

## Gênero, violência e saúde mental: relato de experiência no sertão pernambucano

Kalline Flávia Silva de Lira  ★

Autarquia Educacional do Araripe, Araripina, PE, Brasil

### Resumo

*Este artigo apresenta a experiência de um grupo com mulheres realizada num serviço de saúde mental localizado no sertão pernambucano. Através dos atendimentos psicológicos, percebeu-se o grande número de mulheres que relatavam histórico de violência familiar como antecedente do sofrimento mental. As violências relatadas são de diversos tipos, cometidas por vários atores, e tem como consequência os transtornos mentais que acometem essas mulheres, que por suas especificidades sociofamiliares, muitas vezes continuam no ciclo de violência. O grupo teve como objetivo discutir questões de gênero, violência, direitos humanos e saúde. Os encontros aconteceram uma vez por mês, durante o ano de 2015, com uma média de seis participantes por reunião. Como resultados, menciona-se o fortalecimento dos vínculos familiares e a resignificação dos sintomas. Acredita-se ser importante ampliar as ações, realizando experiências com grupos específicos como o apresentado, posto que medicar o sofrimento psíquico não trará resultados eficazes na quebra do ciclo de violência.*

*Palavras-chave: violência; mulheres; grupo de apoio; saúde mental.*

## Gender, violence and mental health: experience report in the Pernambuco hinterland

### Abstract

*This article presents the experience of a group with women performed in a mental health service located in the hinterland of Pernambuco. Through the anamneses and psychological consultations, the great number of women who reported a history of family violence as antecedent of the mental suffering was noticed. The reported violence is of several types and committed by divers actors. The consequence of this violence are the various types of mental disorders because due to their socio-family specificities, often continue in the cycle of violence. Some have a history of attempted suicide. The group aimed to discuss issues of gender, violence, human rights and health. The meetings took place once a month, during the year 2015, with an average of six participants per meeting. As a result, the strengthening of family ties and the redefinition of symptoms are mentioned. It is believed that it is important to expand actions, carrying out experiments with specific groups such as the one presented, since medicating psychic suffering will not bring effective results in breaking the cycle of violence.*

*Keywords: violence; women; support group; mental health.*

## Género, violencia y salud mental: informe de una experiencia en el interior de Pernambuco

### Resumen

*Este artículo presenta la experiencia de un grupo de mujeres internadas en un servicio de salud mental ubicado en el interior de Pernambuco. A través de la atención psicológica, se percibió la gran cantidad de mujeres que relataron antecedentes de violencia familiar como antecedente de sufrimiento psíquico. Las violencias denunciadas son de diversa índole, cometidas por diversos actores, y dan como resultado los trastornos mentales que afectan a estas mujeres, quienes, por sus especificidades sociofamiliares, muchas veces continúan en el ciclo de la violencia. El grupo tuvo como objetivo discutir temas de género, violencia, derechos humanos y salud. Las reuniones se realizaron una vez al mes durante 2015, con un promedio de seis participantes por reunión. Como resultado, se menciona el fortalecimiento de los lazos familiares y la redefinición de los síntomas. Se cree que es importante ampliar las acciones, realizando experimentos con grupos específicos como el presentado, ya que medicar el sufrimiento psíquico no traerá resultados efectivos para romper el ciclo de la violencia.*

*Palabras clave: violencia; mujer; grupo de apoyo; salud mental.*

### Introdução

A violência, de forma ampla, acontece no mundo todo. Por ser um fenômeno universal e humano, é um problema multifacetado, e nenhuma causa isolada pode

explicá-lo, porém manifesta-se em diferentes níveis – individual, social e comunitário – e é influenciado pelo ambiente externo.

Para Suárez e Bandeira (2002, p. 307), violência é “uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica por alguém com finalidade de submeter o corpo e a liberdade de outro, [...] aparece como tentativa de estender

\*Endereço para correspondência: Autarquia Educacional do Araripe, Centro Universitário. Avenida Florentino Alves Batista, s/n. Araripina, PE – Brasil. CEP: 56280-000. E-mail: [kalline\\_lira@hotmail.com](mailto:kalline_lira@hotmail.com)

Os dados completos da autora encontram-se ao final do artigo.



a própria vontade sobre a alteridade”. No entendimento das autoras, a violência surge como instrumento de submissão, de sujeição de uma pessoa a outra.

A violência é, portanto, tão antiga quanto à convivência entre as pessoas, e por isso encontramos diversas formas de violência em nossa sociedade. Muitos estudos e teorias foram desenvolvidos na busca pela compreensão da natureza da violência, suas origens e meios utilizados para atenuar, prevenir ou eliminá-la da convivência social.

Especificamente a violência contra as mulheres, entendida como violência de gênero, ainda é alarmante. O Brasil ocupa o preocupante 5º lugar no ranking dos países que mais cometem violência contra a mulher (WAISELFISZ, 2015). Ainda segundo a pesquisa, apesar de ser a via pública o local onde mais comumente acontecem homicídios de mulheres, a residência da vítima é local em 27,1% dos casos; e em 67,2% dos casos o agressor era parceiro, ex-parceiro ou parente imediato, o que demonstra a vulnerabilidade da mulher no âmbito de suas relações domésticas, afetivas e familiares. Sendo assim, a violência contra as mulheres não pode ser diluída nos casos gerais de violência. Afinal, quando a violência é perpetrada simplesmente pelo fato de a vítima ser mulher, há que se levar em consideração todo o contexto sócio-histórico-cultural no qual ela foi cometida.

Os dados do Ministério da Saúde, baseado em informações das Fichas de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas, entre 2011 e 2016, apontam que baixa escolaridade e condição socioeconômica precária podem contribuir para que as vítimas sejam dependentes financeiramente de seus parceiros (que muitas vezes são os agressores) e com isso fiquem menos dispostas a denunciá-los (CHAVES, 2019). No entanto, é importante ressaltar que a violência doméstica é um problema amplamente difundido em todas as classes sociais, porque envolve questões sociais e culturais que tendem a interpretar a mulher não como indivíduo, mas como uma propriedade, ou seja, o problema também tem a ver com o papel histórico atribuído à mulher na sociedade.

Além da questão da classe social, a cor também é fator importante para compreender a violência contra as mulheres. Os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontam para uma desigualdade significativa em relação à raça/cor das mulheres, com aumento de 4,5% na taxa de feminicídio entre as brancas e de 29,9% entre as negras (pretas e pardas). Considerando os números absolutos de violência letal contra as mulheres, o crescimento entre as mulheres brancas foi de 1,7%, com intenso contraste com o aumento de 60,5% para as mulheres negras no mesmo período analisado (IPEA, 2019).

Este artigo tem como objetivo apresentar uma experiência com grupo de mulheres em situação de violência na região do Sertão de Pernambuco. O grupo foi instituído em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I, após ser observado o grande número de mulheres atendidas que relatavam histórico de violência doméstica/intrafamiliar. Este estudo se justifica porque a região apresenta altos índices de violência contra as mulheres, e

porque as questões de saúde – incluindo a saúde mental – não estão dissociadas do fenômeno da violência. Assim, faz-se necessário analisar como a rede de saúde vem atuando no enfrentamento da violência contra as mulheres e como pode realizar um trabalho eficiente, principalmente frente às demandas de saúde mental.

### **Definindo a(s) violências(s) contra as mulheres**

Entendendo a violência como um tema múltiplo, de naturezas diversas, considera-se como objeto de estudo deste artigo uma forma particular, que é a violência contra as mulheres. O conceito de violência contra as mulheres é uma expressão criada pelo movimento social feminista, e faz referência, de modo geral, aos sofrimentos e agressões que estão tradicional e profundamente enraizados na vida social, percebidos como situações normais, quando dirigidos especificamente às mulheres pelo simples fato de serem mulheres (D’OLIVEIRA, 2000).

Ângulo-Tuesta (1997) aponta a dificuldade de definição do termo mais adequado para essa problemática, e destaca alguns vocábulos que podem ser utilizados: violência contra a mulher; violência intrafamiliar; violência conjugal; violência doméstica contra a mulher; e violência de gênero. Essa diversidade é resultado da inexistência de uma única denominação e deve-se à complexidade do fenômeno estudado, à sua amplitude e à sua operacionalização, já que, dependendo da área do conhecimento em que se percebe o problema, tem-se uma conceituação.

Segundo Ângulo-Tuesta (1997), alguns elementos são importantes para definir a violência contra as mulheres, como: a natureza ou tipo do ato (física, verbal, sexual, etc.); o caráter de definição do ato (forma de exercer poder, força ou coerção); o tipo de relação entre os envolvidos; e o contexto sociocultural em que ocorre a violência (atos socialmente legitimados e tolerados).

Para Celmer (2010), os termos “violência contra a mulher”, “violência doméstica”, “violência familiar” e “violência conjugal”, não são sinônimos, mesmo que diversas vezes sejam usados como tal. Ao concordar com essa posição, entende-se que a violência contra as mulheres não acontece necessariamente dentro de casa nem pelos vínculos familiares ou conjugais. Assim, a violência contra a mulher não é a mesma coisa, mas está contida na violência doméstica, familiar e conjugal.

A Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como “Lei Maria da Penha”, no artigo 5º, define violência doméstica ou familiar contra a mulher como toda ação ou omissão, baseada no gênero, que cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral e patrimonial, no âmbito da unidade doméstica, da família e em qualquer relação íntima de afeto, em que o agressor conviva ou tenha convivido com a agredida (BRASIL, 2006).

De acordo com a referida Lei, violência física é qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher, como tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, lesões por armas ou objetos, entre outros. A violência psicológica é qualquer conduta que venha a causar dano emocional e redução da autoestima, ou que possa prejudicar o pleno desenvolvimento ou vise

desmoralizar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões, através do uso de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e a autodeterminação (BRASIL, 2006).

Outro tipo de violência é a sexual, entendida como a conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força. A Lei Maria da Penha ainda tipifica a violência patrimonial como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos da vítima, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, inclusive aqueles destinados a satisfazer suas necessidades. Já a violência moral se configura na calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Importante ressaltar que o Brasil é signatário dos principais tratados e conferências internacionais que estabelecem marcos legais para o avanço dos direitos humanos e dos direitos das mulheres. Afinal, o Brasil além de ter assinado todos os documentos relativos ao reconhecimento e às proteções aos direitos humanos das mulheres, também apresenta um quadro legislativo bastante avançado no que se refere à igualdade de direitos entre homens e mulheres. No entanto, está muito claro que apenas a existência de leis não modifica o quadro de violência. É preciso avançar no efetivo cumprimento destas.

### **Violências contra as mulheres no âmbito da Saúde Pública**

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra as mulheres é devastadora e generalizada, e os dados revelam que uma em cada três mulheres já foi submetida à violência física ou sexual pelo parceiro, ou violência sexual por um não parceiro. A OMS ressalta, ainda, que a violência causa sérios problemas para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva a curto e a longo prazo, inclusive para os/as filhos/as (OPAS, 2021).

Desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) várias mudanças ocorreram na área da saúde, inclusive a entrada da violência na pauta de políticas públicas. Partindo do fato de que a violência afeta significativamente o processo saúde-doença das mulheres, podemos considerar o setor saúde como locus privilegiado para identificar, assistir e referir as mulheres em situação de violência.

Para Minayo e Souza (1998), a violência está vinculada ao âmbito da saúde, competindo aos/às profissionais da área prestar assistência às suas vítimas, sendo essencial expandir essa assistência, considerando os conceitos de promoção à saúde e de prevenção de agravos, ultrapassando o tradicional cuidado centrado nos danos físicos e emocionais da vítima.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi concebida como um pacto do Estado para a implementação de ações de saúde que colaborem para a garantia dos direitos humanos das mulheres

e para diminuir morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2009). Assim, busca-se também combater o julgamento moral, a culpabilização das mulheres pelas violências e discriminações que sofrem, além de garantir um cuidado efetivo a todas as mulheres, em suas diferentes especificidades e fases da vida.

Nos serviços de saúde os números da violência doméstica tendem a ser grandes, visto que as mulheres em situação de violência costumam usar esses serviços com maior frequência, sendo que de 25% a 50% das mulheres atendidas podem sofrer ou já ter sofrido violência física ou sexual cometida pelo parceiro (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003). No entanto, como alertam as autoras, raramente as mulheres revelam de forma espontânea a violência sofrida, seja por dificuldades pessoais ou por não confiarem nos serviços de saúde.

Assim, a abordagem da problemática da violência doméstica e sexual nos serviços de saúde requer técnica específica de conversa, além de conhecimento das referências existentes na região (jurídica, policial, social, psicológica, religiosa, cultural), para que o/a profissional tenha meios de apoiar a mulher a tomar a melhor decisão sobre seu caso.

A rede de atendimento às mulheres em situação de violência é dividida em quatro principais setores/áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social. Os serviços de saúde prestam assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência, oferecendo serviços e programas especializados no atendimento dos casos de violência doméstica e sexual, inclusive no que se refere à interrupção da gravidez em casos de estupro (BRASIL, 2011).

Compreende-se que a violência de gênero é permeada por vários aspectos: físicos, psicológicos e sexuais, sendo considerado um problema de saúde pública, que não deve apenas limitar-se às questões de conduta clínica, mas buscar medidas que promovam a saúde. No campo da saúde mental, algumas pesquisas começam a indicar uma articulação com as teorias de gênero, propondo que o sofrimento psíquico também é construído socialmente.

A violência tem efeitos significativos na saúde mental, como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade e transtornos por uso de álcool e drogas. Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2015) apontam que mulheres em situação de violência conjugal têm probabilidade duas vezes maior de ter depressão e quase duas vezes maior de ter transtornos por uso de álcool. Além disso, pode haver consequências como ansiedade, não conseguir trabalhar nem fazer outras obrigações e cogitar ou tentar suicídio (OPAS, 2015).

Pesquisas como a de Mozzambani et al. (2011) revelam que muitas mulheres em situação de violência doméstica manifestam uma série de transtornos mentais. No referido estudo, 76% das mulheres apresentaram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 89% tinham transtorno depressivo e 94% transtorno de ansiedade. A pesquisa também mostrou que mais da metade das

mulheres tinham história de experiências traumáticas na infância, ou seja, sofreram maus-tratos ou presenciaram violência em casa.

Outro estudo analisou o sofrimento psíquico de homens e mulheres em um hospital psiquiátrico, e evidenciou que as mulheres tinham mais queixas amorosas e relacionais, enquanto a dos homens refletiam questões sexuais e laborais (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011).

Zanello e Silva (2012) realizaram uma pesquisa em que analisaram os prontuários de pacientes de dois serviços de saúde mental do Distrito Federal. A análise mostrou a diferença na incidência de sintomas entre os gêneros. Se nas mulheres 25% apresentavam choro incontrolado e imotivado, para os homens foram apenas 1,4%. Outros sintomas de prevalência feminina foram insônia, ansiedade, tristeza e dor. Nos homens destacaram-se agressividade, agitação psicomotora, ideação suicida e alcoolismo.

Fica claro que os valores de gênero são evidenciados no campo da saúde mental. Conforme destaca Zanello (2014), é importante questionar a prática no campo da saúde mental, que termina coisificando a “doença” e reduzindo o sujeito à questão biológica, e passar a realizar uma análise das relações de gênero, que pode propiciar uma ampliação dos debates, pois destaca aspectos gerados da experiência do sofrimento psíquico.

Pode-se perceber que, no âmbito da saúde, é importante, antes de tudo, escutar, acolher e apoiar. O próprio reconhecimento da legitimidade do sofrimento e do abuso de que a mulher foi ou é vítima já denota a abertura de um caminho de suporte, que pode representar toda a diferença na vida das pessoas em situação de violência (BRASIL, 2010). Assim, o/a profissional de saúde deve romper com o enfoque medicalizante e biologicista hegemônico e adotar definitivamente a integralidade e a humanização na assistência.

### **A mulher no sertão de Pernambuco**

O conceito de gênero, inicialmente pensado na diferença sexual entre homens e mulheres, foi sendo reformulado ao passar do tempo. Lauretis (1994) argumenta a necessidade de separar gênero de diferença sexual, e, partindo de uma visão foucaultiana, passar a conceber gênero como produto de várias tecnologias, como um dispositivo. Para a autora, os gêneros são produzidos por uma tecnologia, uma maquinaria de produção, que criam as categorias homem e mulher para todas as pessoas, através de discursos apoiados em instituições como a família e a escola, entre outras.

Na considerada terceira onda do feminismo, Butler (2012) argumenta que o gênero não é apenas uma construção social a partir da diferença sexual, mas a própria diferença sexual é uma construção de gênero. Para a autora, gênero é uma performance que, através da repetição estilizada dos atos, vai se cristalizando, construindo uma ideia histórica do ser “mulher” ou “homem”.

No estudo realizado por Zanello e Romero (2012), as categorias valorizadas nas performances das mulheres são de três ordens: renúncia sexual, traços de caráter rela-

cional e beleza estética. Para os homens, são valorizadas as performances de virilidade sexual e laborativa (ser o “provedor” da família).

Interesse notar que, se geralmente as mulheres são idealmente representadas como recatadas, delicadas e bonitas, quando se trata da mulher do Nordeste/sertão, uma série de adjetivos opostos é trazida à tona, e quase sempre apresentam uma mulher masculinizada ou que remete a um estereótipo: matuta, caipira, beata, cafona, e outras qualidades vinculadas à incivilização que lhe são frequentemente impostas. Os discursos preconceituosos acabam naturalizando os papéis de gênero, reafirmando a mulher do sertão como feia, muito séria e considerada boa para trabalhar (ALBUQUERQUE JR., 2003).

Essa identidade feminina nordestina foi construída em relação ao homem nordestino, idealmente pensando como destemido, forte e resistente ao clima árido que assola o sertão, o que o tornou um símbolo de homem viril, macho e corajoso (ALBUQUERQUE JR., 2003). Assim, a identidade da mulher também foi sendo construída em relação à masculina, e, igualmente em decorrência das condições de sua região, passou a ser masculinizada, ou seja, a mulher tinha que ser “macho” para sobreviver aos obstáculos.

A naturalização da mulher do sertão como masculinizada, com muitos/as filhos/as, castigada pela seca extrema, tem consequências em diversos âmbitos de sua vida. Na pesquisa realizada por Lira (2015) com mulheres em situação de violência doméstica no sertão de Pernambuco, ficou evidente que elas minimizam a violência que sofrem, pois acreditam que essa é a realidade de todas as mulheres da região. Além disso, pensam que mulheres em grandes cidades não suportariam as violações que elas sofrem. Ou seja, o “cabra macho” sertanejo tem sua mulher em “rédea curta”, cerceando tudo na vida dela: é ele quem decide se ela vai trabalhar, estudar, ter acesso aos serviços de saúde ou até mesmo dirigir um carro.

### **A experiência do Grupo com mulheres**

Esta experiência foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I num município do sertão de Pernambuco. O referido município fica a mais de 500 km do Recife, capital do estado. É um município de pequeno porte, com aproximadamente 30 mil habitantes, conforme o último censo do IBGE. A maioria da população vive na zona rural. O referido serviço de saúde mental foi aberto em outubro de 2010, e no ano de 2015 já havia um total de 173 usuários/as cadastrados/as participando ativamente de uma das três modalidades oferecidas.

A Portaria nº 336/2002 preconiza que, com uma equipe mínima, os CAPS tipo I devem atender no máximo 30 pacientes por dia (BRASIL, 2002). No entanto, às segundas-feiras, dia em que o município tinha mais movimento porque a população da zona rural ia ao centro da cidade por causa da feira de rua, o CAPS chegava a atender mais de 60 pessoas por dia.

Por causa desse intenso movimento, a segunda-feira foi o dia escolhido para ser realizado o Grupo com Mulheres. O grupo foi realizado uma vez por mês, durante o ano de 2015, totalizando dez encontros. Foram convidadas

para participar do grupo 25 mulheres atendidas no serviço em uma das três modalidades. A escolha das participantes se deu a partir da frequência de comparecimento ao serviço, bem como de seus diagnósticos, preferencialmente aquelas que possuíam maior condição de verbalização e racionalização. O número máximo de 25 mulheres foi definido pela capacidade total da sala de realização dos atendimentos em grupos. No entanto, a média de comparecimento foi de apenas seis mulheres por encontro.

Ressalta-se que, embora o maior percentual de usuários/as cadastrados/as no serviço seja de mulheres, a maioria presente nos atendimentos diários é de homens. Uma das explicações para as mulheres não poderem participar diariamente dos atendimentos é o fato de precisarem levar/buscar os/as filhos/as na escola, fazer a comida, arrumar a casa. Já fica explícito o gendramento das questões de saúde, pois a mulher, mesmo adoecida, continua sendo a cuidadora da família.

Para embasar a instituição de um Grupo com Mulheres em que a temática da violência seria abordada, inicialmente realizou-se uma análise dos prontuários dos/as usuários/as do serviço. Esta análise limitou-se àqueles/as que tinham vínculo com o serviço, visto que há um número muito maior de atendimentos realizados, mas cujos/as usuários/as, por diversas razões, não continuaram sendo acompanhados/as no CAPS.

Dos/as 173 participantes ativos/as no serviço, ou seja, que são assíduos/as e participam de alguma atividade no mínimo uma vez por semana, 108 são homens e 65 mulheres. O CAPS atende diariamente uma média de 35 usuários/as, também na maioria homens. No que se refere aos diagnósticos, nas mulheres prevalecem o de depressão (25%), transtornos de ansiedade (23%) e transtornos de personalidade (15%). Para os homens, psicose não orgânica não especificada (35%), transtornos devido ao uso de álcool ou outras drogas (33%) e esquizofrenia (20%).

Uma consulta aos prontuários constatou que, de um total de 65 mulheres que participavam ativamente do serviço, 56 (quase 87%) tinham sofrido alguma violência doméstica. O principal agressor era o marido/companheiro (atual ou ex), mas havia queixas contra pais e/ou mães. Apenas duas referiram violência praticada por desconhecido. Os tipos de violência sofrida foram os mais diversos: física, psicológica, sexual e moral, não sendo excludentes, visto que uma mulher podia ser submetida a mais de um tipo. Outro dado importante: das 65 mulheres, 21 já tinham tentado o suicídio, e 23 relatavam ter tido, em algum momento, pensamentos/idealizações suicidas.

O Grupo com Mulheres teve dez encontros realizados durante os meses de março a dezembro de 2015 e abordou diversos temas, como gênero, violência, direitos das mulheres, família/maternidade, saúde, trabalho, empoderamento. Os temas foram apresentados no primeiro encontro e foram pactuadas questões como sigilo, direitos e deveres, e a possível apresentação dos resultados de maneira científica, ou seja, em congressos, revistas, etc. Ressalta-se que as 25 mulheres convidadas participaram das reuniões com frequência diferenciada.

Ao se apresentarem trechos das falas durante a realização dos grupos, as mulheres serão identificadas como M1 até M25. Entende-se que, apesar da autorização prévia de uma possível apresentação científica da experiência, o sigilo é simultaneamente direito do/a paciente e dever do/a profissional. Para Gracia (2010), o sigilo é mais dever que direito, já que está determinado num compromisso de proteção que ultrapassa e dispensa o pedido do/a interessado/a, sendo devido por todos/as que tiverem acesso aos dados pessoais do paciente em razão de sua atividade profissional. Assim, decidiu-se pela permanência do anonimato das participantes e do município, já que existe apenas um serviço na cidade, sendo de fácil reconhecimento a partir de sua divulgação.

Foram utilizadas diversas estratégias para condução do grupo: textos, músicas, desenhos, pinturas e até bordados. Ao mesmo tempo em que era realizado algum trabalho manual, os temas foram debatidos de maneira mais leve, de forma que todas ficavam livres para tecer qualquer comentário.

Ao se abordar o tema gênero, refletiu-se sobre o papel da mulher na sociedade, o qual muitas pessoas associam, ainda hoje, com o de esposa e de mãe. Algumas mulheres participantes concordam com essa perspectiva:

Meu pai não queria que minha mãe trabalhasse pra criar os filhos. Eu achava bonito isso do meu pai. Eu acho bonito ficar em casa [...] (M10).

A mulher não pode fazer coisa errada [...] Trair o marido (M3).

Eu acho que a gente tem que trabalhar pra ajudar. Mas se meu marido tivesse condições de eu ficar em casa cuidando dos meus filhos, era meu sonho (M5).

Na proposição de Lauretis (1994), ao sermos interpelados/as pelas tecnologias de gênero, acabamos absorvendo determinados comportamentos e compreendendo-os como nossos, mesmo quando são impostos socialmente. M10 apresenta esse ideal de esposa e mãe tendo como referência a relação de seus pais. Já M3 ainda revela outro fator: a de que a mulher, para ser boa, não pode trair o marido. Essa dominação masculina é refletida até nas relações, em que para o homem é permitido ter várias mulheres, porque ele precisa provar sua masculinidade e virilidade (ZANELLO; ROMERO, 2012).

As questões de gênero acima apresentadas têm uma forte ligação com a questão do trabalho. Para assumir plenamente o papel de esposa e de mãe, parece que as mulheres não podem trabalhar fora de casa, como se uma atividade atrapalhasse a outra. Ou seja, a mulher até pode trabalhar porque precisa ajudar na economia da família, mas o ideal é que fique em casa. Mais uma vez, reafirma-se a imagem do homem como principal provedor do lar (ZANELLO; ROMERO, 2012). Por outro lado, no contexto sertanejo, principalmente o rural, é comum mulheres trabalharem na roça junto com o marido e os/as filhos/as. Conforme aponta Albuquerque Jr. (2003), a mulher do sertão é considerada boa para trabalhar, a que aguenta as adversidades do clima local. No entanto, a maioria das

mulheres participantes do grupo era da zona urbana, justamente pelas dificuldades de acesso ao serviço para as que residem na zona rural.

No que se refere às violências, muitas questões foram abordadas. Importante mencionar que, embora seja alto o índice de violência sexual perpetrada pelo esposo/companheiro – o que se verificou pela análise dos prontuários –, tal violência não foi expressa necessariamente pelas mulheres. Essas, de modo geral, referiam-se a uma “quebra de dieta”, ou seja, após dar à luz, as mulheres deveriam passar um tempo sem ter relações sexuais. No entanto, os maridos as forçavam ao ato. Assim, as mulheres não denominam esse ato como uma violência sexual, mas verbalizam o sofrimento por causa dele.

Fiquei assim depois que quebrei a dieta. Só acho que foi por causa disso (M3).

Tenho três filhos e nunca cumpri minha dieta [ficar o tempo prescrito pelo médico sem ter relações sexuais] direito. Era muito ruim. O bebê ali chorando [...] e eu chorava também (M7).

Uma das usuárias que relatou a violência cometida pelos pais teve seu filho primogênito posto para adoção sem o seu consentimento. Segundo M1, ela era muito nova quando engravidou, e seus pais acharam que ela não teria condições de cuidar do filho, por isso o tiraram dela. M1 teve mais três filhas – essas estão com ela –, mas a sua relação com a maternidade é muito confusa. Pode-se inferir que ela ainda não elaborou o luto de “perder” o primeiro filho, e isso termina refletindo nos seus sintomas psíquicos e na dificuldade em exercer a maternidade como gostaria. Os/as filhos/as muitas vezes também são usados/as como justificativa para a permanência no ciclo de violência:

A gente aguenta muita coisa por causa dos filhos. Só de viver ali, do lado dos meus filhos, fazia eu viver ali por causa disso... (M4)

Ele não vai deixar eu levar meu filho. Então eu fico, né? (M12).

A pressão social que exige que a mulher seja uma mãe perfeita pode aprisioná-la numa situação de violência. Por isso, mesmo quando adocida, a mulher precisa manter seu papel de esposa e de mãe, principalmente para os outros membros da família, bem como para a sociedade em geral. A sensação de não conseguir cumprir de forma satisfatória o papel de mãe imposto pela sociedade já é por si só um motivo de sofrimento para muitas mulheres. Mas algumas apresentam imensa dificuldade em admitir a situação de violência em que estão. M17 é um desses casos. A equipe do CAPS já atuou em diversas situações a seu favor, inclusive quando ela chegou ao serviço ensanguentada e foi encaminhada para delegacia. Ao resgatar esse episódio, ela diz: “Foi só dessa vez [que ele me bateu]. Porque eu também peguei o capacete pra lascar a cabeça dele! [Enfática]. [Ele tinha bebido]. Se tivesse bom... ele não faz nada comigo, não! (M17).

Chama a atenção o fato de que M17 culpa a si mesma pela agressão sofrida – ou seja, ela batera nele, e por isso ele bateu nela. Além do mais, aponta a embriaguez do

marido como justificativa da agressão sofrida. De fato, o marido de M17 passou a ser acompanhado pela equipe do CAPS, inclusive participando do grupo de família, em que as questões de bebida e violência foram refletidas. Infelizmente, até o final do ano 2015, o ciclo de violência doméstica permanecia.

Quanto às violências psicológicas e/ou morais, essas tendem a ser minimizadas, mesmo quando verbalizadas. No entanto, o sofrimento psíquico como resultado desse tipo de violência também é enorme:

Ele nunca me bateu. Só diz que eu não sirvo pra nada... (M13).

Ele começou a me agredir com palavrão, começou a me desprezar. [...] É um sentimento de tristeza, de desprezo... Me sinto triste. Acho que ninguém merece ser tratada assim (M3).

A violência psicológica e/ou moral tem como principal consequência a depressão das mulheres, que passam a não se sentirem capazes de realizar as atividades cotidianas, além de sintomas de ansiedade por não alcançarem o padrão de esposa e de mãe imposto pela sociedade. A grande dificuldade refere-se ao fato de que muitas vezes essas mulheres procuram os serviços de saúde para tratar os sintomas, mas nem sempre conseguem verbalizar o antecedente de violência doméstica/familiar.

Nesse sentido, ao abordar as questões da saúde, ficou evidente que a mulher adocida ainda precisa ser cuidadora da família e do lar. Por isso, muitas vezes, coloca sua saúde em segundo plano, mesmo que, de forma geral, as mulheres procurem mais os atendimentos de saúde do que os homens. Nos casos em que há situação de violência, o marido/companheiro pode, inclusive, intervir no acesso aos serviços de saúde.

[...] também peguei doença venérea com ele. Foi muito difícil. E hoje tenho até nojo de me deitar com ele (M2).

Uma vez ele [companheiro] me bateu tanto, chutes, até pisou na minha cabeça. Fiquei toda roxa! [...] Não pude procurar médico, não procurava nada! (M4).

O imaginário social de que “o sertanejo é, antes de tudo, um forte”<sup>1</sup> também é estendido às mulheres. Dessa forma, entende-se que elas são fortes, inclusive, por resistirem à violência. Essa violência é cotidiana e perpassa questões já relatadas, como o não acesso aos serviços de saúde ou ao mercado de trabalho, e se ampliam para as violências psicológicas (como o impedimento de visitar família e amigas/as, diminuição da autoestima) e morais (como afirmar que a mulher é incompetente ou adúltera). As discussões realizadas no grupo corroboram os dados da pesquisa de Lira (2015), em que o homem sertanejo é considerado valente e utiliza da força (mesmo simbólica) para subjugar as mulheres.

Para Albuquerque Jr. (2003), no sertão o mundo masculino parecia se satisfazer em si, e as mulheres não necessitariam fazer parte dele. Ou seja, não apenas o mundo

<sup>1</sup>A frase está no livro *Os Sertões*, de Euclides da Cunha (2019, p. 51), e foi reproduzida à exaustão com o objetivo de exaltar a força do sertanejo; entretanto, quando se analisa melhor, é possível perceber que o autor quis reduzir a população à sua força em detrimento de outras características.

masculino estava fechado às mulheres, mas a própria região parecia excluir o feminino, já que a “mulher macho” seria uma exigência da natureza. O autor ressalta que precisam ser pensadas as multiplicidades subjetivas e outras formas possíveis de ser homem e mulher no sertão, para além do estereótipo do macho e de sua companheira submissa, no intuito de questionar a legitimidade social.

Diversas questões de saúde foram relatadas pelas mulheres: o excessivo aumento de peso, a necessidade de fazer fisioterapia após uma agressão física, a necessidade de acompanhamento psicológico, incluindo o uso de medicamentos psicotrópicos. Estes fatos confirmam a importância dos serviços de saúde na rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Minayo e Souza (1998) afirmam que os profissionais da saúde devem atuar na assistência e prevenção dos agravos físicos e psicológicos.

Constatou-se que a violência doméstica acarreta consequências significativas na vida das mulheres. Essas podem procurar serviços de saúde em razão das consequências físicas imediatas da agressão, mas é preciso que se esteja atento/a aos agravos psíquicos do ciclo de violência. Por ser uma questão ainda permeada de desigualdades resultantes da construção social de gênero, o fenômeno deve ser abordado de maneira sensível e generificada.

### Considerações finais

Diante do exposto, algumas considerações se fazem necessárias. A primeira questão é refletir sobre as condições socioeconômicas dessas mulheres. Tratando-se de um município do sertão nordestino, não é difícil mensurar que a maioria dessas mulheres é de baixa renda e tem pouca escolaridade. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, dentre os fatores associados ao risco de violência estão o baixo nível de escolaridade, exposição à violência na infância, uso de álcool e outras drogas, e problemas de saúde mental (OPAS, 2015).

É fundamental destacar que a questão socioeconômica não é a única explicação para a situação de violência em que as mulheres estão, posto que a violência acontece em todas as classes sociais; mas é um dos fatores que devem ser levados em consideração. Tem-se como exemplo a situação de M13, que sempre dizia que quando conseguisse seu BPC (Benefício de Prestação Continuada) iria embora da cidade. Soube-se que em 2016 isso se concretizou.

Outro fator importante é o sociocultural. A sociedade sertaneja não é diferente da brasileira de uma forma geral, e por isso tem seu alicerce no patriarcado. Assim, ainda são comuns discursos que cristalizam a mulher no papel daquela que nasceu para casar e ter filhos. Apesar de algumas saberem da existência da Lei Maria da Penha, acreditam que o sertão é diferente, que a ideia de casar e não poder separar é um pensamento ainda presente, como nos disse M5. A família também exerce um papel importante. Segundo M11, sua mãe dizia que ela não podia se separar só por causa de uns xingamentos. Mas, segundo palavras dela: “Palavrão não dói? Dói, sim!”.

O Grupo com Mulheres não teve o intuito de terminar os relacionamentos abusivos; a proposta foi refletir com essas mulheres sobre as dimensões de seus sofrimentos e o quanto as violências estavam imbrincadas nos sintomas apresentados. A principal proposta do grupo foi empoderar as mulheres dentro dos seus relacionamentos afetivos e familiares. A escuta dessas mulheres foi isenta de julgamentos, pois se entende que elas devem ser protagonistas de suas histórias.

Fica claro, portanto, que o campo da saúde mental é um locus privilegiado para as reflexões das consequências das violências contra as mulheres. Se, de forma geral, elas não procuram dispositivos de segurança pública ou justiça, a área da saúde termina atendendo todas, principalmente por serem serviços mais próximos da população. Cabe aos/as profissionais de saúde atentar para o não dito nos atendimentos, que muitas vezes escondem situações graves de violência.

Por fim, pensando que a área da saúde não está desvinculada das questões de gênero existentes na nossa sociedade, é preciso avançar nas reflexões sobre a medicalização e patologização das violências. A saúde, como porta principal de entrada na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, precisa compreender que muitos sintomas, inclusive os psíquicos, podem ser consequências das violências sofridas, principalmente dentro de casa. Afinal, apenas medicar o sofrimento psíquico não trará resultados eficazes na quebra do ciclo de violência.

### Informações sobre a autora:

 <https://orcid.org/0000-0002-2927-4748>

 <http://lattes.cnpq.br/4287081666253356>

Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2021); mestra em Direitos Humanos pela Universidade Federal de Pernambuco (2015) e graduada em Psicologia pela mesma instituição (2005). Tem experiência na área da Saúde Mental, Inclusão e Assistência Social (Proteção Social Básica e Proteção de Média Complexidade). Foi professora substituta da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina. É professora da Autarquia Educacional do Araripe (AEDA). Tem interesse nas áreas de representações sociais, violência, gênero, sexualidade, saúde mental e educação inclusiva, no viés dos Direitos Humanos.

### Como citar este artigo:

#### ABNT

LIRA, Kalline Flávia Silva de. Gênero, violência e saúde mental: relato de experiência no sertão pernambucano. *Fractal, Rev. Psicol.*, Niterói, v. 36, e10119, 2024. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2024/v36/10119>

#### APA

Lira, K. F. S. (2024). Gênero, violência e saúde mental: relato de experiência no sertão pernambucano. *Fractal, Rev. Psicol.*, 36, e10119. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2024/v36/10119>

### Copyright:

Copyright © 2024 Lira, K. F. S. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2024 Lira, K. F. S. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

### Editoras responsáveis pelo processo de avaliação:

Cláudia Castanheira de Figueiredo

### Referências

ALBUQUERQUE JR., Durval Muniz de. *Nordestino: uma invenção do falo – uma história do gênero masculino (Nordeste – 1920/1940)*. Maceió: Catavento, 2003.

ÂNGULO-TUESTA, Antonia de Jesús. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 1997. 151f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS para atendimento público em saúde mental. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Lei Maria da Penha. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Diário Oficial da União, seção 1, 2006. p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: 2011. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/hp/acervo/outras-referencias/copy2\\_of\\_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/hp/acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres). Acesso em: 19 abr. 2020.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CELMER, Elisa Girotti. Violências contra a mulher baseada no gênero, ou a tentativa de nomear o inominável. In: ALMEIDA, Maria da Graça Blaya (Org.). *A violência na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 72-88.

CHAVES, Léo Ramos. Faces da violência doméstica. *Pesquisa FAPESP*, edição 277, mar. 2019. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/faces-da-violencia-domestica/>. Acesso em: 22 abr. 2023.

CUNHA, Euclides. *Os sertões*. 4. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária*. 2000. 277 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GRACIA, Diego. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2010.

IPEA. *Atlas da Violência 2019*. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. Trad. Suzana Funck. In: HOLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

LIRA, Kalline Flávia Silva de. *Violência doméstica contra as mulheres: relações de gênero e de poder no Sertão Pernambucano*. 2015. 179 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, fev. 1998. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>

MOZZAMBANI, Adriana Cristine Fonseca et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 43-47, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000007>

OPAS. *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher*. Washington, EUA: OPAS, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28349/CD54-9-p.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 22 abr. 2023.

OPAS. *Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência*. Washington, EUA: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SCHRAIBER, Lília Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. 2. ed. São Paulo: USP, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Fundação Ford/CREMESP, 2003.

SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002, p. 295-320.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso, Instituto Sangari, 2015.

ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller (Org.). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas* [online], Florianópolis, v. 20, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>. Acesso em: 9 dez. 2017.

ZANELLO, Valeska; ROMERO, Ana Carolina. “Vagabundo” ou “vagabunda”? Xingamentos e relações de gênero. *Revista Labrys Estudos Feministas* [online], Florianópolis, v. 22, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys22/libre/valeskapt.htm>. Acesso em: 9 dez. 2017.

ZANELLO, Valeska; SILVA, Renê Marc Costa. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012.