

Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental

Attention to women in gender violence situation with demands in mental health

Laís Barreto; Magda Dimenstein; Jáder Ferreira Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, lais.barreto08@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 11/12/2012
Primera revisión: 28/09/2013
Aceptado: 02/10/2013

Palabras clave

Violência de gênero contra as mulheres
Saúde mental
Políticas públicas para mulheres
Gênero
Casas abrigo

Resumen

Esse artigo objetiva discutir os cuidados ofertados às mulheres em situação de violência com transtornos mentais e/ou passagem pela rede de atenção psicossocial/RAPS em dois dispositivos que compõem a rede de atenção às mulheres: Centro de Referência e Casa Abrigo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa caracterizada como pesquisa-intervenção realizada no ano de 2011. Como ferramentas metodológicas foram utilizadas entrevistas com roteiros semiestruturados direcionados a treze profissionais tais como assistentes sociais, advogados, estagiários de psicologia e equipe gestora. As entrevistas foram analisadas sob a perspectiva da Análise Institucional francesa a qual prevê a assunção de acontecimentos analisadores para a leitura crítica das dimensões instituídas nas práticas de cuidados da equipe parte do estudo. Os resultados mostram que presença ou suspeita de transtorno mental tem inviabilizado o acolhimento destas usuárias nestes dispositivos.

Abstract

Keywords

Gender violence against women
Mental health
Public policies for women
Gender
Shelter houses

This article aims discuss the care offered to women in situations of violence with mental and/or passage through psychosocial care network in two devices of the network care for women: Reference Center and Shelter for Women. This is a qualitative research characterized as an intervention research conducted in the year 2011. As methodological tools we used semi structured interviews with screenplays directed to thirteen professionals like social workers, lawyers, interns in psychology and management team. The interviews were analyzed from the perspective of French Institutional Analysis which requires the assumption of events analyzers for critical reading of the dimensions established practices of care staff in the study. Results show that the presence or suspected mental disorder has made impossible the reception of these women on these devices.

Introdução

A violência contra as mulheres é um fenômeno alarmante, com estimativa de uma a cada três mulheres no mundo sofrerem de alguma forma de violência na infância, adolescência ou idade adulta (Heise e Garcia-Moreno, 2002; Garcia-Moreno, Heise, Jansen, Ellsberg e Watts, 2005). O estudo multipaís sobre a violência contra as mulheres da Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que a prevalência de violência contra as mulheres variou de 15% a 71%. No Brasil, a agressão contra mulheres ocorre a cada quinze segundos e os companheiros são responsáveis por quase 70% dos assassinatos do sexo feminino (Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM & Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – SNEVM –, 2011). A SNEVM e a SPM relatam que não existem estatísticas sistemáticas e oficiais que apontem para a magnitude deste fenômeno reconhecidamente presente na vida de muitas brasileiras (SNEVM & SPM, 2011). “Alguns estudos, realizados por institutos

de pesquisa não governamentais, apontam que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica” (p. 12). Apesar disso, a invisibilidade do fenômeno não foi vencida. Segundo dados da SPM e SNEVM (2011), o Nordeste é a região brasileira com a maior parte das denúncias, tendo em vista sua população, concentrando 37% do total das mesmas.

As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) do Rio Grande do Norte, na cidade de Natal, registraram em 2009, 3.579 B.O.(s) na DEAM da zona sul e 1.746 na Zona Norte, totalizando 5.325 ocorrências na cidade (Secretaria da Mulher – SEMUL, 2011).

Segundo o Mapa da Violência (Waiselfisz, 2012), no ano de 2010, sessenta e duas mulheres foram assassinadas no Estado do Rio Grande do Norte. Isso significa a porcentagem de 3,8 homicídios para cada cem mil mulheres. A média nacional é de 4,4 homicídios com o índice alcançado por dezenove outros estados. Já a capital do Rio Grande do Norte, Natal, alcança o número de 6,3 homicídios para cada 100 mil mulheres. Ou seja, em Natal, percentualmente, mata-se o dobro de mulheres do que no restante do estado. A capital, em 2010, ocupou o décimo primeiro lugar entre as capitais nas quais mais ocorrem homicídios femininos. A mesma pesquisa, realizada por um instituto, aponta para a diferença entre os homicídios femininos e masculinos: os homicídios femininos ocorrem em maior número dentro das casas e os crimes são perpetrados por pessoas conhecidas ou familiares. O documento ressalta que enquanto os homicídios masculinos acontecem em espaços públicos e têm o objetivo de eliminar a vida dos homens, que os femininos têm como intencionalidade a sujeição do corpo, resultando em maltratos antes da morte, ou seja esses homicídios, segundo a pesquisa, não objetivam exclusivamente a extinção da vida das mulheres (Waiselfisz, 2012).

Este artigo tem como inspiração a experiência profissional da primeira autora como coordenadora do Centro de Referência no ano de 2010¹, quando ficou evidenciada a falta de experiência da equipe ao se deparar com mulheres que demandavam atenção em saúde mental e, ao mesmo tempo, necessitavam de suporte psicossocial e jurídico para enfrentar a situação de violência que viviam. Nestes casos, a equipe encontrava-se em uma encruzilhada que muitas vezes resultava no internamento dessas mulheres em hospitais psiquiátricos da cidade ou em sua total desassistência. Entretanto, sabemos que a experiência do sofrimento causado pela violência é expressa como “a dor que não tem nome” (Schraiber et al, 2003, p. 41) devido a sua invisibilidade perante a sociedade e por ser uma experiência que evoca uma “dramática vivência de negação do humano” (Schraiber, D’Oliveira e Couto, 2009, p. 210).

Em função disso desenvolvemos uma investigação com o objetivo de conhecer os modos de acolhimento ofertado às mulheres com este perfil nos centros de referência para mulheres e na rede de atenção psicossocial. Porém, nesse artigo, discutiremos os resultados em relação ao Centro de Referência para mulheres de Natal/RN e à Casa Abrigo. Na interseção entre estes dois campos de estudo (violência de gênero contra mulheres e saúde mental) pretendemos tecer um recorte crítico a respeito das práticas e procedimentos dos diferentes profissionais que compõe ambos os serviços supracitados no tocante às mulheres com transtornos mentais e/ou com passagem pela rede de atenção em saúde mental do município. Nossa pesquisa foi orientada pelas seguintes questões:

- Como produzir cuidado integral considerando as demandas referentes à saúde mental de maneira a possibilitar que as mulheres em situação de violência sejam acolhidas e acompanhadas pelos serviços de referência?

¹ A pesquisa “Mulheres em situação de violência e atenção em saúde mental”, (2010) recebeu apoio da agência de fomento CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

- Quais as dificuldades encontradas para o devido acolhimento e acompanhamento destas usuárias?

Políticas públicas para mulheres em situação de violência

De acordo com seu projeto de criação em 2003, o Centro de Referência tem como objetivo: “oferecer ações de acolhimento, atendimento, acompanhamento psicológico, social e jurídico a cada caso em particular, buscando, nesta perspectiva o resgate da cidadania plena das mulheres usuárias dos serviços” (Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social, 2003, p. 18).

Segundo a normativa nacional, os Centros de Referência têm como propósito oferecer assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência compondo um dos serviços da rede de atendimento às mulheres. Este dispositivo, segundo as normas técnicas, deve contar com uma equipe multiprofissional nos diferentes setores: atendimento/orientação jurídica, assistência social e atendimento psicológico, realizando, quando necessário, atendimentos multidisciplinares. Possui também a função de ser articulador da rede de serviços ofertados pelo estado e município. Faz parte, desta forma, da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres a qual deve oferecer atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando aos eixos de prevenção, enfrentamento e assistência às mulheres em situação de violência.

A Casa Abrigo foi instituída na década de 1990 configurando-se como um serviço de alta complexidade e última instância da rede de proteção às usuárias em situação de risco. Deve oferecer atendimento integral às usuárias cujos vínculos sociais estejam fragilizados. Pretende ser um local seguro e sigiloso que ofereça moradia protegida para a mulher e seus filhos que estejam em situação de risco iminente de morte em razão da violência sofrida. A moradia tem capacidade para receber vinte pessoas entre mulheres e crianças e atende todo o estado do Rio Grande do Norte.

Esta política em nível estadual e municipal é ainda incipiente visto que o quadro de serviços de atenção à violência contra a mulher do Rio Grande do Norte é composto de cinco delegacias especializadas (três em Natal, uma em Caicó e outra em Parnamirim), três Juizados Especiais Cíveis e Criminais que lidam com situações penais de menor poder ofensivo (JECRIM), um Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) (Parnamirim), dois Centros de Referência (Zona Oeste e Zona Norte) e uma Casa Abrigo em funcionamento com capacidade para no máximo 20 pessoas contando com a presença de mulheres e seus filhos.

O estudo a respeito do funcionamento da rede de atendimento às mulheres da região realizado pela ONG Coletivo Leila Diniz, no ano de 2011, aponta que não há articulação, tampouco comunicação, entre as delegacias e os órgãos que prestam serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência, nem funcionamento efetivo da prática de contrareferência, ou seja, da certificação de que a usuária foi realmente atendida e do retorno da informação sobre a pessoa atendida aos níveis que procederam ao encaminhamento. O que existe é uma comunicação precária entre as delegacias o Centro de Referência e a Casa Abrigo.

O atendimento realizado pelo Centro de Referência é limitado ao município de Natal e estende-se a Parnamirim (região metropolitana) em função de convênio entre esta prefeitura e o CR em Natal. Nota-se também que o horário de atendimento é interrompido no almoço, não atendendo à demanda das mulheres que trabalham. A equipe enfrenta dificuldades para desenvolver seu trabalho de sensibilização com os (as) profissionais que atendem as mulheres, enfatizado pelas/os profissionais do serviço social e

do setor psicológico. Devido à falta de uma formação e capacitação continuada, a rotatividade dos profissionais, por conta dos contratos temporários, aponta para uma situação, muitas vezes, de não adequação ao trabalho que desempenham (Coletivo Leila Diniz, 2011).

A avaliação do Coletivo também critica o registro das informações cadastrais, alegando que os dados registrados são insuficientes: “Faltam dados a respeito das mulheres, principalmente sobre as questões relativas à violência, assim como a questão sobre a raça e condições socioeconômicas” (Coletivo Leila Diniz, 2011, p. 24). O documento relata que após o cruzamento dos dados estaduais e nacionais notou-se que as políticas locais têm um viés reparador, ou seja, ações para remediar conflitos e não evitá-los.

Sabemos que as políticas locais enfrentam dificuldades de ordem material, baixa qualificação de recursos humanos, condições de trabalho desfavoráveis e se articulam muito pouco com a rede de atenção intersetorial. Estas condições estruturais podem reverberar no cotidiano do serviço produzindo muitas dificuldades para o devido atendimento às mulheres em situação de violência.

Violência de gênero contra as mulheres e saúde mental

Para muitas mulheres as consequências psicológicas da violência são ainda mais sérias que seus efeitos físicos. Estudos têm demonstrado que quanto mais severa a agressão, mais graves os impactos na saúde mental feminina (Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior, & Jansen, 2008). Segundo a autora, a violência tem um efeito devastador sobre a autoestima da mulher e muitos autores investigaram suas consequências para a saúde mental. Lori Heise e Claudia Garcia-Moreno (2002) corroboram a pesquisa acima indicando que a discriminação, os insultos verbais, os sentimentos de perda e os maus tratos, a degradação e a humilhação, características da violência contra a mulher, comprometem a autoestima feminina e sua capacidade de reação e perpetuam o sentimento de subordinação. Pesquisadoras do campo da medicina preventiva vêm aportando contribuições acerca dos impactos da violência na saúde mental das mulheres e subsidiado a produção de conhecimentos na intersecção entre a violência de gênero contra as mulheres e assistência primária à saúde.

A violência é a negação, do propriamente humano (ser sujeito), daí que não se caracterize só como uma violação de direitos humanos, incluindo a dos reprodutivos e sexuais para as mulheres, na perspectiva jurídico-legal. Mas que se caracterize também, do ponto de vista ético, como anulação da dignidade, impedindo o sentimento de esperança. Não terá, então, apenas o significado de mais um agravo à saúde a associação verificada (e de grande força estatística) entre sofrer violência e apresentar ideação ou tentativas de suicídio, além de outros sofrimentos e transtornos mentais (Schraiber, D'Oliveira e Couto, 2009, p. 210).

Outros estudos mostram alguns estados emocionais que as situações de violência podem fomentar: “tristeza, insegurança, sentimentos e pensamentos persecutórios, auto e heterodestrutividade, rebaixamento de autoestima, irritabilidade, labilidade, intolerância e agressividade passam a fazer parte do repertório emocional dos sujeitos envolvidos” (Oliveira, 2007, p. 47). Estes estados emocionais quando não devidamente acolhidos e redimensionados podem contribuir para aumentar as dificuldades no enfrentamento à situação vivida e até fomentar quadros psiquiátricos.

A associação entre o campo de estudos de gênero, saúde mental e violência foi abordada em recente estudo de Ana Santos (2009) no qual a autora questiona a concepção reducionista e biologizante na abordagem e atenção à saúde mental das mulheres. A pesquisa realizada num Centro de Atenção

Psicossocial de município paulista, verificou que o adoecimento psíquico feminino mantém estreita correlação com a violência contra as mulheres. As entrevistas com as pacientes que foram casadas mostraram que todas sofreram agressões físicas e psicológicas de seus ex-cônjuges. Cabe indagar, se essas mulheres não tivessem se submetido a tais agressões, teriam desenvolvido estes transtornos mentais severos? (Santos, 2009).

Nossa intenção não é estabelecer relações causais entre as situações de violência e os transtornos mentais, mas ressaltar a relação entre violência e saúde das mulheres, as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde em prestar assistência a esses casos, pois “quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente a situação. Mesmo quando perguntamos, corremos o risco de não ser revelado este sofrimento” (Schraiber e D’Oliveira, 2003 p. 12). Quando há suspeita de transtornos mentais elas encontram ainda mais dificuldades de acolhimento e conseqüentemente, de garantia de direitos.

A questão supracitada é alvo de preocupações por parte dos serviços que compõem a rede de atenção às mulheres, bem como das políticas públicas. Observamos no II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, [SPM], 2008) a temática da saúde mental como prioridade e com as seguintes metas no III Eixo: "Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos":

Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais com a meta prioritária de implantar futuramente cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero (SPM, 2008, p. 15).

A criação de dispositivos especializados de um “modelo de atenção à saúde mental das mulheres” nos inquieta e nos gera a seguinte questão: os modelos de atenção direcionados especificadamente à saúde mental da mulher em situação de violência serão a melhor maneira de se produzir cuidados? São raros os estudos brasileiros que enfoquem a interface entre os campos supracitados em termos de cuidados, procedimentos e articulação com a rede de atenção intersectorial. A escassez da produção acadêmica brasileira com ênfase no funcionamento dos serviços que compõem as Políticas para Mulheres é também notória. Da mesma maneira, no campo da saúde mental não encontramos estudos que apontem para esta preocupação em termos de cuidados psicossociais. O fenômeno da violência contra as mulheres parece não pertencer às preocupações da Política Nacional de Saúde Mental. Por sua vez, as Políticas para Mulheres também não contemplam aspectos ligados à saúde mental.

Trajetória metodológica

Trata-se de uma abordagem qualitativa na modalidade de pesquisa-intervenção. A pesquisa intervenção de orientação institucionalista busca contribuir não somente no espaço acadêmico, mas, sobretudo, em relação às demandas sociais. Tem a característica de levar em conta a implicação do pesquisador e a indissociabilidade entre produção de conhecimento e intervenção. Nessa pesquisa foram realizadas entrevistas orientadas por roteiros semiestruturados junto a treze profissionais do Centro de Referência “Mulher Cidadã” e Casa Abrigo “Clara Camarão” ambos no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte. Os roteiros das entrevistas buscaram conhecer as formas de acolhimento às mulheres, os recursos utilizados no próprio serviço e a articulação com a rede local de atenção às mulheres. Todas as entrevistas foram oficialmente consentidas, registradas em MP3, transcritas e posteriormente analisadas.

Para subsidiar a análise dos resultados foram empregados alguns conceitos-ferramentas do movimento teórico da Análise Institucional Francesa a qual prevê a assunção de acontecimentos analisadores compreendidos como os acontecimentos secundários que podem revelar as relações entre as lógicas instituídas e os processos instituintes. Busca-se problematizar tais lógicas instituídas nas práticas dos profissionais em relação aos cuidados às usuárias em questão. Os analisadores propiciam a explicitação dos conflitos e a evidenciação dos processos cristalizados e poderes em jogo na instituição. Eles foram formulados ao longo do percurso da pesquisa e tiveram como função problematizar as instituições – entendidas aqui como corpos lógicos de sentidos – presentes nas dimensões instituídas das práticas profissionais as quais sustentam os cuidados ofertados às mulheres desse estudo. Nesse sentido, podemos indicar os discursos que subsidiam a compreensão e as práticas profissionais sobre a violência de gênero contra as mulheres e sua interface com a saúde mental; a lógica que desarticula as redes de atenção quando há a conjunção entre estes fenômenos e os modos de acolhimento produzidos. Nessa perspectiva, tais lógicas instituídas podem se tornar rígidas produzindo práticas violentas. Porém, sempre há a possibilidade de novos discursos e práticas emergirem por meio das ações micropolíticas destas equipes. Desta maneira, ao longo da análise das entrevistas elegemos os acontecimentos enunciados pelas falas os quais suscitaram e evidenciaram as problemáticas mais cruciais, enfrentadas pela maioria dos profissionais. Estes acontecimentos analisadores evidenciam que as práticas instituídas são ancoradas em discursos, lógicas e normas as quais reverberam diretamente nos procedimentos e cuidados no tocante às usuárias em questão. Escolhemos, neste estudo, três analisadores os quais nos ajudarão a conhecer e problematizar o que tem acontecido às mulheres que possuem necessidades de cuidados em saúde mental na perspectiva dos profissionais dos serviços de referência para mulheres em situação de violência da cidade de Natal/RN.

Analizador 1 - Casa Abrigo não deve receber mulheres com transtornos mentais

Durante a execução da pesquisa chamou-nos a atenção que a Casa Abrigo foi apontada pelos profissionais do Centro de Referência como o principal ponto de resistência na rede para o acolhimento das usuárias em questão. Segundo a equipe, as mulheres com transtornos mentais em condição de risco têm ainda mais dificuldades em conseguir vaga no único abrigo do estado do Rio Grande do Norte. Tal resistência gerava, perante a equipe, a ruptura de todas as possibilidades de enfrentamento das situações de violência ocasionando outra violação de direitos.

A impossibilidade de estadia na Casa Abrigo é legitimada e regulamentada via legislação municipal pela Lei nº 00150/97: “Art. 11 - Somente poderão participar do programa de que trata esta Lei, sendo beneficiadas pela Casa Abrigo, as mulheres que não apresentarem problemas de saúde física ou mental que impeçam a sua convivência social ou grupal”

É notável que tal normativa tenha consequências desastrosas nos cuidados ofertados às usuárias, afetando drasticamente as possibilidades de continuidade dos procedimentos, da garantia de direitos e dos cuidados necessários na articulação com a rede de atenção psicossocial. Foram observados outros aspectos nas formas de cuidado que derivam desta normativa. Observa-se, nas fala dos entrevistados, a necessidade de cuidados médicos especializados e uma estrutura específica para o acolhimento das usuárias em questão. A impossibilidade de convivência com outras mulheres e crianças é também abordada no trecho abaixo:

Quanto à questão da violência se for o caso de abrigar a gente tem uma certa dificuldade de encaminhar porque a casa abrigo não aceita mulheres desse quadro

porque não tem médico e que não tem estrutura porque é uma casa que abriga crianças e mulheres e não tem como abrir exceção para esse público. Como é que a gente vai abrigar essa mulher se ela está em risco da mesma maneira que outras mulheres que não têm problema psiquiátrico? Aí fica aquele dilema. Não há esse serviço aqui em Natal garantir a segurança desta mulher em situação de violência (Entrevista n° 1, entrevista pessoal com profissional do Centro de Referência, 16 de abril de 2012)²

Para a equipe da Casa Abrigo as dificuldades e recusa em receber estas mulheres são também enfatizadas. É reconhecido o rechaçamento da estadia destas usuárias perante a equipe:

A casa não tem o objetivo de atender uma mulher com esse perfil. E existe um outro transtorno com ela que precisa ser tratado e esse tratamento não pode ser dado aqui pela casa. É necessário um outro tratamento porque as duas coisas juntas fica complicado. Porque diante do transtorno dela ela causa um outro perigo na casa as demais mulheres que estão na casa. Ela pode em um desses surtos pegar uma mulher e partir para cima como um surto, agora da violência em si nunca aconteceu, somente a ameaça. Uma delas dizia que iria matar as outras (Entrevista n° 2, entrevista pessoal com profissional da Casa Abrigo, 23 de maio de 2012).

Neste trecho observamos a presença do estereótipo de periculosidade associado aos transtornos mentais e novamente o apontamento da necessidade de um tratamento especializado para estas usuárias. Chama-nos à atenção a ausência de estratégias em termos de articulação com a rede atenção psicossocial e a falta de conhecimento em relação aos transtornos mentais e as Políticas Públicas de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. O que fazer com estas mulheres que necessitam sair de casa e serem abrigadas assim como qualquer mulher em situação de risco? Sendo a Casa Abrigo o único serviço destinado às mulheres que vivem essa problemática, para onde recorrer? Por que as Políticas para Mulheres se articulam tão pouco com os serviços da RAPS? Detectamos aqui um problema de articulação nesta tão necessária rede de atenção e proteção às mulheres.

Fica evidente, pois, que os profissionais do Centro de Referência vivem imensas dificuldades quando se deparam com estas mulheres: Para onde encaminhá-las para a continuidade dos procedimentos em relação à violação de seus direitos? Como monitorá-las? Ao mesmo tempo, os profissionais da Casa Abrigo se ancoram em práticas manicomial de segregação e preconceito ferindo os direitos básicos destas mulheres que, muitas vezes, são diretamente encaminhadas aos hospitais psiquiátricos onde são internadas e medicadas.

Analizador 2: Mulheres com transtornos mentais não são nossa demanda

Este analisador problematiza a especialidade do Centro de Referência. Observamos que alguns profissionais alegavam que receber mulheres “com este perfil” não era “demanda do serviço”. Sublinhavam que o atendimento era direcionado especificamente para casos de violência doméstica. Segundo a declaração abaixo, a equipe trabalha com a “demanda apresentada exclusivamente relativa ao “ciclo de violência” noção apartada de outras dimensões que fazem parte da vida destas mulheres”.

² Para manter o anonimato dos (as) profissionais, as entrevistas serão identificadas segundo número e data.

Até então a gente trabalha com a demanda do ciclo de violência e não com a saúde mental. Mas isso é um direito dessas mulheres pelo que está descrito nas políticas públicas para mulheres. O Centro é como se não tivesse ainda um potencial para trabalhar com essas mulheres. (Entrevista n° 3, entrevista pessoal com profissional do Centro de Referência, 18 de abril de 2012).

Outra profissional revela que uma das dificuldades para o acolhimento das usuárias é a não compreensão da história relatada pelas mesmas. A falta de “linearidade” no relato destas usuárias e a ausência de sentido da história contada tornavam os atendimentos mais complicados e difíceis de serem finalizados. A equipe não conseguia compreender, tampouco acolher, os relatos que destoam de uma narrativa de violência que comumente são recebidas no serviço. Assim a inteligibilidade destas usuárias no Centro de Referência fica totalmente impossibilitada, reverberando em práticas pouco acolhedoras e resolutivas.

Senti dificuldades em atender as mulheres porque no atendimento elas têm oscilações de emoções. Ela começa a falar muito irritada de repente começa a chorar em outro momento começa a contar uma história que não é aquela história que ela estava contando antes, então é bem difícil de entender. Aí perguntamos: o que você veio buscar no Centro de Referência? E essa mulher conta várias histórias sem lógicas de tempo e aí a gente tenta juntar isso e repetir para ela para ver se é isso que ela tá colocando e às vezes ela fica muito irritada com isso. Ela se irrita porque a gente não está entendendo e a história fica sem sentido. (Entrevista n° 4, entrevista pessoal com profissional do Centro de Referência, 18 de abril de 2012).

As entrevistas e observações revelam que os profissionais do Centro de Referência vivem imensas dificuldades quando se deparam com estas mulheres: Para onde encaminhá-las para a continuidade dos procedimentos em relação à violação de seus direitos? Desconhecem as diretrizes políticas da atenção psicossocial em vigor no país e não conseguem acessar os Centros de Atenção Psicossocial. Os atendimentos são divididos em especialidades profissionais e o psicólogo é o único profissional considerado apto e responsável para acolher estes casos. O discurso “não é nossa demanda” acaba por revelar que este serviço também delimita sua clientela a casos exclusivamente de violência doméstica. Sabemos que a própria política direciona para esta problemática, mas é evidente a necessidade de ampliar a concepção de violência e suas repercussões para a saúde mental das usuárias em questão.

Analisador 3 - Não há recursos no serviço nem rede para acolher as mulheres

A impossibilidade de um acolhimento inicial destas usuárias no serviço e a falta de monitoramento foram revelados pela equipe. Segundo os profissionais, os cuidados para todas as usuárias são os mesmos: chegada no serviço, triagem, encaminhamentos para atendimentos internos focais nas áreas social, jurídica e psicológica e, quando necessário, encaminhamentos para a rede de saúde sem acompanhamento ou monitoramento posterior.

Outro ponto crítico sublinhado pela equipe é a falta de monitoramento das usuárias que necessitam de retorno e continuidade de cuidados no Centro de Referência. Tal falha é interpretada pela equipe como resultado da ausência de infraestrutura material do Centro, tais como ausência de carro, computadores e recursos humanos. O quadro de funcionários incompleto também é alvo de críticas e justifica o não monitoramento das usuárias pela rede de serviços:

No caso do centro de referência não há monitoramento nem para mulheres com transtornos mentais tampouco para mulheres sem transtornos mentais. O monitoramento é difícil como um todo porque há a necessidade de um carro e tem necessidade de mais um técnico para um poder sair ir a campo e outro ficar atendendo. Então um monitoramento aqui no centro de referência é muito difícil como um todo então para mulheres com a particularidade da doença psiquiátrica ela também está nesse grupo. (Entrevista n° 5, entrevista pessoal com profissional do Centro de Referência, 17 de maio de 2012).

Os técnicos apontam não haver nenhum recurso que possa acolher essas mulheres, alegam haver somente os atendimentos especializados nos setores de psicologia, serviço social e direito e que antes havia grupos terapêuticos e oficinas que hoje não existem mais. O trecho a seguir aponta para a “ausência” de recursos no próprio serviço para atendimentos destes casos. A falta de capacitação profissional, as dificuldades para acessar os Centros de Atenção Psicossocial são também sublinhados:

Os recursos não existem. A gente não tem recurso específico para isso. Inclusive é a maior reclamação e a maior deficiência é que a rede não existe. Quando a gente atende uma mulher em que o transtorno dela pode comprometer os atendimentos na casa abrigo ou qualquer outro encaminhamento que a gente faça até mesmo para a casa dos familiares a gente não tem um suporte da rede suficiente. O CAPS só funciona quando está em surto. (Entrevista n° 6, entrevista pessoal com profissional do Centro de Referência, 12 de abril de 2012).

Existe lugar para estas mulheres? Ora, se os Centros de Atenção Psicossocial alegam não atender este tipo de demanda, se a Casa Abrigo não tem estrutura para tal, se o Centro de Referência tampouco? Para onde? Como prosseguir com os cuidados? Que condições têm estas equipes em produzir cuidados para estas mulheres?

Notas conclusivas

Esse artigo é parte de uma pesquisa que objetivou conhecer o acolhimento às mulheres com demandas em saúde mental nos serviços especializados para o enfrentamento da violência contra as mulheres, bem como pela rede de atenção psicossocial no município de Natal/RN. Como recorte dessa pesquisa, buscamos discutir os cuidados ofertados às mulheres em situação de violência com transtornos mentais e/ou passagem pela rede de atenção psicossocial em dois dispositivos que compõem a rede de atenção às mulheres de Natal/RN: Centro de Referência e Casa Abrigo.

Foi possível observar nessa investigação a impossibilidade de acolhimento dessas mulheres pelas equipes. A ausência de recursos humanos e de infraestrutura, dificuldades em acolher e compreender os casos e a desarticulação com a rede de atenção psicossocial local foram identificados como obstáculos ao acolhimentos de demandas em saúde mental. Tais obstáculos impediam a garantia de continuidade da atenção no âmbito psicossocial e jurídico.

Quando a mulher encontrava-se em situação de risco e vulnerabilidade e necessitava de abrigamento, o caso era mais difícil de ser adequadamente abordado. A Casa Abrigo, o único abrigo para mulheres em situação de violência do município de Natal e do estado do Rio Grande do Norte, justificava não ter condições estruturais para o acolhimento dessas usuárias, ressaltando a ausência de um quadro

profissional preparado para atendimento psiquiátrico. Além disso, consideravam que essas mulheres ofereciam perigo na convivência com outras no abrigo, em função dos transtornos mentais.

Observamos então que somente mulheres “sãs” ou ditas “normais” podem ter acesso ao serviço. A equipe opera segundo normativas nitidamente manicomiais, reproduzindo em seu cotidiano verdades construídas acerca da loucura. Em outras palavras, as práticas profissionais legitimam algumas verdades instituídas: a compreensão dos transtornos mentais como doença, a associação entre transtornos mentais e periculosidade, visão biomédica e psiquiátrica do sofrimento mental desarticulada de uma perspectiva sócio histórica, aspectos que contribuem para o estabelecimento de uma rota crítica pela qual as mulheres percorrem.

Montserrat Sagot (2000), em um estudo sobre “os caminhos percorridos pelas mulheres que tentaram romper o silêncio” ou Rota Crítica, buscou conhecer os percursos institucionais percorridos por mulheres afetadas pela violência intrafamiliar em dez países da América Latina. Este documento utilizou o termo “Rota Crítica” para descrever e conhecer os caminhos percorridos por mulheres para romper da situação de violência. A rota se inicia com a decisão das mulheres de assumir e sair da situação de violência e segue pela busca de ajuda nas diversas instituições governamentais e não governamentais. As dificuldades encontradas para o devido acolhimento das situações vivenciadas faz com que essa rota se torne crítica.

A autora ressalta que a inadequação das respostas institucionais se converte em muros e labirintos, os quais aprisionam essas mulheres em um mundo de trâmites e procedimentos burocráticos, nos quais as mesmas se perdem ao longo do percurso em busca de ajuda. Nos dez países onde a pesquisa foi feita, as histórias das mulheres revelaram que há uma grande diferença entre o discurso da democracia formal e a realização da verdadeira justiça social para as pessoas afetadas pela violência. “Apesar do progresso nos últimos anos, ainda não existe garantia às mulheres ou acesso pleno aos seus direitos, fato que prejudica suas chances de vida e seu status como cidadãs” (Sagot, 2010, p. 7 tradução nossa).

Claudia Pedrosa & Mary Spink (2011), em um artigo sobre a formação médica e as dificuldades no atendimento à mulheres em situação de violência no âmbito dos serviços de saúde, apontam que a falta de preparo na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em uma atuação que esbarra em dificuldades para se trabalhar numa perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. O mesmo estudo revela que a prática médica “se insere em uma linha descontínua de cuidado em que a usuária é atendida por várias categorias profissionais desconectadas” (Pedrosa & Spink 2011, p. 128). Sugerem que o profissional, ao se deparar com esta demanda, seja facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias juntamente às usuárias, que contemplem e respeitem seu contexto social e singularidades, se aproximando dessas realidades para assim dar visibilidade aos conflitos, muitas vezes, escamoteados nas queixas verbais.

Conforme apontam Heloisa Hanada, Ana Flávia Schraiber e Lilia D'Oliveira (2010), existem muitos desafios aos profissionais que prestam assistência nos diversos serviços que fazem parte da rota percorrida pelas usuárias em busca de ajuda. Entre estes, encontra-se a falta de capacitação profissional na temática da violência de maneira a abranger sua complexidade levando-se em conta os aspectos sociais e não somente sintomas e lesões corporais. A banalização da violência por parte das usuárias e das instituições que compõem a rede, a precariedade estrutural, bem como as dificuldades e ambiguidades das mulheres em relatar e lidar com a situação de violência sofrida também são desafios. A autora considera que para a realização de um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial é preciso a construção de um projeto assistencial comum, compondo um diálogo entre as ações especializadas, realizadas e pretendidas nos diferentes setores. Tal quesito é necessário tanto no interior

dos serviços de referência quanto na rede de saúde. A autora propõe ainda que todos os profissionais envolvidos tenham conhecimento da complexidade e das delimitações do objeto de intervenção para se construir um “objeto integral compartilhado” (Hanada, Schraiber e D’Oliveira, 2010, p. 37). No caso aqui estudado, a construção do “objeto integral compartilhado” passaria pelo conhecimento e compreensão das equipes envolvidas acerca do campo da saúde mental, sobre a reforma psiquiátrica brasileira e as diretrizes da atenção psicossocial.

Neste sentido, estudos nos sinalizam a existência de muitos problemas para a concretização dos objetivos e princípios da reforma psiquiátrica no Brasil. Refletem sobre a necessidade de desconstrução da visão essencializada e psiquiatrizada da loucura ainda circunscrita à noção de doença mental. Convocam a necessidade de ampliação do conceito de saúde mental o qual deve necessariamente contemplar as condições concretas de vida dos sujeitos, para que se evite a institucionalização e a patologização do sofrimento e de experiências disruptivas (Dimenstein, Brito, Fernandes, Moraes e Severo, 2005). Observamos que a ampliação da noção de saúde mental é de vital importância para a atenção às mulheres com demandas em saúde mental que procuram a rede de assistência às mulheres.

A atualidade e relevância dos estudos acima abordados a respeito das práticas profissionais tanto na área da saúde quanto na rede de assistência às mulheres em situação de violência é inquestionável. Os estudos apontam dificuldades similares na questão da assistência às mulheres nos diferentes setores de atendimentos. É de extrema importância que as situações supracitadas ganhem visibilidade no cenário das políticas para mulheres e assim possam nos ajudar a instituir processos de cuidados mais integralizados às usuárias destes serviços. As diretrizes políticas atuais enfocam a necessidade de especializar, dividir os cuidados para dar conta da complexidade e heterogeneidade do universo e das problemáticas das mulheres. Segregar a clientela e criar mais serviços especializados podem relegar os problemas sociais/comunitários às especialidades biomédicas. Até quando as políticas em questão continuarão isoladas operando com práticas que recortam as pessoas em pequenas especialidades? Até quando a noção de transtornos mentais ou sofrimento mental será apartada da realidade vivida pelas pessoas usuárias destas políticas? O que não dizer de normativas legais anticonstitucionais que ainda imperam repercutindo em práticas que geram mais violência? É evidente que operar sob lógicas segregativas e manicomiais geram mais violência na vida destas mulheres.

Finalizamos lembrando que as mulheres que vivem em situação de violência na cidade de Natal/RN e que também necessitam de cuidados da rede de atenção psicossocial recorrem a um serviço que leva o nome de Centro de Referência “Mulher Cidadã”. Entretanto, os mínimos cuidados não têm sido garantidos para estas mulheres, restando o hospital psiquiátrico ou as ruas da cidade.

Referências

- Coletivo Leila Diniz (2011, noviembre). *A Realidade das Políticas Públicas do Estado do Rio Grande do Norte com Recorte de Gênero e Raça*. documento apresentado na Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres, Natal, Brasil.
- Dimenstein, Magda; Fernandes, Yalle; Brito, Monique; Severo, Ana & Moraes Clariana (2005). Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental*, 3(5), 33-42.
- Garcia-Moreno, Claudia; Heise, Lori; Jansen, Henrica; Ellsberg, Mary & Watts, Charlotte (2005). Violence Against Women. *Science*, 310(5752), pp. 1282-1283. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1121400>
- Hanada, Heloisa; D’Oliveira, Ana Flávia; Schraiber, Lilia (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 33-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100003>

- Heise, Lori & Garcia-Moreno, Claudia (2002). Intimate partner violence. In Etienne Krug, Linda Dahlberg, James Mercy, Anthony Zwi & Rafael Lozano (Org.), *World report on violence and health* (pp. 89-121). Geneva: World Health Organization.
- Lei Municipal n. 150, de 25 de novembro de 1997. (1997, 25 de novembro). Dispõe sobre “Somente poderão participar do programa de que trata esta Lei, sendo beneficiadas pela Casa Abrigo, as mulheres que não apresentarem problemas de saúde física ou mental que impeçam a sua convivência social ou grupal”.
- Ludermir, Ana; Schraiber, Lilia; D’Oliveira, Ana Flávia; França-Junior, Ivan & Jansen, Henrica (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66(4), 1008-1018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>
- Oliveira, Eliany (2007). *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral, CE: Edições UVA.
- Pedrosa, Claudia & Spink, Mary (2011). A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 20(1), 124-135. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>
- Sagot, Montserrat (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América latina (Estudios de caso de diez países)*. Organización panamericana de la salud programa mujer, salud y desarrollo. San José: Zeta Servicios Gráficos.
- Santos, Ana (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 177-182. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Secretaria da Mulher. (2011). *Relatório de Gestão* [Relatório de circulação restrita]. Natal: Autor.
- Secretaria de Política para as Mulheres, & Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. (2011). *Relatório Anual – 2011*. Brasília: Autor. Recuperado em 15 de setembro de 2011, de http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/07-fevereiro-relatorio-180
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (2008). *II Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília: Autor. Recuperado em 23 de novembro de 2008, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf
- Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social. Centro de Referência Mulher Cidadã. (2003). *Projeto – Centro de Referência “Mulher Cidadã”*. Natal: Autor.
- Schraiber, Lilia & D’Oliveira, Ana Flávia (2003). *Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: novas questões para o campo da saúde* [Cartilha]. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. Recuperado em 12 de agosto de 2011 de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/mulher/cartviol.pdf>
- Schraiber, Lilia; D’Oliveira, Ana Flávia; Hanada, Heloisa; Figueiredo, Wagner; Couto, Márcia; Kiss, Ligia... Pinho, Adriana (2003). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 41-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100004>
- Schraiber, Lilia; D’Oliveira, Ana Flávia & Couto, Márcia (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 205-216. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>
- Waiselfisz, Julio (2012). *Mapa da Violência 2012 – Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari. Recuperado em 20 de maio de 2012, de http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)