

MULHERES e VIOLÊNCIAS

INTERSECCIONALIDADES

ORGANIZADORAS

CRISTINA STEVENS
SUSANE OLIVEIRA
VALESKA ZANELLO
EDLENE SILVA
CRISTIANE PORTELA



TECHNOPOLITIK

Cristina Stevens
Susane Oliveira
Valeska Zanello
Edlene Silva
Cristiane Portela
(Organizadoras)

MULHERES E VIOLÊNCIAS: INTERSECCIONALIDADES

eBook (PDF)

2017

Brasília

TECHNOPOLITIK



Technopolitik - Conselho Editorial

Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília

Ana Raquel Rosa Torres - Universidade Federal da Paraíba

Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe

Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás

Maria Lúcia Montes - Universidade de São Paulo - Capital

Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Revisão, projeto gráfico e diagramação: Maurício Galinkin/Technopolitik

Capa: Paulo Roberto Pereira Pinto/Ars Ventura Imagem & Comunicação

Esta publicação contou com o apoio da FAP-DF.

Ficha catalográfica (catalogação-na-publicação) Iza Antunes Araújo – CRB1/079

M954 *Mulheres e violências: interseccionalidades / Organização Cristina Stevens, Susane Oliveira, Valeska Zanella, Edlene Silva, Cristiane Portela,-- Brasília, DF : Technopolitik, 2017. 628 p. il.*

Inclui bibliografia

Versão em PDF

Existe uma versão impressa (ISBN 978-85-92918-05-7)

ISBN: 978-85-92918-04-0

1. *Violências contra a mulher.* 2. *Patriarcado.* 3. *Gênero.* 4. *Saúde da mulher.* 5. *Cinema e Gênero.* 6. *Literatura e Gênero.* I. Stevens, Cristina (Org.) II. Oliveira, Susane (Org.) III. Zanella, Valeska (Org.) IV. Silva, Edlene (Org.) V. Portela, Cristiane (Org.)

CDU: 396.3

Maurício Galinkin [MEI **Technopolitik**]

CNPJ 25.211.009/0001-72

Tel.: (+5561) 98407-8262. Email: editor@technopolitik.com

Nota do editor: depoimentos e falas foram transcritas exatamente como coletadas, sem o uso de (sic) para assinalar eventuais erros.

Sítios na internet: <http://www.technopolitik.com> (venda) e

<http://www.technopolitik.com.br> (livros de distribuição gratuita)

Disponíveis, também, na Apple Store

(<https://itunes.apple.com/us/book/como-saber-do-que-fugimos/id1196037367?ls=1&mt=11>;

<https://itunes.apple.com/br/book/teoria-das-representacoes/id1143950654?mt=11>;<https://itunes.apple.com/br/book/psicologi>

[a-clinica-e-cultura/id1146059071?mt=11](https://itunes.apple.com/br/book/trends-in-behavior-analysis/id1143256280?mt=11);<https://itunes.apple.com/br/book/trends-in-behavior-analysis/id1143256280?mt=11>;

<https://itunes.apple.com/br/book/abramd-compartilhando-saberes/id1149610704?mt=11>)

A reprodução do conteúdo deste livro é permitida somente para **fins não comerciais**, desde que **citada a fonte e previamente informado às organizadoras.**

Reconstruindo histórias para além do diagnóstico psiquiátrico: escuta (e intervenção) de gênero como meio de empoderamento de mulheres com histórico de relações violentas

Mariana Pedrosa
Valeska Zanello

A violência contra as mulheres é um problema de saúde pública e possui números alarmantes em todo o mundo. A Lei Maria da Penha, a mais importante lei do país no combate à violência, define a violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (artigo 5º). Além disto, ela pode ocorrer no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto. A lei tipifica, no artigo 7º, cinco formas de violência contra as mulheres: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência traz sérias consequências para as mulheres. Entre os problemas físicos decorrentes da violência destacam-se as lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, queixas gastro-intestinais, problemas ginecológicos, dores de cabeça, uso de álcool, cigarro e outras drogas (OMS, 2005; HEISE, 1993; HEISE, PITANGUY & GERMAIN, 1994).

Em relação à saúde mental, a violência tem sido associada a problemas psiquiátricos, dentre eles depressão, ansiedade, transtorno pós-traumático,

transtornos alimentares, transtornos obsessivo-compulsivos (HEISE; PITANGUY & GERMAIN, 1994; JORDAN; CAMPBELL & FOLLINGSTAD, 2010). Em um estudo realizado no Brasil (LUDERMIR et al., 2008), verificou-se a prevalência de transtornos mentais comuns em 49% das mulheres que relataram terem sofrido algum tipo de violência e 19% das que não sofreram. Os problemas mentais aumentavam conforme a severidade das agressões, sendo a prevalência de transtornos mentais em 30,6% nas que sofriam apenas agressões físicas e 62,9% naquelas que sofriam as diversas formas. Além disto, segundo Ellsberg et al. (2008), os efeitos negativos permanecem mesmo após o fim dos episódios violentos.

Apesar dos prejuízos à saúde física e mental, o que se observa é que as mulheres, muitas vezes, têm dificuldades de sair da relação. A primeira dificuldade para romper o relacionamento é a de comunicar o fato para as autoridades competentes. Isto se dá, muitas vezes, porque elas utilizam o segredo e o silêncio como uma estratégia de sobrevivência para evitar novos episódios (DINIZ; PONDAAG, 2004). Após a quebra do segredo, existem outros pontos importantes para a saída das mulheres desta relação. Souza e Ros (2006) realizaram um estudo no Brasil para avaliar os motivos pelos quais as mulheres permanecem nos relacionamentos, e destacam a dependência financeira, a falta de apoio social, a dependência emocional e a criação dos filhos.

A dependência financeira, segundo os autores, tem sido motivo de discussão na literatura, já que em muitos casos, mesmo com independência econômica, as mulheres persistem em relacionamentos abusivos. Entretanto, não se pode negar que a falta de recursos financeiros é um fator importante na tomada de decisão e a garantia destes é uma forma eficaz de empoderamento.

A falta de apoio social também é um fator de peso. É necessário entender que, muitas vezes, sem o apoio de algum membro da família e/ou da comunidade, a mulher acredita que não tem condições de sair da relação. Há, portanto, a necessidade de que alguém a escute de forma verdadeira e livre de julgamentos (FRANCISQUETTI, 1999) e apoie sua saída.

A dependência emocional e a criação dos filhos merecem destaque, pois envolvem questões de gênero que dizem respeito aos papéis sociais das mulheres esperados na nossa sociedade. Para entender o fator da dependência emocional e da criação dos filhos é necessário pensar a ideia do dispositivo amoroso e do dispositivo materno (ZANELLO, 2016).

Segundo Zanello (2016), o dispositivo amoroso e o dispositivo materno são os principais caminhos de subjetivação das mulheres em nossa cultura. O dispositivo amoroso implica que as mulheres se subjetivam em uma relação consigo mesmas mediadas pelo olhar de um homem que as "escolha". A autora se utiliza de uma metáfora: as mulheres se subjetivam na "prateleira do amor". Esta prateleira é mediada por um ideal estético que é branco, loiro, jovem e magro; sendo perversamente desigual dentre as mulheres, ainda que ruim para todas, em suas devidas proporções. O amor é para as mulheres, portanto, algo identitário e elas pagam preços caros para serem escolhidas por um homem, porque isto implica em serem validadas como mulheres. Para Zanello (2016), trata-se do principal fator de desempoderamento das mulheres. Isto faz com que elas sejam "doces, devotadas, amáveis e, sobretudo, amantes" (NAVARRO-SWAIN, 2012), sendo o amor (ou esta forma de amar) sua "razão de viver".

Portanto, a dependência emocional é mais do que "a necessidade de ter alguém como 'referência'" (p. 524), como apontado por Souza e Ros (2006). Ao falarmos desta dependência não estamos falando apenas da perda da relação, mas também da perda de um aspecto identitário e de um lugar de reconhecimento narcísico. O dispositivo amoroso é reforçado por meio do dispositivo materno, citado como um dos motivos pelos quais as mulheres não saem da relação: a criação dos filhos.

O dispositivo materno também diz respeito à experiência do "ser mulher" em nossa cultura. A função do cuidar, utilizando como base a capacidade procriadora, foi historicamente atribuída às mulheres (BADINTER, 1980; DEL PRIORE, 2009). Cabe às mulheres, em nossa cultura, a função de criar e cuidar dos filhos. E não só deles, a maternidade se estende à domesticidade: há uma naturalização de que os cuidados da casa, dos membros da família e do ser para o outro é um dever da mulher (ZANELLO, 2016). Além disso, Zanello (2007a)

aponta o caráter "de função" que muitas mulheres adquirem nas relações amorosas/familiares: sendo um dos únicos lugares de reconhecimento narcísico que lhes resta, elas acabam por "precisar serem precisadas". O que geralmente leva à estafa tanto na execução de tarefas domésticas quanto de cuidado com os outros. Como “empoderamento colonizado” (ZANELLO, 2016), o funcionamento do dispositivo materno aparece, sobretudo, através do sentimento de culpa. Assim, muitas vezes, as mulheres permanecem na relação violenta pensando na criação dos filhos e, no mito de que, caso ela saia da relação, o filho irá se “desvirtuar” e ela será culpabilizada por isto.

Trabalhar o empoderamento destas mulheres e a saída da relação violenta requer dos profissionais, portanto, uma leitura de gênero. Esta leitura contribui também para o entendimento do sofrimento mental por elas vivido. Segundo Zanello e Bukowitz (2011), a atuação com o olhar para as relações de gênero permite não só reler a quebra psíquica, mas também pensar em novas formas de intervir nas quais os próprios valores de gênero possam ser utilizados.

Pensando nisso, o objetivo deste estudo é relatar como a experiência de um grupo de mulheres, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), teve um impacto importante na vida das participantes. O objetivo do grupo era escutar, atender e empoderar mulheres encaminhadas pelos profissionais por terem vivido situações de violência de gênero. A escuta se deu através de encontros grupais semanais, em um período de nove meses.

Método

Durante o ano de 2015, entre os meses de abril e dezembro, foi organizado um grupo de mulheres em um Caps II. As mulheres participantes do grupo foram encaminhadas pelos profissionais deste Caps por terem, em seu histórico, vivenciado situações de violência. O grupo era aberto e voluntário e, neste sentido, houve variação na quantidade de participantes (mínimo dois e máximo seis, a cada encontro) e constância de três mulheres. O grupo foi manejado pelas duas autoras (psicólogas clínicas) durante os primeiros quatro meses, e por uma delas durante os cinco meses restantes.

Ao final de cada encontro do grupo foi preenchido um diário de campo. A partir deste diário, montou-se a história de vida delas, bem como seu processo de elaboração psíquica no decorrer dos encontros grupais cuja escuta e acolhimento se deram em uma perspectiva feminista de gênero.

A análise dos casos foi realizada em duas etapas: a primeira, por meio da reconstrução das histórias de vida, através do registro em diário de campo semanal; a segunda, a partir de entrevista aberta realizada com três participantes que frequentaram o grupo em pelo menos 75% dos encontros. Nesta entrevista, buscou-se tirar dúvidas a respeito de suas histórias de vida, conhecer como elas estavam atualmente e perguntar sobre a experiência do grupo.

Resultados e discussão

As três mulheres participantes do estudo tinham 28, 29 e 40 anos de idade. Duas eram casadas e uma divorciada e todas tinham filhos. Duas estavam afastadas do trabalho e recebiam auxílio pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e uma era dependente financeiramente do marido. Todas viveram situações de violência física e/ou psicológica.

Caso 1- Luciana, o que você sabe sobre você?

Luciana era casada com um homem doze anos mais velho que ela e tinha três filhos. Eles se relacionaram por dois anos e, quando ela tinha 16 anos, ele a pediu em casamento. Devido à diferença de idade entre os dois, a mãe dela não permitiu que eles se casassem e, para forçar o apoio da mãe, ela engravidou. Entretanto, a mãe passou a rejeitar ainda mais o relacionamento e a gravidez foi um período conturbado na relação das duas. Quando o filho nasceu, a mãe de Luciana o aceitou, mas exigiu que ela continuasse morando na casa dos pais. Ela só obteve a permissão para se casar e morar com o marido após prometer que iria visitar a mãe todos os dias. Como resultado, a relação entre as duas se tornou bastante conflituosa.

Tendo se casado muito nova, aos 17 anos, Luciana não teve a oportunidade de se autoconhecer. Tudo que fez/faz sempre foi mediado pela vontade da mãe e do marido. Assim, não tinha autonomia e não conseguia identificar o que lhe dava prazer, o que ela gostava de fazer, se queria ter uma educação formal, entre outras questões. Quando queria sair, tomar um sorvete ou realizar outra atividade de seu interesse, esperava que o marido fizesse por/com ela, o que a tornava extremamente dependente dele. A paciente chegou ao Caps com queixa de tristeza, desmotivação e afirmava que não tinha vontade de fazer nada. Ao ser questionada sobre estes sentimentos, disse que se sentia muito sozinha e com a sensação de “vazio” quando o marido ia trabalhar e os filhos iam para a escola.

Depois do início do tratamento no Caps, decidiu retomar os estudos e concluir o ensino médio. O marido, ao perceber que ela estava ganhando autonomia em relação a ele, demonstrou ser muito ciumento. Ainda assim, Luciana não o considerava uma pessoa ciumenta, interpretando seu controle como "cuidado". Ele a deixava e buscava todos os dias na escola, para que ela não pegasse ônibus nem carona, pois era “perigoso” por causa da sua "depressão". Ele também utilizava a depressão como justificativa para não permitir que ela fizesse coisas sem ele, como sair à tarde para resolver alguma coisa no comércio. Toda tentativa de sair deste estado de tristeza era cortada pelo marido sob o argumento de que ela não teria condições de realizar tais ações.

Em um encontro, ela relatou que além de levá-la todos os dias à escola, o marido passou a lhe esperar nas escadas internas do colégio, assim que a aula acabava, impedindo que Luciana permanecesse conversando com os colegas. Sentiu-se incomodada, mas ao mesmo tempo culpada já que ele era tão "bom" e cuidadoso. Sua ambivalência a paralisava. Então uma das psicólogas lhe disse (em tom humorado): "*Mas, criatura, você só está deprimida, você não tá abobalhada não. Dá para fazer as coisas sozinha! Não dá não?*". Luciana riu e, depois disso, começou a tentar realizar atividades sozinha. Foi quando o controle excessivo do marido passou a ficar cada vez mais evidente e claro para ela. Nomear é um ato terapêutico importante, o qual permite o processo de elaboração psíquica (ZANELLO, 2007b).

Além disto, Luciana não tinha voz dentro de casa, e todo o auxílio que pedia para o marido e os filhos nas atividades domésticas era ignorado. Ela se queixava do excesso de trabalho doméstico e da invisibilidade do mesmo para os filhos e, sobretudo, para o cônjuge. Ao mesmo tempo, acreditava que manter a casa limpa, fazer a comida, lavar as roupas, independentemente de suas condições, era sua obrigação. Segundo ela, quando o marido chegava em casa, depois do serviço, e a encontrava cansada, dizia: "*Cansada de que? Passou o dia em casa!*". Luciana passou, em sua vida, a ser “função”, porém com o adoecimento psíquico, deixou de executá-la com esmero. O sofrimento em relação a isso vinha, de um lado, por não executar mais como antes as mesmas tarefas que fazia e, por outro, por não mais querer executá-las, porém acreditando ser este seu dever e destino como mulher.

Caso 2- Patrícia, o estupro é culpa de quem?

Patrícia tinha 29 anos e era casada há 12. Tinha dois filhos, um de 16 anos, de relacionamento anterior ao marido e uma de 10, filha do marido atual. Durante a adolescência, sofreu abuso sexual de um tio. Ele passava a mão em seus seios e vagina, além de retirar a roupa de ambos. Ela relatou para a mãe, que não acreditou nela e não tomou nenhuma atitude em relação ao ocorrido.

Patrícia trabalhava como empregada doméstica e, aos 25 anos, sofreu um estupro do filho do patrão, de 40. Após o fato, ele a ameaçou e disse que se contasse alguma coisa, ele negaria e mataria os filhos dela. Desta forma, continuou trabalhando na mesma casa e convivendo com o estuprador. Porém, ficou desatenta com as atividades domésticas. Quando sua chefe a questionou sobre a falta de atenção, ela contou o ocorrido e a patroa pediu que não contasse a ninguém, especialmente para o patrão, pois ele tinha problema de pressão e poderia passar muito mal. Patrícia também não contou para o marido o que aconteceu, pois tinha medo de ele não acreditar nela.

Ela continuou trabalhando na casa por mais seis meses, na tentativa de “esquecer” o que aconteceu. Um dia, porém, passou mal e apenas se lembra de ter acordado no pronto socorro de um hospital.

Após a crise, revelou ao marido, que é pastor evangélico, o estupro que sofrera. Este respondeu não poder fazer mais nada, pois já havia decorrido muito tempo. Depois disso, perdeu a vontade de realizar as tarefas domésticas e começou a enfrentar um descompasso libidinal em relação ao marido. Ela sentiu um aumento no desejo sexual, que não foi correspondido. Sentia que o cônjuge não acreditava no que aconteceu. Segundo nos relatava, ele acreditava que havia um espírito tomando conta do corpo dela.

A religião tinha um papel importante na vida de Patrícia, e usando-a como pretexto, o marido a proibia de ir ao cinema, assistir televisão ou ouvir música no rádio. Coisas simples como tomar um sorvete na padaria precisavam esperar o fim de semana, para que ele a acompanhasse na atividade. Ele era controlador e, em muitas situações, mostrou-se ciumento, usando "o cuidado" (por ela ter um transtorno mental) e a religião como justificativa para controlá-la. Patrícia parecia viver em um "cárcere privado", construído por um discurso religioso. Ela entrou no Caps devido à psicose reativa, já recebeu diversos diagnósticos e, atualmente, foi diagnosticada com transtorno bipolar.

Caso 3- Zélia, a mendiga do amor

Zélia tinha 40 anos e era solteira. Possuía cinco filhos de diferentes relacionamentos. A relação com a família de origem era bastante conturbada. Durante o período de realização do grupo ela morava na casa da irmã que, como contrapartida, exigia que ela fizesse o trabalho doméstico e pagasse várias contas da casa. A relação com sua mãe também era complicada e havia muita expectativa de que ela fosse carinhosa e cuidadosa, o que nunca aconteceu. Zélia tornou-se dependente do carinho das pessoas ao seu redor, e fazia de tudo para consegui-lo, contentando-se com migalhas. A partir da necessidade de receber amor, sempre buscava estar envolvida em relacionamentos amorosos. Ela teve quatro relacionamentos marcantes.

No primeiro relacionamento, tinha 17 anos, se casou e teve duas filhas. O marido era muito agressivo e a agredia verbalmente por meio de xingamentos,

tais como "puta, vagabunda, vadia", entre outros. Não suportando isso, ela terminou o relacionamento.

O segundo marido, com o qual ela teve um filho, também era agressivo e bebia muito. Houve um episódio em que ela preparou o almoço para ele, que não aprovou o sabor e jogou toda a comida quente sobre ela. Ela o arranhou e ele a agrediu fisicamente. Após esta briga, ela terminou o relacionamento. Segundo Zélia, até então, sempre saía bem das relações amorosas. Após os términos, comumente ia para festas e bebia muito.

A partir do terceiro companheiro, ela começou a ter mais dificuldades em se recuperar dos rompimentos. Este, ela conheceu quando ele estava preso. Por meio de uma colega em comum, ele se interessou por Zélia e pediu que ela fosse encontrá-lo no presídio. Em busca de um novo amor, ela foi e eles começaram a namorar. Enquanto ele estava preso, o relacionamento era muito bom e havia a promessa de que eles ficariam juntos assim que ele fosse posto em liberdade. Entretanto, o companheiro estava utilizando o relacionamento como garantia dada ao sistema penitenciário de que ele tinha para onde ir quando saísse da prisão. Quando ele saiu, o relacionamento ficou conturbado e ele passou a rejeitá-la. Para tentar manter a relação, ela engravidou dele. Apesar da gravidez, ele continuou rejeitando-a e afirmou que “ela não tinha mais valor” para ele. O relacionamento foi marcado por alguns episódios de violência física e violência psicológica.

O último companheiro tinha uma diferença de idade marcante, era vinte anos mais novo que ela. Ela o conheceu por intermédio de uma vizinha e, na busca de um novo amor, se apaixonou e o convidou para morar com ela. Porém, ele não trabalhava e quando Zélia se queixou sobre isto, ele disse que iria mudar e não o fez. Então, ela terminou o relacionamento. Por não aceitar o fim da relação, ele a esfaqueou no peito. Ela foi socorrida por vizinhos e levada ao hospital. Ele fugiu para o norte do país e ela nunca mais o viu.

A experiência do grupo

A proposta de trabalho com o grupo era que as próprias mulheres pudessem levantar os temas que elas quisessem conversar, ou seja, não havia um assunto pré-estabelecido para cada encontro. Em relação à violência doméstica, o tema não foi proposto pelas psicólogas em nenhum momento. Contudo, por ser presente na história de vida das mulheres, elas o trouxeram com frequência, sendo tratado em diversas ocasiões. A sua abordagem possibilitou o compartilhamento de experiências, reconhecimento de situações como sendo violentas e o empoderamento pelas histórias umas das outras.

Na história da Luciana, ela chegou ao grupo sabendo que se sentia triste, mas sem entender direito o motivo. Como ela nunca tinha tido muitas experiências antes do casamento, não conseguia ter referencial para compreender sua tristeza com a relação, nem para pensar que o que vivia era apenas uma possibilidade diante de outras.

Em seu relacionamento, por exemplo, Luciana começou a compreender que os comportamentos “de cuidado” do seu marido eram, na verdade, comportamentos de controle. O fato de ele ir buscá-la na porta e nas escadas da escola, e não deixá-la sair sozinha, passou a ser visto como uma forma de controlar suas ações e não permitir que ela tivesse novas experiências longe dele. Assim, ela rejeitou certos comportamentos dele e ganhou autonomia na relação e na sua vida. Esta autonomia foi rechaçada pelo companheiro, que começou a tentar “prendê-la” no contexto doméstico. Conforme a Lei Maria da Penha, o comportamento de controle pode ser considerado como violência psicológica. O artigo 7º da lei inclui como violência psicológica “qualquer comportamento que vise degradar ou controlar suas ações e comportamentos”. Este “aprisionamento” foi mal visto e rejeitado por Luciana, e devido ao empoderamento dela, ele não conseguia mais justificar, em nome do “cuidado”, as ações que a mantinham na vida de “dona de casa”.

Com o grupo, ela alimentou o interesse de cursar uma graduação e, até conseguir entrar na universidade, buscou formas alternativas para conseguir renda. Assim, tornou-se revendedora de uma rede de cosméticos e passou a

ganhar seu próprio dinheiro, tornando-se cada vez mais autônoma. Como já afirmado, segundo Souza e Ros (2006), a dependência financeira é um fator que mantém as mulheres em situação de violência. Programas e políticas públicas que pensem no empoderamento financeiro das mulheres são, portanto, ações de prevenção e de combate à violência.

Em relação ao cuidado com a casa, Luciana percebeu que se frustrava por “não ter voz”, ou seja, tudo que pedia aos filhos e ao marido era ignorado. O modo pelo qual solicitava a ajuda nas tarefas domésticas era ineficaz. Além disto, conforme ela ia se desenvolvendo nos estudos, a vontade de realizar o cuidado com a casa diminuía. Como já dito, a função do cuidar foi historicamente atribuída às mulheres e, neste sentido, o caráter de “função” é um dos únicos lugares de reconhecimento delas na sociedade. A partir do momento em que Luciana adquiriu outros espaços de reconhecimento, o exercício das atividades domésticas perdeu valor e função em sua vida, o que fez com que ela tivesse menos vontade ainda em exercê-las. Porém, junto a isto, surgiu um sentimento de culpa por perder o “prazer” em realizar estas tarefas. Este prazer foi desnaturalizado pelas psicólogas, como pode ser visto no diálogo a seguir:

Luciana: *“Meus filhos dizem que preferem estudar a lavar uma louça para mim”*

Psicóloga: *“E você? O que prefere?”*

Luciana: *“Estudar também”*

Psicóloga: *“Então? Ninguém necessariamente tem que gostar de lavar louça e não é porque você é mulher que esta função tem que ser exercida somente por você”.*

Com a desnaturalização do suposto prazer (como “dever”) em realizar as tarefas domésticas, Luciana descentralizou os serviços e buscou outras formas de conseguir o auxílio dos membros da família. Uma atitude tomada por ela (e compartilhada com as outras participantes do grupo) foi deixar um copo, um prato e um par de talheres para cada membro da família, com seus respectivos nomes. Se quisessem usar e estivessem sujos, eles teriam que lavar. Assim, a demanda do trabalho doméstico diminuiu, e sobrou tempo para que pudesse pensar em si mesma, no seu futuro, nos seus desejos e, inclusive, no estudo.

O grupo foi muito importante para dar autonomia para Luciana. Esta autonomia fez com que ela, aos poucos, se tornasse independente do marido. Este processo culminou em diversos desentendimentos entre o casal, já que o marido não aceitou a “nova Luciana”. Ao final do grupo, a participante estava pensando seriamente na possibilidade de se divorciar do marido.

Na história de Patrícia, o sofrimento mental estava relacionado ao estupro e ao fato de não ter tido nenhuma fonte de apoio para poder conversar sobre o ocorrido. Além disto, após a revelação do mesmo, não recebeu o amparo necessário da rede com a qual contava e sentiu que as pessoas duvidavam do que tinha acontecido. Isto já havia acontecido na sua infância com o abuso cometido por seu tio. Com o grupo, Patrícia conseguiu nomear o desamparo e entender como isso participou na construção do sentimento de desempoderamento e na configuração do seu adoecimento.

Da mesma forma que na história de Luciana, o marido de Patrícia a aprisionava na sua casa e, em nome do "cuidado", não permitia que ela saísse sozinha. Assim, por meio do grupo e do compartilhamento de histórias, ela pode ver que o comportamento de cuidado do marido era, na verdade, um comportamento de controle. Portanto, ela também começou a se tornar mais autônoma em relação ao cônjuge. O comportamento de controle exercido por ele também pode ser considerado como uma forma de violência psicológica, segundo a Lei Maria da Penha, já que ele tirava sua autonomia, sua possibilidade de ir e vir e seu direito de acesso à informação.

O companheiro de Patrícia não permitia que ela assistisse à televisão ou ouvisse músicas. Seu empoderamento se deu, também, quando passou a não aceitar essas regras. E, com o acesso à informação, conseguiu definir os seus gostos e ir atrás de seus desejos. Também não dependia mais do marido para realizar estas atividades, nem dele instruí-la para o que seria de seu interesse. Chamou a atenção que, ao ouvir o relato de Luciana, Patrícia, em diversos momentos também demonstrou interesse em voltar a estudar, mas que não foi concretizado até o final do grupo.

No caso de Patrícia, as mudanças dela também geraram conflitos em seu relacionamento. O cônjuge tentou prendê-la nos papéis que ela assumira anteriormente e utilizou a religião para isso. Ela não aceitou as novas imposições do marido e eles também iniciaram o processo de separação. Neste caso, devido ao fator religião, o processo foi mais conturbado.

Zélia chegou ao grupo contando seus casos e mostrando como sempre buscou alguém para amar. A primeira ação do grupo foi mostrar a ela sobre a necessidade que tinha de ser amada e como isto fazia com que se contentasse com qualquer “migalha de amor” que encontrava em seu caminho. Havia uma repetição também em sua história: a própria participante trouxe, em diversas situações, uma relação de busca incessante de aprovação e amor (nunca recebido) de sua mãe. Em um destes relatos, ao narrar o quanto se dispunha a servir à sua mãe e ficar frustrada por nada receber em troca, uma das psicólogas fez a seguinte intervenção:

Isso que você está falando me lembra uma estória que eu ouvi. Trata-se de um homem que morava em uma cidade do interior, onde tinha uma mangueira na praça. O homem estava doído para comer pitanga e, com raiva, começou a chutar o pé de manga, gritando " quero pitanga!". Quanto mais ele fazia isso, mais caíam mangas em sua cabeça, machucando-o. Me parece que você faz algo semelhante. Pé de manga não vai dar pitanga.. Manga é ruim? Não necessariamente. Mas esperar pitanga do pé de manga só te faz sofrer. Já percebeu que você faz isto em todas as relações? Fica em um "me ame, me ame, me ame" e só tomando manga na cabeça! E recebendo migalhas... você é uma mendiga do amor!

Estas metáforas a tocaram profundamente. Por meio delas, ela conseguiu se ver em seus relacionamentos tão complicados e que traziam poucos benefícios para ela. Conseguiu entender que se envolvia com pessoas pelo simples fato de querer ter alguém do seu lado e não pela pessoa em si, e que quando começava a enxergar o outro como ele era e não como ela imaginava, se frustrava. Isto modificou o modo como esta mulher passou a se colocar na sua relação com sua mãe e com os homens, deixando de se envolver em relacionamentos que não seriam tão positivos, além de levá-la a fazer coisas pensando mais em si mesma. A

metáfora é uma importante ferramenta clínica e uma de suas funções é a nomeação, driblando a resistência afetiva deste processo (ZANELLO, 2007b).

Em todos os casos, as demandas das mulheres giraram em torno da violência, dos papéis sociais a elas atribuídos na sociedade e dos dispositivos amoroso e materno. Em relação à violência, foi realizado um trabalho de desnaturalizar a violência cotidiana, sofrida por todas as mulheres e tratada como forma de cuidado do homem com a mulher. Também foi trabalhada a falta de amparo que as mulheres sentiam ao relatar a violência para outrem e para sair daquela situação. Conforme Souza e Ros (2006), a rede de apoio social é fundamental para a saída das mulheres em situação de violência. Dentro do grupo, elas passaram a exercer esse função, combinando encontros entre elas fora do contexto do Caps. Foi criada uma rede social, fora do âmbito privado do lar e do próprio tratamento.

Em relação aos papéis sociais de gênero, ou seja, aos comportamentos socialmente aceitos e esperados que as mulheres executem em nossa sociedade, foi realizada sua releitura com as participantes. Foi quebrada a ideia de que a “verdadeira mulher é esposa, mãe, bela, sedutora, amante e disponível” (NAVARRO-SWAIN, 2012). Passaram a entender que era possível se realizar por outros meios que não o do cuidado. Muitas mulheres relacionavam a “doença mental” com o fato de não quererem mais realizar atividades domésticas e só se considerariam “curadas” quando este “desejo” voltasse. Conforme o dispositivo materno, cabe às mulheres o papel de cuidado com a casa, com os filhos e com o marido. Com a desconstrução desta função, realizada no grupo, as mulheres entenderam que era possível não querer realizar estas atividades sozinhas. Assim, passaram a buscar novas formas de realização, como por exemplo, por meio do trabalho e da independência financeira.

Em relação ao dispositivo amoroso, chama atenção o fato de que, a partir do momento em que elas mudaram o olhar sobre a relação, passaram a não aceitar certos comportamentos dos maridos, o que culminou em que a própria relação fosse colocada em xeque. A “descolonização afetiva” provocada pela desconstrução do dispositivo amoroso é, portanto, uma importante forma de

empoderamento das mulheres, tendo em vista que o modo de amar interpelado nelas é sua maior forma de aprisionamento (ZANELLO, 2016).

Conclusões

Uma das limitações desta pesquisa foi o fato de que, por ter sido um grupo aberto, muitas mulheres começaram a participar e desistiram durante o ano, enquanto outras entraram no meio, tendo perdido o vínculo inicial formado entre as participantes e as psicólogas. Estas três mulheres terem tido a frequência maior que 75% pode ser explicado justamente pelo fato delas terem sido as únicas que participaram do grupo desde o início.

A partir desta experiência, pode-se compreender que o grupo pode ser uma importante ferramenta de atuação para profissionais de saúde mental que lidam com a demanda da violência (DINIZ; PONDAAG, 2004; DUARTE, 2011; MOREIRA, 1999). Ele auxilia na quebra do silêncio pelas mulheres, na identificação de que ela não é a única que passa por situações violentas e conturbadas, e abre possibilidades de ação para as participantes. Conforme Zanello (2010), nomear e partilhar o sofrimento, ao mesmo tempo em que o percebe semelhante em outras pessoas pode ser uma experiência transformadora, sobretudo quando se abre o ‘é a vida’ em que muitas mulheres vivem, para um ‘pode ser diferente’, construído em novas relações interpessoais. Este foi um dos objetivos do grupo.

É interessante que o grupo seja também trabalhado com um olhar e uma escuta de gênero, tendo em vista que a violência, nestes casos, é permeada estruturalmente por estas questões. Segundo Santos (2009), trabalhar com uma leitura de gênero na saúde mental é resgatar a fala do sujeito como uma fala engendrada e marcada pelo lugar social no qual o sujeito fala. Além disto, ao analisar o adoecimento psíquico, sob o viés de gênero, torna-se possível desnaturalizar o sofrimento e abrir novas possibilidades de intervenção e tratamento (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011).

Referências

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980.

BRASIL. *Lei n° 10.836*, de 9 de janeiro de 2004. Cria o programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 04 de julho de 2016 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm

_____. *Lei n. 11.340*, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 27 de abril de 2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

DEL PRIORI, M. *Ao sul do corpo*. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DINIZ, G.; PONDAAG, M. Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos de violência doméstica. In: MALUSCHKE, G.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; HERMANN, K. *Direitos Humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Fundação Konrad, 2004. p. 171-185.

DUARTE, K. R. Oficinas em dinâmica de grupo com mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições metodológicas aos estudos sobre violência de gênero. *OPSS*, Catalão, GO, 11(1), p. 111-124, 2011.

ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371, p. 1165-1172, 2008.

FRANCISQUETTI, P. P. A escuta da dor. *Jornal da Rede de Saúde*, Florianópolis, 19, 3-4, 1999.

HEISE, L. Violence against women: the hidden health burden. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, 46, p. 78-85, 1993.

_____.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: World Bank Discussion Papers, 1994.

JORDAN, C. E., CAMPBELL, R.; FOLLINGSTAD, D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 6, p 607-628, 2010

- LUDERMIR, A. B., SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANÇA-JUNIOR, I.; JANSEN, H. A. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, p. 1008-1018, 2008.
- MOREIRA, V. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. *Estudos de psicologia*, Natal, 4(1), p. 61-77, 1999.
- NAVARRO-SWAIN, T. *A construção das mulheres ou a renovação do patriarcado*. (Texto inédito apresentado em Lausanne, França), 2012.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf 22/02/2016, 2005.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (4), p. 1177-1182, 2009.
- SOUZA, P. A.; ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, 40, p. 509-527, 2006.
- ZANELLO, V. O amor (e a mulher): uma conversa (im)possível entre Clarice Lispector e Sartre. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, p. 531-539, 2007a.
- _____. *A metáfora no trabalho clínico*. Guarapari: ExLibris, 2007b.
- _____. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: ZANELLO, V.; STEVENS, C.; ALMEIDA, T.; BRASIL, K. (Orgs.). *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, 2010. p. 307-320.
- _____. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jader; MACEDO, João Paulo; DANTAS, Candida. (Orgs.). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais*. São Paulo: Intermeios Cultural, 2016. p. 223-246.
- _____.; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Labrys*, Estudos Feministas, 20-21, 2011.