minha irmã que eu acho que é... é um sofrimento assim, porque o esposo dela num... na verdade **joga a responsabilidade todinha em cima dela**, ela tem uma carga muito grande, **ele na verdade é outra criança que ela cuida**, porque... ela não tem confiança em deixar os filhos com... com ele porque ele deixa os meninos fazer o que eles quer... ela se sente tão... assim... **tão responsável que ela não consegue trabalhar pra deixar o filho com outra pessoa**, que ela se preocupa muito.

Não é só o fato do companheiro não auxiliar no cuidado com os filhos que pesa na saúde dessa mulher, mas o acréscimo de esforço que ele acrescenta à já altíssima carga de trabalho dela, o que Lívia expressa como “ele na verdade é outra criança que ela cuida”.

Diniz (1999), traz ainda que as mulheres são, inegavelmente, expostas a mais estresses, o que as deixa mais psicologicamente fragilizadas e menos capazes de sair das situações geradoras de tensão. Lívia, em outro momento da entrevista, comentou sobre essa questão:

Entrevistadora: Aí tu acha que a violência pode causar essa tristeza?

Entrevistada: Eu acho que pela decepção... porque não era aquilo que ela esperava... as vezes procura melhorar né? Se entender, mas o marido não melhora. Tem a esperança de melhorar, mas ele não melhora, **e ela fica naquela, sem ter coragem de tomar uma atitude**, porque na verdade quando acontece isso a mulher tem que tomar uma atitude.

Além disso, as questões de gênero, aprendidas e transmitidas ao longo das gerações e incorporadas das mais diferentes maneiras pelas pessoas, parece ter centralizado a maternidade na vida da irmã da interlocutora, fazendo-a sentir “tão responsável que ela não consegue trabalhar...” e gerando sofrimentos de ordem física, como o cansaço por ter que dar conta de todas as atribuições necessárias à manutenção de uma casa, mas também psicológicos, com a impossibilidade da realização profissional com a qual ela lida. Isalena Carvalho e Vera Lúcia Coelho (2005) comentam sobre como as mulheres frequentemente silenciam suas mágoas, decepções e frustrações em nome da manutenção de vínculos afetivos.

Nina, outra interlocutora, também trouxe o caso de uma conhecida que havia sido diagnosticada com depressão, atribuindo seu adoecimento ao abandono marital:

Entrevistadora: Ahn... Tu conhece alguém que já teve depressão? Tu pode falar... explicar um pouco, dar um exemplo?

Entrevistada: Conheço uma pessoa que teve depressão **por causa de um marido dela que foi embora**, aí o filho dela sofreu, **aí ela ficou muito preocupada como o filho**, aí ela ficou em depressão e o filho dela também.

Talvez a experiência de separação do companheiro, o que por si só já pode ser causa de grande sofrimento, levando em conta a relação afetiva com ele desenvolvida e a culpa pelo fim do casamento, cuja manutenção, de acordo com Maria José Araújo (2015) é um dos requisitos socialmente exigidos à mulher, não tenha sido a causa única de seu adoecimento. Nina nos disse: “O marido dela foi embora, aí ela ficou muito preocupada com o filho”. O sofrimento do filho, que pode ter significado uma falha no exercício da maternidade, parece ter sido mais uma razão para seu sofrimento, algo a ser adicionado às suas aflições.

Carla Garcia, em seu livro “Ovelhas na névoa: um estudo sobre mulheres e loucura” (1995), argumenta que diversas situações que fazem parte do cotidiano das mulheres são interpretados como componentes da “loucura feminina ” (p. 129), e que tal interpretação traduz um universo de compreensão fechado e contraditório aos sentimentos e afetos, que são tidos como características da realidade feminina. A perda de um filho querido, uma traição, engravidar e não ter companheiro, divórcios, abandonos e não querer casar, ou não querer se submeter às autoridades masculinas são algumas dessas situações que geralmente são patologizadas.

Um dos relatos de Helena representa como essas questões influenciam na vida de algumas mulheres:

Entrevistador: Tu conhece alguém que já teve depressão?

Entrevistada: É... a mãe da minha colega ela tem depressão... ela é uma pessoa financeiramente... ela é bem de vida, mas assim **ela casou, né, e foi abandonada pelo esposo com dois filhos...** no tempo o esposo dela deixou ela com duas crianças, e ainda saiu do trabalho pra não dar a despesa dos meninos. Mesmo assim ela se virou, conseguiu trabalho, um trabalho muito bem, que deu pra ela criar os filhos dela, mas assim, **tem pessoas que diante de situações, assim, sabe lidar com aquilo e levar um vida saudável, normal...**

Assim como a mulher trazida no relato de Nina, essa também tem em sua história uma separação conjugal e a (sobre)carga da criação dos filhos. Além disso, o divórcio parece não ter sido muito amigável, já que o companheiro abandonar o emprego para não pagar a pensão alimentícia às crianças é um indicativo de conflito, mais uma fonte geradora de sofrimento.

Outra questão chama bastante atenção na fala de Helena, o tom de culpabilização na sua afirmação “tem pessoas que sabem lidar com aquilo”. Afirmar que outras pessoas enfrentam divórcio e levam uma vida saudável dá a entender que o adoecimento fruto das aflições decorrentes dessa situação tem então uma dimensão individualizada, falta de ferramentas subjetivas. Ela continuou:

... durante, assim, pela que a filha dela me conta, ela trabalhou, criou os filhos, **mas assim uma pessoa que achava que só dar aos filhos o que eles precisavam era o suficiente**. Ai assim ela, pelo que a minha colega me conta, ela dava tudo, os meninos estudavam em escolas particulares, ela pagava a uma pessoa porque ela ganhava bem, ela trabalhava na chesf, pagava uma pessoa, ficava com os meninos, mas assim, na parte educacional **ela não deu muito limite aos filhos**, né? Aí um tem esquizofrenia, e essa colega engravidou adolescente, deixou de estudar... **qual é a de uma mãe?** Mesmo que ela engravidou adolescente **ela tem que orientar ela a continuar os estudos**, aí assim, não orientou a filha, parou de estudar e hoje não tem nenhuma formação, né?

O discurso de Helena, compreendido aqui como sendo formado por diversos atravessamentos, nos oferece algumas pistas das opressões experimentadas por essa mulher. Apesar de ter criado os filhos sem o auxílio, inclusive financeiro, do companheiro, ela não escapou do julgamento social decorrente da opressão de gênero por não cumprir as exigências de não só mantê-los vivos, mas de fazê-los ser adultos saudáveis e produtivos. Em trechos como “ela achava que só dar o que eles precisavam era o suficiente”, “qual é a de uma mãe?” e “ela tem que orientar...” fica clara a responsabilização dessa mulher.

Mesmo considerando a entrada das mulheres no mercado de trabalho²⁹, condição que me pareceu ter sido desejada por essa mulher, fica claro que, simbolicamente, ainda cabe à elas a esfera doméstica, onde a única possibilidade de existência é viver em função de outros, e qualquer desobediência à essa regra, mesmo forçada, é considerada uma violação, logo, um ato passível de punição (GARCIA, 1995).

A mesma sociedade, expressa através do discurso de Helena, que a julgaria por não garantir o sustento, a educação e o lazer dos filhos, a condena por tê-lo feito, pondo os “fracassos” deles na conta de sua maternidade. “Ela não deu muitos limites aos filhos, aí um é esquizofrênico e a outra engravidou adolescente”. Uma relação direta é estabelecida entre algo que ela não pôde, não teve condições ou não soube fazer, dar limite aos filhos, e o adoecimento do filho e o fracasso acadêmico da filha.

²⁹ Acho necessário esclarecer que ao usar essa expressão, refiro-me às mulheres brancas de classe média, pois as mulheres negras e de classes mais populares sempre estiveram inseridas no universo do trabalho, ainda que informalmente.

Franca Basaglia (1983, *apud* ARAÚJO, 2015)³⁰, comenta que tais comportamentos, considerados “anormais” ou “antinaturais” para as mulheres são julgados com um rigor muito maior, e a condenação é muito mais severa para mulheres do que para homens, vide o fato de nenhuma das experiências consideradas negativas vivenciadas pelos filhos foram atribuídas ao progenitor, ainda que ele os tenha abandonado também. Para a autora, neste contexto, o adoecimento aparece como uma punição à violação dessas determinações sociais. Helena disse ainda:

Entrevistada: Assim, ela já é aposentada, a mãe dela, financeiramente, tem o apartamento dela, tem uma vida boa, mas mesmo assim ela tem depressão, aí decorrente, **se foi por causa da vida dela** como foi eu não sei, mas assim, ela se tranca dentro de uma casa, assim, tem depressão, toma remédio pra dormir, toma remédio pra isso, pra aquilo, se tranca...

Além das (o)pressões sociais, Basaglia (op. cit.) comenta ainda que o fato de uma mulher recusar-se a apresentar comportamentos considerados próprios à seu sexo e, decorrente disso, ser considerada fora do padrão e julgada socialmente, pode gerar um sentimento de culpa esmagador, e as próprias aflições passam a ser motivos de mais sofrimento, uma vez que as mulheres tenham internalizado um padrão ideal de saúde mental estabelecido pela cultura machista, e reforçado pela sociedade a todo momento, frequentemente reagindo às situações de opressão com um mergulho na depressão.

Há ainda outra questão trazida por Helena que parece dizer respeito à uma política articulada pelas hierarquias de gênero, a hipermedicalização da experiência feminina³¹. Sônia Maluf (2010) adverte que, ainda que não existam políticas ou programas oficiais de gênero e saúde mental, na prática há uma política sendo reproduzida, e que está implicando na medicalização de mulheres usuárias do serviço público.

Tal fenômeno tem desvelado uma assimetria de gênero que vem sendo reforçada no campo da saúde, e que não possibilita a produção de novos sentidos para suas experiências, uma vez que elas precisam funcionar perfeitamente para que deem conta de “suas tarefas”, que são, na verdade, a representação do aprisionamento articulado à sua condição de mulher (ANDRADE, 2014).

Outra de nossas interlocutoras, Carolina, ao relatar sobre as vivências de uma amiga, se aproximou dessa questão:

³⁰ A citação indireta deu-se pela impossibilidade de acesso ao texto original, que se trata de uma transcrição mimeografada de uma conferência no II Encontro Latino-Americano e VI Encontro Internacional da Rede de Alternativas à Psiquiatria, realizado em outubro de 1983 em Belo Horizonte.

³¹ A questão da hipermedicalização das mulheres como expressão das assimetrias nas relações de gênero será melhor desenvolvida no capítulo seguinte.

Entrevistador: Tu pode falar mais sobre ela?

Entrevistada: Ela é muito sofrida, mais frágil, muito sofrida, muito sofrida mesmo... Os filhos dela são todos casados hoje, e ela vive com o marido, e ela não tem mais alegria, não tem mais nada. Ela é... Eu até conversei com ela essa semana, ela disse que não tem mais alegria de viver, aquela vontade... **Não tem mais vontade de arrumar a casa**, não tem vontade de fazer nada. Eu disse a ela pra ela ir no médico, **tomar um remédio pra ficar boa logo que a pessoa não pode ser assim não, né?**

Carolina traz, como um dos sintomas através dos quais é possível diagnosticar uma depressão na amiga, a falta de vontade de arrumar a casa. De todas as coisas que a amiga deixou de fazer, e que seriam interpretados como sintomas de depressão caso fossem apresentados por um homem, como a falta de vontade de sair, de ter vivências prazerosas proporcionadas por atividades de lazer, a especificidade trazida por ela está relacionada ao desenvolvimento de uma função tipicamente feminina, o cuidado com o lar.

Como solução, Carolina sugere que a amiga procure um profissional de medicina para que este lhe receite um medicamento, através do qual ela poderá retornar o mais breve possível a funcionar “perfeitamente” como mulher, para que ela volte a desenvolver seu trabalho doméstico. A interlocutora transmite duas mensagens à amiga quando pede que ela vá logo ao médico pedir um remédio para ficar “boa”: primeiro, que conseguir medicamentos, apesar de serem de uso controlado, é “fácil”, o médico certamente o receitará diante de sua queixa; e segundo, a mulher, a quem ela se refere como “pessoa” em sua frase, não pode ser assim, não pode não sentir vontade de desempenhar funções tipicamente atribuídas à ela.

Essa é outra das questões das relações de gênero que influencia diretamente o modo como a saúde mental de mulheres é pensada, o fato de que a figura das mulheres sempre esteve atrelada a muito do que, em uma ótica machista, é considerado negativo, e com o adoecimento não foi/é diferente, uma vez que, é possível observar ainda hoje uma forte tendência em aliar o funcionamento dos corpos femininos, ou comportamentos que são socialmente entendidos como femininos, a exemplo da fragilidade e do choro, como expressões de transtornos ou alterações mentais.

É possível afirmar, no âmbito da saúde mental, a hipótese de que existem mesmo diferenças para o critério diagnóstico sobre doenças mentais entre homens e mulheres, pois a ética da saúde mental na nossa sociedade é ainda masculina e abarca o ser humano em geral, e não as especificidades das mulheres. Esta afirmação tem como fundamento a base cultural em que se assentam os diagnósticos, centrados nos estereótipos de gênero, que distanciam e diferenciam a esfera de ação entre homens e mulheres, reforçando as atribuições dos papéis sexuais determinados ao sexo masculino e feminino (GARCIA, 1995).

Para Tânia Swain (2014), é necessário mostrar o funcionamento da dominação para permitir, em seguida, a ação, a resistência e a subversão. “Analisar e transformar, desvelar para refazer” (p. 36). Assim como o patriarcado inventou os corpos e seus papéis sociais em função dos genitais, a psiquiatria criou a loucura, em um esquema de dominação e subordinação. Essa dupla hierarquia mantém o masculino como representação do sujeito da loucura, sempre “o louco”, silenciando as vozes das loucas sobre suas experiências e criando uma malha que clausura ainda mais as mulheres.

O perigo dessa figura é que ela se apresenta despersonalizada e descaracterizada, universal, e constrói sentidos que em nada compreendem as particularidades das experiências diversas das pessoas com aflições psíquicas. O risco que se corre é que as práticas de cuidado instituídas pela política atual de saúde mental no Brasil não definem bem as características dos/as usuários/as dos serviços de saúde, como o gênero, sustentando assim regimes hegemônicos de subjetivação deles/as (ANDRADE & MALUF, 2015).

Sobre essa questão, Carolina também nos facilitou algumas reflexões. Através de um relato sobre uma amiga, ela contou:

Entrevistadora: A senhora acha que uma mulher que já tem transtorno mental, ela é mais... é mais fácil, é mais vulnerável ela sofrer violência contra a mulher?

Entrevistada: Eu acho... É horrível né? Porque, é triste também. Porque no caso de uma amiga minha mesmo, ela não pode ter qualquer coisa que as pessoas xingam ela, **ela só faz chorar...** Entendeu? E eu acho isso muito triste porque... Num caso desses as pessoas se aproveitam mesmo, né?

Entrevistadora: Aí tu pode falar um pouco sobre isso? Como é essa pessoa?

Entrevistada: Pronto, é... Vamos lá... Ela tinha problema de depressão, aí ficava...

Ficava muito nervosa, agitada, entendeu?

A interlocutora comentou sobre como a amiga “só faz chorar” e “ficava muito nervosa e agitada”, como se tais comportamentos fossem patológicos e/ou respostas inadequadas às situações que essa mulher vivenciava, justificando o diagnóstico de depressão que recebera. Considero, no entanto, possível compreender a relação estabelecida entre respostas tipicamente femininas, ou assim compreendidas socialmente, e a patologia, como se as expressões de feminilidade em si fossem patológicas.

A autora reforça que a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação de valores e normas de uma determinada sociedade, ou seja, aquilo que parece ser extremamente individual, expressa também regularidades que são moldadas por certas configurações sociais, como as relações de gênero. Regularidades e expectativas quanto às condições de homens e mulheres pôde ser percebido nas falas de Elisa, quando

comentava sobre uma mulher com suposto diagnóstico de transtorno mental que vive em sua rua:

Entrevistador: Tu conhece alguém que já teve depressão?

Entrevistada: Tem uma... é... conheço.

Entrevistador: Tu pode falar um pouquinho sobre?

Entrevistada: Rapaz, não sei... ela ficou assim, não sei se foi estrupo ou se foi depois de um parto... mas ela é... assim, quando da as crises ela fica doída mesmo lá na rua, fica doída, é um negócio assim que **incomoda muito**, viu? **Não gosta de tomar banho, cabelo alto, grudenta...** a depressão causa tudo isso... que eu não sabia, né? Depois que eu vim ficar sabendo...

O discurso de Elisa transita entre o esforço de compreender e a impossibilidade de não julgar. Ela revela um incômodo profundo com relação à situação de saúde da vizinha para logo em seguida comentar que ela não tem hábitos de higiene considerados adequados, como tomar banho ou pentear os cabelos. Para mim, no entanto, o que parece incomodá-la ainda mais nessa mulher, é o fato dela ter se distanciado dos padrões estéticos, uma vez que é regra social que todas as mulheres estejam sempre perfeitamente arrumadas, vestidas e penteadas.

De acordo com as reflexões de Sônia Maluf (2014), no contexto da atenção à saúde das mulheres, e do fortalecimento da atenção psicossocial de maneira geral, as questões de gênero são primárias, pois são questões que aparecem nos discursos e práticas em torno das políticas de saúde mental. Em suas palavras (p. 7):

Uma análise desses discursos e práticas tem evidenciado o quanto uma política pública de saúde pode tornar-se mais um regime de diferenciação e de reprodução da diferença, o quanto pode constituir-se em mais um aparato a interpelar homens e mulheres no sentido da sujeição aos regimes da diferença.

As questões de gênero têm atravessado levemente políticas de saúde e afetado a reforma psiquiátrica, modificando vagarosamente as práticas de cuidado e as vivências das pessoas com transtornos mentais. No entanto, reflete Ana Paula de Andrade (2014), os preconceitos e estereótipos, ainda presentes na ideologia de gênero, fazem com que tais considerações sejam mais prejudiciais que assistenciais.

Nesse tocante, Lívia nos trouxe um exemplo em uma de suas experiências de atendimento na unidade de saúde, na qual contou à médica que havia sido traída pelo companheiro:

Entrevistadora: E aí o que foi feito aqui no posto quando tu disse? Tu contou, vocês conversaram?

Entrevistada: Não, ela só escutou, porque eu não tive uma consulta mesmo com ela, né? Só em relação a pressão, aí ela so escutou, né? **Ai ela disse que realmente tinha que ter paciência, né? Eu, na verdade, eu tenho que me dar a chance de... saber perdoar...** e... eu dei o recado a ele, que se ele realmente não quiser a gente se separa.

Diante do relato da usuária sobre uma aflição que experimentava, e que ela interpretou e relatou como uma violência psicológica praticada por seu companheiro, a intervenção da profissional pareceu ter sido direcionada para a manutenção de uma estrutura e de uma lógica patriarcal. A médica lhe disse, o que, levando em consideração o saber/poder atrelado à figura da profissional, pode ter soado como mais que uma simples sugestão, que tivesse paciência, mas que se mantivesse nessa situação, que sustentasse a relação, ainda que ela lhe fizesse mal.

O gênero, ainda que inconscientemente, ou não oficialmente, tem organizado a lógica do atendimento à mulheres em serviços de saúde, articulado uma política no que diz respeito às relações entre profissionais e usuárias. Quando Lívia diz “Eu, na verdade, tenho que me dar uma chance, saber perdoar”, ela expressa que, como mulher, tem a obrigação de perdoar a quebra de confiança e a falta de cuidado do companheiro para com ela e com o relacionamento entre os dois, postura que foi reforçada pela profissional de saúde.

Sobre essa questão, Andrade (2010, p. 288) traz:

Entendo que o gênero, enquanto um regime de subjetivação, tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde, seja na assistência, na militância bem como nas políticas públicas e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos.

Assim sendo, Santos (2009) e Andrade (2010), pensam que um grande desafio a ser enfrentado pelos novos modelos de atenção à saúde consiste em incorporar, sem sujeitar, silenciar e invisibilizar, ainda mais a categoria gênero nas políticas públicas a serem desenvolvidas na área da saúde mental, estabelecendo um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem racional patriarcal naturalizada.

Nesse caminho, no capítulo a seguir refletiremos sobre outros efeitos que as relações de gênero, através de algumas de suas expressões, especialmente as violências perpetradas contra as mulheres, têm na saúde mental delas, considerando as especificidades trazidas nas experiências e nos contextos das mulheres entrevistadas.

5 DAS (OUTRAS) ANÁLISES POSSÍVEIS

Na crença de que, de alguma maneira, o trabalho analítico atravessou toda a construção deste texto, neste segmento veremos algumas especificidades, coletivas e compartilhadas, que surgiram nas inúmeras oitivas, conversas e lembranças das/sobre as interlocuções. São, basicamente, eixos que representam as singularidades dos efeitos que as mais diversas violências sentidas pelas mulheres têm em sua saúde mental, ao mesmo tempo em que evidenciam alguns aspectos que são comuns às experiências de algumas mulheres.

Sobre essas categorias, e sua construção, acredito, baseado nas elaborações de Mary Jane Spink (2004), que já são produtos de interpretação de dados, e procurei trata-las como tal. Os eixos nasceram a partir das considerações sobre dois aspectos: os objetivos da pesquisa e o respeito integral à narrativa das interlocutoras. Compreendo, assim como Spink (op. cit), que as categorias se coproduzem nas narrativas, e é o olhar sensível e singular de cada pesquisador que irá determina-las.

5.1 Violências e seus efeitos na autonomia de mulheres

Antes de continuarmos a viagem analítica dos/com os discursos das entrevistadas, seguindo para pensar as articulações possíveis entre as violências e sua autonomia, gostaria de deixar claro que o conceito de autonomia utilizado nesta sessão não é o único, pois assim como muitos outros conceitos, ele é polissêmico e alvo de muitos debates no campo das políticas feministas³².

Após ter adquirido centralidade no discurso da saúde, por ter sido reconhecida a importância de seu exercício para a construção da subjetividade e para a manutenção e recuperação da sanidade mental, o conceito de autonomia passou a ser entendido e utilizado de diversas maneira, inclusive para guiar as ações realizadas pelos profissionais nos diversos serviços de saúde.

³² Para melhor compreender o debate sobre autonomia, recomendo a leitura dos textos de Candace Watson (1987) Kathleen Jones (1990), Elizabeth Gross (1987), Joel Feinberg (1989), Robert Young (1989), Gerald Dworkin (1989). Mais recentemente, e no cenário nacional, Flávia Biroli (2013) e (2014) tem articulado essa discussão.

Essa noção utilizada, que pode ser compreendida nas leituras de Eduardo Almeida (2010) e José Raimundo da Costa (2011), centraliza a racionalidade e a liberdade de influências, essencializando um sujeito, que, além de livre de coações externas, representa um ideal subjetivo inalcançável.

Uma problemática evidente de pensar autonomia dessa maneira é a noção de sujeito ocultamente pressuposta, o autêntico sujeito autônomo, como aquele que é livre de todo e qualquer condicionamento ou manipulação, como se, por exemplo, houvessem mulheres e homens imunes à força coercitiva do machismo, e suas escolhas de vida não sofressem influência desse, ou de outros dispositivos (STEFANO, 1996).

O conceito eleito e trabalhado aqui representa uma tentativa de compreender as experiências relatadas pelas interlocutoras, em acordo com minhas visões de mundo e sujeito. Trata-se de um conceito de autonomia possível, no qual autonomia é pensada como um processo, não como uma substância, como algo a ser articulado e negociado nas relações das mulheres com outras pessoas, mas também com seus desejos, com as instituições e com as opressões cotidianas. Para tanto, foi articulado um diálogo entre Christine Di Stefano (1996) e Marcela Lagarde (1997).

Nessa perspectiva, através dos relatos de Elisa, podemos compreender como uma violência pode influenciar a autonomia de uma mulher:

Entrevistador: Sim. E aí... eu queria saber se tu conhece alguma mulher que já sofreu violência, se tu já ouviu alguma história aqui no posto ou mais perto da tua casa?

Entrevistada: Eu já fui já... Assim, não em casa né? Na rua mesmo, que **eu gostava muito de sair**... eu já... presenc... como é? Já...passei por essa cena, fui estropada, graças a deus to viva pra contar a história... **mas eu já parei mais de sair por causa disso**, porque a gente hoje em dia não pode discutir que o povo já mata, aí eu... fico em casa mesmo. **Eu gostava de sair pra barzinho**, pra outras coisas, com as meninas mas... eu prefiro ficar em casa, porque em casa eu to mais segura, porque a gente não sabe o mundo como ta hoje né?

A interlocutora nos contou que, apesar de gostar de sair para se divertir com suas amigas, modificou essa prática após o episódio de violência. Apesar de afirmar que “prefere ficar em casa”, ela justifica dizendo sentir-se mais segura nesse espaço, e não que suas preferências e lazeres tenham mudado. O que ela diz, para mim, é que prefere a sensação de segurança à diversão, porque foi coagida a escolher entre elas.

O fato de Elisa ter sido coagida a modificar seu comportamento, o que por si já diz muito sobre o uso de violências para a manutenção de um certo ordenamento social de gênero, no entanto, não quer dizer que ela não disponha de autonomia para negociar em outras

situações e/ou espaços. Para Lagarde (1997), uma pessoa pode ter muita autonomia para algumas coisas e não para outras, estando a autonomia relacionada às circunstâncias em que a pessoa se encontre.

Ainda assim, a falta de lazer, gerada pela impossibilidade de ser autônoma, nesse contexto, gera em Elisa um sofrimento:

Entrevistador: E agora, tu faz o que pra se divertir?

Entrevistada: **Agora eu fico em casa, bebo em casa, né?** Porque deixar de beber eu num vou não. Mas eu fico com uma raiva, quando eu penso que eu **gostava tanto de sair e agora eu tenho tanto medo...**

A “perda” de autonomia da interlocutora, nesta situação, se dá por uma incoerência interna, apesar de gostar de frequentar bares com as amigas, deixou de fazê-lo. Para Stefano (1996), autonomia, especialmente no caso das mulheres, se relaciona com coerência interna, com a possibilidade de relacionar fragmentos de si mesmas, seus desejos e suas possibilidades, para que sintam com controlam, a si e ao ambiente, melhor.

Ainda no que diz respeito à coerência interna, Elisa nos mostra como foi também capaz de elaborar estratégias, tanto para se divertir, quanto para se sentir fiel a suas vontades. Diante da impossibilidade de frequentar os antigos espaços de lazer, transformou sua casa em um deles, onde sente, além da segurança, maior controle sobre as situações, as pessoas, e as relações que pode estabelecer.

Já para Lívia, que interpretou a traição do companheiro como violência psicológica, sua autonomia foi atravessada pela médica que atendeu:

Entrevistadora: E aí o que foi feito aqui no posto quando tu disse? Tu contou, vocês conversaram?

Entrevistada: Não, ela so escutou, porque eu não tive uma consulta mesmo com ela, né? Só em relação a pressão, aí ela so escutou, né? Ai ela **disse que realmente tinha que ter paciência, né?** Eu, na verdade, eu tenho que me dar a chance de... saber perdoar... e... eu dei o recado a ele, que se ele realmente não quiser a gente se separa...

Apesar de ter mencionado que gostaria de responder à situação com um pedido de divórcio, a interlocutora foi aconselhada pela médica a permanecer no relacionamento, não importasse o quão difícil isso se mostrasse. Mais que isso, a profissional deixou claro que era sua obrigação, enquanto mulher, perdoar a traição e ter paciência com o companheiro.

Lívia também sofreu, inicialmente pela incoerência interna que experimentava, mas que não compreendia, e diante da dificuldade de negociar sua autonomia na relação com o companheiro, pensou em procurar um profissional de psicologia, sobre o qual nos contou:

Entrevistadora: É porque tem muita gente que acha que psicólogo é só pra desequilibrado né?

Entrevistada: Mas na verdade não é, eu acho que é uma ajuda. Assim, eu, no meu caso mesmo, o que eu passei, em relação quando eu descobri do meu marido, eu achei que tava precisando de um tratamento psicológico, entendeu? **Porque, tava sendo muito difícil pra mim aceitar isso, a perdoar, dar uma chance né? Eu realmente não tava conseguindo, porque... não era aquilo que eu queria pra mim,** eu tinha projetado uma coisa pra mim mas de repente me vi diante de uma situação muito difícil. **Não queria separar por conta dos meninos,** que na verdade ele... os meninos não tem culpa do erro dele. Mas agora o tempo já passou e a gente ta se resolvendo, ainda ta em andamento...

Ao menos duas outras violências foram reproduzidas no desenrolar dessa história na vida da interlocutora: fazê-la acreditar que seu sofrimento era inadequado para a situação em que se encontrava e que precisava transformar-se para ser uma esposa melhor. Enredada nas tramas de tantas instituições, dentre as quais gostaria de evidenciar a família, o casamento, a maternidade e o setor saúde, experimentar-se impossibilitada de exercer sua autonomia parece ter causado grande sofrimento à Lívia.

O setor saúde, representado pela profissional de medicina que a atendeu na USF, aconselhou-a a se adequar à situação, ignorando os sinais de sofrimento que seu corpo expressava, que era o motivo pelo qual procurava a instituição. Após conversar com a médica, Lívia considera procurar um profissional de psicologia, não para fortalecer-se, mas para conseguir lidar com o sofrimento que era a desilusão amorosa e aceitar a traição, perdoar o companheiro, para que não rompesse com o casamento.

Outras instituições, no entanto, também foram expressas como importantes pela entrevistada em sua tomada de decisão, como a família e a maternidade, pois separar-se do companheiro implicaria romper com essas lógicas tão arraigadas na subjetividade das mulheres e separar-se dos filhos, ou separá-los do pai.

Embora, naquele momento, todos esses atravessamentos tenham dificultado, ou impossibilitado, o exercício de autonomia de Lívia em relação ao seu matrimônio, isso não significa que em outros momentos ou outras situações, ainda que negociando com essas mesmas instituições, ela não possa exercer sua autonomia.

Assim como Lívia, Míriam também teve árduas disputas em relação à sua autonomia quando sofria violências por parte do companheiro. Algumas vezes ela silenciava as agressões às quais era submetida, geralmente quando psicológicas, patrimoniais ou simbólicas, mas também físicas e verbais. Algumas vezes, no entanto, ela recorria à polícia, geralmente quando sentia que sua vida estava ameaçada. Sobre um desses episódios, ela nos relatou:

Entrevistador: E aí, tu já tinha falado que passou por uma situação de violência. E aí, o que que acontecia, o que é que faziam?

Entrevistada: Ninguém se mete não. Eu chamei a polícia duas vezes, mas os policial num presta não, não suporto polícia, porque a gente chamou a polícia, e o **policial conversou comigo e disse “pense direitinho, viu? Porque é melhor você não assinar esse B.O.”** porque... eu nem sabia o que era B.O., ele que me explicou lá, “porque se você assinar aqui pra ele descer”, com aquele negócio da maria da penha, “ele pode descer, agora pense direitinho porque você tem um filho pra criar, **você vai criar esse filho só...**”

Apesar de ser visível que se tratava de um relacionamento abusivo, uma vez que Míriam chamou a polícia após ter sido agredida fisicamente, ou seja, marcas se presentificavam em seu corpo e suas vestes, a atitude do policial não foi de solidariedade, tampouco estava em acordo com a sua função laboral de proteger. Talvez, por ser homem e servir à uma instituição reconhecidamente marcada pelo machismo e utilizada pelo estado para manter a ordem, o policial tenha decidido que era mais importante manter a família, figura importante na cultura do patriarcado, que a segurança e a saúde dessa mulher.

Através do poder que a sua posição, não só social, mas na relação com essa mulher, negra e da periferia, e da articulação com o dispositivo da maternidade, o policial deu sua contribuição para a manutenção da ordem de gênero. O conselho, que me soou mais como uma ameaça, “é melhor você não assinar esse B.O” e o argumento “vai criar esse filho só”, apesar de terem gerado revolta, parecem ter surtido o efeito desejado, já que, dessa vez, Miriam não prosseguiu com a denúncia.

Além disso, as ameaças do próprio companheiro eram maneiras frequentes de subjugar a vontade da interlocutora, que, diante do afeto e da responsabilidade que sentia com relação à sua mãe, se abstinha de prosseguir com as denúncias. Essas articulações entre instituições, personagens, afetos e discursos são frequentemente construídas para a manutenção de mulheres em situações de violências e para dificultar seus exercícios de autonomia (LAGARDE, 1997).

Miriam também experimentava dificuldades em exercer sua autonomia por questões financeiras, como ela conta neste trecho:

Entrevistador: E porque que tu acha que acontece tanto violência contra as mulheres?

Entrevistada: Não sei... no meu caso, eu ficava dentro de casa assim com ele, **eu num tava mais gostando dele não, eu ficava com ele, aguentava**, ele não vivia metendo o cacete em mim não, mas quando ele tinha raiva mesmo... aí ele pegava vinha pra cima de mim e eu ia pra cima dele, era briga mesmo, **mas eu não saí de dentro de casa porque eu não tinha pra onde ir**, aí eu dizia “eu vou pra casa de mãe, meu deus, num tem canto pra eu dormir, pegar colchão dormindo no chão, eu num vou não” aí eu fiquei aguentando aquilo mesmo, empurrando com a barriga. **Mas depois eu botei na minha cabeça é melhor ficar na casa da minha mãe,**

ficar dormindo no chão ou no sofá e ninguém bater em mim, viver na paz do que viver aqui, ter minhas coisas e viver apanhando, aí peguei e fui embora, deixei as coisas e fui embora...

Assim como Elisa e Lívia, Miriam também experimentava uma incoerência interna, estando onde já não mais queria estar, sentindo-se presa à um relacionamento com um homem por quem nutria afetos ambivalentes e confusos. Além disso, o fator econômico foi um atravessamento importante em sua autonomia, fazendo-a sofrer por permanecer nesse relacionamento. Por algum tempo, esse foi um processo cíclico e retroalimentado na vida da interlocutora: a falta de dinheiro prendia-a no relacionamento e o relacionamento a impossibilitava de produzir recursos financeiros para que se sentisse confortável em sair do relacionamento. Sobre essa questão, Lagarde (op. cit.) comenta que são necessárias condições econômicas mínimas para que se possa garantir autonomia. Sem elas, pode-se fazer um grande discurso autônomo, mas não há possibilidade real para que a autonomia seja um exercício possível.

No entanto, Miriam, ainda que aparentasse estar na mesma situação, conseguiu romper com o ciclo. Apesar de não ter explicitado em nossa conversa, algum limite foi ultrapassado em sua relação com o companheiro, fazendo com que essa quebra (ou construção) fosse possível e que ela pudesse tomar a decisão de abandoná-lo, apesar dos afetos, dos medos e da insegurança.

Apesar disso, alguns meses após a separação, o ex-companheiro adoeceu e Miriam voltou a se relacionar com ele e exercer cuidados, como ela conta neste trecho:

Entrevistada: Ele pegou aquela doença do rato, todo mundo aqui do posto já sabe, que ele ficou com a leptospirose, cuidei dele que só, quando foi dois meses ele veio bater em mim, bateu na minha cara, sem eu fazer nada, tava deitada, ele... começou a gritar e a chorar, eu disse “porque tu fizesse isso comigo?”, ele disse “por nada, me perdoa Miriam”, eu fiquei doida da cabeça na hora, “o que foi que eu fiz”, eu não tinha feito nada, eu tava já dormindo, ele veio e meteu a mão na minha cara, me puxou pelo meu braço, e eu dizia “o que foi que eu fiz? Só quero saber o que foi que eu fiz”, “nada”, aí eu peguei e me indignei dele e fui embora de vez, até hoje...

Talvez motivada pelos ensinamentos que lhe foram passados desde muito cedo que sua função era cuidar, talvez pela pressão social que sofreu, uma vez que, como o companheiro ainda não havia iniciado um novo relacionamento, ela ainda figurava como a “mulher dele”, ou ainda instigada pelos afetos que sentia, Miriam reatou o relacionamento com o companheiro para cuidar dele, tendo continuado quando ele se recuperou, apesar de tudo que havia vivenciado nessa relação.

Ainda assim, com poucos meses de convivência, o companheiro a agrediu fisicamente mais uma vez, sem que ela tivesse feito nada, como ela colocou. Esse parece ter sido o motivo pelo qual ela conseguiu reunir forças para “ir embora de vez”. No entanto, uma questão me surgiu: se ela alega que o motivo pelo qual sua revolta com essa agressão foi tão grande foi o companheiro tê-la agredido sem que nada fizesse para provoca-lo, será que ela se acreditava merecedora, responsável ou tenha sentido que de alguma maneira provocou as agressões anteriores?

Penso isso porque talvez a culpa figure entre os mecanismos responsáveis pelo entrave da autonomia de mulheres em situações de violências e que seja acionado e alimentado por uma cultura que tem interesse no sofrimento das mulheres como forma de mantê-las silenciadas e submissas (LAGARDE, 1997).

De qualquer maneira, a história de Miriam nos ajuda a entender que para exercer sua autonomia uma pessoa não precisa ser sempre forte, independente, racional e consistente. Ela pode não ter sempre clareza de que aspectos em si, ou opressões que sofre, precisa modificar, pode ser ambivalente e cheia de conflitos, confusa, mas ainda assim terá algum poder sobre si, mesmo que não se aproxime de um ideal hegemônico de autonomia (STEFANO, 1996).

No entanto, de acordo com a autora, esse ideal tem autonomia tem sido usado como instrumento de repressão por um sistema de socialização que, baseado em desigualdades de gênero, controla aspectos significativos das vidas das pessoas, determinando seus interesses e regulando sua capacidade.

El ideal de autonomía proporciona un instrumento obvio de censura (...) e resulta difícil, cuando no imposible usar el concepto de autonomía si no se cuenta con alguna versión articulada del tipo de persona, o sujeto, vinculado o relacionado com dicha noción (STEFANO, 1996, p. 59).

Os padrões que derivam das formas socialmente estruturadas de opressão, sobretudo os padrões das desigualdades, de gênero ou de estado de saúde mental, que se cristalizam e reproduzem, e para Santos (2009), impõem limites à autonomia dos indivíduos e, portanto, ao modo como vivem e definem seus objetos. O problema que se configura, portanto, é o das continuidades entre as experiências subjetivas, especialmente, neste contexto, de ser mulher, que acabam por constituir identidades que são caras aos indivíduos.

Isso porque, de acordo com Stefano (1996), o conceito de autonomia frequentemente se confunde com independência e liberdade de influências, porque essas são características de formação subjetiva, especialmente de gênero, marcadamente masculinas, cujas identidades se

afirmam através de expressões de diferença e distinção da cuidadora materna, reafirmando, em associação com outros fenômenos culturais, a ideia de que o individualismo, a separação e a independência são desejáveis, e são os componentes centrais da autonomia e realização pessoal. “La autonomía se masculiniza eficazmente como una postura de separación vigorosa y decidida de la madre feminina” (p. 67).

De acordo com o documento elaborado pela Organização das Nações Unidas com os objetivos de desenvolvimento do milênio para a América Latina e o Caribe (2005, p. 114):

En realidad, el grado de autonomía de un sujeto singular es inseparable del grado de autonomía del grupo social al que pertenece. Es decir, el grado de autonomía personal que una mujer pueda desplegar dependerá también de la autonomía posible de su grupo social y de aquella que las mujeres de la sociedad a la que pertenece hayan alcanzado. En síntesis, la autonomía de un grupo social no depende exclusivamente de la voluntad personal de quines a él pertenecen.

O desafio a ser enfrentado pela ciência e pela sociedade contemporânea consiste em incorporar aqueles que, apenas por divergirem do ideal dominante já explicitado, são destituídos da sua condição de sujeito. “Incorporar, no entanto, não significa sujeitar, silenciar e pôr ordem na desordem” (SANTOS, 2009, p. 1181). Quer dizer, sobretudo, que as políticas públicas a serem desenvolvidas, considerem as relações sociais de gênero e, desta forma, estabeleça-se um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem patriarcal naturalizada e guie práticas de atuação nos serviços diferentes das que temos atualmente.

Nesse tocante, Helena trouxe algumas questões interessantes de serem discutidas. Ela contou que quando estava grávida, seu companheiro pediu para que ela abortasse³³, o que ela interpretou como uma violência, como ela conta neste recorte:

Entrevistada: No meu caso, como eu tava gestante ano passado o pai não queria a criança, queria assim, que eu abortasse, né? E eu não... de maneira nenhuma ia tomar remédio pra ter um aborto, **quando eu vim aqui fazer a primeira consulta pre-natal eu falei pra enfermeira, assim, eu fui bem acolhida, ela me orientou, me informou que eu não deveria fazer isso de maneira nenhuma**, então assim, eu acho que eu fui bem recebida, bem atendida aqui, bem acolhida, assim, cheguei a perder, mas assim, foi espontâneo, nada induzido, aí assim, eu fui bem atendida assim, pela equipe.

Entrevistador: Tu já passou por alguma situação de violência?

Entrevistada: Violência fís... não, violência física não. Assim, tu chega pra uma pessoa, uma mulher que tá grávida, mesmo sem ter planejado e pedir... eu acho que assim, isso foi uma violência.

³³ Apesar de reconhecer a importância do debate sobre o aborto, especialmente nesse momento em que o tema está sendo bastante discutido nas redes sociais, diante de uma decisão do Supremo Tribunal Federal que abriu precedente para a descriminalização do aborto, o tema não será amplamente desenvolvido e discutido neste trabalho, cujo foco é na relação entre violência e saúde mental. A situação do aborto será analisada como uma experiência trazida pela interlocutora, com foco nas violências produzidas pelos entraves ao exercício de autonomia desta sujeita e seus efeitos em sua saúde.

O que chama atenção na fala de Helena é que ela refere ter sido bem acolhida, bem recebida e bem atendida, mas talvez seja porque a atitude da profissional estivesse de acordo com as suas crenças. Em outros contextos, ou com outras mulheres, a atitude da enfermeira podia ter representado uma violência tremenda, dizendo que ela não deveria abortar de maneira nenhuma. Helena fica então entre duas pressões: se não abortasse, não teria auxílio do companheiro, e se abortasse não teria auxílio da unidade de saúde. A mensagem da profissional era clara, e sem nenhuma sutileza, como podemos ver aqui:

Entrevistada: Assim, ela soube me orientar... assim, ela recebeu a notícia e **soube me orientar**, assim, de forma a **não fazer uma coisa errada, né?** Porque **é uma coisa que não é certo**, você... mesmo sendo no início da gestação já é uma vida e **não é certo você interromper**... Mas assim ela soube me orientar de maneira certa e dizer que realmente, assim, que você quando tem uma gestação que o pai não aceita vai ser complicado, mas que deus dá um jeito de você levar a frente, e assim, sem precisar **interromper uma vida... cometer um crime...**

A mensagem da enfermeira era clara: não apoio o aborto. E mais, a estratégia foi de convencê-la a manter a gravidez independente do que isso significasse para ela, para seus planos e para seu relacionamento. Utilizando-se de falas como: “não é certo você interromper”, “não faça uma coisa errada” e “aborto é crime”, é que a profissional iniciou uma conversa com uma mulher que lhe procurou para iniciar os cuidados pré-natais e lhe contou o que havia vivenciado com o companheiro.

Flávia Biroli (2014) comenta que o terreno da autonomia para as mulheres é delimitado em oposição, e por contraste, à regulação e intervenção do estado e seus agentes, relacionando o controle da sexualidade e da reprodução, como o que a profissional da usf fez, com as violências contra as mulheres, colocando-o, inclusive, como uma.

Apesar da atitude do companheiro, comportamento que infelizmente é muito frequente entre os homens atualmente, se interpelar no exercício de autonomia de Helena, ela decidiu prosseguir com a gravidez, hora negociando com o companheiro, hora negociando com a unidade de saúde. Compreendemos então que autonomia é sempre um pacto social, tem que ser reconhecida e apoiada socialmente e tem que encontrar mecanismos operativos para funcionar, para se desenvolver e ser parte das relações sociais (LAGARDE, 1997).

Talvez amadurecida pela experiência, ela nos respondeu a uma pergunta de uma maneira que se encontra em consonância com o que foi trabalhado nesta seção:

Entrevistador: E o que é que tu acha que se deve fazer num caso de violência contra a mulher? Tanto pra mulher que foi agredida quanto pra quem agrediu essa mulher...

Entrevistada: Assim, a primeira vez, porque pode acontecer, as vezes a pessoa esta num momento, assim, um momento de crise, algum **momento que você nem quer fazer certas coisas, mas acaba fazendo...** assim, eu acho que na primeira, se a mulher tivesse coragem de... principalmente se for entre casal, aconteceu aquilo eu acho que... tem mulher que não quer deixar seu marido né? **Conversar... perguntar a ele se ele aceita ir pra um lugar que possa orientar eles a conversar pra que aquilo não ocorra mais...** e se realmente ele não aceitar ou não correr... eu acho que ela tem que buscar um apoio, buscar um modo de não continuar com aquilo, não virar uma rotina aquela agressão contra ela, né?

Em sua fala, Helena resume bem tudo o que temos pensado sobre autonomia, saúde e violência. Não há regra alguma para ser, ter, ou exercer autonomia, desde que se compreenda o quão danoso pode ser para a saúde as dificuldades e as impossibilidades de exercê-la em algumas circunstâncias. Há momentos em que seu exercício não é possível, e acaba-se por fazer coisas que não se quer fazer. A autêntica mulher autônoma não é aquela que se divorcia do marido que lhe agrediu, nem é aquela que reconhece todas as pressões e opressões que sofre das mais variadas instituições em nossa sociedade.

Não existe uma autêntica sujeita autônoma, porque não há uma só versão possível de se apresentar para o mundo. No entanto, as ações e direções dos serviços de saúde tem desconsiderado a multiplicidade de modos de subjetivação para mulheres e ignorado as diferenças de gênero, (re)produzindo práticas danosas e violentas, especialmente no que diz respeito à autonomia delas.

Stefano (1996) considera importante que o trabalho feito com autonomia considere as complexas dimensões de um sistema de gênero que não só atua como um sistema de socialização, mas também como sistema de aculturação, em que as pessoas se constituem e se impregnam de características diferenciadas em função do gênero, e que se pense em autonomia mais como um processo que como uma posse, ou seja, que todas as pessoas tem potencial de autonomia, e que, em alguns momentos da vida se apresentará mais ou menos autônoma.

Para a autora, a autonomia está muito mais voltada a uma questão de coerência interna, ou seja, a um processo dinâmico de entrelaçamento entre as escolhas de vida e a personalidade, de maneira que considere as negociações inerentes às relações sociais. Desta maneira, parece fazer muito mais sentido pensarmos e falarmos em momentos autônomos e não pessoas autônomas, tratando a autonomia como um exercício, uma competência que todos temos e que, em dados momentos, pomos em prática. Vale lembrar, como pensa Lagarde (1997), que autonomia não deve ser definida como um conceito totalizante, mas que tem que ser pensada para cada sujeito social.

5.2 Relações e/com violências

Também foi possível compreender, a partir dos discursos das interlocutoras, não só como as violências modificaram, em certa medida, suas formas de se relacionar com outras pessoas, mas também os efeitos dessas novas formas de relacionamento em sua saúde mental. Relacionar-se saudavelmente é essencial para o bem-estar, levando em consideração que nos constituímos nas relações que estabelecemos com os outros³⁴.

Íris, por exemplo, trouxe claramente os efeitos que as violências que sofreu tiveram em sua maneira de se relacionar com outros homens, tendo as agressões constituído uma barreira que a impossibilitam de vislumbrar a possibilidade de um relacionamento amoroso em que a violência não esteja presente. Enquanto nos contava sobre uma discussão que teve com o ex-companheiro, ela disse:

Entrevistador: E o que foi que o teu marido disse?

Entrevistada: Dizendo que eu tenho um... que eu... apareceu assim dizendo que eu tenho homem, que quando eu vou pra cidade é pra arranjar homem, eu digo meu deus do céu, eu expliquei a ele que eu não quero ninguém, **não quero ninguém na minha vida porque eu fiquei com trauma que ele foi embora... aí eu fiquei pensando assim eu acho que todo homem vai fazer isso comigo**, eu num quero não, não quero... **prefiro mil vezes morar só.**

Devido às constantes agressões verbais que sofria, em que era acusada de traição pelo companheiro, e o posterior abandono, a interlocutora modificou radicalmente sua maneira de se relacionar amorosamente. À sua maneira, ela explica como um “trauma”, passando a acreditar que todos os homens relacionar-se-ão com ela de acordo com o padrão estabelecido pelo ex-companheiro.

Relacionar-se amorosamente, no entanto, pode ser uma fonte potente de saúde, pois, geralmente, é com o/a parceiro/a que realizamos atividades de lazer, com quem partilhamos as angústias e gozamos (em relações sexuais e fora delas) de bons momentos. Além disso, estar em um relacionamento amoroso possivelmente trará satisfação pessoal, ampliando seus horizontes, podendo ser um fator de proteção à saúde mental ao apresentar também a

³⁴ A Psicanálise tem, desde a sua criação, se dedicado a compreender os processos de subjetivação humana de uma perspectiva relacional, enfatizando a importância dos relacionamentos para a saúde mental. Para melhor compreender esses processos, consultar Coutinho-Jorge (2000) e Cabas (2009), onde já é possível encontrar, a partir das teorias de Freud e Lacan sobre a constituição do sujeito a noção de “laço social” como componente do que antes era considerado o triângulo edípico, tendo as relações sociais para além do espaço doméstico sido reconhecidas na constituição saudável do sujeito.

possibilidade de auxílio na superação das dificuldades geradas nas exigências do cotidiano (DIÁZ-LLANES, 2001).

A generalização, talvez como um mecanismo de defesa contra futuras decepções, foi uma forma comum de nossas entrevistadas expressarem as alterações que suas formas de se relacionar sofreram no contexto das violências. Mel, assim como Íris, também abriu mão de se relacionar afetivo-sexualmente com outros homens após o fim do seu relacionamento abusivo, como ela contou:

Entrevistadora: Hum... aí a senhora tá separada, não teve mais nenhum outro marido?

Entrevistada: Num quero não, porque **eu queria um homem que ajudasse**, eu num quero esses homens que vai na minha casa pra ficar... **e esse num existe né?**

Entrevistadora: Seu marido não ajudava em casa?

Entrevistada: **Eu é que ajudava ele né?** Trabalhava no mazzarelo, eu que ajudava, fazia a feira, tudinho, comprava as roupas pra mim, os filhos...

Mel, cuja vivência conjugal foi constantemente atravessada por abusos físicos e patrimoniais, em que o companheiro além de não contribuir financeiramente para a manutenção da casa e dos filhos, ainda lhe tomava o salário para comprar bebidas, também desacreditou na possibilidade de uma experiência amorosa satisfatória. Duplamente “traída”, como companheira e como mãe, a interlocutora não concebe um homem que se comporte diferente do ex-companheiro: “eu queria um homem que me ajudasse... e esse num existe, né?”

Gostaria de deixar claro, antes de prosseguirmos, que a minha intenção não é afirmar que só há possibilidade de felicidade e satisfação pessoal para mulheres através de um relacionamento amoroso, mas compreender os efeitos que as novas formas de se relacionar, incluindo as privações, podem ter na saúde mental delas. Tenho ciência que, para além das vivências violentas, a conjugalidade pode ser bastante prejudicial às mulheres, dadas as múltiplas demandas, organizadas pela hierarquia de gênero, a que devem responder (ALMEIDA-FILHO, LESSA, MAGALHÃES, ARAÚJO, AQUINO, JAMES & KAWACHI, 2004).

Outra interlocutora que também trouxe a generalização como consequência de uma vivência de violência foi Elisa, que trouxe, a partir da experiência de outra mulher que também havia sofrido violência sexual, uma reorganização do modo de se relacionar com um determinado grupo de homens. Enquanto conversávamos sobre o estupro que havia sofrido, ela comentou:

Entrevistador: Sim. E aí... eu queria saber se tu conhece alguma mulher que já sofreu violência, se tu já ouviu alguma história aqui no posto ou mais perto da tua casa?

Entrevistada: ... **tem uma vizinha minha que ela também não gosta de negro**, assim, minha amiguíssima, que ela foi estuprada pelo um negro, aí hoje em dia ela tem uma cisma com negro, eu disse “faz isso não mulher”, mas ela disse “**por causa de um paga todos**”, isso não existe né? Que ela não... não... **odeia negro**, que ela foi estuprada pelo um negro, e ela ia pro trabalho, o negro abordou ela, jogou ela no canto da parede, tirou a roupa e estropou...

Como já dito anteriormente, há a possibilidade de uma relação entre a experiência de violência e a potencialização do racismo em Elisa, percebido em algumas contradições em seu discurso, aqui representadas pela fala de que a vizinha “também” não gosta de negro, mas presente em outros momentos da interlocução. Apesar de trazer a vivência como de outrem, este pode ser apenas um mecanismo distratório frente a um entrevistador homem e negro. O que interessa aqui, no entanto, é o efeito que o estupro teve no estabelecimento das relações da interlocutora com o mundo, e como isso afeta sua saúde.

Se já não é uma vivência simples para qualquer mulher circular sozinha por alguns espaços, podemos supor que a dificuldade seja ainda maior para uma mulher que já foi vítima de violência sexual, que se utiliza da generalização, “por causa de um paga todos”, para proteger-se de outras violências em outros contextos. Esse pensamento, no entanto, pode ser que também cause muito mais sofrimento à Elisa, que além de privar-se de lazer, como já dito no tópico anterior, também se priva da companhia de algumas pessoas, da possibilidade de relacionamentos interpessoais, amorosos ou não, por conta do seu preconceito de cor e da possível ampliação de seus horizontes socioculturais que essas relações poderiam facilitar.

Além dessa experiência, temos também o que foi trazido por Miriam em seu contato com os policiais a quem recorreu em um dos episódios de violência física que protagonizou com o ex-companheiro, como ela conta neste trecho:

Entrevistador: E além da policia, Miriam, tu procurou mais algum lugar? Só a policia mesmo?

Entrevistada: **Nunca mais eu procuro polícia na minha vida**, procuro nada, você se da bem mais com bandido que com policia, **porque policia não presta não**, certo que assim, é... **por conta de um**, é que nem uma escola, **todos levam a culpa...**

Entrevistador: Sim

Entrevistada: Só que nem todos são errados, mas só que por conta de um, eu mesmo tenho medo, **quando eu vejo policial fico assombrada já**, porque eu sei que ali tem alguma coisa errada, gosto não...

Apesar da compreensão racional que apresenta na fala “nem todos estão errados”, algo de profundamente emocional nela sofreu uma transformação e modificou o modo como se sente, logo, como se relaciona, com toda uma classe de homens. O sexo/gênero dos agentes da força policial que a atenderam na ocasião, teve total influência, segundo a própria

interlocutora, no desenvolvimento do episódio. Policiais homens atenderam ao chamado de agressão a uma mulher, e sua postura foi de subvalorizar a situação violenta enquanto responsabilizaram-na pelas consequências que a denúncia teria na vida de seu filho.

Através das expressões “tenho medo de policial”, “quando vejo policial fico assombrada” e “sei que ali tem coisa errada”, Miriam deixa claras as marcas que a violência, cometida pelos policiais e reconhecida por ela como tal, deixou em sua saúde. A interlocutora sentiu-se traída, ainda que não fale disso tão claramente, pelo aparelho estatal que supostamente devia servi-la e protege-la, e essa quebra de confiança deixou-a desamparada, desacreditada e assustada, fazendo com que não só tenha se forçado a desenvolver novas estratégias para lidar com situações que seriam papel do estado, através da força policial, mas também tenha que conviver com novas formas de medo.

No tocante das relações de confiança, algumas experiências também foram trazidas pelas mulheres com quem conversamos. Lívia, por exemplo, acredita que as mulheres que sofrem violência têm mais dificuldade de (re)estabelecer relações de confiança, e que isso facilita o desenvolvimento de alguns problemas, como explicou nessa fala:

Entrevistadora: Tu acha que deveria ser um lugar que acolhia? Que deveria acolher isso? Que as mulheres poderiam vir pra cá falar sobre essa questões? Ter algum grupo que pudesse conversar sobre isso?

Entrevistada: Num sei, eu... eu acho que as mulheres elas... elas recuam muito em relação quando elas são agredidas assim... **elas não se abre facilmente**, eu acho difícil, e isso é um problema né? **Não conseguir conversar com ninguém é um problema...**

Mesmo que pareça não se incluir quando fala “as mulheres... quando elas são agredidas”, esta interlocutora fala do lugar da experiência. Fala de si, ao falar de outras, talvez por não ter conseguido ainda elaborar tão bem a violência e os efeitos que isso produziu e produz em sua vida. Lívia vivenciou uma situação de violência psicológica, como foi elaborando em sua interlocução com uma das pesquisadoras da equipe, que foi a traição do companheiro.

Ela diz “elas não se abre facilmente”, mas também fala de si, da sua dificuldade de estabelecer novas relações de confiança até para falar sobre suas dificuldades. Apesar de ter conseguido falar sobre sua vivência com a médica do posto e com a pesquisadora, deixou clara a dificuldade que tem de “se abrir” e como isso pode ser e tem sido prejudicial à sua saúde, bem como para de outras mulheres. “Não conseguir conversar é um problema”, e na falta de palavras, seu corpo se organizou para expressar suas aflições de outra maneira, como as elevações na pressão arterial.

Elisa, em um dos momentos de sua entrevista, também comentou sobre a dificuldade que tem de estabelecer relações de confiança após a violência que sofreu. Continuando o que contava sobre sua experiência com a violência sexual trazido anteriormente, ela disse:

Entrevistada: ...já eu, foi ao contrário, eu com essa pessoa mesmo, que **a gente não confia em ninguém né?** Eu ficando com essa pessoa, tomando uma cervejinha... aí ele ia me trazendo pra casa, desviou o caminho, me levou pelo um... me levou pra um... um campo, ou fazia ou morria né? Primeiro a gente pensa na vida, né?

O que poderia ser encarado com certa banalidade em outros contextos, sua frase “a gente não confia em ninguém” tem, para mim, outro sentido diante da experiência que Elisa teve. Ela parece dizer que, apesar dos acordos não-verbais estabelecidos entre ela e o homem com quem estava se relacionando, dentre os quais havia um vínculo de confiança, a quebra desse contratou abalou-a emocionalmente.

A experiência de Elisa também é compartilhada por muitas mulheres que sofreram violência sexual, como as que foram entrevistadas por Lilia Schraiber, Ana Flávia d’Oliveira, Ivan França-Júnior e Adriana Pinho (2002), nas quais também foram percebidas dificuldades de confiar e uma sensação permanente de insegurança, ambas constituindo barreiras para o estabelecimento de relações afetivas saudáveis.

Miriam também teve sua confiança abalada pelos anos de abusos físicos, verbais e de muitas outras ordens que vivenciou na relação com o ex-companheiro, mas também por algum episódio de desentendimento com a família, como ela relatou nesta passagem:

Entrevistador: E tu acha que o posto de saúde é um lugar pra se falar dessas coisas mesmo?

Entrevistada: Num é não, é pra falar sobre a saúde, mas... se eu confiar na pessoa... tipo assim, não te conheço, mas se confiar, se tu me passar confiança entendesse? Eu tenho que passar... **eu sou muito desconfiada, entendesse? Pelo que aconteceu comigo.** Mas se tu me passar uma confiança, se eu confiar em tu eu chego e converso, aí vai depender de você o que você vai espalhar ou não... coisa que na família a gente não tem isso, **porque, família é bom, entendesse? Mas as vezes família fala de você,** a maioria é assim, **por isso que as vezes eu prefiro ficar calada**

A interlocutora deixa clara a relação que percebe entre suas vivências de violência e suas dificuldades de formar vínculos de confiança. Não só as agressões que sofria, e ainda sofre, por parte do ex-marido, mas ela também menciona uma “traição” por parte da família, o que pode ter facilitado ainda mais o aumento da desconfiança de Miriam para com as pessoas e as dificuldades que isso impôs, e ainda impõe, à sua vida.

Apesar disso, a resiliência se apresenta como possibilidade para esta interlocutora, que também deixou claro que apesar de abalada, sua capacidade de estabelecer relações de

confiança foi, e continua sendo, restaurada, tanto que lhe foi possível disponibilizar-se no curso da interlocução para contar detalhes de seu relacionamento e as dificuldades de suas vivências, passadas e presentes.

Ainda assim, a violência também teve como efeito a generalização e um sentimento de rancor com o qual Miriam convive atualmente, amargando um sentimento de vingança para com o ex-companheiro, com o qual desperdiça energia que poderia ser utilizada para investir em atividades que contribuíssem para o reestabelecimento e manutenção da sua saúde, elaborando planos de vingança contra ele, que além de mantê-la presa em um relacionamento extremamente adoecedor, fazem-na nutrir sentimentos negativos com relação a todos os homens, como explicita aqui:

Entrevistador: E o que é que tu acha que se deve fazer em um caso de violência contra a mulher?

Entrevistada: Rapaz, **por mim era matar os homens né?** Mas não pode, então prender. Se bem que prender não vai resolver **porque quando se soltar eles vão fazer a mesma coisa**, entendesse?

Mesmo que fale levemente sobre o que acredita ser a punição adequada para homens que praticam atos violentos contra mulheres, “matar todos os homens” deixa claro que os sentimentos de Miriam com relação aos homens, em especial ao seu ex-companheiro, são carregados de negatividade. O que ela não parece perceber é a maneira com que essa teia complicada de relações que foi se criando, onde permeiam afetos ambivalentes de amor e ódio, afeta negativamente a sua vida. Miriam deixa claro também que não acredita na possibilidade de reconstrução de homens autores de violências contra as mulheres, afirmando que “quando eles se soltar eles vão fazer a mesma coisa”, dando pistas, mais uma vez, que sua maneira de se relacionar foi profundamente afetada pelas violências.

As violências frequentemente também deixam marcas nas redes pessoais e sociais das mulheres, que, no entender de Eliane Lavall, Agnes Olschowsky e Luciane Kantorski (2009), constituem as redes de relação dos sujeitos, compreendendo a família, as amigas, as relações de trabalho e comunitárias, permitindo compreendê-los a partir de tudo aquilo com que interagem, seus vínculos nos micro e macro espaços, e tendo funções essenciais na manutenção da saúde mental, através das funções de apoio emocional, companhia, ajuda material, etc.

Além do episódio já citado anteriormente da quebra de confiança com a família de origem, Miriam trouxe ainda outra dificuldade que as violências perpetradas pelo ex-

companheiro impõem à sua rede de relações, e que tem sido extremamente prejudicial à sua saúde mental, a privação da relação com o filho, exposta aqui:

Entrevistada: ...porque na minha cabeça, sabe, ele me faz tanta raiva, mesmo eu separada dele, **porque ele botou meu filho contra mim**, meu filho me amava tanto, tudinho, eu já chorei tanto, eu **quase que caio em depressão por conta do meu filho**, porque ele botou meu filho contra mim, disse que eu deixei ele, abandonei ele e abandonei meu filho, mas se eu me separei, tinha o que, que trabalhar, o salário mínimo da minha mãe num ia dar pra me sustentar, sustentar a minha mãe e minha irmã, né? Aí eu fui trabalhar, aí ele disse “tá vendo João, tua mãe abandonou a gente”, tudinho, botou, encheu a cabeça do menino, **o menino ficou com uma raiva, com um ódio de mim, isso acabou comigo...**

É evidente que uma situação de alienação parental³⁵ tem se estabelecido entre os membros dessa família, e que alienar o filho é a maneira com que o ex-companheiro encontrou para continuar violentando Miriam e punindo-a por desrespeitar a ordem patriarcal, segundo a qual deveria manter-se no relacionamento, mesmo que violento e abusivo. A violência é fazê-la escolher diariamente entre a liberdade, a autonomia e a própria saúde e o amor do filho.

Como ela deixa claro nas falas “quase caio em depressão por conta do meu filho” e “isso acabou comigo”, tal violência, além de surtir profundos efeitos no modo como se relaciona com a criança, que estava impossibilitada de encontrar na época, e que desenvolve e alimenta sentimentos negativos com relação à mãe, também produz diversas aflições com as quais Miriam tem que lidar.

5.3 Aflições como frutos das violências

Uma variedade grande de aflições também foi percebida como efeito das violências perpetradas contra algumas de nossas interlocutoras. Escolhi trabalhar com o termo/conceito de aflição por acreditar que ele compreenda um universo maior de questões relacionadas à saúde em diversos âmbitos, não se restringindo aos sintomas, cuja utilização se liga aos diagnósticos médicos, que foge às minhas pretensões e responsabilidades neste texto.

As aflições, de acordo com Sônia Maluf (2010), podem ser manifestações de ordem física, como dores, cansaço, taquicardia, falta de ar, de ordem emocional, como vontades de chorar, explosões de raiva ou falta de vontade, ou uma combinação entre os dois,

³⁵ O conceito de alienação parental não será desenvolvido aqui porque foge ao escopo deste trabalho. No entanto, caso interesse entender o fenômeno, sugiro as leituras de Rosana Simão (2007) e Mônica Jardim-Rocha (2009).

considerando as experiências afetivas e emocionais, e as experiências orgânicas e corporais em diálogo.

Tais experiências, podem ser, e foram relatadas como, frutos de agressões das mais diversas ordens que as nossas interlocutoras enfrentaram em sua vida, ainda que algumas não percebessem as relações possíveis entre tais eventos. Helena, por exemplo, pareceu não ter percebido os efeitos que as tensões postas sobre ela, de um lado pelo companheiro que insistia para que ela abortasse, do outro pela unidade de saúde para que não o fizesse, tiveram sobre seu corpo e sua gravidez, como neste relato:

Entrevistador: Tu acha que violência é só agressão física?

Entrevistada: Também tem a de palavra, agride também. No meu caso, como eu tava gestante ano passado o pai não queria a criança, queria assim, que eu abortasse, né? **Ceguei a perder, mas assim, foi espontâneo, nada induzido...**

É interessante notar a escolha particular de palavras que a interlocutora fez quando conversávamos. Ela usa o termo espontâneo em contraste ao induzido, que, no contexto do aborto, significa que a interrupção da gravidez se deu de modo “natural”, sem que a gestante o tenha provocado, através da ingestão de substâncias ou do uso de instrumentos cirúrgicos.

No entanto, acredito que nada foi espontâneo a respeito desse aborto. A indução a ele se deu por outras vias, sem que Helena tivesse controle sobre o que lhe acontecia. As pressões do companheiro, da família, da sociedade, da igreja e, possivelmente, de inúmeras outras instituições, conformaram a substância que a interlocutora ingeriu até que o momento do aborto aconteceu.

As aflições, produzidas por tantas violências vivenciadas por Helena naqueles momentos, estiveram assim circulando-a, manifestando-se em rompantes de choro, momentos de desespero, sensação de estar perdida e vulnerável, como ela exemplificou em outro momento da entrevista:

Entrevistador: Tu acha que o posto é um lugar que é procurado pelas mulheres que sofrem violência?

Entrevistada: É, as vezes... até pra receber assim, um apoio, uma orientação né? **Porque as vezes você fica tão perdida que você nem sabe o que fazer na hora, só quer chorar,** e as vezes vem prum lugar que lhe acolhe, aquela pessoa lhe passa a informação, a pessoa vai ficar, assim, mais, assim, ter noção do que fazer, o que fazer, como deve agir...

Sinais físicos, como alterações na pressão arterial e taquicardia, também configuram o quadro de aflições citadas pelas nossas interlocutoras, como decorrências de situações de violência em que estiveram. Cristiane, por exemplo, trouxe o relato de uma conhecida:

Entrevistadora: E... agora voltando um pouco sobre a violência, né, que a gente tava falando... você acha que mulher... uma mulher que sofre violência, ela tem mais chance de desenvolver algum problema mental por causa da violência?

Entrevistada: Eu acho que sim, porque **aquilo fica gravado na mente da pessoa né?** As vezes você tá de frente com a pessoa que tá com pressão alta... **eu conheço uma irmã que ela tá com pressão alta...**

Apesar da nossa perguntar ser, de certa maneira, tendenciosa, provocando a relação entre violência e saúde mental, a resposta da interlocutora trouxe outra dimensão de possibilidades. Pensando unicamente os efeitos negativos na saúde mental como sintomas psicológicos, como é a abordagem da literatura a esse respeito³⁶, a compreensão acerca das experiências dessas mulheres seria, certamente, mais limitada. O conceito de aflição, no entanto, nos dá possibilidades de aprofundar o olhar nos relatos delas.

Cristiane afirma brevemente que acredita que as violências podem gerar traumas, “aquilo que fica gravado na mente da pessoa”, mas, talvez por compreender melhor que nós os efeitos negativos que a violência pode ter na saúde de uma mulher, comenta também que uma conhecida que foi vítima de violência se encontra com pressão alta, articulando a violência, o trauma e uma condição de saúde que dificilmente seria percebida por essa via.

Essa interessante articulação também foi produzida por Lívia, ao nos relatar uma situação de violência que vivenciou:

Entrevistadora: E aí... eu queria saber se tu já passou por uma situação de violência... se sim, ou se não...

Entrevistada: Na verdade... na verdade foi psicológica, emocional né? Foi... traição de marido, né? **Que eu passei uma fase muito difícil e justamente é por isso que minha pressão alterou**, aí eu to tratando isso aí...

Apesar dessa compreensão ampliada das interlocutoras, o campo da saúde, em sua maioria, parece ainda não ter atingido o mesmo grau. Apesar dos dados alarmantes do Ministério da Saúde (2013) de que 40% das mulheres acima dos 50 anos vivem com hipertensão e 80% das mulheres desenvolverá com o avançar da idade, esse agravo continua sendo associado às condições biológicas.

No estudo de Sonia Maria de Oliveira, Jair Santos, Maria Lúcia Lebrão, Yeda Duarte e Ângela Pierin (2008) sobre o desenvolvimento de hipertensão arterial em mulheres idosas³⁷, por exemplo, o aparecimento dessa enfermidade crônica está associada a uma dieta rica em gordura e sal, obesidade e sedentarismo. Nas pesquisas publicadas na revista brasileira de

³⁶ Consultar o segundo tópico do capítulo de revisão de literatura, onde foi realizada análise dos textos encontrados a partir do cruzamento dos descritores “violência contra a mulher” e “saúde mental”.

³⁷ Apoiado em outras pesquisas, como as de Rosângela de Oliveira e Jarbas Nogueira (2003) e Maria Fernanda Lima-Costa, Sandhi Barreto e Luana Giatti (2003).

hipertensão (2014)³⁸, a associação entre essa doença e as mulheres ainda é feita baseada na noção de ciclo de vida, tão frequentemente explorada pela medicina, na qual o desenvolvimento está ligado a fatores genéticos, mas principalmente à menopausa.

As questões subjetivas, sociais e de gênero, no entanto, não são tão frequentemente associadas ao desenvolvimento dessa aflição. A sobrecarga de cuidado com a casa e com os familiares, as péssimas condições de trabalho, inclusive do trabalho doméstico não remunerado, os abandonos, as responsabilidades financeiras e as violências dificilmente são inquiridas na consulta médica ou consideradas no diagnóstico.

O trauma, outra aflição trazida Cristiane, também faz parte da experiência de Íris, que lida com a sobrecarga de cuidar de muitos familiares e com os ciúmes do companheiro:

Entrevistador: É... mas mesmo a... achando que não é muito a praia do posto tu acha que tem alguma coisa que o posto podia fazer sobre essa questão de violência contra a mulher?

Entrevistada: Eu acho assim... é... psicologicamente né? Porque quando a mulher é agredida tanto verbal quanto físico, é... **eu acho que ela fica com um trauma na... na mente, eu mesma fiquei.**

As violências produzidas pela falta de apoio do companheiro no cuidado com os filhos e com a casa, dos irmãos e irmãs no cuidado com a mãe e pelo ciúme excessivo do marido não só “traumatizaram” Íris, mas também contribuíram para que ela desenvolvesse uma série de aflições que resultaram em um diagnóstico de depressão, além das angústias e da vontade frequente de abandonar a casa, os filhos e a mãe, que lhe causam imenso sofrimento.

Suicídio foi outra das questões que as mulheres associaram às vivências de violência que atravessaram suas histórias. Lia, cujas crises de choro, a falta de paciência nos cuidados com a filha e a sensação de desespero também levaram a um diagnóstico clínico de depressão, comentou:

Entrevistadora: A senhora tem depressão?

Entrevistada: Olha, eu escutava voz, eu via as coisas na minha frente... eu tava internada no hospital, eu pedia por tudo, porque no hospital eu via um cara entrando e dizendo que ia me matar... eu via ele entrando, assim, eu escutava, eu tava deitada e escutava, **aí eu disse “peraí, vou dar um basta nisso, não aguento mais”, aí tomei 20 comprimidos, aí pronto, apaguei, carbamazepina de 400mg...**

Além das aflições citadas anteriormente, outras foram se coproduzindo na situação em que a interlocutora se encontrava, como delírios e alucinações, e as angústias decorrentes dos pensamentos persecutórios e das oitivas alucinatórias de conteúdo ameaçador com que vivia

³⁸ Revista Brasileira de Hipertensão, vol 21, nº 2, 2014.

naquele momento. O conjunto de sensações, aflições e pensamentos tornou-se tão insuportável que Lia considerou a morte como a única possibilidade de findá-las.

Quando ela diz “vou dar um basta nisso, não aguento mais”, ela não queria dizer apenas que não aguentava mais sentir-se perseguida e ameaçada por um “cara”, mas que também não aguentava mais sentir-se impotente nos cuidados com os familiares, não ser financeiramente independente e responsável, sentir-se sozinha e outras sensações e pensamentos associados à baixa em sua autoestima.

Neste contexto, o abandono do companheiro foi compreendido como uma dupla violência: abandonou-a enquanto mulher, cuja energia afetivo-sexual encontrava-se direcionada a ele, e, portanto, é possível que sua autoestima tenha sido afetada, e a abandonou enquanto mãe, encarregando-a, sem direito de escolha, dos cuidados integrais para com a filha que tiveram juntos. Na pesquisa de Cíntia Correia, Nadirlene Gomes, Telmara Couto, Adriana Rodrigues, Alacoque Erdmann e Normélia Diniz (2014), as perdas referentes ao abandono do cônjuge também foram percebidas como violência pelas mulheres entrevistadas por elas e uma relação foi estabelecida com as tentativas de suicídio delas.

Outros modos de se referir às aflições experienciadas pelas mulheres que sofrem violências também foram utilizados por nossas interlocutoras, como Cristiane, ao relatar um episódio vivenciado com uma vizinha:

Entrevistadora: Você acha que, o companheiro, assim, o marido ou o namorado... o parceiro da mulher, o fato dele usar álcool, isso influencia, assim, na violência contra a mulher?

Entrevistada: Se é de lei eu não sei dizer, mas eu já vi o homem de acontecer isso, o homem beber e dar na mulher... Eu já vi assim, por uma vizinha minha, o marido tocar... assim, jogar gasolina nela e nas duas crianças, e ela chegou na minha porta chorando e pedindo socorro, aí eu e meu marido fomo lá e falamo com o esposo dela... **aí hoje ela vive assim, com os nervos à flor da pele...**

Depois de uma experiência onde não só a vida da mulher, como também a vida de seus filhos foi posta em risco, era esperado que alguma espécie de marca remanescesse. Ainda assim, não foi apenas a violência física que a afligiu, mas a violência psicológica que também atravessou essa relação. Por um lado, como companheiro, que deveria respeitá-la e tratá-la com carinho, traiu a confiança e os acordos, mesmo que não verbalizados, mas estabelecidos nas relações. Por outro lado, como pai, que deveria zelar pela saúde e segurança dos filhos, fê-la se sentir unicamente responsável por garantir as demandas das crianças.

A expressão “nervos à flor da pele”, no entanto, não nos dá nenhuma pista da especificidade das aflições que essa mulher tem experimentado desde o ocorrido, que podem

manifestar-se através de rompantes de choro, tendência à irritabilidade ou ideias paranoicas, por exemplo.

Maria Lúcia da Silveira (2000), em seu célebre trabalho sobre a doença dos nervos entre as mulheres, comenta sobre a variedade de sentidos que podem ser atribuídos aos nervos, podendo ser problemas relacionados aos ciclos femininos ou fraquezas naturais na constituição e expressão dos afetos, emoções, valores e atributos físicos. Ela aponta particularmente às discrepâncias entre os sofrimentos apresentados pelas mulheres, muitos deles provenientes dos ordenamentos de gênero, e os sofrimentos legitimados pela teoria e prática assistencial no campo da saúde, que ainda tendem a considerar verossímeis apenas as queixas que podem ser enquadradas como sintomas, buscando a organização de um quadro diagnóstico.

Foi exatamente essa questão que me chamou a atenção na utilização da expressão “nervos a flor da pele” por Cristiane. A depender de como e quando estes nervos estão se expressando quando tocados, as aflições dessa mulher podem estar sendo ignoradas por serem interpretadas como reações naturalmente femininas, a exemplo da irritabilidade, que é tão frequentemente atribuída à tensão pré-menstrual, ou estão sendo categorizadas na produção de um diagnóstico, somente através do qual será possível estabelecer uma terapêutica. Qualquer que seja a maneira, as queixas podem não estar sendo ouvidas e compreendidas.

No universo dos diagnósticos, outra questão abordada por nossas interlocutoras foi a depressão. Miriam, que viveu uma longa história de abusos físicos por parte do ex-companheiro, mesmos sem ter sido diagnosticada formalmente por um médico, mas apropriada da linguagem técnica da psiquiatria, comentou:

Entrevistador: Tu conhece alguém... o que é que tu sabe sobre depressão?

Entrevistada: Depressão? Sei lá, é uma tristeza que vai dando dentro da gente, **uma angustia, a gente não quer sair, a gente se acha muito feia**, não quer ver ninguém, não quer escutar barulho... em mim, né? O que eu senti...

Entrevistador: Unrum

Entrevistada: **A gente não quer sentir...** sei lá, parece que não vive nesse mundo não, **parece que sai desse mundo**. Não quer ver ninguém, fica com uma tristeza, **tudo que olha não gosta**, é isso, eu acho né?

A interlocutora comentou sobre algumas, certamente não todas, das aflições que experimentou e ainda experimenta como consequências das violências que sofreu. Falou de angústia, sentimento que combina manifestações físicas e emocionais, e, a depender de como é sentido e expressado, pode ter lugar de destaque no diagnóstico de uma síndrome depressiva.

A falta de vontade vivenciada por Miriam também foi uma aflição experimentada pelas interlocutoras na pesquisa de Maluf (2010), e é frequentemente patologizada para a manutenção da ordem social de gênero. Patologizada para que seja medicada, e medicada para que seja suprimida, pois às mulheres não pode faltar vontade. Não pode faltar vontade, especialmente, para desempenhar os trabalhos domésticos, pois estes são fundamentais para a reprodução da vida social, trabalhos cotidianos, que apesar de desvalorizados e não-remunerados, são essenciais à reprodução da força de trabalho e à manutenção do trabalho remunerado (TORNQUIST, ANDRADE & MONTEIRO, 2010).

A diminuição da autoestima, expressada por Miriam como “se achar muito feia” também é uma aflição comum às mulheres que sofrem violência. Intimamente ligada à organização e manutenção da saúde mental, a autoestima é frequentemente atacada pelas violências cometidas contra as mulheres por que: 1) faz com que as mulheres sintam-se incapazes de vislumbrar o futuro e relações nas quais sejam valorizadas, mantendo-as nas situações de violência; e 2) é uma manifestação dificilmente perceptível, pois a organização social, através de diversos outros mecanismos mais naturalizados, como o padrão de beleza feminino, já dificulta que as mulheres tenham autoestima elevada (VIANNA, BONFIM & CHICONE, 2006).

A baixa na autoestima produz outros agravos à saúde das mulheres, também citados por Miriam, que são as dificuldades de se relacionar, neste caso, distanciar-se das pessoas. “Não querer ver ninguém” e “não querer escutar barulho” e “parecer que saiu desse mundo” são expressões que indicam claramente que o movimento da interlocutora, naquele momento, era de isolar-se.

Além disso, “não querer sentir” e “não gostar de nada que vê” parecem indícios, talvez menos específicos, que a angústia de Miriam produziu certos embotamentos afetivos, aflições que geram muito sofrimento a quem experimenta e também são frequentemente associados à quadros depressivos.

A interlocutora, no entanto, parece ter superado, ou aprendido a conviver com suas aflições, e atribui tal sucesso à coragem que teve para sair da situação em que se encontrava e à libertação do relacionamento abusivo que tinha:

Entrevistador: E aí, os profissionais quando te atendem, ou a médica, ou enfermeira, enfim, perguntam sobre violência? Ou só porque tu contou?

Entrevistada: Não, elas já sabem... elas que eu digo assim, alguns que trabalha aqui a maioria já sabem da minha vida, de dentro da minha casa assim, sobre que eu passei, aí quando elas olham pra mim... **quando eu morava com ele eu vivia com**

uma cara assim de choro, de tristeza, e que quando eu deixei ele fiquei mais alegre, eu mudei, aí tem muitas que quando eu chego aqui me abraçam, “menina, como tu ta diferente, teu ar ta tão diferente...”

As mudanças que Miriam experimentou e continua experimentando são evidências que a resiliência é uma possibilidade também para mulheres que vivenciam diversos tipos de violência e que os agravos, por piores que sejam, podem ser aliviados e manejados. Apesar da experiência dessa entrevistada de só conseguir sentir-se bem consigo mesma e em suas relações com outras pessoas após a separação de corpos com o ex-companheiro, creio que seja importante ressaltar que o rompimento da relação não é o único caminho possível para a superação das aflições, e que diferentes mulheres estabelecerão diferentes estratégias de resistência e manejo das violências com que têm que conviver. Acho importante ainda destacar que apesar das mudanças positivas que Miriam tem vivenciado desde que saiu da casa que compartilhava com o ex-marido, ela ainda lida com algumas dificuldades e aflições produzidas pelas violências, e, ainda que indiretamente, mantém-se relacionando com ele, alimentando um processo adoecedor.

No que diz respeito à processos adoecedores, Elisa trouxe uma experiência de uma mulher que conhece. Como ela, a mulher também foi vítima de violência sexual. Diferente dela, essa mulher desenvolveu um quadro compreendido como mais grave, como ela relatou:

Entrevistador: Tu conhece alguém que já teve depressão?

Entrevistada: Rapaz, não sei... ela ficou assim, **foi estupro...** mas ela é... assim, **quando da as crises ela fica doida mesmo lá na rua**, fica doida, querendo matar os outros, tem um camarada lá que ela sai, tem ciúme dele doentio, isso pra mim é depressão, **que ela toma injeção todo mês contra depressão...também quando não toma, piora...**

Elisa comenta que a mulher em questão “fica doida mesmo”, e em seguida dá exemplos do que compreende como loucura, agressividade e “ciúme doentio”. Dificilmente o estupro sofrido por essa mulher tornou-a exageradamente ciumenta ou violenta a ponto de “querer matar os outros”. Apesar da violência sexual possivelmente ter sido responsável por alguns agravos à saúde e aflições dessa mulher, o que está em questão são as interpretações do que ela expressa que são entendidos como loucura.

O problema, talvez, esteja então na intensidade das manifestações afetivas dessa mulher. Se não é bem visto que mulheres sejam agressivas, as que o fazem em excesso só podem estar loucas. Se é esperado que as mulheres sejam ciumentas com seus companheiros, afinal de contas, a ordem de gênero lhes impõe responsabilidade total na manutenção de suas relações afetivo-sexuais, sê-lo em demasiado não é um bom sinal. Para as mulheres, sentir,

falar, expressar, manifestar e exigir em excesso só pode significar que estão loucas. O excesso é, para as mulheres “normais” uma proibição.

O que parece ser ignorado, talvez só por Elisa, talvez por muitas outras e outros que convivem com essa mulher, são as aflições que ela experimenta nesse jogo com a sociedade. Se a ordem de gênero é que as mulheres sejam contidas, talvez a impossibilidade de se conter em certos momentos a faça sofrer. Talvez ser vista como perigosa, ameaçadora, capaz de matar produza e reproduza aflições. Talvez todo esse movimento de a enclausurar na doença e lê-la a partir das suas manifestações consideradas excessivas e de seu diagnóstico seja também violência.

Outra questão que Elisa trouxe em seu discurso e que expressa uma questão séria na relação entre a psiquiatria e o patriarcado, ou a saúde mental e o gênero, é a prática da medicalização dos corpos femininos. Como disse Maluf (2010), na falta de uma política oficial de gênero na saúde, uma política informal é desenvolvida e operacionalizada, e ela tem promovido a medicalização das mulheres usuárias dos serviços de saúde.

Mais que isso, é uma política que não se dá apenas na relação entre médicos e usuárias, mas também nas relações sociais. Elisa, que compreende a eficácia do remédio no contexto de contenção daquela mulher, comentou que “quando ela não toma a injeção, piora”. A crença na infalibilidade e na exclusividade da terapêutica medicamentosa certamente tem transformado as relações que as pessoas têm estabelecido com as pílulas, bem como as relações que têm desenvolvido com seus sintomas e com outras pessoas.

5.4 Medicalização e/é violência

Outra questão bastante recorrente nos discursos das interlocutoras, ainda que não constasse no “roteiro” original elaborado para as entrevistas, foi a relação delas com os medicamentos. Uma variedade de posições surgiu, mas a impressão geral que ficou é que as medicações, especialmente, mas não só, as psiquiátricas ou de uso “controlado”, estão sendo cada vez mais utilizadas para silenciar as demandas femininas, utilizando-os como terapêutica principal no “alívio” dos sofrimentos das mulheres.

Em sua pesquisa, Lúcia Carvalho e Magda Dimenstein (2004), constataram que muitas das usuárias procuram os profissionais de medicina das unidades de saúde apenas para

renovar as receitas, o que mostra a velha prática da continuação de prescrições de medicamentos sem nenhuma rigidez nos critérios. Com as nossas interlocutoras não pareceu ser diferente, como pudemos observar na interlocução com Esmeralda:

Entrevistadora: E... com que frequência a senhora vai no posto? Tem alguma frequência ou é só quando precisa?

Entrevistada: Não, só quando preciso... pra pegar reméd... medicamento.

É possível que Esmeralda procure o serviço de saúde do seu bairro para outras atividades, para realização de exames ou para conseguir encaminhamentos para profissionais especializados, por exemplo, mas me pareceu claro que a principal demanda que ela leva ao serviço é medicação, talvez por tê-la elegido como terapêutica mais eficaz, estabelecendo, ou ressignificando, a relação entre usuária e medicação.

A transformação da relação das pessoas com os medicamentos é percebida quando compreendemos que o consumo deles participa de uma condição cíclica onde as usuárias também ditam como a medicação deve ser administrada, por vezes convencendo o profissional de saúde a prescreve-las, em outras prescrevendo para si mesma e se automedicamento. As prescrições médicas vão, com o tempo, sendo substituídas pelo saber das usuárias sobre seus sintomas e os efeitos dos remédios em seu corpo (CARVALHO & DIMENSTEIN, 2003).

Sobre essa nova relação entre usuária e medicamento, Elisa nos contou:

Entrevistador: E porque motivo geralmente tu procura o posto?

Entrevistada: O posto? Uma dor de cabeça, uma dor na coluna... pra... realmente, **porque eu tomo remédio pra evitar...**

Em sua lógica, o medicamento funciona não como uma ferramenta para a recuperação da saúde ou para o alívio de algum sintoma, mas como uma maneira de evitar frequentar a unidade de saúde. O que a interlocutora parece não compreender é que a automedicação, além de bastante perigosa para a saúde, pode também tamponar emoções e silenciar suas dores, mas não resolverá suas aflições.

Elisa, cuja relação particular com a medicação já foi trazida no tópico anterior, acredita, demasiadamente, no poder resolutivo da medicação, com quem estabelece uma relação perigosa. Ao ser violentada sexualmente, por exemplo, a primeira reação dela não foi dirigir-se à delegacia ou desabafar com alguém, foi recorrer ao posto de saúde para obter um contraceptivo de emergência, deixando claro, ao menos para mim, o envolvimento simbólico que tem com os medicamentos.

O problema, no entanto, não está apenas na relação da interlocutora com os remédios, mas também na relação que a unidade de saúde estabelece com suas usuárias. De acordo com os relatos de Elisa, alguns outros também corroboram, a profissional do serviço de saúde em que foi “atendida” sequer perguntou a razão da procura pelo contraceptivo, nem deu espaço na consulta para que ela lhe contasse de sua experiência.

Me parece que as unidades de saúde, de maneira geral, têm funcionado em uma lógica que estimula o consumo abusivo de medicamentos, desprezando, por vezes, os efeitos e reações colaterais que produzem. Além disso, os remédios estimulam uma postura passiva das usuárias diante do que provoca seu sofrimento, podendo impossibilitá-las de usar seus próprios recursos contra as adversidades que encontram (CARVALHO & DIMENSTEIN, 2004).

Mel, uma usuária da unidade de saúde que realizou um “grupo de saúde mental” durante alguns meses no ano de 2015, exemplificou bem essa situação:

Entrevistadora: A senhora vem pegar medicação é? No posto?

Entrevistada: É a medicação que eu venho buscar

Entrevistadora: É de pressão?

Entrevistada: Pressão também

Entrevistadora: Sim, e a senhora toma algum outro tipo de remédio em casa, que a senhora precisa tomar?

Entrevistada: Eu tomo... mental... da cabeça

Entrevistadora: Hum... E quem foi que passou esse remédio?

Entrevistada: Foi a médica daqui do posto

A interlocutora estava perceptivelmente sob efeito de “calmantes” no momento da entrevista, pois apresentava lentidão nos pensamentos, nas respostas motoras e na fala. O medicamento cujos efeitos colaterais apresentava naquele momento havia sido prescrito pela médica generalista da unidade de saúde que frequenta, que, independentemente de ter conhecimentos em psiquiatria, deveria tê-la encaminhado para uma avaliação com um profissional especialista.

Ao invés disso, a profissional receitou-lhe um calmante, como se ele respondesse à demanda que a usuária lhe trazia. Mel, cuja história foi marcada por um relacionamento bastante abusivo com um companheiro alcoolista, que lhe violentava patrimonial e verbalmente com frequência, e com um filho drogadito que também lhe agredia, tinha uma vastidão de demandas que um medicamento certamente não poderia resolver.

Me parece, neste contexto, que o interesse não era resolver as questões de Mel, mas suprimir seu sofrimento, suas angústias, aflições e desequilíbrio para que ela funcionasse

como a sociedade espera que as mulheres funcionem. A medicação funciona, nessa lógica, como um vigia permanente do desespero dessas mulheres, que, renovado diariamente, passa a ser o principal instrumento de luta contra as aflições e desequilíbrios emocionais, depositando neles a confiança de que agirão sobre sua realidade e lhe trarão uma sensação de segurança (ARAÚJO, 2015).

Talvez como consequência do tratamento recebido, Mel, assim como Esmeralda, e outras de nossas interlocutoras, procurem os serviços de saúde apenas para obtenção de medicamentos. Em nossa conversa, Mel também deixou bem claro que só compareceria à unidade de saúde, ou àquele grupo de saúde mental, quando tivesse necessidade de renovar a receita e pegar seus remédios, pois assim era compreendida na unidade de saúde.

A vivência de Mel corrobora com o que foi encontrado por Lúcia Carvalho e Magda Dimenstein (2004), em que o atendimento prestado pelos médicos geralmente não considera a subjetividade de cada mulher e não percebem que as queixas recebidas, expressas, em sua maioria, por sintomas físicos ou psíquicos, são também decorrentes de problemas econômicos e sociais, devendo ser entendidas, portanto, de modo mais abrangente, considerando as várias implicações que as atravessam, cuja medicação não dá conta.

As autoras encontraram também a presença constante da vivência da violência nos discursos das mulheres que participaram de sua pesquisa. Neste contexto em que se apresenta a impossibilidade de medicalizar a violência, mas na tentação de psiquiatrizá-la, os profissionais frequentemente recorrem ao uso de ansiolíticos, os “calmantes”, estabelecendo a medicalização como base de seu relacionamento com a usuária e transformando a relação delas com as medicações. Para momentos em que a tensão beira o insuportável, a medicação assume na vida dessas mulheres uma importância particular, na medida em que se mostra capaz de controlar as agonias vivenciadas.

Assim foi a experiência de Ana Maria, que em dado momento da interlocução falou:

Entrevistador: Tu conhece alguém que tenha, por exemplo, depressão ou ansiedade assim, que tem que tomar algum remédio pra se acalmar, alguma coisa assim...

Entrevistada: Rapaz isso aí quem tava tomando há algum tempo atrás era eu sabe? Mas... **Eu tomava Rivotril**

Entrevistador: E tu tomava porque?

Entrevistada: Porque eu vivia ansiosa. Sei lá... **Um marido incompreensível** gera... causa isso...

“Um marido incompreensível” talvez seja a maneira sutil de Ana Maria indicar que sofria algum tipo de violência em sua relação com o companheiro. As agressões, do marido e

de tantas outras instâncias, geravam na interlocutora ansiedade, uma aflição com a qual não conseguia lidar, ou não se deu tempo para descobrir como, sozinha. Ao procurar ajuda na unidade de saúde, o que ela encontrou foi a oferta de medicamentos como possibilidade terapêutica, ou seja, lhe ofereceram uma terapia que não correspondia ao seu sofrimento, uma solução não para os seus problemas, mas para o problema que ela criara na ordem de funcionamento social.

Nesse caso, como em tantos outros, utilizou-se o medicamento para que ele emudecesse as aflições, para que ela pudesse se manter “equilibrada”, ainda que isso significasse silenciar as vozes das angústias com uma mordança química que a impossibilitou descobrir outras formas de lidar com os sofrimentos e seus determinantes, individuais ou coletivos.

A ansiedade de Ana Maria, um sinal claro de que sua saúde mental estava em risco, e que, em outro contexto, podia ter sido interpretada como um caminho privilegiado para chegar às questões que lhe incomodavam, foi lida como uma inquietação incompatível com a sua função social e medicalizada para que ela voltasse a funcionar como “deveria”, independente das dificuldades que enfrentasse em suas relações, das angústias que nutria em si pelos abusos e violência que vivenciava e das aflições, frutos das violências que sofria, com que tinha que lidar cotidianamente.

A prescrição dos medicamentos é justificada, de maneira absurdamente machista, como coisa de mulher, pois, na medida em que são vistas como mais fracas que os homens, necessitam de algo que lhes devolva o equilíbrio perdido, ajudando-as a se controlar diante das dificuldades do dia-a-dia, naturalizando seu consumo. “O que ficou no lugar da saúde natural perdida foi a saúde artificial, ou seja, o medicamento (CARVALHO & DIMENSTEIN, 2004, p. 53).

A eleição do medicamento como terapêutica exclusiva tem sido cada vez mais frequente, tanto que os remédios já são referidos por codinomes, ou códigos, como “paz química”, “felicidade artificial”, no caso dos ansiolíticos e antidepressivos, por exemplo. Elizandra, outra de nossas interlocutoras, trouxe também um exemplo desse fenômeno, ao falar brevemente sobre sua irmã:

Entrevistadora: É... tu conhece mulheres que se sentem mais angustiadas e por conta disso tomam algum tipo de medicação... pra se sentir mais calma?

Entrevistada: Pra... eu conheço assim a minha irmã que elas as vezes... é... **é muito nervosa**, sabe? E tem vezes que ela fica **meio assim deprimida... aí toma um remedin...ou um chazinho de camomila.**

Entrevistadora: Unrum. E nunca ela fez algum atendimento psicológico?

Entrevistada: Não... psicológico não, ela nunca fez não. Eu digo a ela, fala, **aí ela vem e fala o que tem e o médico passa um calmante**, né? Pra ela tomar quando se sentir mal, pronto.

Na fala de Elizandra, a palavra “nervosa” surge, assim como foi com Cristiane, para nomear um conjunto de comportamentos inespecíficos, talvez para que se tornem inteligíveis enquanto sintoma, e assim, passíveis de resolução medicamentosa. Ser “nervosa”, o que me parece ser cada vez mais comum, dada a quantidade de demandas com que as mulheres são obrigadas a lidar, lhes é cada vez menos permitido.

É como se não houvesse razão, ou lhes dessem o direito, de ficar irritada, triste ou chorosa, porque há uma maneira rápida e eficaz de retomar o equilíbrio. Consumir medicação é um meio de controlar as ações e as atividades cotidianas de uma mulher, como cuidar dos filhos, do marido e do trabalho doméstico, regulando seus horários, suas emoções e as irritações, para que funcionem perfeitamente à lógica da produção e reprodução da vida (MENDONÇA, CARVALHO, VIEIRA & ADORNO, 2008).

Outra questão interessante da fala dessa nossa interlocutora é a apropriação da linguagem biomédica e seus usos indiscriminados, outro fenômeno comum nos dias de hoje, e a fala “ela fica meio assim deprimida” parece expressar bem isso. O uso do termo “deprimida”, como a entrevistada usou, certamente não faz referência a um diagnóstico psiquiátrico, caso em que normalmente se usam os verbos “ter” e “ser”, e não “ficar”. Além disso, se quisesse explicitar que a irmã foi apropriadamente avaliada por um médico e diagnosticada com a doença, de fato, dificilmente a palavra viria associada aos termos “meio assim”.

O movimento que Elizandra fez, neste contexto, deixa clara essa apropriação, não só da linguagem da medicina, mas do jogo sempre presente na relação entre médicos e usuárias. Psiquiatrizar um comportamento, neste caso, a tristeza, condição mais frequentemente associada à depressão, faz parte do jogo de sedução das usuárias e usuários para conseguir medicamentos. Isso fica bastante explícito quando ela diz: “ela vem, fala o que tem e o médico passa um calmante”.

É claro que, neste jogo, os profissionais de medicina não são inocentes capturados pelas táticas de apropriação e sedução das pessoas que atendem. Ao contrário, são os que iniciam o movimento de patologizar os sentimentos, afetos, comportamentos, desvios, e toda a sorte de expressões humanas, particularmente as compreendidas como “femininas”, na intenção de domesticá-las e mantê-las aprazíveis (ARAÚJO, 2015)

Elizandra mostrou ainda, em seu discurso, como as relações entre médicos e usuárias, modificou as associações e os conflitos entre seus saberes. Primeiro, ela se refere ao medicamento com reconhecida intimidade, expressa através do uso do diminutivo, referindo-se a ele como “remedin”. Ao mesmo tempo, ela joga também com os saberes populares, ou não-biomédicos, comentando que a irmã também utiliza o “chazinho de camomila” como opção.

A questão aqui é que, como dá a entender pela estruturação da sua frase, o remédio, ou seja, o saber biomédico, está tão diluído no meio social, é tão comum entre as usuárias, que é a simples alternativa a um “chazinho de camomila”. No entanto, o medicamento, dada a sua potência e eficácia, é a primeira alternativa. O que ela diz, para mim, é que as mulheres não mais tomam o chá, e caso ele não surta o efeito desejado recorrem ao medicamento, mas que elas preferem o medicamento, e somente em sua ausência, tomam o chá.

Talvez esse seja o efeito mais preocupante dessa apropriação e mistura de saberes pelas usuárias. Cada vez menos preocupadas com a resolução dos seus conflitos internos e com o autoconhecimento, e mais preocupadas em funcionar adequadamente e produzir constantemente, outras terapêuticas têm sido preteridas em razão da “eficiência” dos medicamentos. Neste sentido, quando questionada sobre a procura de um profissional de psicologia, Elizandra ainda comentou:

Entrevistadora: E aí no posto tem psicóloga?

Entrevistada: Aí não tem mais, mas... seria bom uma... é... uma psicóloga. Até eu mesmo... foi o que... fevereiro... não, foi março, março que a minha filha casou, **aí eu chega me senti, meio assim, deprimida...**

Entrevistadora: Unrum

Entrevistada: Aí já passei pela mão do... ainda tinha um clinico aqui, foi antes dele... do clinico ir embora. Aí... pronto, **passei pela mão dele, ele passou medicamento pra mim.**

Neste trecho, Elizandra esclarece ainda mais as relações que estabeleceu com a linguagem biomédica e como se utiliza dela, consciente disso ou não, para patologizar e medicalizar seus comportamentos. Sua filha casou, e ela, envolvida neste complexo jogo de saberes/poderes, não se sentiu triste ou solitária, sentiu-se deprimida. Depressão, de tão absorvida e ressignificada na linguagem popular, parece não ser mais uma doença, mas sim um sentimento, ou um sinônimo de sentimento negativo.

A incorporação do termo “depressão” na linguagem, no entanto, não é ocasional, mas serve a uma certa lógica, e tem como efeito a medicalização dos corpos. A medicalização, por sua vez, também responde à uma estrutura de funcionamento social, o gênero, cuja

organização hierarquizada as posições de homens e mulheres. Dessa maneira, a medicalização tem sido utilizada como ferramenta para manutenção dessa ordem, afinal, não são quaisquer comportamentos que são psiquiatrizados, ou quaisquer corpos que são medicalizados, são as expressões e as experiências das mulheres (ARAÚJO, 2015)

Assim como Reginaldo Mendonça, Antônio de Carvalho, Elisabeth Vieira e Rubens Adorno (2008) encontraram em sua pesquisa, aqui também os medicamentos frequentemente se transformam na terapia mais sustentável, sendo preterida a outras mais “demoradas”, pois unem com maior facilidade os trabalhos domésticos com a terapêutica. Talvez essa seja então a razão de Elizandra, sua irmã, e muitas das mulheres com as quais conversamos no processo dessa pesquisa não tenham sequer dado uma chance às psicoterapias ou a quaisquer outras terapias, elegendo sempre a terapêutica medicamentosa.

Este é também o caso de Lia, também usuária da unidade de saúde da família que realizou o “grupo de saúde mental”, cujo vínculo com a unidade se dava pela via do medicamento, como deixou claro neste trecho:

Entrevistadora: Eu queria que a senhora me falasse, assim, a senhora vai no posto sempre?

Entrevistada: Geralmente... nesse posto aqui né? **Pra pegar receita**

Entrevistadora: Pra pegar receita? E aqui, nesse espaço, é pra pegar receita?

Entrevistada: É. Terça de manhã tem os hipertensos, e hoje, diabetes...até hoje de manhã eu dei viagem perdida, agora a tarde é pra receita controlada...**Eu só entrei mesmo pra pegar receita com ela.**

Apesar da proposta do grupo realizado pela unidade de saúde ter sido elaborada para agir além da simples renovação das receitas dos medicamentos, pouco a pouco essa foi se tornando sua única função. Entre os profissionais, cuja sobrecarga de trabalho não lhes possibilita a sobra de energia que seria necessária para realizar um grupo com outra dinâmica de funcionamento, e as usuárias, cuja demanda era focada na obtenção da medicação, não há abertura, ou não se produz uma ruptura da lógica, para outras atividades terapêuticas.

Há ainda que se considerar, no entanto, o quão prejudicial esse processo pode ser, e tem sido, nas experiências de mulheres. Ao medicalizar as aflições, os sofrimentos, os sintomas e as vivências de mulheres, os profissionais acabam por reproduzir violências, ou produzir novas violências. Silenciadas em casa pelas opressões dos companheiros, filhos ou outros membros da família, talvez a unidade de saúde devesse se apresentar como um lugar seguro em que as angústias pudessem ser verbalizadas. Ao invés disso, medicalizando, são também espaços de violência.

As mulheres, em geral, são tratadas nos serviços de saúde como poliqueixosas e suas queixas são medicalizadas sem nenhum esforço diagnóstico. Os casos de violência ouvidos de nossas interlocutoras são exemplos dessa situação, decorrentes da impossibilidade, percebida por elas, de relatarem seus mal-estares nas consultas, por não perceber nos espaços da unidade de saúde, ou nos profissionais, abertura (ARAÚJO, 2015).

Além da violência simbólica implícita no fenômeno da medicalização, cujo intuito é emudecer as aflições das mulheres, domesticar seus corpos, suprimir suas vozes e mantê-las na posição de submissão no ordenamento de gênero, talvez ela também se (re)produza enquanto violência institucional, nesses comportamentos dos profissionais de saúde de menosprezar as demandas das mulheres.

Assim foi com Lia, cujos sofrimentos foram sempre “tratados” com remédios. Durante a interlocução, ela nos contou sobre a crise que teve no passado, e sobre uma violência que havia sofrido há aproximadamente um ano, e como a alternativa terapêutica utilizada pelos profissionais de saúde em ambas foram as medicações. Mesmo diante da tentativa de suicídio que a interlocutora realizou, utilizando-se das medicações que lhe haviam sido prescritas, as medicações continuaram a ser eleitas, como ela comentou nesta fala:

Entrevistada: Ela disse que eu ia ficar bem, aí eu perguntei “e os remédios?”, **aí a médica disse que eu ia tomar para sempre**, carbamazepina, amytril, teodazin, e outro aí que eu esqueci... é pra ataque... Haldol

Entrevistadora: Aí foi diante dessa situação de violência que a senhora sofreu?

Entrevistada: Não, foi muito antes. Eu comecei a tomar esses remédios controlados em 2003, e a violência foi agora a pouco, faz um ano, mas **esses remédios eu já tomo há mais de dez anos**.

Entrevistadora: E como é que foi, assim, quando o médico lhe atendeu, quando a senhora foi por conta da situação de violência?

Entrevistada: Ele só verificou minha pressão, **eu disse que foi assalto, aí ele me medicou** e eu fui embora.

Apesar da gravidade do sofrimento que Lia vivencia há anos, compreendido a partir dos medicamentos que ela referiu tomar, um antidepressivo, dois estabilizadores de humor e um antipsicótico³⁹, cujos efeitos colaterais vão de sonolência e paralisia motora à síndromes neurolépticas malignas e coma, nenhuma outra terapêutica parece ter sido indicada pelos profissionais.

A profecia da médica que lhe “acompanhou” quando tentou suicídio, “a médica disse que eu ia tomar remédio pra sempre”, parece estar se cumprindo, levando em consideração que Lia já utilizava os medicamentos há aproximadamente doze anos, na época da

³⁹ As classes dos medicamentos, bem como seus efeitos colaterais foram consultados no site: <http://www.psicosite.com.br>, em 22.12.2016 as 11:37.

interlocução. Mesmo preocupada com os remédios e tendo se utilizado deles para atentar contra a própria vida, nada disso pareceu ser o suficiente para que outra alternativa fosse sinalizada, talvez porque nenhuma outra a fizesse funcionar “normalmente” na mesma velocidade que a terapia medicamentosa.

Assim também foi quando Lia sentiu-se mal após o assalto que sofreu enquanto cuidava do negócio que tinha junto com a filha. “Eu disse que foi assalto, aí ele me medicou”, estabelece uma relação extremamente simples entre a vivência e a medicalização. Nos dois casos, parece-me claro que o mais importante era recobrar a “aparência de normalidade” e fazê-la funcionar nos moldes, muito mais que ouvir, compreender e lidar com suas aflições.

É nesse sentido que fica cada vez mais claro, para mim, que as atitudes de administração de medicamentos em mulheres como primeira, às vezes única, alternativa terapêutica funciona na engrenagem das violências, produzindo-as e as reproduzindo. Tem-se medicalizado mais para silenciar e oprimir, e menos para cuidar. A incorporação das mulheres nessa lógica, o que também esteve bem presente nos relatos das nossas interlocutoras, mas também de muitas outras mulheres observadas nas pesquisas citadas, é também violência. Tem-se cada vez menos medicado sintomas, e cada vez mais medicalizado as experiências das mulheres.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...

Sinto que, antes de declarar encerrada esta obra, preciso ainda tecer algumas considerações, sobre o caminho, sobre os encontros e sobre a escrita. Talvez seja esta a parte mais difícil de todo o processo, porque me obriga, e me obrigo, a dar por encerrado algo que tem sido o objeto dos meus investimentos nos últimos anos, ao mesmo tempo em que o reconhecimento incompleto, falho, precário, mas que ainda assim me enche de orgulho. Finalizar este produto é necessário, mas também é frustrante.

Há algo de melancólico neste exercício, considerando o entendimento de Freud (1980, p. 281) da melancolia como “a sombra do objeto que recai sobre o ego”. Porém, essa é também a oportunidade de sublimar a energia há tanto investida no processo e no produto, elaborar o luto pelo objeto perdido/processo finalizado/produto escrito e seguir em frente. No luto não há só tristeza, há também o infinito de possibilidades de se reinventar.

Talvez reinvenção seja a marca dessa caminhada, agora falo especificamente da pós-graduação, em que tenho me lançado nos últimos dois anos. Foi a rica trajetória que me permitiu ser muitos eus, me conhecer e reconhecer de muitos ângulos, e me formar e transformar numa multiplicidade de possibilidades, possibilitando, assim, muito amadurecimento, afetivo e acadêmico.

Por um lado, eu pude viver muitas novas experiências, experimentar minha flexibilidade, vencer parcialmente a minha timidez e enfrentar alguns demônios, e posso dizer que vivi muitas coisas maravilhosas. Por outro, pude compreender e desenvolver muito mais, e muitas outras, responsabilidades, além de força, para fazer os enfrentamentos necessários à posição em que me encontro e ao(s) tema(s) com que lido.

Não foi, e não acredito que nunca será, fácil lidar com o fenômeno da violência contra as mulheres. Não foi, apesar de acreditar muito necessário, pensar outras formas de lidar com isso, de maneira que fugisse do óbvio, considerasse novas possibilidades, olhasse para outros cantos e reconhecesse muitas outras maneiras de vivenciar e experimentar as violências.

Não digo com isso que consegui, e essa talvez seja a primeira falha deste trabalho. Apesar dos inúmeros esforços e do policiamento constante enquanto mantinha a atenção fluente, talvez não me tenha sido possível compreender as inúmeras faces que as violências assumiram nos contextos em que fluíram as mulheres com quem conversamos na/para a

construção deste texto. Talvez eu tenha sido, ou todas nós tenhamos, produtor(as) e reproduzidor(as) de algumas violências em nossas interlocuções, ou talvez eu o tenha sido em algum(uns) momento(s) das elaborações/elucubrações que realizei nessa trilha.

Pensar ainda, nesse contexto, na saúde mental das mulheres foi um desafio interessante e gostoso. Compreender, ouvindo-as e as analisando, como as violências têm afetado sua saúde foi também me deixar flexibilizar e ampliar meu entendimento, tanto sobre saúde como sobre violência. Talvez aqui eu tenha falhado novamente, apesar dos meus esforços, e me limitado em algumas das minhas inferências, limitando assim a construção de conhecimento a partir das experiências delas.

Nesse sentido, talvez eu consiga ainda perceber ainda outra fraqueza nesta obra, o que não quer dizer que sejam as únicas existentes. Talvez tenha sido fruto da inexperiência, talvez da imaturidade, mas compreender holisticamente as experiências das nossas interlocutoras foi o desafio mais difícil de todos. Por mais que eu tentasse, a todo momento, revisitar suas histórias, resgatá-las em minha memória, quando possível, e contextualizar seus discursos, preciso reconhecer que possivelmente cometi algumas injustiças ao analisá-las. Compreendê-las a partir do objeto de pesquisa que elegi, as violências e seus efeitos na saúde mental, sem as reduzir, revitimizar ou as limitar à essas vivências foi uma preocupação constante no curso da escrita.

Incorporar as violências como objetos possíveis na construção da dissertação foi um desafio enorme, ainda que gratificante. Como já disse anteriormente, fui frequentemente interpelado, através de perguntas, comentários deletérios, olhares, cochichos, e mais uma sorte de coisas, sobre ser um homem que estuda (com) mulheres. Nem sempre tive maturidade suficiente para enfrentá-las, e por vezes, me encontrei bitolado nesta reflexão. Hoje, talvez amadurecido pela caminhada, só consigo me perguntar: e porque não?

Se homens são, na maioria das vezes, quem perpetram as violências contra as mulheres, porque um homem não deve pensar sobre isso? Porque não multiplicar as vozes para falar sobre um fenômeno tão sério ao invés de deixá-lo ser para sempre um assunto de mulheres? Porque não construir, a partir de outros olhares, novos conhecimentos sobre o tema?

Não podemos incorrer no erro que Maria Jesús Izquierdo (1993) já apontou há mais de 20 anos e compreender gênero como sinônimo de mulheres. Gênero é relação, é estrutura social, é metáfora, além de muitas outras possibilidades. Assim sendo, as questões articuladas

com as relações de gênero, só serão melhor compreendidos quando olhados sob diferentes prismas. E é como eu acredito que sejam também as violências contra as mulheres, como uma das expressões problemáticas das relações de gênero.

Estudar o tema, aliado a outro que já é objeto pessoal de investimento acadêmico e intervenção política há algum tempo, me possibilitou reflexões incríveis, mas também me fez assumir uma postura de vigilância constante. Ler e analisar produções acadêmicas sobre violências, trocar ideias em aulas, simpósios, congressos e encontros, e ouvir mulheres falarem sobre suas experiências me afetaram profundamente e transformaram completamente a maneira com que me relaciono com as pessoas.

Deixar-me embriagar e penetrar genuinamente pela temática foi intensamente produtivo, mas também doloroso em alguns momentos. Apesar de ser uma experiência que não posso viver, isso não me impede de sentir seus efeitos. Não digo isso porque tenho mãe ou amigas, e elas, como mulheres, poderão sentir os pesados impactos destas formas tão particular de agressão, e eu, empaticamente, poderei sentir minimamente algumas de suas dores. Digo porque isso vai de encontro às minhas convicções pessoais, minha concepção de mundo, meu entendimento de relação e minha prática política.

Houve momentos em que estava tão imerso no processo, no tema, nas experiências, nas discussões e nas relações que uma sensibilidade antes desconhecida aflorou em mim. Lembro perfeitamente de chorar ao assistir os filmes “Depois de Lúcia”, “As sufragistas” e “Vidas partidas”, aos documentários “The hunting ground” e “Que bom te ver viva”, e ler os livros “As meninas ocultas de Cabul”, “Reze pelas mulheres roubadas” e “Um conto de fim de mundo”. Lembro, agora imperfeitamente, de me emocionar vendo, ouvindo e lendo tantas outras coisas relacionadas às experiências de mulheres com relação às violências.

Talvez tudo o que expus aqui componha um arcabouço teórico-vivencial que legitime a possibilidade de homens falarem com mulheres e estudarem com mulheres sobre violência, talvez prove que é possível para um homem deixar-se afetar pelas experiências de mulheres, repensar suas práticas relacionais de maneira que as torne cada vez menos permeada de violências e multiplicar a ideia de uma sociedade mais horizontal, menos hierarquizada, em que todas as pessoas importam.

Gostaria de deixar claro que as impossibilidades, falhas e limites deste trabalho não são motivos de vergonha, ao contrário, são também razões de orgulho. Deixa-me orgulhoso,

não só porque me mantêm fiel à ideia de construção de um saber precário e parcial, em que me reconheço e me posiciono, mas também porque apontam para novos caminhos.

Talvez, a partir dessa primeira experiência, seja possível traçar um caminho atravessado pela interseccionalidade na compreensão do fenômeno das violências, oferecendo assim uma compreensão mais integral e integrada das experiências de mulheres. Estudos sobre práticas institucionais de violências contra as mulheres em ambientes de cuidado integral à saúde também são possibilidades, uma vez que se apresentaram nos discursos das mulheres. Podem-se ainda desenvolver trabalhos que aprofundem o conhecimento sobre elementos mais específicos da complexa relação entre gênero e saúde mental nas práticas cotidianas. Esses são apenas alguns dos caminhos possíveis de serem seguidos no sentido de dar continuidade ao que desenvolvemos aqui.

Por fim, acho pertinente lembrar que esta é uma obra ficcional, e que, assim como toda ficção, só faz sentido se não for encerrada. Esse final é, então, tão ficcional quanto as partes que o precederam. Para mim, não faz sentido elaborar palavras ou considerações finais sobre a temática, faz-se necessário que continuemos falando, ouvindo, escrevendo, ensaiando, atuando e produzindo.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel; CARVALHO, Racquel dos Reis; SIQUEIRA; Verônica Riquet de; SOUZA, Fábio Gomes de Mato e. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**, vol. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

AGUIRRE, Pamela; COVA, Félix; DOMARCHI, Maria Paz; GARRIDO, Carol; MUNDACA, Ivania; RINCÓN, Paulina. TRONCOSO, Pamela; VIDAL, Paulina. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Rev. Chilena de Neuro-psiquiatria**, vol. 48, n. 2, p. 114-122, 2010.

ALCÁNTARA, Maria Vicenta; LOPÉZ-SOLER, Concepción; CASTRO, Maravillas; LOPÉZ, Juan. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. **Anales de Psicología**, vol. 29, n. 3, p. 741-747, 2013.

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente de doença mental. **Revista Bioética**, vol. 18, nº 2, p. 381-395, 2010.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; LESSA, Inês; MAGALHÃES, Lucélia; ARAÚJO, Maria Jenny; AQUINO, Estela; JAMES, Sherman; KAWACHI, Ichiro. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, vol. 59, 1339-1353, 2004.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. “Louca, eu?”: Tensionamentos e subversões da/na política pública de saúde mental. In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane Rodrigues de; ZANELLO, Valeska. (Orgs.). **Estudos Feministas e de gênero: articulações e perspectivas**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014.

_____. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmem Susana (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagem antropológicas**. Florianópolis: Letras contemporâneas, 2010.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: GUANAES-LORENZI, Carla et al. (Orgs.). **Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional**. Florianópolis: Edições do bosque, 2015.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Saúde mental das mulheres, novos enfoques. In: NEGRÃO, Telia; VARGAS, Regina; RODRIGUES, Leina Peres (Orgs.). **Saúde mental e**

gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado – a experiência de Canoas (RS). Porto Alegre: Coletivo feminista plural, 2015.

ARCHER, Lynda. Empowering women in a violent society: Role of the Family physician. **Can Fam Physician**, vol. 40, p. 974-983, 1994.

BALLÉN, Maria Nubia Romero. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. **Avances de Enfermería**, vol. 25, n. 2, p. 112-123, 2007.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Analía Soria. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Estudos Feministas**, vol. 1, p. 119-141, 2002.

BARBIERI, Teresita de. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. **Debates en Sociología**; n.º 18, p. 145-169, 1993.

BARBOSA, Laís Barbosa, DIMENSTEIN, Magda, LEITE, Jáder Ferreira. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, vol. 32 n. 2, p. 309-320, 2014.

BIROLI, Flávia. Autonomia e justiça no debate sobre o aborto: implicações teóricas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n.º 15, p. 37-68, 2014.

_____. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista. **Estudos Feministas**, vol. 21, n. 1, p. 81-105, 2013.

BISPO, Clísyia Dias Bertino; SOUZA, Vera Lúcia Costa. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, vol. 21, n. 1, p. 19-30, 2007.

BITTAR, Daniele; KOHLSDORF, Marina. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia Argumento**, vol. 31, n. 74, p. 447-456, 2013.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher: um grave problema não solucionado. In: BLAY, Eva Alterman (Org.). **Feminismos e masculinidades: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2014.

BORDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 03.08.2016

BRASILINO, Jullyane. **Masculinidades no juizado de violência doméstica e familiar contra a mulher: performances em cena**. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2010.

BRUEL, Teresa Cristina; MOMBACH, Carolina. Violência de gênero e saúde mental das mulheres: uma experiência no sul do Brasil. In: NEGRÃO, Telia; VARGAS, Regina; RODRIGUES, Leina Peres (Orgs.). **Saúde mental e gênero: Novas abordagens para uma linha de cuidado**. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015.

CABAS, Antonio Godino. O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CARBALLO, Jokin Azpiazu. Análisis crítico del discurso con perspectiva feminista. In: AZKUE, Irantzu Mendia; LUXÁN, Marta; LEGARRETA, Matxalen; GUZMÁN, Glória; ZIRION, Iker; CARBALLO, Jokin Azpiazu. **Otras formas de (re)conocer**: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista. Bilbao: Hegoa, 2014.

CARVALHO, Isalena Santos; COELHO, Vera Lúcia Deenop. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. **Estudos de Psicologia**, vol. 10, n. 2, p. 231-238, 2005.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: Redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, vol. 3, n° 15, p. 37-64, 2003.

_____. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, vol. 9, n° 1, p. 121-129, 2004.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**, n. 4. Rio de Janeiro: Sahar, 1985.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 01.08.2016.

CORREIA, Cíntia Mesquita; GOMES, Nadirlene Pereira; COUTO, Telmara Menezes; RODRIGUES, Adriana Diniz; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; DINIZ, Normélia Maira Freire. Representações sobre suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 23, n° 1, p. 118-125, 2014.

COSTA, José Raimundo Evangelista da. Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica. **Revista Bioethikos**, vol. 5, n° 1, p. 65-75, 2011.

COUTINHO JORGE, Marcos Antonio. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan. Vol. 1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

DEVREUX, Anne-Marie. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. **Soc. Estado**, vol. 20, n° 3, p. 561-584, 2005.

DIÁZ-LLANES, Guillermo. El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. **Revista Cubana de Medicina e Genética Integral**, vol. 17, n° 6, 572-579, 2001.

DIEZ, Beatriz Salgado. Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 301-310, 2012.

DINIZ, Gisele. Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In: PAZ, M. G. T.; TAMAYO, A. **Escola, saúde e trabalho**: estudos psicológicos. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1999.

DINIZ, Débora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 417-426, 2008.

DWORKIN, Gerald. The concept of autonomy. In: CHRISTMAN, John (Org.). **The inner citadel**: essays on individual autonomy. New York: Oxford University Press, 1989.

FEINBERG, Joel. Autonomy. In: CHRISTMAN, John (Org.). **The inner citadel: essays on individual autonomy**. New York: Oxford University Press, 1989.

FLICK, Uwe. Entrevista episódica. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira; ALVES, Lisiane Camargo; FREITAS, Patrícia Scotini; MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES-SPONHOLZ, Flávia. Saúde mental da mulher vítima de violência por parceiro íntimo durante a gestação. **Invest. Educ. Enferm.**, vol. 32, n. 2, p. 291-305, 2014.

FREUD, S. (1915). **Luto e Melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.XIV.

GARCIA, Carla. **Ovelhas na névoa: um estudo sobre mulheres e loucura**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

GENDRON, Colette. Violência e assédio sexual. **Estudos Feministas**, número especial, p. 462-472, 1994.

GOMES, Nadirlene Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; STULP, Karine Patrícia; DINIZ, Normélia Maria Freire; CORREIA, Cíntia Mesquita; ANDRADE, Selma Regina de. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**, vol. 25, n. 1, p. 63-69, 2014.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GROSS, Elizabeth. Conclusion: What is feminist theory? In: PATEMAN, Carole; GROSS, Elizabeth (Orgs.). **Feminist challenges: Social and political theory**. Boston: Northeastern University Press, 1987.

GROSSI, Miriam Pillar. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. **Estudos Feministas**, número especial, p. 473-483, 1994.

HANADA, Heloisa; SCHRAIBER, Lília Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, vol. 18, n. 1, p. 33-59, 2010.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, 1995.

_____. **Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan©_Meets_OncoMouse™**. New York: Routledge, 1997.

JARDIM-ROCHA, Mônica. Síndrome de Alienação Parental: a mais grave forma de abuso emocional. In: Paulo, Beatrice M. (Coord.). **Psicologia na prática jurídica: a criança em foco**. Rio de Janeiro: Impetus, 2009.

JONES, Kathleen. Citizenship in a woman-friendly polity. **Signs: Journal of woman in culture and society**, vol. 15, p. 781-812, 1990.

LAGARDE, Marcela. **Claves feministas para el poderio y la autonomia de las mujeres**. Manáguas: Puntos de Encuentro, 1997.

LAVALL, Eliane; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 30, nº 2, 198-205, 2009.

LERNER, Gerda. **The creation of patriarchy**. New York: Oxford university press, 1986.

LIMA, Daniel; MEDRADO, Benedito; CAROLO, Humberto; NASCIMENTO, Marcos. **Homens pelo fim da violência contra a mulher: Educação para a ação**. Recife: Instituto Papai, Instituto Promundo e White Ribbon Campaign, 2007.

LIMA, Jamile Santana; SOARES, Marília Oliveira; VARGAS, Marлизete Maldonado; BARLETTA, Janaína Bianca. Autoestima e estratégias de enfrentamento de mulheres que sofrem violência doméstica: Uma experiência de diagnóstico participativo. **Encontro – Revista de Psicologia**, vol. 16, n. 24, p. 43-53, 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, vol. 19, nº 3, p. 735-743, 2001.

LIRA, Luciana Ramos; MENDÉZ, Maria Teresa Saltijeral. ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. **Salud Mental**, vol. 31, p. 469-478, 2008.

MAGALHÃES, Magna Lima; ARAÚJO, Denise Castilhos de; SCHEMES, Cláudia. Queixosas e valentes: as mulheres e a visibilidade da violência cotidiana. **Estudos Feministas**, vol. 21, n. 3, p. 839-859, 2013.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmem Susana (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagem antropológicas**. Florianópolis: Letras contemporâneas, 2010.

_____. Prefácio. In: ANDRADE, Ana Paula Müller de; ZANELLO, Valeska. (Orgs.). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: LANG, Charles Elias; BERNARDES, Jefferson de Souza; RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira; ZANOTTI, Susane Vasconcelos (Org.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: Edufal, 2015.

_____. Nos homens, a violência de gênero. In: **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero : construindo políticas públicas / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. – Brasília : A Secretaria, 2003.

MEDRADO, Benedito; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia & Sociedade**, vol. 20, edição especial, p. 78-86, 2008.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de; VIEIRA, Elisabeth Meloni; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc.** vol. 17, nº 2, p. 95-106, 2008.

MIRANDA, Milma Pires de Melo; PAULA, Cristiane Silvestre de; BORDIN, Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev. Panam. Saúde Pública**, vol. 27, n. 4, p. 300-308, 2010.

MOURA, Leides Barroso Azevedo; GANDOLFI, Lenora; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; PRATESI, Riccardo. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, vol. 43, n. 6, p. 944-953, 2009.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Silvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, vol. 18, n. 1, jan/abr, p. 49-55, 2006.

NOGUEIRA, Conceição. Análise(s) do discurso: Diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 235-242

OLIVEIRA, Rosângela de; NOGUEIRA, Jarbas. Hipertensão arterial no município de Cianorte, Estado do Paraná, Brasil. **Acta Sci Health Sci**, vol. 25, nº 1, p. 75-79, 2003.

OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueira Vasconcellos de; SANTOS, Jair Lício Ferreira; LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: Prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 17, nº 2, p. 241-249, 2008.

ORAMAS, Maria José Garcia; AZNAR, Pilar Matud. Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja: Un estudio con muestras de México y España. **Salud Mental**, vol. 38, n. 5, p. 321-327, 2015.

Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPS/OMS. Autonomía de las mujeres e igualdad de género. In: **Objetivos de desarrollo del milênio: uma mirada desde américa latina y el caribe**. 2005. Disponível em: <http://www.oei.es/genero/documentos/internacionales/ODM_AL.pdf>. Acesso em: 28.07.2015.

PARENTE, Eriza de Oliveira; NASCIMENTO, Rosana Oliveira do; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após denúncia. **Estudos Feministas**, vol. 17, n. 2, p. 445-465, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 391-413, Aug. 2013.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PORTO, Madge. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: O que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 26, n. 3, p. 426-439, 2006.

RAMOS-LIRA, Luciana; SALTIJERAL-MENDÉZ, Maria Teresa; ROMERO-MENDOZA, Martha; CABALLERO-GUTIERRÉZ, Miguel Angel; MARTINÉZ-VÉLEZ, Nora Angélica. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuárias de un centro de salud. **Salud Pública de México**, vol. 43, n. 3, p. 182-191, 2001.

RIUS, Lourdes Fernández. Violencia invisible o del éxtasis al dolor?. **Estudos Feministas**, vol. 16, n. 1, p. 133-144, 2008.

ROBERT, Young. Autonomy and the “inner self”. In: CHRISTMAN, John (Org.). **The inner citadel: essays on individual autonomy**. New York: Oxford University Press, 1989.

ROJO, Luiza Martín. A fronteira interior — análise crítica do discurso: um exemplo sobre "racismo". In: IÑIGUEZ, Lupicínio (coord.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.

ROSA, Doriana Osório Alves; RAMOS, Renata Cristina de Souza; MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **Femina**, vol. 41, n. 2, p. 81-87, 2013.

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

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

_____. Violência de gênero no Brasil atual. **Estudos Feministas**, número especial, p. 443-461, 1994.

_____. Violência estrutural e de gênero: Mulher gosta de apanhar? In: **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero : construindo políticas públicas / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. – Brasília : A Secretaria, 2003.

SAINZ, Marcela Tiburcio; REY, Guillermina Natera; GORN, Shoshana Berenzon. Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. **Salud Mental**, vol. 33, p. 243-248, 2010.

SANTOS, Ana Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n° 4, p. 1177-1182, 2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, vol. 51, p. 104-113, 2001.

SCHRAIBER, Lília Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. Projeto gênero, violência e direitos humanos – novas questões para o campo da saúde, **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, 2003.

_____. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, n. 14, p. 229-236, 2008.

_____. Violência contra mulheres: Interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; FRANÇA-JÚNIOR, Ivan; PINHO, Adriana. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, vol. 36, n° 4, 470-477, 2002.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SIGNORELLI, Marcos Cláudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SILVA, Carlos Roberto de Castro e; MENDES, Rosilda; NAKAMURA, Eunice. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde Soc.**, vol. 21, n°1, p. 32-41, 2012.

SILVA, Elisabete Pereira; LUDEMIR, Ana Bernarda; ARAÚJO, Thália Velho Barreto; VALONGUEIRO, Sandra Alves. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista Saúde Pública**, vol. 45, n. 6, p. 1044-1053, 2011.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: A experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 19, p. 263-272, 2003.

SILVA, Iracema Viterbo; AQUINO, Estela Maria. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, vol. 24, n. 9, p. 2103-2114, 2008.

SILVA, Maria Arleide da; NETO, Gilliat Hanois Falbo; FIGUEIROA, José Natal; FILHO, José Eulálio Cabral. Violência contra a mulher: prevalência e fatores associados em pacientes de um serviço público de saúde no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, vol. 26, n. 2, p. 264-272, 2010.

SILVA, Susan de Alencar; LUCENA, Kerle Dayana Tavares de; DEININGER, Layza de Souza Chaves; COELHO, Hemílio Fernandes Campos; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo; ANJOS, Ulisses Umbelino de. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Journal of Human Growth and Development**, vol. 25, n. 2, p. 182-186, 2015.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SIMÃO, Rosana Barbosa Cipriano. Soluções judiciais concretas contra a perniciosa prática da alienação parental. In: APASE (Org.). **Síndrome da Alienação Parental e a tirania do guardião: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos**. Porto Alegre: Equilíbrio, 2007.

SOHEIT, Rachel. Formas de violência, relações de gênero e feminismo. **Gênero**, vol. 2, n. 2, p. 7-26, 2002.

_____. Violência simbólica: Saberes masculinos e representações femininas. **Estudos Feministas**, vol. 5, n. 1, p. 7-29, 1997.

SOUZA, Flávia Bello Costa de; DREZZET, Jefferson; MEIRELLES, Alcina de Cássia; RAMOS, Denise Gimenez. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**, vol. 27, n. 3, p. 98-103, 2013.

SPINK, Mary Jane. A Ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**. PUC-RS, vol. 31, n.1, p. 7-22, 2000.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

SPINK, Mary Jane; GIMENES, Maria da Glória G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, vol. 3, nº 2, p. 149-171, 1994.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. (online). Edição virtual, 2013.

STEFANO, Christine Di. Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo. In: CASTELLS, C. **Perspectivas feministas e teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996.

SWAIN, Tania Navarro. Por falar em liberdade.... In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane Rodrigues de; ZANELLO, Valeska. (Orgs.). **Estudos Feministas e de gênero: articulações e perspectivas**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014.

TORNQUIST, Carmem Susana; ANDRADE, Ana Paula Müller de; MONTEIRO, Marina. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmem Susana (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro; BONFIM, Graziela Fernanda Teodoro; CHICONE, Gisele. Autoestima de mulheres que sofreram violência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, vol. 14, nº 5, 2006.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antônio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, vol. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, Letícia Becker; CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; PAULA, Cristiane Cardoso de; TERRA, Marlene Gomes. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **REBEn**, vol. 67, n. 3, p. 366-372, 2014.

WATSON, Candace. Celibacy and its implications for autonomy. **Hypathia: A journal of feminist philosophy**, vol. 1, p. 157-158, 1987.

World Health Organization / Organização Mundial de Saúde – WHO/OMS. **Women and mental health**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em 15.07.2015.

ZUWICK, Ana Maria. A violência sexual e suas repercussões na subjetividade feminina. **Gênero**, vol. 2, n. 2, p. 35-46, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A –Roteiro-guia das entrevistas

Gostaria que você começasse me contando uma situação, um momento de atendimento na unidade de saúde...

1. Percepção geral sobre o cuidado na unidade de saúde.

- 1.1. O que você acha sobre o posto de saúde?
- 1.2 E como é o atendimento dos profissionais (ACS, Médico, enfermeiro, dentista...)?
- 1.3 Quando tu vem pro posto de saúde, é por vontade própria ou alguém te chama?
- 1.4 Por quais motivos você vai ao posto?
- 1.5 Com que frequência você vai ao posto? Por quê?
- 1.6 E os teus outros familiares? E os homens?
- 1.7 Tu leva questões da tua vida pessoal para o posto? Se sim, como tu acha que os profissionais recebem? Se não, por quê?
- 1.8 Existe algum espaço ou atividade para as pessoas compartilharem suas questões pessoais/emocionais?

2. Atuação nas situações de violência

- 2.1 Tu já passou por alguma situação de violência? Se SIM, o que foi feito? Se NÃO, conhece alguém que já sofreu? E o que foi feito?
- 2.2 Procurou algum lugar? (Delegacia, CRAS, CAPS, Conselho tutelar, hospital...)
- 2.3 E no posto de saúde, você ou a pessoa que você conhece foi ao posto após sofrer violência? Se SIM, como foi? O que os profissionais fizeram? Se NÃO, por quê?
- 2.4 O posto é procurado pelas mulheres para tratar questões sobre VCM?
- 2.5 Os profissionais perguntam sobre VCM?
- 2.6 Você acha que esse é um espaço para tratar esse assunto?
- 2.7 O que tu acha que poderia ser feito no posto sobre VCM?
- 2.8 Que sugestão você daria para melhorar o serviço em relação a VCM?

3. Compreensão do que é a VCM

- 3.1 O que você entende por VCM?
- 3.2 Acontece só em casa ou também na rua?
- 3.3 Tu acha que a violência é só agressão física?

3.4 Tu acha que é comum?

3.5 Porque você acha que acontece?

3.6 O que se deve fazer em caso de violência contra a mulher? (Para a mulher vítima, para quem fica sabendo/viu e a pessoa que agrediu)

3.7 Tu acha que algumas mulheres sofrem mais violência do que outras? (negras, pobres, prostitutas, idosos, etc.)

4. Saúde Mental e VCM

4.1 Tu conheces alguém com algum transtorno/problema mental? Se sim, como é teu contato com essa pessoa? Me fala um pouco dessa pessoa.

4.5 Já participou de alguma atividade sobre saúde mental no posto de saúde?

4.7 Tu acha que a violência contra a mulher pode causar algum transtorno/problema mental?

4.8 Uma Mulher com transtorno/problema mental, é mais fácil de sofrer VCM? O que tu acha disso.

4.9 Você acha que o uso de álcool pelo parceiro/companheiro pode influenciar a violência contra a mulher? Tu conheces algum caso que aconteceu?

- E a mulher que usa álcool ou outra droga, tu achas que ela pode sofrer mais violência que outras?

4.5 Alguém que você conhece que usa álcool ou outras drogas já fez algum tipo de tratamento para isso?

4.4 Você acha que uma mulher que sofre violência é mais fácil de ter depressão?

4.5 O que tu sabe sobre depressão?

4.4 Tu conheces alguém que já teve depressão? Tu podes me falar um pouco disso?

- Você acha que a saúde mental das pessoas é cuidada em sua comunidade? Como é esse cuidado na família? E no posto, como é?

APÊNDICE B – SÍNTESE DO PROJETO GUARDA-CHUVA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Jorge Lyra
Vice-coordenador: Benedito Medrado

Apoio: EDITAL FACEPE 13/2012 PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE DEPPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES - 2ª RODADA.

Considerando a saúde como direito social, torna-se relevante pensá-la como pauta/demanda/agenda de políticas públicas. Estas demandam da sociedade civil, da Universidade e do Estado avaliações complexas, participativas e políticas que de fato apontem um cenário fomentador da equidade de gênero e da garantia dos direitos humanos das mulheres, especialmente do direito a viver uma vida sem violência. Busca-se, por conseguinte, avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos diante deste problema, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco.

Tem por objetivo geral: Avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos a fim de enfrentar a violência contra as mulheres, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco. Como específicos: 1) Analisar documentos políticos que fazem referência ao enfrentamento à violência contra as mulheres no âmbito da saúde; 2) Mapear as principais ações, programas e projetos de enfrentamento à violência contra as mulheres propostas/executadas pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde (UBS); 3) Identificar como as mulheres buscam e avaliam a atenção prestada pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres; e 4) Observar no cotidiano das UBS como se dá o acolhimento de mulheres em situação de violência e o processo de enfrentamento da violência contra as mulheres por parte dos/as profissionais que ali atuam.

Diante da complexidade do objeto de estudo, são utilizadas distintas abordagens, técnicas e delineamentos metodológicos que se relacionam e se complementam. O desenho metodológico abarca os seguintes eixos: 1) Análise sistemática de documentos políticos, na perspectiva de reunir os principais documentos que fazem referência ao processo de enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da saúde, em especial no

atendimento primário; 2) Mapeamento dos serviços existentes na localidade visando a construção/sistematização de um banco de informações que amplia e facilita a compreensão do contexto em que o projeto está inserido; 3) A avaliação das mulheres, dos profissionais e dos gestores da saúde sobre o papel/lugar/função das Unidades de Atenção Básica em Saúde no enfrentamento da violência, em que, através de entrevistas episódicas, estes atores são convidados a narrar/relatar suas experiências; e 4) Na perspectiva de produzir informações acerca das possibilidades e limites institucionais, no trabalho de enfrentamento da violência contra as mulheres, é realizada a observação do cotidiano, que consiste em uma imersão no dia-a-dia das UBS's do município a fim de analisar o diálogo que há entre as equipes de profissionais com as usuárias.

ANEXOS

ANEXO I – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca** pesquisador em psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde no município de Recife", sendo orientado por Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 29 de maio de 2014.

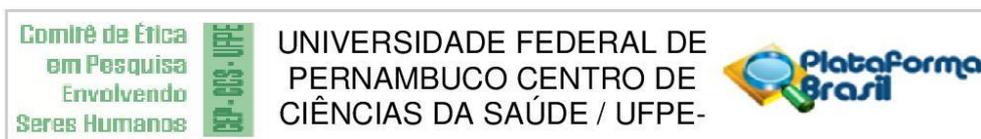
Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 87.655-5

ANEXO II – Pareceres consubstanciados do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Pesquisador: Jorge Lyra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38648314.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.808

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

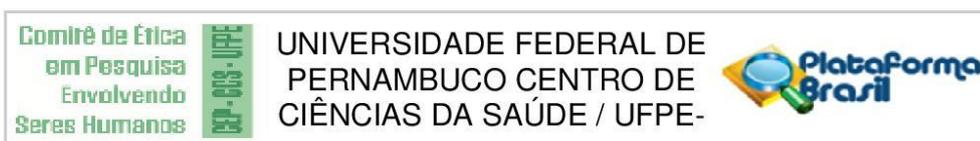
Projeto de pesquisa, EDITAL FACEPE 13/2012 PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES - 2ª RODADA, de responsabilidade do Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca, contando com a participação de Benedito Medrado-Dantas e das pesquisadoras Danielly Spósito; Telma Low; Suely Oliveira e Dara Felipe.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos a fim de enfrentar a violência contra as mulheres, no contexto da Atenção Básica em Saúde, no município de Recife, Pernambuco.

Objetivos específicos: 1) analisar documentos de domínio público (propostas de políticas públicas, planos de ação, relatórios etc.) que fazem referência ao enfrentamento à violência contra as mulheres no âmbito da saúde; 2) mapear as principais ações, programas e projetos de enfrentamento à violência contra as mulheres propostas/executadas pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde (UBS); 3) identificar como as mulheres buscam e avaliam a atenção prestada pelas Unidades de Atenção Básica em Saúde no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres; 4) observar no cotidiano das UBS como se dá o acolhimento de mulheres em situação de violência e o processo de enfrentamento da violência contra as mulheres por parte dos/as

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 897.808

profissionais que ali atuam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS DIRETOS: considerados como mínimos, dada garantia aos participantes de não responder perguntas, mas caso ocorra algum transtorno, o informante poderá ser encaminhado para a Clínica Psicológica da UFPE.

BENEFÍCIOS: pouco precisos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo exploratório-descritivo que será realizado no Distrito Sanitário IV do município de Recife, contando como sujeitos de pesquisa mulheres adultas, com idade acima dos 18 anos, usuárias dos serviços de saúde, não necessariamente vítimas de violência e profissionais dos serviços de saúde das Unidades de Saúde da Família. Serão feitos os seguintes procedimentos: 1) análise de documentos; 2) mapeamento da rede de serviços; 3) entrevistas com as mulheres; 4) observação no cotidiano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados os principais, carta de anuência, termo de consentimento, currículo do pesquisador, orçamento, cronograma.

Recomendações:

Rever a forma de devolução de resultados no local de realização de entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Identificar os benefícios diretos aos participantes de pesquisa;
- 2) Indicar a contribuição de cada um dos membros da equipe de pesquisa;
- 3) Explicar como será feita a guarda do material e a garantia de confidencialidade.

Situação do Parecer:

Pendente

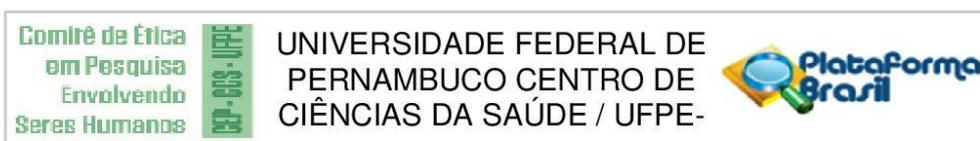
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o mesmo encontra-se em pendência. O(A) pesquisador(a), deverá atender as considerações do parecer consubstanciado e corrigindo as pendências indicadas, diretamente no projeto de pesquisa (PBrasil) e no projeto completo em WORD e, caso necessário, no modelo do TCLE- estacando todas as modificações com MARCADOR

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



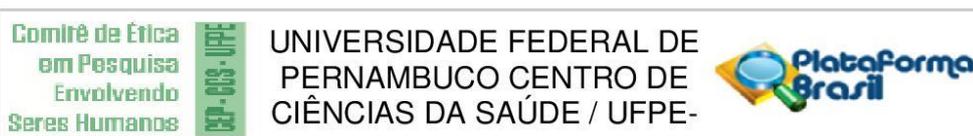
Continuação do Parecer: 897.808

AMARELO, nos 2(dois)projetos. O (A) pesquisador (a) tem 60 dias para responder aos quesitos formulados pelo CEP em seu parecer. Após esse prazo, o projeto será considerado arquivado (res.466/12).

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RECIFE.

Pesquisador: Jorge Lyra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38648314.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 942.839

Data da Relatoria: 28/01/2015

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

s/recomendação

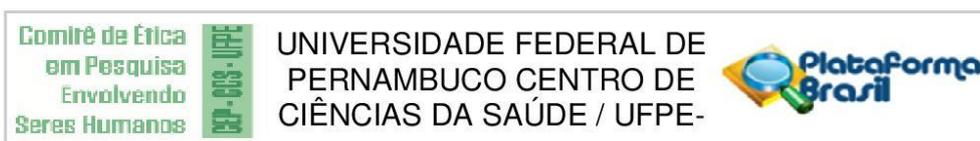
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 942.839

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 02 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde na cidade do Recife”, que está sob a responsabilidade do Pesquisador Prof. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca, com endereço na Rua Mardônio de Albuquerque Nascimento, 129, Várzea, Recife, Pernambuco, CEP 50.741-380, telefone (81) 9922.6868, E-mail jorgglyra@gmail.com

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) Senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa:

Este projeto se propõe a refletir sobre como o setor saúde, em particular a saúde da mulher, vem reconhecendo a violência contra a mulher, discutindo a eficácia das ações desenvolvidas no processo de enfrentamento a esse tipo de violência. Considerando a saúde como direito social, torna-se relevante pensá-la como pauta/demanda/agenda de políticas públicas. Estas demandam da sociedade civil, da Universidade e do Estado avaliações complexas, participativas e políticas que de fato apontem um cenário fomentador da equidade de gênero e da garantia dos direitos humanos das mulheres, especialmente do direito a viver uma vida sem violência. Buscar-se-á, por conseguinte, avaliar a efetividade de ações, programas e projetos promovidos diante deste problema, no contexto da Atenção Básica em Saúde, na cidade do Recife, Pernambuco. Utilizar-se-á uma metodologia criativa, a partir de estratégias como análise documental, mapeamento de rede, entrevistas episódicas e observações no cotidiano.

Período de participação do sujeito: entre 1 e 2 horas, por entrevista.

Riscos diretos para o participante: Informamos que a participação neste estudo apresenta risco mínimo do ponto de vista da integridade física, social e emocional dos participantes. Porém, se por ventura, nas entrevistas algum constrangimento ou desconforto moral/emocional ocorrer ou for pelo participante revelado, o(a) Sr(a) receberá orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade.

Benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Como benefício as informações fornecidas pelo(a) Sr(a) serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do coordenador da Pesquisa, no seguinte endereço:

Grupo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Av. da Arquitetura s/n - 7º Andar, Departamento de Psicologia - Cidade Universitária - Recife - PE, CEP: 50740-550, Fone/Fax: (81) 2126 8271, E-mail: gema@ufpe.br, pelo período de 5 anos.

O(a) senhor(a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

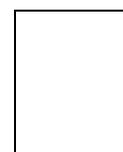
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Avaliação da atenção a mulheres em situação de violência na rede de atenção básica em saúde na cidade do Recife”**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____



Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____