

GRUPO DE MULHERES “MARIA BONITA”: FORTALECENDO VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM UM CAPS NA AMAZÔNIA.

JOSIE PEREIRA DA MOTA

Mestra em Planejamento do Desenvolvimento no Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (2012) NAEA/UFPA, especialização em Gestão em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Pará (2009) e graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (2003). Atualmente é psicóloga assistente efetiva do Governo do Estado do Pará e atua como preceptora e orientadora do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará e Hospitais Associados.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7081270070086257>
Correio eletrônico: josiepota@yahoo.com.br

RESUMO

O grupo de mulheres “Maria Bonita” acontece no CAPS Renascer em Belém-Pa, Amazônia, e tem como objetivo promover o fortalecimento emocional de mulheres vítimas de violência doméstica e que também são usuárias do serviço de saúde mental. O grupo é coordenado por uma psicóloga e conta atualmente com 10 usuárias. As estratégias utilizadas para alcançar os objetivos propostos são o favorecimento da expressão de sentimentos, ideias e afetos através de dinâmicas de grupos, da abordagem de temas diversos de interesses das mulheres e a realização de encaminhamentos para rede de acordo com as necessidades das usuárias. O grupo ocorre semanalmente, com a duração de 1h e 30 minutos. De acordo com as reflexões das usuárias que participam, da alta adesão percebida e das reflexões da profissional de saúde responsável, o Grupo de Mulheres “Maria Bonita” tem atingido seus objetivos e ajudado a promover saúde no sentido da integralidade buscada pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Grupo de Mulheres. Violência contra a Mulher. CAPS

GROUP OF WOMEN “MARIA BONITA”: STRENGTHENING VICTIMS OF VIOLENCE IN A CAPS in AMAZON

ABSTRACT

The "Maria Bonita" women's group is held at CAPS Renascer in Belém-Pa, Amazon, and aims to promote the emotional strengthening of women victims of domestical violence who are also users of the mental health service. The group is coordinated by a psychologist and currently has 09 users. The strategies used to achieve the proposed objectives are to promote the expression of feelings, ideas and affections through group dynamics, approaching different themes of women's interests and making referrals to the network according to the needs of the users. The group occurs weekly, lasting 1 hour and 30 minutes. According to the reflections of the participating users, the perceived high adherence and reflections of the responsible health professional, the "Maria Bonita" Women Group has achieved its objectives and helped to promote health in the sense of integrality sought by the Unified Health System.

Key-Words: Women's Group. Violence against Women. CAPS

APRESENTAÇÃO

O grupo de mulheres “Maria Bonita” teve início no Centro de Atenção Psicossocial Renascer, um Caps sob gestão da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará no mês de Agosto de 2016 e surgiu com o objetivo de promover o fortalecimento emocional de mulheres vítimas de violência doméstica que também são usuárias do serviço de saúde mental. Até onde se tem conhecimento este grupo é pioneiro no atendimento a este tipo de demanda em serviços do tipo Caps no Pará. O grupo é coordenado por uma psicóloga e conta atualmente com a frequência de 10 usuárias atualmente com boa adesão.

O grupo surgiu a partir da identificação de base empírica por parte da profissional de uma demanda crescente no Caps Renascer especialmente por atendimento psiquiátrico e psicológico por mulheres que haviam sofrido violência de vários tipos: psicológica, física, sexual, patrimonial etc.

Sobre as mulheres e a percepção da demanda foi observado ainda que nem sempre essas mulheres identificavam que haviam sido vítimas de violência e muitas vezes ao realizar o acolhimento das usuárias e a busca por uma compreensão de suas histórias de vida, a violência contra a mulher havia sido rotineira e até mesmo naturalizada.

A queixa que chegava e ainda chega aos serviços de saúde mental aparecia como “depressão”, “transtorno de pânico”, “transtorno bipolar” etc. e o entendimento da dinâmica pessoal e social que perpassam esses transtornos muitas vezes ficavam em segundo plano, a vida fica em segundo plano em detrimento do CID.

Foi a partir dessa inquietação e da necessidade de conhecer mais essa demanda, bem como intervir de imediato nesta realidade difícil que a proposta de um grupo de mulheres com a estratégia de oferecer um espaço de escuta, de apoio, orientações surgiu no âmbito do serviço de saúde mental.

O contexto político social vivido no país e na Amazônia em particular é de tensão, de crise política e econômica, resultante de um refluxo de um movimento neoliberal no Brasil, com a ascensão ao poder dos grupos políticos que atualmente governam o país. Segundo Mathis e Mathis, (2012) identifica-se no Brasil um aprofundamento das desigualdades sociais, econômicas, culturais e ambientais instituídas na Constituição de 1988, evidenciando-se assim a consolidação do processo de globalização neoliberal, com ações voltadas para a “estabilidade econômica” e focalização ou fim das políticas sociais.

A saúde mental não está fora deste contexto e as vidas das usuárias são atingidas por todas essas medidas, sendo a violência um aspecto a mais de todo esse quadro.

INTRODUÇÃO

Segundo Pedrosa e Zanello (2017) a violência contra as mulheres, de acordo com o conceito definido na (Convenção de Belém do Pará 1994), é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (artigo 1º). O tema, que possui dimensões assustadoras e traz impactos importantes para a sociedade, ganhou visibilidade a partir da década de 1990, sendo considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma questão de saúde pública.

É um problema tão sério e frequente que as autoras em questão ao realizarem uma revisão dos dados mundiais sobre violência contra as mulheres, realizada pela OMS em 2013, verificaram que 35% das mulheres no mundo já foram vítimas de violência física e/ou sexual. Em alguns países, esse número pode chegar a 70%. Com base nessa estatística, concluíram que três em cada grupo de cinco mulheres foram ou serão vítimas de violência.

A realidade brasileira segundo as autoras não é diferente. De acordo com o Mapa da fome, 2015, pesquisa realizada pela Flacso/BR, o Brasil passou da 7ª colocação (2012) nas taxas de feminicídio, em uma amostra de 84 países, para a 5ª colocação, em uma amostra de 83 países.

Ao se pensar essa questão da relação entre violência e saúde mental é preciso levar em consideração um contexto social mais amplo que produz e reproduz essas relações complexas,, ainda mais quando analisamos o contexto amazônico, riquíssimo em recursos naturais e extremamente complexos em termos de distribuição de renda ou de acesso às riquezas.

Em um estudo avaliativo sobre a política pública de saúde mental do estado do Pará Mota (2014) afirma que a América Latina e o Brasil, e obvio que a Amazônia sofreram o impacto do sistema de políticas sociais já citados por Mathis & Mathis (2012) e explica que haveria

- 1) a fragilização dos programas universais de saúde e educação;
- 2) a tendência a assistencialização da política;
- 3) a quebra da solidariedade dos regimes reformados;

No plano de valores seria registrada uma combinação de concepções universalistas e focalistas e no plano institucional seriam identificadas três orientações principais:

- 1) a descentralização na prestação de serviços;
- 2) o aumento relativo da participação social nos programas sociais;
- 3) ampliação das parcerias públicos-privadas.

A autora destaca que é interessante observar que apesar dos avanços constitucionais em termos de políticas sociais elas não se concretizam plenamente na prática sendo até hoje na prática alvo de um projeto neoliberal incorporado pelo governo brasileiro.

Saindo um pouco desta macro contextualização e retomando a discussão mais próxima da violência as autoras Pedrosa e Zanello (2017) realizaram um levantamento de 75 artigos, que faziam associação entre a violência contra as mulheres e transtornos mentais e o resultado foi que a exposição a situações de risco, como a violência contra as mulheres, tem sido fortemente associada a diversos problemas psiquiátricos. Dos artigos levantados, a experiência de violência foi associada a depressão (em 42 estudos), transtornos pós-traumáticos (em 14 estudos), ansiedade (em 16 estudos), suicídio e autoextermínio (em seis estudos) e problema psicológico (em 19 estudos). Este estudo demonstra a alta correlação que tem sido descrita pelos pesquisadores entre a violência e os transtornos mentais.

As autoras demonstram ainda que há um expressivo número de vítimas de violência doméstica que utilizam os serviços de saúde mental, tanto no Brasil quanto em outros países. Esses serviços possuem, assim, um papel importante na identificação, prevenção e encaminhamento da violência doméstica para serviços especializados.

Para que o atendimento dado às mulheres seja efetivo, é necessário que os profissionais de saúde que trabalham na atenção à saúde mental tenham conhecimentos e se sintam capacitados para atender a essa demanda. Estudos demonstram, entretanto, que os profissionais de saúde não são devidamente preparados para lidar com a violência contra as mulheres.

Segundo Oliveira e Jorge (2007) mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde. Em geral, apresentam “queixas vagas” e, muitas vezes, os exames não apontam resultados alterados. Por isso, é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional deve estar preparado para ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária. Junto a este atendimento, é preciso que se desenvolva a articulação dos serviços de saúde com outros, tais como casas-abrigo, delegacias da mulher e escolas, cabendo ao profissional de saúde

diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em situação de violência. Devemos ter claro o fato de que a viabilização dessas ações dependerá da preparação e habilidade dos profissionais de saúde, e estas nem sempre são as ideais.

Ainda segundo as autoras citadas a violência contra as mulheres adultas e jovens inclui a agressão física, sexual, psicológica e econômica. É conhecida como violência de gênero porque resulta, em parte, da condição subordinada ainda vivida pela mulher na sociedade. Muitas culturas mantêm crenças, normas e instituições sociais que legitimam e, portanto, perpetuam a violência contra a mulher. Em cerca de cinquenta pesquisas populacionais do mundo inteiro, de 10% a 50% das mulheres relatam terem sido espancadas ou maltratadas fisicamente, de alguma forma, por seus parceiros íntimos, em algum momento de suas vidas. Geralmente, as pesquisas definem como violência grave os atos físicos mais fortes do que tapas, empurrões ou lançamento de objetos contra a pessoa. Mas, a mensuração dos “atos” de violência não descreve inteiramente a frequente atmosfera de terror que permeia os relacionamentos abusivos.

Bourdieu, citado por Oliveira e Jorge (2007, pág.95) ao abordar a violência contra a mulher, destaca a dominação masculina como uma submissão paradoxal a resultar na violência simbólica, violência suave, insensível e invisível às suas próprias vítimas. A dominação masculina encontra, assim, reunidas todas as condições de seu pleno exercício. A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social que confere aos homens a melhor parte, bem como nos esquemas imanentes a todos os hábitos: moldados por tais condições, portanto, objetivamente concordes, eles funcionam como matrizes de percepções, dos pensamentos e das ações de todos os membros da sociedade, como transcendentais históricos que, sendo universalmente partilhados, impõem se a cada agente como transcendentais.

Em uma pesquisa sobre a “Violência de Gênero na Perspectiva da Saúde Mental” Rabelo e Araújo (2008) buscaram refletir sobre a violência de gênero e suas implicações na saúde mental, especialmente na saúde mental da mulher.

As autoras trazem em seu texto um importante estudo realizado por Saffioti (2004) que busca a compreensão sobre de que forma o gênero pode estar relacionadas com violência. Como seria possível falar que mulheres ainda sofrem algum dano, visto que hoje em dia fala-se em “Igualdade entre homens e mulheres”, ou mesmo, que “As mulheres já conquistaram novos espaços na sociedade”, e “Já não são mais como antigamente”? Exatamente neste

cenário de relativa igualdade, Saffioti (2004) conseguiu realizar uma pesquisa que descortinou novas perspectivas para se pensar as relações em sociedade, visto que pôs em questão a tão divulgada paz e igualdade entre os sexos.

Esta autora publicou o estudo nomeado como “Violência Doméstica: questão de polícia e de sociedade”. Nesta pesquisa foram entrevistadas 300 mulheres vítimas de violência doméstica apresentando os seguintes resultados:

- 70% das mulheres confirmaram ter sido vítima de algum tipo de violência (exceto violência sexual) por parte de seu parceiro;
- 53% delas já haviam sofrido algum tipo de ameaça física com armas por parte dos companheiros;
- 15% das mulheres apontaram as humilhações dentro de casa como sendo as “feridas na alma” mais difíceis de curar;
- 12% das entrevistadas relataram já ter sofrido violências verbais desrespeitosas e desqualificadoras no trabalho ou em casa;
- 11% já havia sofrido Lesão Corporal Dolosa;
- 9% passou pela situação de cárcere privado e teve que faltar ao trabalho;
- 8% foram ameaçadas com arma de fogo por parte do companheiro;
- 6% das entrevistadas foram forçadas a práticas sexuais que não lhes agradaram.

Tais dados formam o cenário de um lar não tão doce e pacífico como a maior parte das pessoas imagina como sendo o local onde um casal estabelece laços afetivos em comum acordo. Pelo contrário, aponta para uma relação afetiva transversalizada por situações de desrespeito e violência, onde o homem assume o posto de agressor e a mulher passa a ser vítima do ato agressivo.

Para Saffioti (2004) a violência de gênero aparece como uma forma de produção e reprodução das relações de poder. Esta violência expressa uma forma particular da violência global mediada pela ordem patriarcal e abrange também a violência contra crianças adolescentes. A autora reafirma que homem e mulher precisam de auxílio para transformar a relação de violência. Esta autora afirma que a violência de gênero é uma categoria mais geral para a descrição do fenômeno que também pode ocorrer entre homem contra homem ou mulher contra mulher, mas o mais difundido é homem contra mulher.

Um aspecto que merece ser destacado é que Saffioti (2004) destaca que a violência doméstica tem uma importante característica: a rotinização. A transformação do comportamento violento em um fenômeno quase que cotidiano contribui para que o casal construa uma relação de co-dependência, o que por fim, termina por promover a fixidez da

relação. Como a situação de violência ocorre no interior de uma relação afetiva a autora considera que haja a necessidade de intervenção externa para auxiliar o casal a reconfigurar a relação. Para ela, as formas de resistência encontradas pelas mulheres não podem ser caracterizadas como cumplicidade, pois só pode se avaliar o consentimento de alguém numa relação quando há igual poder entre ambos.

Ao partirmos para a discussão da interface entre violência de gênero e saúde Giffin (2002) afirma que a violência de gênero pode ser detectada através de uma observação mais acurada dentro do setor de saúde, porém percebe-se que em muitos estudos neste campo não há clareza nos dados para avaliar o adoecimento a partir das categorias: sexo, raça, classe sócio-econômica. Por outro lado, as análises recentes sobre as políticas de saúde no Brasil, têm questionado que as mesmas terminaram por reafirmar papéis sociais ao focar a atenção nos programas para saúde vinculados à saúde sexual feminina, maternidade e cuidados com a criança.

Ludemir (2008) citada por Rabelo e Araújo (2008) destaca que há problematizações importantes a serem feitas no campo da saúde mental que deveriam observar as categorias classe social e gênero como fontes de sofrimento. Ressalta que na maior parte das vezes os fatores sociais como escolaridade, emprego, renda e gênero têm sido invisibilizados tanto pelos serviços de saúde como pelos gestores do sistema na formulação das políticas públicas em saúde mental.

Uma importante contribuição deste texto de Ludemir (2008) foi selecionar estudos que examinaram diferentes indicadores sociais em sua relação com a saúde mental, destacando quatro áreas: *educação, emprego, renda e gênero*.

A autora discute que no Brasil a prevalência de transtornos mentais comuns entre mulheres trabalhadoras informais foi maior que entre mulheres desempregadas. O indicador *renda* é o mais estudado nacional e internacionalmente, porém os resultados são contraditórios sobre dificuldades financeiras a longo ou curto prazo na relação com os transtornos mentais. Há diferenças entre países desenvolvidos (desigualdade de renda nomeada como pobreza relativa) e países em desenvolvimento (pobreza absoluta). Com relação ao indicador *gênero*, os estudos avaliam que a desvalorização dos afazeres femininos como provocadores de maior desgaste e maior percepção de piora na saúde, tal fato leva à maior procura de mulheres pelos serviços de saúde; mostram também que as mudanças no mundo do *trabalho*, sobreposição dos papéis (dupla jornada de trabalho) também são provocadores de fadiga, estresse e sintomas psíquicos; muitos estudos demonstram a relação entre violência doméstica e transtornos mentais (para a Organização Mundial de Saúde é a

principal causa vinculada a gênero que provoca depressão); avalia-se que o sofrimento mental duradouro é o que mais provoca busca por consultas em saúde.

No Brasil, de acordo com Ferraz e Araújo (2004) há um imbrincamento de fatores onde a mulher sendo pobre, terá menos recursos e uma sobrecarga maior de trabalho em função do estereótipo de cuidadora, devendo ser mãe, esposa, dona de casa. Também terão piores condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Com todo este conjunto desfavorável as autoras afirmam que este grupo apresenta maior morbimortalidade por causas previsíveis que o grupo dos homens. Outra problemática discutida pelas autoras é que dentro do campo da saúde mental o modelo biomédico hegemônico, diminui a relevância de fatores econômicos e sociais nas condições de saúde da população.

Segundo Rabelo e Araújo (2008) mulheres são mais vitimizadas pela discriminação de gênero, são mais pobres, bem como sofrem mais fome e desnutrição, violência doméstica (humilhação, subordinação e depreciação), sexual e reprodutiva. Daí serem mais vulneráveis a transtornos psíquicos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Tais índices são mais altos entre pessoas que sofreram violência. “Há uma correlação positiva entre a gravidade e duração da exposição à violência e a gravidade do transtorno mental” (Ferraz & Araújo, 2004, p. 62). As autoras também salientam que mulheres vítimas de estupro e exploração sexual, mulheres que são obrigadas a manter relação sexual com parceiros, ou mesmo, serem expostas a constrangimentos quando se recusam a ter tais relações têm mais depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo e abuso de drogas e álcool. Existem diferenças nos diagnósticos para os mesmos sintomas entre homens e mulheres. Com mesmos sintomas é maior a probabilidade da mulher ser diagnosticada como depressiva ao invés do diagnóstico de abuso de álcool. Ser mulher é um importante preditor para a prescrição de drogas psicotrópicas.

Para mencionar mais exemplos da relação que alguns estudos estabelecem entre violência e doenças mentais cita-se o estudo de Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005) citados por Rabelo e Araújo (2008) que correlaciona a violência ao aparecimento de transtornos mentais. O estudo avaliou uma amostra de 100 (cem) mulheres que foram agredidas por seus parceiros e fizeram denúncia junto a Delegacia da Mulher do Ceará, e obteve como resultado: depressão (72%), sintomas de ansiedade e insônia (78%), ideação suicida (39%) e início do uso de medicação ansiolítica após as situações de agressão (24%).

Para Mendonça, Carvalho, Vieira e Adorno (2008) há uma estreita relação entre gênero, envelhecimento e aumento do consumo de ansiolíticos, favorecendo,

contraditoriamente, para que as relações de submissão sejam reeditadas quando as mulheres de classes populares envelhecem e encontram apenas no remédio a força para continuar vivendo. O estudo de Alves (2002) descreve como idosas caracterizam sua queixa como “nervoso” quando querem descrever o sofrimento por que passaram, e ainda passam, vivenciando diversas formas de violência e situações vinculadas à pobreza. A percepção sobre o sofrimento feminino deveria dar visibilidade às formas como o mesmo é apresentado aos profissionais da saúde evitando que uma nova violência seja cometida contra estas mulheres, quando profissionais elegem a queixa física e desconectam as situações sociais e culturais que a envolvem, negligenciando assim a violência de gênero presente no fenômeno.

Segundo Maluf (2010), o que ocorre é um processo de medicalização da vida e controle da experiência das mulheres. A psiquiatria, por meio do uso massificado de psicofármacos, passa a atuar como um dispositivo disciplinador, de controle ou de vigilância das mulheres. O que se busca é a supressão de sintomas e que as mulheres possam continuar exercendo os papéis sociais a elas atribuídos (Zanello, 2010; Zanello, 2014).

Segundo Rabelo e Araújo (2008) vários estudos nacionais reafirmam que o grupo de mulheres é o que tem o maior número de pessoas tratadas com benzodiazepínicos (Carlini et al, 2006; Carvalho & Dimesntein, 2004; Cruz et al, 2006; Ribeiro, Azevedo, Silva & Botega, 2007). O estudo de Carvalho e Dimenstein (2004) avaliou o discurso de mulheres usuárias de ansiolíticos, de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (UABS) da cidade de Natal, e perceberem que sete das dezessete entrevistadas utilizavam esta medicação por um período de doze a mais de vinte anos, sendo que a orientação para prescrição médica sempre foi de usar de 2 a 12 semanas com retirada gradual. A maioria das entrevistadas não fez referência a nenhuma outra forma de enfrentamento das situações de sofrimento a não ser o medicamento.

As autoras acima discutem como o modelo de atenção à saúde, oferecido atualmente, dá pouca importância à constituição da subjetividade de mulheres nos confrontos cotidianos, naturalizando a dor. Este estudo sugere que profissionais não devem pensar apenas em estratégias de retirada do ansiolítico, além disso, devem pensar na resignificação do uso dos mesmos, pois eles são vistos como o que dá força para estas mulheres lidarem com sua vida. E este significado de força termina por impedir a constituição de alternativas para lidar com o sofrimento.

Pedrosa e Zanello (2017) ao estudarem a invisibilidade da violência contra mulheres na saúde mental chegaram a conclusões interessantes como o fato de que a violência contra as mulheres foi relatada pelos profissionais de saúde como sendo recorrente dentre as usuárias do CAPS, como podemos ver na seguinte fala: “o nosso grande público no CAPS é de

maioria mulheres, né? E, basicamente, não sei, diria que 90%, assim, tem uma... uma situação de violência recorrente” (profissional da área psi). Ainda que haja a percepção da recorrência dessas situações de violência, em geral não há, no entanto, notificação nem encaminhamento para os serviços disponíveis na rede, só em casos bem graves, ainda que a violência tenha sido apontada por muitos profissionais como sendo fator de peso para a compreensão do adoecimento psíquico.

A (in)visibilidade do tema, dentre os profissionais, para as autoras acima é relacionada por um lado, a sua nítida percepção e, por outro, a uma omissão que acaba por invisibilizar a violência sofrida pelas usuárias e a subsumi-la em diagnósticos psiquiátricos. Isso se deve tanto pela não qualificação dos profissionais nessa temática quanto pela falta de busca dos instrumentos legais que poderiam embasar sua prática. A partir das entrevistas, foi possível observar que a atuação é baseada na intuição e no senso comum, não em conhecimentos teóricos e práticos. Dessa forma, destaca-se a importância de que os profissionais sejam treinados para trabalhar com esse conteúdo e que haja sua capacitação. É fundamental que o esforço para a aplicação das políticas públicas seja realizado por ambas as partes, tanto aqueles que propõem e fiscalizam as leis como os que estão no cotidiano do serviço propriamente dito.

Não foi objeto do presente relato de experiência adentrar na questão de como os profissionais estão recebendo esta demanda, mas é importante situar que tal debate é importante e atual para serviços de saúde mental.

É neste contexto de busca de compreensão do fenômeno violência contra as mulheres e esta demanda recebida no CAPS nem sempre claramente percebida pelas mulheres ou pelos profissionais que surgiu o interesse de intervir na realidade e de refletir sobre o fenômeno percebido empiricamente.

Mas é claro que de acordo com literatura, com a situação social, com todo o debate político sobre a “medicalização da vida”, com toda a falta de assistência e com ausência de políticas públicas voltadas para este público invisibilizado que o grupo Maria Bonita no Caps Renascer é parte de um todo, não distoia de uma realidade, apenas começa a tornar visível uma dor que não aparecia ou ficava disfarçada sobre o manto de algum transtorno.

Vamos a partir de agora conhecer o enquadre do grupo de mulheres “Maria Bonita”.

MÉTODO

O grupo de mulheres “Maria Bonita” acontece semanalmente no CAPS Renascer e tem como objetivo promover o fortalecimento emocional de mulheres vítimas de violência

doméstica que também são usuárias do serviço de saúde mental. O grupo é coordenado por uma psicóloga e conta atualmente com 10 usuárias. Até onde se tem conhecimento um trabalho com este formato é inédito no âmbito da saúde mental no Pará.

É importante destacar que ainda que exista a clara percepção da necessidade da realização de pesquisas científicas sobre este assunto, no momento o que é trazido no presente texto é um incipiente relato de experiências e portanto, não contamos ainda com aspectos importantes e formais como aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa até porque o que houve não foi uma pesquisa, mas apenas um relato envolvendo uma atividade de um serviço de saúde. A seu tempo, espera-se que seja possível pesquisar com os devidos protocolos este tema tão novo e tão desafiador.

As estratégias utilizadas para alcançar os objetivos propostos no grupo são o favorecimento da expressão de sentimentos, ideias e afetos através de dinâmicas de grupos, da abordagem de temas diversos de interesses das mulheres, da realização de encaminhamentos para rede de acordo com as necessidades das usuárias e da compreensão de cada participante e do grupo como um todo da dimensão coletiva da luta por igualdade de condições na sociedade e da busca por direitos para as mulheres.



Figura 1. Mulheres expressando através da arte suas histórias de vida

Trata-se portanto de um “grupo de apoio”. Segundo Guanaes e Japur (2001) esses grupos são caracterizados pela postulação de objetivos realistas e específicos; por uma

relativa homogeneidade entre seus participantes, sobretudo quanto a diagnósticos clínicos ou situações interpessoais similares; por posturas mais ativas por parte de seu coordenador, por meio do oferecimento de conselhos, sugestões e apoio. Assim, caracterizam-se pela função de ajudar as pessoas a lidar com estresses relacionados a situações emocionais ou crises.

As estratégias utilizadas para alcançar os objetivos propostos funcionam em dois âmbitos interligados intrinsicamente: 1) *terapêutico*: através do favorecimento da expressão de sentimentos, ideias e afetos através de dinâmicas de grupos, da abordagem de temas diversos de interesses das mulheres e a realização de encaminhamentos para rede de acordo com as necessidades das usuárias e 2) *político*: através participação em debates sobre feminismo, sobre a luta da mulher, pautas específicas trazidas pelas usuárias ou atos políticos dentro e fora do espaço institucional onde se busca a participação social, empoderamento sobre a condição feminina e construção de um protagonismo sobre a própria vida e sobre as demandas individuais e coletivas.

Deste modo o Grupo “Maria Bonita” é um grupo que se reivindica feminista, no sentido defendido por Santos *et al* (2017) quando afirma que o feminismo possui um caráter crítico e emancipatório e se construiu a partir da experiência de opressão e discriminação das mulheres e do desejo de relações sociais emancipatórias, livres de dominação, discriminação e exclusão. Esse movimento visa à problematização dos eixos de opressão que marcam as sociedades ocidentais, contribuindo para a construção de relações de maior igualdade,

O grupo ocorre semanalmente, às 8h e 30min da manhã de segunda-feira com a duração de 1h e 30 minutos mas eventualmente elas podem se encontrar em eventos externos discutindo feminismo em coletivos de mulheres ou atos públicos como o ocorrido em 8 de Março de 2017, Dia Internacional da Mulher quando as usuárias do grupo Maria Bonita não apenas participaram do ato político mas também fizeram parte da organização quando se integraram em uma Frente Feminista Unificada que conduziu o ato.

Para além desta importante experiência e intervenção política externa o grupo realizou internamente no serviço de saúde discussões sobre o significado do Dia das Mulheres durante todo o mês de Março de 2017 e ao final conduziu uma assembléia de usuários, trabalhadores e gestores do serviço com o tema: “Saúde Mental e Feminismo”. A assembleia foi um importante espaço de compartilhamento de conhecimentos, de aprendizado sobre democracia, sobre ouvir opiniões diferentes, sobre defender suas ideias também, enfim a experiência da assembléia foi fundamental para o estímulo ao protagonismos dessas mulheres inclusive posicionando-se politicamente sobre os problemas e as soluções do Caps Renascer e da rede de saúde mental.

Por demanda das próprias usuárias também foi organizada com sua participação a definição de pautas e demandas uma roda de conversa com uma médica ginecologista e obstetra convidada especificamente para falar sobre saúde da mulher. Foram abordados temas como métodos contraceptivos e planejamento familiar, interação medicamentosa entre psicotrópicos na gestação, amamentação ou não em caso de medicação e muitos outros temas. As dúvidas sobre o próprio corpo e dificuldades de lidar com o tema sexualidade vieram a tona e foram trabalhados com bom humor e envolvimento grupal.

As “Marias Bonitas” contam ainda com um grupo em um aplicativo de mensagens instantâneas para aquelas que desejam participar. O objetivo deste espaço é de compartilhamento de informações de interesse coletivo, divulgação de eventos, cursos, etc. Não é objetivo deste grupo de mensagens instantâneas trabalhar demandas individuais, pois estas são trabalhadas presencialmente.

E como as mulheres chegam ao grupo? as usuárias chegam encaminhadas por seus técnicos de referência, que são profissionais de saúde trabalhadores do Caps que elaboram e acompanham o Plano Terapêutico Singular de cada usuário do serviço. Assim, se alguma demanda for percebida por qualquer profissional do Caps, a usuária pode ser encaminhada para o Grupo “Maria Bonita”.

Ao se analisar ainda que preliminarmente os primeiros resultados vindos da experiência do grupo, observou-se resultados semelhantes aos apontados por Guanaes e Japur (2001) sobre grupos de apoio. Nesse trabalho foram percebido alguns fatores de maior valorização de outras formas de aprendizagem, derivadas da criação de um espaço de escuta e da possibilidade de livre expressão e exposição pessoal, o que gerou um padrão de funcionamento específico – em cada sessão, prevalecia a fala de um paciente e a participação mais esporádica dos demais, que se dava pelo oferecimento de sugestões e conselhos a esse paciente. Esses aspectos parecem relacionar-se ao modo como os participantes se apropriam de alguns conhecimentos, socialmente difundidos, sobre o modo como se estrutura a situação terapêutica nos modelos tradicionais; parecem conceber que o tratamento baseia-se em falar de si e de sentimentos, cabendo ao terapeuta o papel de escuta e de observação. Assim, segundo os padrões de relacionamento estabelecidos no grupo, o mesmo se aproximaria do modo de funcionamento dos grupos de longa duração.

Do mesmo modo a tomada de consciência de que a violência contra mulher não é apenas um fenômeno individual mas que é da ordem do coletivo traz a necessidade de que qualquer intervenção grupal leve em consideração essa dimensão política, que deve considerar o sexo mas também a raça, a classe social etc.

Ao se analisar este grupo na perspectiva psicológica Santos et al (2017) ajuda a entender que é a psicologia social que melhor acolherá as perspectivas de gênero e feministas. Tal receptividade possui explicações históricas relacionadas com o movimento da chamada *crise da psicologia social*, que marcará o debate da área principalmente nos anos 1970 e 1980. Sabemos que, nesse período, a psicologia social brasileira e latino-americana dedicou-se à construção de um corpo teórico, conceitual e metodológico próprios, se institucionalizaram, e toda a crítica realizada à psicologia social *standard* teve consequências importantes no campo *psi*. A importação a-crítica das teorias psicológicas oriundas dos Estados Unidos e Europa, as lógicas coloniais presentes na produção do conhecimento, a ênfase na perspectiva positivista e quantitativista nos estudos realizados, a prevalência do que se chamou de *reducionismo psicológico*, a distância das teorizações da psicologia social *standard* dos fortes problemas que marcavam a sociedade brasileira nesse momento e a necessidade de constituir um campo científico que tomasse a sociedade brasileira como ponto de partida para as análises em psicologia social, foram alguns dos pontos problematizados no momento da *crise*.

Assim, de fato, mesmo em outros contextos, as críticas feministas feitas com base na psicologia social se dirigiram à psicologia experimental, à psicologia das diferenças individuais e à psicologia cognitiva a partir de uma convicção: o caráter excludente injusto e inapropriado da produção em psicologia sobre as mulheres.

Santos et al (2017) ao discutirem a produção da psicologia relativa a questão de gênero consideram que reconhecer a pluralidade e localizar os referenciais e as perspectivas de gênero distintos que embasam as produções em psicologia social é um exercício indispensável, pois exige que, ao falar-se de gênero, deva-se contemplar uma definição complexa e multidimensional e que lance mão de termos explicativos quantos forem necessários. As lentes do gênero, se utilizadas nessa perspectiva complexa e multidimensional, reconhecendo-se os pontos de partida distintos que orientam os usos dessas mesmas lentes, contribuem com dois aspectos que consideramos fundamentais para o pensamento crítico: a contribuição para a desnaturalização das relações sociais - seja no campo da experiência individual, do corpo, das relações educacionais, comunitárias, da arte e cultura, do trabalho, da política e nos ajudam a analisar e problematizar a dinâmica entre público e privado constitutiva das sociedades modernas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vamos encerrar este texto lembrando que fazemos parte de um contexto mais amplo e tudo isto foi trabalhado no grupo, entender seu lugar no mundo e tomar atitudes. Assim sendo, vale destacar o balanço de Mota (2014) quando afirma que na América Latina quando se pensa em políticas como a de saúde mental, há um comprometimento muito grande provocado pela dependência econômica e financeira da região acrescido ao escasso desenvolvimento do mercado interno e frequentes fugas de capitais, sem contar que a redução da pobreza não representou o fim das desigualdades sociais e que o contexto atual de desemprego e precarização das relações de trabalho são desafios maiores para a sociedade. Termina afirmando que saúde é uma combinação complexa de fatores e que somente uma análise cuidadosa poderá gerar soluções. Eu acrescentaria que o grupo Maria Bonita é o tipo de dispositivo que contribui para a busca por soluções.

De acordo com as reflexões das usuárias que participam do grupo, da alta adesão percebida e da análises preliminares feitas tanto pela coordenadora do grupo como por seus pares técnicos de referência do serviço o Grupo de Mulheres “Maria Bonita” tem atingido seus objetivos e ajudado a promover saúde no sentido da integralidade buscada pelo Sistema Único de Saúde.

Obviamente este relato de experiência é uma primeira tentativa de pensar a experiência mais relacionada às teorias que podem dar suporte e por desconhecermos outras experiências semelhantes em Caps do estado ou município é que entendemos importante que o presente relato seja publicado, para divulgação, críticas e melhorias no sentido de atender à população, em especial às mulheres vítimas de violências diversas.

A responsabilidade da instituição de saúde de não apenas reconhecer a violência (que como se sabe nem sempre aparece claramente) mas de conseguir lidar com as demandas que se apresentam, realizar articulações em redes é uma responsabilidade decisiva para a mulher que chega muitas vezes destrozada e com ela uma família e até uma comunidade inteira.

Rabelo e Araújo (2008) afirmam que ao negligenciar estes fatores na atenção à saúde feminina, os profissionais da saúde envolvidos podem reproduzir relações e práticas de cuidado que impedem o grupo de mulheres em reconhecer as amarras vinculadas a gênero que tem desencadeado dor e adoecimento. Tal fato, da forma hegemônica como tem sido reproduzido torna-se então mais uma forma de violência a este grupo, pois ao não considerar, ou mesmo negar as especificidades vinculadas às iniquidades de gênero a instituição saúde também passa a ser autora de violência ao invisibilizá-la.

A discussão que hora propomos problematiza o caráter curativo das ações em saúde, predominantemente medicalizante, salientando a ineficácia das mesmas visto a não alteração do quadro de sofrimento psíquico e violência a que as mulheres são submetidas ainda nos dias atuais.

Segundo Oliveira e Jorge (2007) ao interpretarmos as consequências da violência, percebemos claramente serem diversos os efeitos nocivos para a saúde das mulheres que vivenciam a violência ao longo de suas vidas. Também fica evidente a incoerência das políticas públicas voltadas para essas vítimas, diante do contexto atual. São escassas as iniciativas de acolhimento e atenção a esse grupo de mulheres que sofrem algum tipo de violência. As autoras ressaltam, no entanto, que as consequências para a saúde mental parecem ter dimensões maiores na vida dessas mulheres. Ainda neste contexto, observamos que mulheres estão buscando mais frequentemente os serviços de saúde, embora nem sempre sejam atendidas em suas necessidades reais. Em geral, são mulheres poliqueixosas que vão aos serviços de saúde e não conseguem demonstrar e muitas vezes nem mesmo percebem os problemas que são determinantes de sinais e sintomas.

A discussão que se faz necessária é a que a interface da violência com a saúde é um desafio a ser enfrentado. Ainda Oliveira e Jorge (2007) afirmam que no entanto, o sofrimento da mulher em situação de violência ainda não é percebido como elemento que mereça intervenção dos profissionais da área da saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo. Neste último caso, a interpretação de doença pode ser acolhida, e a violência perde sentido e importância, tendendo a ser desconsiderada. Neste caso, esta queixa é desqualificada como social, ou psicológica, e não é acolhida pelo serviço de saúde que opera sob a racionalidade biomédica de intervenção, isto é, a doença como alteração anatomopatológica como o alvo da atuação profissional.

Para Schraiber e D'Oliveira (2001) a área da saúde, assim como a polícia, tem dificuldade em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas. Sem lugar definido ou reconhecido no âmbito das práticas que poderiam acolher demandas e necessidades relacionadas à violência de gênero, a violência experimentada pelas mulheres e seus efeitos na vida e na saúde não encontram canais de expressão ou comunicação, já que não possuem códigos, nomeações ou linguagem que lhes seriam próprias. Esse vivido não é reconhecido pelos profissionais, da mesma forma que não constitui demanda a ser acolhida pelos dois discursos competentes aqui tratados: o da lei e o da saúde.

A resolução do problema da violência doméstica e sexual, quando possível, não se dará no âmbito específico da saúde. Por isto é necessário que os serviços de saúde, ao

abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham a ela as opções disponíveis em termos de acolhimento e intervenção (Delegacia de Defesa da Mulher, apoio jurídico, suporte psicológico, casa abrigo, Organizações Não Governamentais etc...) e decidam, juntamente com ela, quais seriam as melhores estratégias para o seu caso, incluindo ativamente a mulher na responsabilidade pelo destino de sua vida

Oliveira e Jorge (2007) ainda ao discorrerem sobre como os serviços de saúde podem ajudar no enfrentamento dessa complexa demanda afirmam que as palavras e as ações dos profissionais de saúde podem influenciar decisivamente na escolha do caminho que a mulher decide seguir. O ato de perguntar sobre a violência demonstra às mulheres que os profissionais a consideram um problema médico de grande importância e não culpam a paciente por tal violência.

O caminho a ser seguido e sugerido pelas autoras seria os profissionais de saúde coordenarem suas ações com serviços comunitários, entre eles, os grupos locais de mulheres, mas, há muitas ações a serem executadas por eles ao prestar atendimento, tais como: avaliar o perigo imediato; oferecer atendimento adequado; documentar a situação da mulher; preparar um plano de proteção; informar às mulheres os seus direitos e encaminhar as mulheres às instalações e serviços comunitários.

É importante pensar a partir desse relato de experiência que conforme analisaram Oliverira e Jorge (2007) existe certa invisibilidade do problema da violência contra a mulher pelos profissionais da saúde. Elas atribuem isso talvez a uma concepção limitada de saúde, onde o profissional valoriza apenas os sinais e sintomas evidentes. Nesta ótica, podemos sugerir ainda, que muitos não estão preparados e sensibilizados para identificar e abordar a complexidade que circunda as situações de violência.

Assim segundo Oliveira et al (2003) esta reflexão inicial evidencia a complexidade do problema, que exige ações intersetoriais urgentes. O caminho ideal seria uma integração entre as várias instâncias e áreas de poder com atuação conjunta de município, estado e união, poderes executivo, legislativo e judiciário e áreas de saúde, educação, justiça, segurança, trabalho e promoção social para que haja uma política adequada ao tratamento, prevenção e até eliminação da violência contra a mulher nas suas mais variadas dimensões. No entanto, o processo educacional possibilita intervir na construção e no desenvolvimento de papéis sociais nos quais a dignidade e o respeito são diretrizes para mudança. Nesse sentido, o problema é complexo e envolve múltiplas medidas judiciais, administrativas, legislativas, econômicas, sociais e culturais.

Sem ter pretensão alguma de esgotar o assunto, o relato de experiência sobre o grupo Maria Bonita no Caps Renascer pode se constituir em uma oportunidade de repensar a resposta dos serviços de saúde, em especial os Centros de Atenção Psicossocial para esta demanda grave e importante da violência contra a mulher. Deste modo o grupo tem sido um ensaio importante e um *locus* de questionamentos sobre a prática em relação ao atendimento à saúde da mulher na saúde mental do Pará. A esperança é que seja possível criar novas possibilidades de vida, de construção do lugar da mulher em sociedade, e ainda que entendamos as nossas limitações também temos clareza das nossa potência.

REFERÊNCIAS

- Ferraz, D. A. de S.; Araújo, M. F (2004). Gênero e saúde mental: desigualdade e iniquidades. In M. F. Araújo; O. C. MATTIOLI (Org.), *Gênero e Violência* (pp. 53-67). São Paulo: Arte e Ciência.
- Hífen, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suppl.), 103-112.
- Guaanes, C. Japur, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(3):134-40
- Maluf, S. W. (2010). Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: S. W. Maluf, C. S. Tornquist (orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas
- Mathis A.A & Mathis A. (2012).A Reorientação de Políticas Sociais e Novas Estratégias de Desenvolvimento: um estudo realizado na região de Carajás – Pa. Textomimeo a ser publicado pela EDUFPA em uma coletânea “**Questão Social na Amazônia**”. Belém, 2012
- Mendonça, R. T.; Carvalho, A. C. D. de; Vieira, E. M.; Adorno, R. C. F. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 7(2), 95-106.
- Mota, J.P. **SAÚDE MENTAL: a roda viva da política pública no estado do Pará**: Novas Edições Acadêmicas, Saarbrucken,2014.

Oliveira, E. N. Jorge, M.S.B. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: SOFRIMENTO PSÍQUICO E ADOECIMENTO MENTAL. *Rev. RENE. Fortaleza*, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago.2007

Oliveira EM, Freire MA, Jorge, MSB, Barros, HM. Perfil e sofrimento em mulheres vítimas de violência atendidas em delegacia especializada. *Rev RENE* 2003; 4(2):30-7.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 32, n. spe, e32ne214, 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500213&lng=en&nrm=iso. access on 16 Apr. 2017. Epub Mar 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>.

Rabelo, I,V,M. Araújo, M, F. Violência de Gênero na Perspectiva da Saúde Mental. *Revista de Psicologia da Unesp*, 7(1), 2008

Saffioti, H. I. B.(2004). *Gênero, patriarcado, violência*. (Coleção Brasil Urgente). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.antos, Luana Carola dos et al . GÊNERO, FEMINISMO E PSICOLOGIA SOCIAL NO BRASIL: ANÁLISE DA REVISTA PSICOLOGIA & SOCIEDADE (1996-2010). *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 28, n. 3, p. 589-603, Dec. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000300589&lng=en&nrm=iso. access on 16 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p589>.

Schraiber LB, D'oliveira AFP. Violência contra as mulheres. *Interfaces – Comunicação, Saúde, Educação* 2001; 3: 11-28.