

# Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços

Mujeres, violencia y atención en salud mental: cuestiones para (re) pensar la acogida cotidiana de los servicios

Women, Violence and Mental Healthcare: Issues for (Re)thinking Reception in the Routine of Services

Laís Barreto Barbosa, Magda Dimenstein, Jáder Ferreira Leite\*

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09](https://doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09)

## Resumo

O objetivo do presente estudo foi conhecer o acolhimento e atenção direcionados às mulheres com demandas em saúde mental nos serviços especializados para o enfrentamento da violência contra as mulheres e na rede de atenção psicossocial e hospitalar no município de Natal/RN. Nestes equipamentos, investigou-se o acolhimento e procedimentos oferecidos às usuárias em situação de violência, por meio de entrevistas individuais com roteiros semiestruturados direcionadas aos profissionais de referência. As entrevistas foram analisadas a partir do referencial teórico da Análise Institucional Francesa, utilizando-se o conceito-ferramenta “analisador” para interpretação dos dados. Os resultados da pesquisa revelaram dificuldades por parte das equipes no acolhimento destas usuárias, tanto nos serviços de enfrentamento à violência quanto nos serviços de saúde mental, resultando em internações psiquiátricas involuntárias e demais violências institucionais.

*Palavras-chave:* Violência de gênero contra as mulheres, saúde mental, políticas públicas para mulheres, gênero, rede de atenção psicossocial

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue conocer la acogida y atención prestada a las mujeres con demandas en salud mental en los servicios especializados para el afrontamiento de la violencia contra las mujeres y en la red de atención psicossocial y hospitalaria en el municipio de Natal (Rio Grande del Norte). En estos equipos, se investigó la acogida y procedimientos ofrecidos a las usuarias en situación de violencia, a través de entrevistas individuales con guiones semiestruturados entregados a los profesionales de referencia. Las entrevistas fueron analizadas a partir del referencial teórico del Análisis Institucional Francés, utilizándose el concepto-herramienta “analisador” para la interpretación de datos. Los resultados de la investigación revelaron dificultades por parte de los equipos en la acogida de estas usuarias, tanto en los servicios de enfrentamiento a la violencia como en los servicios de salud mental, resultando en internaciones psiquiátricas involuntarias y demás violencias institucionales.

\* Laís Barreto Barbosa, Universidade Portuguesa. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Magda Dimenstein, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Jáder Ferreira Leite, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Este trabalho foi apoiado por: CAPES

A correspondência relacionada com este artigo deve ser direcionada a Laís Barreto Barbosa. Av. José Seabra, 294. Cotovelo, Parnamirim/RN, CEP: 59161-033. Correio eletrônico: [lais.barreto08@gmail.com](mailto:lais.barreto08@gmail.com)

Para citar este artigo: Barbosa, B. L., Dimenstein, M., Leite, F. J. (2014). Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 309-320. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09](https://doi.org/10.12804/apl32.2.2014.09)

*Palabras clave:* Violencia de género contra las mujeres, salud mental, políticas públicas para mujeres, género, red de atención psicosocial

## Abstract

The aim of this study was to gain knowledge about the reception and the care for women with mental health demands by services specialized in addressing violence against women and by the psychosocial attention and hospital network of the municipality of Natal/RN. In these teams, reception and procedures offered to clients in a situation of violence were investigated, through individual semi-structured interviews with the involved professionals. The interviews were analyzed within the theoretical framework of French Institutional Analysis using the concept - tool “analyzer” to interpret the data. The survey results revealed difficulties by the staff in the reception of these users, both in dealing with violence and in mental health services, resulting in involuntary psychiatric hospitalizations and other institutional violence.

*Keywords:* Gender violence against women, mental health, public policies for women, gender, psychosocial care network

Este estudo visa contribuir para o campo de estudos sobre violência de gênero, mais especificamente a violência contra as mulheres, sua interface com a saúde mental e as respostas institucionais a esta demanda. Tal motivação desdobra-se no intuito de conhecer o acolhimento ofertado às mulheres com demandas em saúde mental que se encontram em situação de violência atendidas pelo Centro de Referência do município de Natal/RN, no nordeste do Brasil.

A partir do Centro de Referência, o estudo pretende desvelar os itinerários percorridos pelas mulheres nos serviços de saúde mental da cidade, afim de conhecer as práticas profissionais direcionadas às mulheres em situação de violência nestes dispositivos.

Na articulação interdisciplinar destes dois campos de estudo (violência de gênero contra mulheres e atenção à saúde mental), tecemos um recorte crítico acerca dos procedimentos dos diferentes

profissionais que participam da rota destas usuárias com demandas em saúde mental e que vivem em situações de violência. O artigo aqui apresentado refere-se a um recorte de pesquisa em nível de mestrado que buscou investigar as práticas dos diversos profissionais no atendimento a mulheres com transtornos mentais em situação de violência atendidas nas políticas municipais de enfrentamento à violência contra as mulheres e na rede de atenção à saúde/saúde mental. Neste sentido, delimitamos como nosso objetivo conhecer as práticas das equipes em relação ao acolhimento destes casos nestas duas redes de atenção.

O interesse e escolha pelo campo “Centro de Referência” na cidade de Natal /RN foi suscitado a partir da experiência de uma das autoras como coordenadora do mesmo no ano de 2010. Os problemas encontrados na atenção que este serviço oferecia às mulheres em situação de violência com transtornos mentais e/ou que tiveram passagem pela rede de serviços em saúde mental deram origem ao problema de pesquisa. Neste curto período de tempo, chamou-nos a atenção a difícil experiência vivenciada pela equipe técnica multidisciplinar ao se deparar com mulheres que demandavam atenção em saúde mental e, que, ao mesmo tempo, necessitavam de suporte psicossocial e jurídico para enfrentar a situação de violência que viviam.

Nestes casos, as equipes técnica e gestora encontravam-se em uma encruzilhada que, muitas vezes, resultava na total impossibilidade de acolhimento e acompanhamento destes casos, mais ainda, na internação em hospitais psiquiátricos da cidade. Consequentemente, estas mulheres que recorriam ao Centro de Referência para receber atendimento, acompanhamento psicossocial e jurídico e informações sobre a violência e suas tipologias eram dirigidas para outros serviços sem o devido acompanhamento. Desta maneira, a maioria daquelas usuárias não retornava ao serviço para a continuidade dos procedimentos para o enfrentamento da situação de violência.

A impossibilidade de acolhimento no serviço ratificava, desta forma, uma nova experiência de violação no exercício dos direitos das mesmas. O relato sobre a situação de violência era menosprezado, podendo ser entendido como sintomas de

transtornos mentais. Ou seja, dada a impossibilidade do devido cuidado e acompanhamento do Centro de Referência às situações supracitadas e sua difícil articulação com a rede substitutiva de saúde mental, o destino destas usuárias e seus familiares foi recorrer aos diversos serviços da rede de atenção psicossocial sem o devido monitoramento ou mesmo recorrer aos hospitais psiquiátricos. A partir dessa realidade, questionamos:

1. Os serviços previstos pelas políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres estão sensibilizados para escutar/identificar e acolher as mulheres com transtornos mentais?
2. Os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial têm acolhido as situações de violência em seu cotidiano?

### **Percurso metodológico**

A pesquisa de campo foi iniciada em um serviço de prevenção e enfrentamento à violência contra as mulheres da cidade de Natal/RN no ano de 2011. A partir do “Centro de Referência”, percorremos os itinerários identificados em uma pesquisa documental nas fichas de cadastro das usuárias do serviço entre os anos de 2009 e 2010. Foram selecionados dezenove casos de mulheres em situação de violência com transtornos mentais e/ou com passagem pela rede de atenção psicossocial. Na análise das fichas de cadastro, foram identificados dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Hospitais Psiquiátricos, uma Unidade Básica de Saúde e a Casa Abrigo. Cada instituição identificada recebeu, no mínimo, três visitas. Em cada uma foram entrevistados ao menos dois profissionais. Foram realizadas doze entrevistas somando os profissionais de todas as instituições visitadas. Nestes serviços, buscamos conhecer o acolhimento ofertado pelas equipes às mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental.

As entrevistas foram subsidiadas por roteiros semiestruturados direcionados aos profissionais e buscaram conhecer as formas de acolhimento às mulheres, os recursos e procedimentos utilizados nos próprios serviços. Todas as entrevistas foram

oficialmente consentidas, registradas em MP3, transcritas e posteriormente analisadas.

Os itinerários terapêuticos podem ser compreendidos como uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto a busca por ajuda na recuperação ou preservação da saúde, conformam e delinham os percursos que constroem uma determinada trajetória (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade & Cherchiglia, 2011). Gerhardt (2006) incorpora na compreensão dos itinerários terapêuticos a complexidade que envolve os processos de escolha e adesão a determinadas formas de tratamento, ressaltando em seu estudo a importância de se levar em conta o contexto no qual a pessoa está inserida, principalmente, no que tange à diversidade de possibilidades em termos de atenção à saúde para as populações.

Em contribuição às discussões sobre os itinerários terapêuticos, os autores Alves e Souza (1999) o consideram como um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento da aflição. É importante salientar que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, assim, por um lado o itinerário é uma experiência vivida, por outro sua interpretação é uma tentativa de ressignificar os atos fragmentados do passado. As usuárias em questão neste estudo buscaram o “tratamento de suas aflições” num primeiro momento em um Centro de Referência especializado em violência doméstica, porém, ao não encontrar tal cuidado foram buscar em outros serviços da rede de saúde mental a possibilidade de sanar tais “aflições”.

Trabalhamos orientadas por uma pesquisa-intervenção de orientação institucionalista. A pesquisa social, segundo o movimento institucionalista, é uma prática social e não um campo acadêmico separado daquilo que suscita a pesquisa e que produz a pesquisa. O desafio institucionalista seria desmontar as dicotomias sujeito-objeto, teoria-prática opondo-se a fronteiras rígidas das disciplinas, de seus métodos e objetos de pesquisa. A dimensão subjetiva do pesquisador e as interações com o campo são consideradas durante a produção de novos conhecimentos. Não há pretensão de neutralidade científica no ato da pesquisa interventiva.

Nesse contexto, abordar a instituição é também abrir-se para sua multideterminação, que se expressa em questões macropolíticas e micropolíticas, contextos históricos, inserções sociais, atravessamentos econômicos, culturais e outros. Destarte, a pesquisa intervenção institucionalista se configura como uma intervenção, comprometida em dar uma contribuição efetiva para a construção de uma sociedade mais digna. Analisando e atuando nas instituições os pesquisadores têm em comum a perseguição da complexidade, a postura crítica, o combate ao reducionismo, a busca da desnaturalização e uma grande preocupação com a transformação dos campos em que estão inseridos (Romagnoli, 2013). A noção de implicação pode ser entendida pela posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa, a busca pelo conhecimento crítico das instituições que o atravessam, as relações que estabelece com os sujeitos de sua investigação bem como os efeitos que as mesmas produzem em suas observações (Lorau, 1993). É preciso ressaltar que este estudo nasceu da implicação de uma das autoras enquanto coordenadora de um dos serviços abordados na pesquisa.

Na perspectiva institucionalista, a análise dos processos da pesquisa se faz por meio da assunção dos analisadores. Por analisadores entendem-se os acontecimentos que podem revelar as relações entre as lógicas instituídas e os processos instituintes. Os analisadores propiciam a explicitação do conflito e a evidencição dos poderes em jogo que podem surgir naturalmente ou serem produzidos artificialmente pelo pesquisador (Romagnoli, 2013).

A partir dos analisadores, buscamos conhecer e problematizar os modos de se produzir cuidados às mulheres com transtornos mentais em situação de violência na rede de atendimento envolvida no estudo. Interessa-nos discutir quais as dimensões instituídas para o acolhimento ou não acolhimento destas demandas nos serviços da rede de atenção psicossocial. É importante ressaltar que o termo e atitude profissional “acolhimento” é bastante caro a este tipo de serviço, uma vez que para que a situação de violência seja revelada aos profissionais é necessário que as usuárias sejam de fato acolhidas, inicialmente, na chegada ao Centro.

Nesse sentido, acolher é encontrar outra forma de lidar com o singular. Este contato pode ser a possibilidade de aprender algo novo (Santos & Santos, 2011). Este “algo novo” só pode ser apreendido caso as equipes possam de fato olhar para estas usuárias, dialogar e acolher uma demanda inicial que pode parecer estranha à clientela usual do serviço. O acolhimento pode também ser compreendido dentro de perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço. Daí se pode tomar a rede técnico assistencial como uma rede de conversações, como se cada nó desta rede assistencial fosse um encontro, um momento de conversa (Pinheiro & Mattos, 2003).

### **Violência contra as mulheres e saúde mental**

Durante séculos, as mulheres foram consideradas propensas ao desenvolvimento de transtornos mentais devido a sua natureza considerada biologicamente determinada, sem possibilidades de intermediação da cultura ou mesmo influenciada por uma cultura que produzia as características distintas de uma personalidade feminina. Em consequência disso, uma vasta gama de psicopatologias foi atribuída à natureza e biologia das mulheres, associando seus transtornos mentais às suas funções reprodutivas (Taft, 2003). Uma das primeiras teorias científicas que substituíram as explicações religiosas para a “loucura” das mulheres como mal ou posseção pelo diabo, foi a criação da histeria, derivada da palavra grega útero. Muitos médicos pensavam que a histeria era uma doença de “mulher” que se originava no útero. Considerado um pioneiro em seu campo, Charcot documentou e classificou os sintomas da histeria, que ele chamou de “grande neurose” (Herman, citado por Taft, 2003).

Ainda, segundo este estudo, tal fato teve uma influência prejudicial e duradoura sobre os diagnósticos de saúde mental das mulheres e na manutenção da crença em conhecer a verdade sobre elas e na prescrição do tratamento adequado, pois, outros fatores, tais como a violência sexual e aspectos sociais que poderiam ser as causas da sintomatologia da histeria não eram considerados. Assim, este autor argumenta que a psicanálise, a teoria

psicológica dominante do século XX, foi fundada na negação da realidade da vida concreta das mulheres. Nesta época, os parceiros do sexo masculino foram considerados como tendo pouca ou nenhuma relevância para o desencadeamento deste tipo de sofrimento, eles apenas tinham responsabilidade legal no cuidado da mulher. Essa situação foi legitimada pelos primeiros códigos legais ocidentais, nos quais as mulheres eram responsabilizadas e punidas caso seus parceiros as prejudicassem fisicamente ou sexualmente.

Da evolução crescente da psicologia como ciência, derivaram as teorias sobre o masoquismo feminino e outras insuficiências mentais inatas das mulheres. Estas “insuficiências” foram consideradas por muitos profissionais de saúde mental como as causas do abuso do parceiro íntimo. As mulheres que foram repetidamente prejudicadas eram e ainda podem ser pensadas por alguns profissionais de saúde como tendo psicologicamente a necessidade de abuso (Taft, 2003).

Em resumo, as teorias sobre os impactos da violência contra as mulheres para a saúde mental mudaram muito ao longo dos anos. Nos últimos séculos, as explicações passaram de uma biologia propensa aos transtornos mentais para uma personalidade feminina inadequada. Posteriormente, as teorias evoluíram para uma maior consciência da dinâmica nos relacionamentos íntimos e familiares e, com a ascensão do movimento feminista, passaram a valorizar o papel desempenhado pelo domínio patriarcal e o comportamento dos homens agressores ou criminosos dentro de casa. Estas últimas perspectivas destacaram o papel da socialização de gênero para mulheres e homens. Estudos atuais argumentam que este fenômeno deve ser entendido em um sentido mais abrangente, incluindo o impacto mais amplo de forças dentro da comunidade e da sociedade na produção das subjetividades femininas e masculinas (Taft, 2003). No entanto, (Dobash & Dobash, 1992), apontaram para a persistência de noções antigas coladas em novos rótulos da medicina psiquiátrica os quais, ainda hoje, sublinham a natureza e/ou psicologia feminina como propensas aos transtornos mentais.

Segundo Ludermir (2008), os transtornos mentais devem ser caracterizados por uma determinação

complexa que envolve a dimensão econômica, social e política que se expressa diferentemente nas classes sociais e nas relações de gênero. Segundo a autora, a violência tem um efeito devastador sobre a autoestima da mulher.

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 (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Estudos mostram ainda 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 um recente estudo de Santos (2009), no qual a autora questiona a “concepção reducionista e biologizante” na abordagem e atenção à saúde mental das mulheres. Em sua pesquisa realizada num Centro de Atenção Psicossocial, em um município do estado de São Paulo, verificou que o adoecimento psíquico feminino mantém estreita correlação com a violência contra as mulheres. Cabe indagar, se essas mulheres não tivessem se submetido a tais agressões elas teriam desenvolvido estes transtornos mentais severos?

A violência de gênero contra a mulher torna-se, portanto, um significativo problema social e de saúde pública, que atinge mulheres de todas as idades, de todos os ambientes culturais e de todas as classes sociais (Santos, 2009).

Rodriguez (2001), em uma perspectiva social crítica, argumenta que estamos habituados a separar as distintas partes de nosso ser e que este fato constitui uma herança do pensamento ocidental fundado sobre a base dos dualismos e dicotomias: mente-corpo, dentro-fora, razão-afetividade, dentre



outros. Para a autora, construir um olhar integral e complexo do humano requer uma revisão dos paradigmas que têm regido hegemonicamente os sistemas de pensamento e os discursos que têm produzido as “verdades” sobre o mundo. O paradigma biomédico hegemônico que tem orientado as práticas profissionais em matéria de saúde mental requer uma profunda revisão e a construção de novos enfoques que permitam outra compreensão e formas de intervenção adequadas às necessidades e demandas das mulheres (Rodríguez, 2001). Falar em saúde mental requer, assim, propostas interdisciplinares e integradoras das múltiplas dimensões em jogo. Faz-se necessário, desta maneira, pensar o campo de saúde mental das mulheres incorporando a relação que existe entre este e a produção histórica das mulheres enquanto sujeitos, tornando esta temática indissociável dos acontecimentos que perpassam a vida destas mulheres.

A seguir, abordaremos nosso percurso pelos itinerários das usuárias em busca de ajuda. Iniciamos com a apresentação do Centro de Referência, local de onde estas usuárias partiram. Nos itinerários buscamos conhecer os acontecimentos analisados que nos guiarão para a discussão em relação ao acolhimento destas mulheres durante os caminhos percorridos.

#### **Ponto de partida: Centro de Referência**

O Centro de Referência “Mulher Cidadã/RN” foi instituído no ano de 2004 e, atualmente, é gerido pela Secretaria Municipal da Mulher (SEMUL) inaugurada no ano de 2011. Segundo a normativa da política nacional, o Centro de Referência encontra-se no eixo da “Assistência”, compondo um dos serviços da rede de atendimento às mulheres em situação de violência: “a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres que compõem os eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres” (Secretaria da Mulher, 2011).

O Centro de Referência, 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. De acordo com seu projeto de criação em 2003, o CR 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).

Apesar da normativa supracitada, no Centro de Referência foram unânimes as respostas dos profissionais que sublinhavam a ausência de qualquer tipo de protocolo ou procedimentos mais específicos para as mulheres em situação de violência com transtornos mentais. Os cuidados para todas as usuárias que buscam ajuda no serviço são os mesmos: chegada, acolhimento, atendimento psicossocial, encaminhamentos internos para atendimentos focais nas áreas social, jurídica e psicológica e, quando necessário, encaminhamentos externos para outras redes de atenção sem monitoramento posterior. A equipe trabalha com a demanda exclusiva de situações de violência e a atenção à saúde mental fica a critério dos encaminhamentos externos.

Apesar do reconhecimento do grande número de mulheres com transtornos mentais que necessitam de serviços especializados para o atendimento das situações de violência contra a mulher, os profissionais consideram que o Centro de Referência tem muitas dificuldades em receber, identificar e acolher estes casos, bem como para articular e encaminhar essa usuária. Segundo a equipe, tal fato se dá em virtude de não haver uma política voltada para as mulheres vítimas de violência doméstica com transtornos mentais, seja como consequência da violência ou como inerente ao estado de saúde dela. Entendem, desta forma, que é preciso recorrer a um serviço mais especializado para o acolhimento destas usuárias. 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 dos seus direitos?

Desconhecem as diretrizes políticas de atenção psicossocial em vigor no país e não conseguem acessar os Centros de Atenção Psicossocial por uma questão de clientela delimitada para atendimento nestes serviços. Os atendimentos são divididos em especialidades profissionais e o psicólogo é o único profissional considerado apto e responsável para acolher estes casos. Chama-nos tristemente a atenção a frase “não é nossa demanda” vinda de um profissional do Centro, que acaba por revelar que este também delimita sua clientela a casos exclusivamente de violência doméstica.

O que se passa após saírem do Centro de Referência? Vamos conhecer os itinerários percorridos pelas usuárias, se estes dispositivos identificam a violência contra as mulheres e quais ações são empreendidas quando estes profissionais se deparam com suas demandas. Escolhemos, neste estudo, três analisadores os quais nos ajudarão a discutir e problematizar o que tem acontecido às mulheres que possuem necessidades de cuidados em saúde mental na perspectiva dos profissionais que participam dos itinerários percorridos pelas usuárias.

### Hospitais Psiquiátricos

**Analisador 1 – Mulheres em situação de violência são internadas.** Nos dois hospitais psiquiátricos visitados, as equipes alegaram que a problemática da violência contra as mulheres não era uma demanda comum no cotidiano dos serviços. Ressaltavam que essa questão raramente aparecia de forma expressa e que a fragilidade destas mulheres, independentemente de sua causa, era sanada no momento da internação: “Elas chegam tão fragilizadas e necessitadas de atenção que, ao serem internadas, elas se sentem seguras” (Profissional do hospital).

Em ambos os hospitais não existe um protocolo para abordagem do tema violência. As perguntas referentes ao universo psicossocial são feitas caso haja necessidade de internação ou estadia para observação. Em um deles, os profissionais ressaltaram que o hospital psiquiátrico “cuida” de aspectos mentais e que, primeiramente, há a necessidade de ficar até no máximo três dias em observação para que esse tipo de questão possa ser esmiuçada com a assistente social e psicóloga, mas isso não se faz em

um acolhimento. Este, por sua vez, é para analisar as funções mentais dos usuários. Apontam, ainda, que a violência tem relação com o abuso de drogas, desestruturação da família ou a uma genética favorável ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Tais situações só ficam expressas e podem ser abordadas quando a mulher já está internada e passa pelo atendimento psicológico:

“Aí é na internação onde se tem mais chances de aparecer, que se começa a investigar. Mas, se ela for internada é por causa do quanto isso a afetou psiquicamente. Não quer dizer que é um transtorno mental, mas de quanto ela é afetada, entendeu? Por exemplo, essa pessoa que estava batendo a cabeça na parede, não posso dizer pra ela “vai procurar outra referência pra ajudar a resolver isso com seu marido”. Às vezes, essa situação de explanar a violência é através do acolhimento com a psicologia depois da internação” (Profissional do hospital).

Evidencia-se a dificuldade em abordar a temática da violência na chegada das mulheres no hospital psiquiátrico, pois a equipe teme pela “desinternação”. A internação, segundo a equipe, é a única forma de procedimento e proteção para tais usuárias. Abordar o tema da violência é quase um tabu que geraria a saída destas mulheres do hospital psiquiátrico e assim, elas ficariam “desprotegidas”:

Porque se a gente fizer aquele cerco muito grande, isso acaba afastando e não consegue intervir. Porque a família vem e tira e a gente não pode impedir ela de tirar: Aí ao invés de a gente ajudar, acaba desprotegendo ela. Agindo assim com mais calma, a gente vai ouvindo, vai trazendo a família para um programa de orientação de uma forma sem abordar diretamente a violência, a gente consegue chegar com mais facilidade (Profissional do Hospital).

Nestas falas observamos que a internação, segundo a lógica dos profissionais, denota um “cuidado”, significando para os mesmos, a proteção das mulheres. Parece, neste sentido, que os profissionais têm uma ideia de que ao serem internadas há a possibilidade, a médio prazo, de tratar da questão da violência junto à usuária e família. Por

outro lado, ao individualizar o cuidado às mulheres, parece que seguimos acompanhando uma direção de pouco enfrentamento da questão da violência em sua dimensão mais ampla, na medida em que, mais uma vez, são as mulheres que ocupam os espaços de reclusão. Ao serem ameaçadas de morte, criam-se dispositivos institucionais de proteção em serviços anônimos como as Casas Abrigo e, no caso do hospital psiquiátrico, a internação. Assim, podemos questionar: que forma de “cuidado” é essa que se dá nestes espaços de reclusão?

### Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

**Analizador 2: CAPS atendem portadores(as) de transtornos mentais severos.** Nos Centros de Atenção Psicossocial, os profissionais entrevistados afirmaram que a violência contra as mulheres era um problema presente no cotidiano do serviço. Mesmo assim, ressaltaram que era um fenômeno muito difícil de se tornar manifesto. Não há protocolos nos CAPS que definam procedimentos para estes casos, tampouco que notifiquem as situações declaradas de violência contra as mulheres de maneira geral. Os CAPS trabalham com o acolhimento e depois com a triagem e a questão da violência poderia ser aprofundada somente depois do acolhimento:

Para essa questão da violência de fato não tem nada de instrumento dentro do acolhimento, a não ser que surja. Porque no acolhimento você faz uma escuta, entende que demanda a pessoa traz, um pouquinho da história da doença da pessoa, mas não tem uma coisa direcionada pra questão da violência. Quando surge a gente aprofunda na própria triagem. (Profissional do CAPS).

Observamos, segundo o trecho acima, que a equipe dos CAPS trabalha sob “demanda”, acolhendo aquilo que chega ao cotidiano do trabalho. Os CAPS, segundo a equipe, atendem exclusivamente os transtornos mais severos, pois são considerados como serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos para atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais severos que precisam de acompanhamento diário. Em relação a outras

questões que “às vezes nem são casos pra CAPS e a gente faz os encaminhamentos necessários” (Profissional do CAPS). Entendemos aqui que os atendimentos nos CAPS são direcionados a pessoas com um perfil delimitado previamente e, caso este perfil não seja identificado no momento da triagem, o serviço realiza encaminhamentos para outras redes de atenção. Ainda em resposta à questão da abordagem do tema da violência, o trecho a seguir torna mais claro o porquê desta temática não ser abordada no acolhimento: a violência é concebida como algo específico que vai de encontro a um olhar mais abrangente em relação à usuária:

A gente realmente não aborda esse tema porque a gente vê essa pessoa de uma forma muito mais abrangente, de maneira holística. Então a gente atua em relação ao que a gente vai entendendo e em relação àquilo que pode ser uma causa ou um sintoma ou ainda aquilo que no momento da vida dela não está bem. Damos esse suporte, de acolher, de comprometer e também oferecemos à família esse suporte. (Profissional do CAPS).

### Unidade Básica de Saúde

**Analizador 3: Atendimento psicológico clínico e individual como “acolhimento” das situações de violência.** Na Unidade Básica de Saúde, o acolhimento a mulheres em situação de violência, segundo os profissionais, ficava a critério dos atendimentos sociais e, naquele momento, não havia assistentes sociais para relatar se recebiam casos de violência. Segundo a equipe, não havia protocolo nem procedimento para abordar os casos de violência contra as mulheres. Declaravam também não receber muitas queixas neste sentido, afirmando que os casos de violência podiam ser melhor identificados por meio dos atendimentos psicológicos individuais infantis e familiares.

As dificuldades neste serviço em relação aos recursos humanos e materiais foram amplamente apontadas, fato que comprometia o funcionamento do mesmo no tocante ao atendimento ao público de forma geral. Chamou-nos a atenção a visão sobre a violência relatada por um entrevistado, principalmente no tocante às práticas possíveis nesta perspectiva. Abaixo, nos é apresentada uma



concepção individualizada e clínica na abordagem das situações de violência.

Logo que eu cheguei não tinha assistente social, faltava enfermeira, depois, então, foram ampliando a equipe, mas não havia um trabalho da rede mesmo. Alguns espontaneamente faziam. Como eu tenho uma formação mais clínica, então acabei não buscando ampliar isso, entendeu? Então meu trabalho aqui continuou clínico e individual, sem esses trabalhos com outros profissionais, multidisciplinar. (Profissional da UBS).

Tal concepção compreende a violência como algo privado, relativo ao relacionamento entre casais, concebida individualmente e culpabilizadora das mulheres que se encontram nesta condição:

Então, eu acredito que já existe um comprometimento aí antes de entrar na relação, durante e após todas essas agressões são mais prejudicadas. É de se questionar a escolha, não que elas tinham um comprometimento psíquico grave, mas que escolha é essa? Escolher estar numa relação como essa? Usando o discurso psicanalítico, mas, assim, que gozo é esse? O que a faz se manter numa relação destrutiva? (Profissional da UBS).

### Casa Abrigo

**Analizador 4: Mulheres com transtornos mentais necessitam de serviços especializados.** Na Casa Abrigo, assim como no Centro de Referência, os profissionais entrevistados foram questionados sobre procedimentos utilizados na chegada das usuárias com demandas em saúde mental. Segundo a equipe, há num primeiro momento uma entrevista na qual a usuária é questionada se já foi internada ou se usa medicações. Neste primeiro momento, é também informado às usuárias como funciona o serviço e elas assinam termo de responsabilidade concordando com as normas da Casa:

Neste primeiro acolhimento, é questionado se ela toma algum tipo de medicamento controlado e se ela já teve algum tipo de internação. Então, a gente imediatamente comunica a psicóloga para que ela possa ver isso mais de perto chamamos também um técnico de enfermagem até para que estes profissionais tomem as

devidas providências no âmbito da saúde. (Profissional da Casa Abrigo).

Os recursos utilizados, na própria Casa Abrigo, para as usuárias são os atendimentos individuais e em grupo nas áreas de psicologia, assistência social e jurídica. Oficinas de relaxamento, arte terapia, oficinas de arte e as oficinas temáticas nas áreas de saúde. Porém, o acolhimento supracitado, é passível de questionamentos tendo em vista que, segundo outros profissionais, a estadia destas usuárias é amplamente criticada perante a equipe e coordenação do serviço. Ao longo das entrevistas, os entrevistados assumem as dificuldades e até o rechaçamento para o acolhimento de usuárias com transtornos mentais ou com passagem pela rede de atenção psicossocial:

Eu não concordo dessas mulheres com este perfil ficarem numa casa abrigo. 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 às outras mulheres. (profissional da Casa Abrigo).

### Considerações finais

Como referido anteriormente, esse trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla 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 aqui discutir as respostas institucionais às usuárias em situação de violência com transtornos mentais e/ou passagem pela rede de atenção psicossocial nos itinerários percorridos pelas usuárias a partir do Centro de Referência.

A pesquisa realizada nos mostrou que no Centro de Referência do município de Natal/RN, os profissionais entrevistados encontram imensas dificuldades para o devido acolhimento às usuárias em questão. Sendo esta uma pesquisa-intervenção

institucionalista, podemos nos perguntar: o que desejamos instituir como processo de mudança nas dimensões instituídas evidenciadas pelos acontecimentos analisadores da pesquisa?

Os analisadores produzidos durante as entrevistas ressaltam as seguintes lógicas operantes nas práticas da equipe: concebem a necessidade de um atendimento especializado para a clientela, revelam ainda que a própria rede de atenção às mulheres ratifica tal lógica, refutando a acolhida das usuárias. Além disso, as dificuldades na articulação com a rede de atenção psicossocial corroboram para que esta se veja sem condições para o acolhimento e continuidade de cuidados. O analisador “Não é nossa demanda” acompanhou-nos durante os itinerários e ressoou durante todo o percurso. Ao revelar-se como lógica máxima cuja análise nos ajuda a problematizar o funcionamento dos serviços que fizeram parte desta pesquisa.

A impossibilidade de acolhimento das usuárias com demandas em saúde mental no Centro de Referência ratificava uma nova experiência de violação no exercício de direitos das mesmas. O incômodo para recebê-las e oferecer-lhes os devidos cuidados foi amplamente apontado pela equipe: o que se percebia nestes casos é que o relato sobre a situação de violência era menosprezado, com estrutura ausente que permitisse o real entendimento da situação relatada, ou seja, possivelmente sintomas de transtornos mentais. Por não poderem ser verificados, nem mesmo cronologicamente, estes relatos soavam para a equipe como indignos de crédito.

Os analisadores eleitos nas entrevistas também nos revelam as repercussões das diferentes formas de “não acolhimento” das demandas de saúde mental nos serviços de atenção às mulheres, bem como as consequências da invisibilidade das demandas de violência nos serviços de saúde mental.

Mostram-nos, assim, que estas situações nem chegam a ser visíveis pelas equipes entrevistadas nos serviços da rede hospitalar e na rede de atenção psicossocial. A invisibilidade gerava internações psiquiátricas para observação, desnecessárias, e tornava a noção de articulação de rede intersetorial como uma ação impossível de ser realizada. Afinal para que articular uma rede de atenção às mulheres em situação de violência se esta demanda

nem sequer é percebida pelos serviços de saúde mental, incluindo aí a rede de atenção psicossocial e a rede hospitalar. Há a necessidade de se instituir protocolos ou entrevistas mais direcionadas que contemplem a temática da violência. Assim como nos serviços de atenção a mulheres deve-se abordar a dimensão subjetiva, levando-se em consideração as interfaces entre viver situações violentas e os agravos para a saúde mental das usuárias. Afinal, se este é um tema tabu na vida de muitas mulheres, não deve sê-lo para os profissionais que lidam com uma clientela extremamente vulnerável.

A invisibilidade deste fenômeno é amplamente sublinhada nos estudos sobre a violência e a saúde das mulheres, tendo em vista as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao atenderem mulheres em situação de violência: “Apesar da alta magnitude, é rara a violência tornar-se visível. Quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente a situação” (Schraiber & D’Oliveira, 2003).

Neste sentido, é preciso alertar que entendemos que estas políticas são de fato especializadas em diferentes setores de atendimento e que a articulação da rede de atenção envolvida é fator crucial para que estas demandas sejam encaminhadas e tenham resolatividade. Porém, neste estudo, enfatizamos a necessidade destas se tornarem visíveis e, desta forma, passíveis de acolhimento. Tais demandas se colocam no “meio” das especialidades de cada serviço e se configuram como singulares e assim “indefinidas”, objeto de um campo intersetorial. Observamos que as usuárias em questão necessitam de ambos cuidados (e de muitos outros) e não podem ser simplesmente encaminhadas para outras redes de atenção sem acompanhamento e, principalmente, sem a garantia que retornem para a continuidade de cuidados no serviço de referência. Desta maneira, é mister que as situações de violência contra as mulheres comecem a ganhar visibilidade perante outros serviços, aqui especificamente falamos dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial.

Para tanto, vamos lembrar aquilo que não poderia ser esquecido pelas equipes que trabalham com o campo assistencial de maneira geral: a noção

de acolhimento. Segundo (Santos & Santos, 2011), o acolhimento deve ser uma diretriz operacional que visa atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, termo cunhado pelas diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os serviços de saúde tem a função essencial de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, comprometendo-se a resolver o problema de saúde da usuária.

De acordo com os analisadores, na rede de atenção às mulheres, as usuárias com transtornos mentais (ou com demandas em saúde mental), são compreendidas como uma clientela especial necessitando de atendimento especializado. Já na rede de atenção psicossocial as mulheres em situação de violência sofrem pela total invisibilidade das circunstâncias em que vivem. O não acolhimento é acompanhado e ratificado por práticas violentas: internação para posterior entrevista da história de vida das usuárias; clientela pré-definida nos Centros de Atenção Psicossocial; atendimento psicológico clínico na abordagem psicanalítica, a qual culpabiliza a usuária pela situação que vive. É necessário, desta maneira, ressuscitar a tecnologia do acolhimento nas políticas e dispositivos em questão neste estudo.

Conforme apontam (Hanada, Schraiber, & D'Oliveira, 2010), há muitos desafios aos profissionais que prestam assistência nos diversos serviços que fazem parte da rota percorrida por estas mulheres em busca de ajuda. Dentre 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 verificáveis a olho nu. A autora propõe 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 & D'Oliveira, 2010, p. 37). No caso aqui estudado, a construção do “objeto integral compartilhado” passaria pelo conhecimento e compreensão das equipes envolvidas no campo da violência contra as mulheres, saúde mental e diretrizes da atenção psicossocial.

Finalizamos ratificando que é necessário que estas políticas se façam conhecer e, para além do

mero conhecimento, é preciso que não reproduzam mais e mais violência na vida de suas usuárias por uma questão de atendimentos por demandas específicas.

## Referências

- Alves B. C. P., Souza, A. M. I. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In Rabelo, M. C. M., Alves B. C. P., Souza, A. M. I., *Experiência de doença e narrativa* (20. ed., pp. 125-138). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1992). The therapeutic society constructs battered women and violent men. In R. E. Dobash & R. P. Dobash (Eds.), *Women, Violence, and Social Change* (pp. 362). London: Routledge.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Caderno de Saúde Pública*, 11(22), 2449-2463.
- Hanada, H., Schraiber, L. B., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 33-59.
- Lorau, R. L. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2003). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco.
- Rodriguez, A. C. A. (2001). Salud mental de las mujeres: Avances y desafíos. Red de salud de las mujeres latino-americanas y del Caribe. *Cuadernos Mujer Salud*, 6, 13-15.
- Romagnoli, R. C. (No prelo). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*.
- Santos, I. M. V., & Santos, A. M. (2011). Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista Salud Pública*, 13(4), 703-716.

Schraiber, L. B., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2003). 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.

Secretaria da Mulher. (2011). *Relatório de Gestão [Relatório de circulação restrita]*. Natal.

Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social. (2003). Projeto – Centro de Referência “Mulher Cidadã”. Natal: Centro de Referência Mulher Cidadã.

Taft, A. (2003). Promoting Women’s Mental Health: The challenges of intimate/domestic violence against women. *Australian Domestic & Family Violence*, 8, 1-24.

**Recebido em: 5 de setembro de 2013**  
**Recebido em: 5 de fevereiro de 2014**