



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO

**A SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

**CAMPINA GRANDE
2020**

JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO

**A SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio

Campina Grande
2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B862s Brito, Joana Christina de Souza.
A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica [manuscrito] / Joana Christina de Souza Brito. - 2020.
83 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Violência doméstica. 2. Saúde mental. 3. Transtorno mental. 4. Agravos à saúde. I. Título
21. ed. CDD 362.2

JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO

**A SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

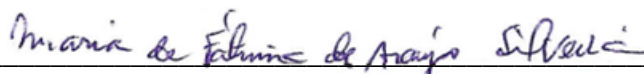
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovada em 15/ 06/ 2020


BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.^a. Dr.^a. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dr. Jäder Ferreira Leite
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro Externo

Campina Grande
2020

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que contribuíram para essa pesquisa, contando suas histórias repletas de emoção, sofrimento e verdade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser minha fortaleza.

A minha filha, Luísa, por me ensinar a cada dia o significado do amor pleno e verdadeiro.

A meus pais, Afonso e Rina, por estarem sempre ao meu lado, por terem me transmitido os valores mais importantes com muito amor.

A meus irmãos, Christiane e Rodrigo, pelo incentivo em tudo o que faço e pelo companheirismo.

A minha prezada e querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Eulálio, pela disponibilidade e pelas suas correções, auxílio e encorajamento necessários para elaboração dessa Dissertação.

A meu amigo, Prof^o. Me. Edivan Gonçalves, por todo apoio e acompanhamento.

Ao Prof^o. Dr. Jäder Leite e à Prof^a. Dr^a. Fátima Silveira, pela disponibilidade em participarem da Banca de Defesa da minha Dissertação e pelo tempo investido para leitura, mesmo diante da crise que estamos vivendo em meio a pandemia.

À Universidade Estadual da Paraíba, especialmente ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, por oferecer todo suporte e qualidade no ensino e na pesquisa.

A todos os professores e colegas do Mestrado pelas contribuições que serviram para meu crescimento pessoal e profissional.

À equipe do Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes (CERMFL) pelo acolhimento e estímulo.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, desse momento importante para mim.

Triste, Louca Ou Má

Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina
Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar
Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar
Um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça
Conformada vítima
Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar
E um homem não me define
Minha casa não me...

(Francisco, el Hombre)

RESUMO

A violência doméstica causa nas mulheres agravos à saúde física e mental e interfere em no seu bem-estar e na qualidade de sua vida. O objetivo geral desta pesquisa foi de analisar a saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica que são usuárias de um Centro de Referência da Mulher. A partir dos dados sociodemográficos, o estudo visou analisar mulheres em situação de violência doméstica e familiar; averiguar se tinham transtorno mental comum e apreender sua percepção sobre o desenvolvimento de acometimentos a sua saúde mental. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, exploratório, com recorte transversal. A pesquisa foi dividida em duas etapas: da primeira, participaram 30 mulheres em situação de violência doméstica atendidas em um Centro de Referência da Mulher, no município de Campina Grande-Paraíba, Brasil. Para caracterizar as participantes, foi utilizado um questionário sociodemográfico, e para detectar a presença de transtorno mental comum (TMC), foi aplicado o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Para compreender os agravos à saúde mental das mulheres, empregou-se uma entrevista semiestruturada. Inicialmente, foi aplicado o SRQ-20, que apontou, em 23 (76,7%) das participantes, sintomatologia sugestiva para TMC, sobretudo, humor depressivo ansioso, queixas somáticas e ideação suicida. A segunda etapa foi realizada com 19 participantes, que testaram positivo para TMC. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada com questões sobre o objeto de estudo violência doméstica e saúde mental. O conteúdo das entrevistas foi analisado conforme a Análise de Conteúdo Temático-categorial proposta por Bardin e foram identificadas cinco categorias de análise: exaustão emocional; redução da autoestima; identificação com psicopatologias; risco de suicídio; busca pelos serviços de saúde e cuidados com a saúde. A categoria exaustão emocional compreendeu sintomas como desequilíbrio emocional, agressividade, medo e choro excessivo, que afetavam a execução das atividades cotidianas delas e a relação com os filhos. A redução da autoestima provocou insegurança e sentimento de desvalia. A partir do momentos em que começaram a sentir alguns sintomas e depois de receber diagnóstico médico, em alguns casos, as participantes sentiram-se afetadas por psicopatologias, sobretudo, depressão, ansiedade e, até, loucura. O risco de suicídio foi mencionado por 42% das participantes do estudo (ideação suicida e tentativa de suicídio). Quanto à busca pelos serviços de saúde e cuidados com a saúde, 82% das participantes disseram que procuraram por atendimento, contudo menos da metade conseguiu acompanhamento especializado. Os dados da pesquisa indicaram que as mulheres apresentaram percepções negativas em relação à sua saúde mental, pois mencionaram desequilíbrios emocionais e comportamentais depois de sofrer violência, que prejudicam significativamente sua vida. Assim, são necessárias políticas públicas locais que assegurem saúde, previnam doenças e promovam tratamento adequado e eficaz para que as mulheres vítimas de violência superem os agravos à sua saúde mental.

Palavras-chave: violência contra a mulher. saúde mental. agravos à saúde.

ABSTRACT

The domestic violence in women causes physical and mental health problems and interferes with their well-being and the quality of their life. The general objective of this research was to analyze the mental health of women in situations of domestic violence who are users of a Women's Reference Center. Based on sociodemographic data, the study aimed to analyze women in situations of domestic and family violence; to find out if they had a common mental disorder and to learn their perception about the development of impairments to their mental health. This is a quantitative and qualitative, exploratory study, with a transversal cut. The research was divided into two stages: the first involved 30 women in situations of domestic violence attended at a Women's Reference Center, in the city of Campina Grande-Paraíba, Brazil. To characterize the participants, a sociodemographic questionnaire was used, and to detect the presence of common mental disorder (CMD), the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) was applied. To understand the mental health problems of women, a semi-structured interview was used. Initially, the SRQ-20 was applied, which pointed out, in 23 (76.7%) of the participants, symptoms suggestive of CMD, above all, anxious depressive mood, somatic complaints and suicidal ideation. The second stage was carried out with 19 participants, who tested positive for TMC. A semi-structured interview was applied with questions about the object of study, domestic violence and mental health. The content of the interviews was analyzed according to the Thematic-Categorical Content Analysis proposed by Bardin and five categories of analysis were identified: emotional exhaustion; reduced self-esteem; identification with psychopathologies; suicide risk; search for health services and health care. The emotional exhaustion category included symptoms such as emotional imbalance, aggressiveness, fear and excessive crying, which affected the performance of their daily activities and the relationship with their children. The reduction in self-esteem caused insecurity and a feeling of worthlessness. From the moment they started to experience some symptoms and after receiving a medical diagnosis, in some cases, the participants felt affected by psychopathologies, especially depression, anxiety and even madness. The risk of suicide was mentioned by 42% of the study participants (suicidal ideation and attempted suicide). Regarding the search for health and health care services, 82% of the participants said they sought care, however less than half were able to obtain specialized monitoring. The research data indicated that women had negative perceptions in relation to their mental health, as they mentioned emotional and behavioral imbalances after suffering violence, which significantly harm their lives. Thus, local public policies are needed to ensure health, prevent disease and promote adequate and effective treatment for women who are victims of violence to overcome their mental health problems.

keywords: violence against women. mental health. health problems.

SUMÁRIO

Introdução	09
Capítulo 1 – A presença de Transtorno Mental Comum em mulheres em situação de violência doméstica	14
1.1 Introdução	16
1.2 Método	19
1.3 Resultados	22
1.4 Discussão	25
1.4 Considerações finais	30
1.5 Referências	32
Capítulo 2 - Agravos à saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica	37
2.1 Introdução	40
2.2 Método	42
2.3 Resultados e Discussão	45
2.4 Considerações finais	57
2.5 Referências	59
Capítulo 3 – Considerações Finais	63
Referências	67
Anexos	69
Apêndices	76

INTRODUÇÃO

A desigualdade de gênero é uma desproporção sociocultural presente entre mulheres e homens que afeta diretamente a vida de ambos. Isso porque lhes foram estabelecidos papéis sociais distintos. Ao homem, o de dominador e detentor de poder em relação aos direitos femininos; à mulher, o de submissa, que depende da figura masculina, cujas vontades pessoais e, até, políticas prevalecem em detrimento das delas (Almeida, 2017).

A desigualdade de gênero sempre existiu na história da humanidade, visto que a mulher foi colocada nessa posição de submissão e discriminação e, em muitos casos, escravizada e objetificada desde os tempos mais remotos. A violência de gênero foi reforçada pelo patriarcado ao longo do tempo, baseada na ideia de poder do masculino e de subordinação do feminino. Nesse processo, a força é um mecanismo repressor para manter essa ideia (Kunz & Silva, 2017). A criação de organismos internacionais de defesa dos direitos humanos, depois do final da Segunda Guerra Mundial, e o movimento feminista no Brasil e no mundo possibilitaram a consagração dos direitos das mulheres a partir de convenções internacionais. Dentre elas, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também denominada de Convenção de Belém do Pará de 1994, que foi adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo Estado brasileiro (Fontoura Porto, 2018).

Segundo o artigo 1º. da Convenção do Pará, a violência contra a mulher é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como no esfera privada” (Senado, 1996).

A violência doméstica contra a mulher é uma realidade presente em todo o mundo, que deixa a mulher está suscetível em diferentes fases da vida devido à discriminação de gênero. As mulheres estão sujeitas a diversas formas de violência (física, psicológica, patrimonial, moral e sexual), sobretudo no âmbito doméstico. Embora a violência atinja a população como

um todo, as mulheres é que são mais vulneráveis, porque estão sujeitas à violência urbana e à doméstica.

Essa vulnerabilidade fica evidente nos dados do Atlas da Violência, elaborado pelo Fórum de Segurança Pública 2019. Segundo esses dados, no Brasil, foram registrados 263.067 casos de lesão corporal dolosa em mulheres em situação de violência, e no estado da Paraíba, 2.002 casos no ano de 2018. Em relação aos casos de feminicídio, foram registrados, em âmbito nacional, 1.206 casos, e na Paraíba, 34 (Cerqueira, 2019).

Embora sejam elevados, esses números não mostram a dimensão real da violência contra a mulher no Brasil, porque a invisibilidade da violência doméstica predomina pelo fato de ocorrer no âmbito privado e por ser cometida, na maioria das vezes, por familiares e pessoas próximas, o que dificulta as denúncias e, conseqüentemente, as notificações pelos sistemas de informação da saúde, da segurança pública e da Justiça (Garcia, 2016).

As mulheres que passam por violência doméstica são acometidas por consideráveis agravos à sua saúde, o que repercute negativamente na qualidade de sua vida. Os principais agravos são: “impactos na saúde mental e convívio social, lesões físicas, sofrimento psicológico, dores crônicas, distúrbios intestinais, ansiedade, depressão e fobias, fatores que corroboram o desgaste cognitivo, emocional e comportamental das vítimas” (Silva, 2019, p.3).

A saúde da mulher que sofre violência doméstica é afetada como um todo, o que varia é a intensidade e a forma. Inicialmente, as sequelas do sofrimento se manifestam no físico por meio de cardiopatias, fibromialgia, hipertensão, dores crônicas e distúrbios intestinais. As sequelas psicológicas também são muitas: somatização, estresse, perda da autoestima, ansiedade, problemas de sono, fobia, depressão e pensamento suicida (Lourenço & Costa, 2020). A violência doméstica afeta a autoestima da mulher e aumenta o risco de desenvolver problemas mentais, como depressão, estresse pós-traumático e fobia (Miranda & Assumpção, 2018).

As lesões e os traumas decorrentes da violência geram altos custos com assistência médica para as mulheres, e essa é uma das razões por que a violência contra elas deve ser combatida com prioridade pela Saúde Pública no Brasil. Para isso, são necessárias ações intersetoriais e transdisciplinares de diferentes seguimentos, visando criar e fortalecer redes de atenção voltadas para dar suporte às vítimas (Silva & Oliveira, 2015). É importante ressaltar que, na construção de políticas públicas de saúde, assistência social, educação e segurança pública, é essencial a incorporação do recorte de gênero para que os direitos humanos das mulheres não sejam violados (Bigliardi, Antunes & Wanderbroocke, 2016).

A Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência oferece serviços das áreas de Saúde, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública. Na área da Assistência Social, destacam-se os serviços dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAMs), que oferecem atendimento psicossocial e jurídico a mulher em situação de violência, visando resgatar sua autoestima e a autonomia e ajudá-la a superar as sequelas da violência vivida. Segundo Frossard (2006, p. 11),

os Centros de Referência são estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência (Frossard, 2006, p. 11).

Na Paraíba, existem, atualmente, oito CRAMs, um deles é o Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes (CERMFL), uma instituição que disponibiliza atendimento psicossocial e jurídico às mulheres em situação de violência doméstica, familiar e/ou sexual, no município de Campina Grande – PB nos demais municípios do Compartimento da Borborema. Desde 2012, quando foi inaugurado, o CERMFL atendeu a mais de 800 mulheres e realizou mais de cinco mil atendimentos. Faço parte do quadro técnico dessa instituição, como

psicóloga, e, durante minha prática seis anos, observei que um grande número de mulheres apresentava alguma afetação na saúde mental em decorrência da violência sofrida. Devido a isso, surgiram algumas perguntas: como pode ser entendida a saúde mental da mulher que sofre violência doméstica? Há relação da violência sofrida com algum transtorno mental?

A partir dessas indagações, percebi a necessidade de desenvolver uma pesquisa que tivesse como objetivo geral analisar a saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica que são acompanhadas pelo Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes (CERMFL), e como objetivos específicos: caracterizar, a partir dos dados sociodemográficos, as mulheres em situação de violência doméstica e familiar; averiguar, por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), a presença de transtorno mental comum; apreender a percepção das usuárias sobre o desenvolvimento de acometimentos a sua saúde mental; e verificar se elas são atendidas por serviços de saúde para tratar dos possíveis agravos.

Os estudos sobre a violência doméstica possibilitam vislumbrar um cenário mais amplo e, ao mesmo tempo, uma dimensão real do problema. Isso requer o planejamento de ações mais eficazes para o enfrentamento desse problema social (Apratto Júnior, 2010). As pesquisas contribuem para a sustentabilidade das políticas públicas de saúde, porque fundamentam, a partir dos conceitos, dos dados e dos resultados a necessidade de criar essas políticas e de mantê-las (Travassos & Castro, 2012).

Tendo em vista que a produção acadêmica que enfoca esse tema é carente na região e na localidade, sobretudo, sob a ótica da Psicologia, esta pesquisa foi elaborada visando contribuir com o campo acadêmico e com o social, visando compreender o fenômeno e otimizar o trabalho interdisciplinar.

Essa compreensão é permeada pelo olhar da Psicologia da Saúde, uma área em desenvolvimento que vem contribuindo significativamente para as políticas públicas, porque tem uma percepção humanizada sobre saúde e visa compreender o fator humano dos sujeitos e

das coletividades no campo da Saúde (Polejack, 2016). Esse olhar da Psicologia da Saúde pode contribuir significativamente para se investigar a dimensão subjetiva do fenômeno da violência contra a mulher. Nesse sentido, espera-se que esta pesquisa também possa contribuir para a elaboração de intervenções e ações que contribuam para promover a saúde mental das mulheres vítimas, sobretudo, as usuárias dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado elaborada em formato de artigos. O primeiro artigo, intitulado ‘A presença de transtorno mental comum em mulheres em situação de violência doméstica’, teve o objetivo de averiguar a presença desse tipo de transtorno em mulheres vítimas de violência doméstica. Participaram da pesquisa 30 usuárias do Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes (CERMFL), para as quais foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e o Self Questionnaire (SRQ-20). O segundo artigo – ‘A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica’ - objetivou analisar os efeitos na saúde mental de mulheres que se encontram em situação de violência doméstica. Para essa análise, foi aplicada uma entrevista semiestruturada composta de questões acerca do objeto de estudo: violência contra a mulher e saúde mental.

CAPÍTULO 1

A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência Doméstica

Artigo submetido a revista: Contextos Clínicos (Qualis B1)

**A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência
Doméstica**

The presence of Common Mental Disorder in Women in Situations of Domestic Violence

Resumo

A pesquisa teve o objetivo de averiguar a presença de transtorno mental comum (TMC) em mulheres em situação de violência doméstica (VD). Trata-se de um estudo quantitativo, com recorte transversal, do qual participaram 30 mulheres, com média de 35,93 anos de idade, em situação de violência doméstica, atendidas em um Centro de Referência da Mulher em uma cidade do nordeste brasileiro. Os instrumentos aplicados foram questionário sociodemográfico e self-reporting questionnaire (SRQ-20). Foi observado que 23 participantes (76,7%) apresentaram sintomatologia sugestiva para TMC. Os sintomas apresentados pela maioria delas indicam a presença de humor depressivo ansioso, ideação suicida e queixas somáticas. A violência doméstica afeta negativamente a saúde mental das mulheres e prejudica a qualidade de sua vida. Por essa razão, são necessárias políticas públicas locais que assegurem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A psicoterapia é essencial no tratamento de mulheres em situação de violência, porquanto dispõe de técnicas de tratamento que favorecem o empoderamento e a autonomia da mulher, resgatam a autoestima e reduzem os sintomas de TMC.

Palavras-chave: saúde mental, violência contra a mulher, psicopatologia.

Abstract

The objective of this research was to investigate the presence of Common Mental Disorder (CMD) in women in situations of Domestic Violence (DV). This is a quantitative study, with a transversal cut. Thirty women participated, with an average age of 35.93 years old, in a situation of domestic violence, attended at the Women's Reference Center in a city in northeast, Brazil. The instruments applied were: socio-demographic questionnaire and self-report questionnaire (SRQ-20). It was observed among the participants that 23 of them (76.7%) had symptoms suggestive of CMD. The symptoms presented by the majority of the participants indicate the presence of anxious depressive mood, such as, for example, suicidal ideas and also have shown somatic complaints. Domestic violence affects the mental health of women, impairing their quality of life and brings the need for local public policies that guarantee actions to promote health and prevent diseases. Psychotherapy shows whether it is essential to treat women in situations of violence, since it offers treatment techniques that favor the empowerment and autonomy of women, the recovery of self-esteem and the reduction of symptoms of CMD.

Keywords: mental health. violence against women, psychopathology.

Introdução

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (2018), a violência pode afetar negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres. A violência doméstica é uma questão grave de saúde pública, porque 35% das mulheres, no mundo, isto é, uma em cada três mulheres, em algum momento de suas vidas, já sofreram violência física ou sexual. Na maioria dos casos, a violência é cometida por seus parceiros, que apresentam um comportamento de controle com agressões físicas, coerção sexual e abuso psicológico.

No Brasil, as estatísticas apontam um número alto de casos de violência doméstica contra a mulher. Dados do Panorama da Violência contra as Mulheres no Brasil de 2018 revelam que, em 2015, a Central de Atendimento à Mulher (Disque 100) registrou 749.024 atendimentos, 10% dos quais (76.651) relativos à violência doméstica contra a mulher. Em 2016, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde registrou 101.218 casos de violência física, 50.955, de violência psicológica, 27.059, de violência sexual, e 3.055, de violência patrimonial contra mulheres (Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018).

No Brasil, a violência contra as mulheres, além de ser um problema social, cultural, político e de segurança, é um problema de saúde. A violência doméstica traz consequências negativas para a saúde física e psicológica das mulheres, de forma imediata ou em longo prazo. De acordo com Minayo (2006), a violência contra a mulher é uma questão de saúde pública, porquanto estimativas indicam que, no Brasil, pelo menos 35% dos problemas de saúde das usuárias dos serviços de saúde são devidos à violência que elas sofrem.

A violência de gênero, a pobreza e a exclusão social são alguns dos determinantes sociais da saúde mental. A violência é um dos principais fatores de transtornos mentais em mulheres, principalmente o transtorno mental comum (TMC), cujos principais sintomas são insônia, fadiga, dificuldade de se concentrar, ansiedade, depressão e várias queixas somáticas (Leite et al, 2017). O conceito de TMC foi elaborado devido à alta prevalência de casos, considerado em escala mundial como um dos maiores problemas de saúde pública (Murcho, Pacheco & Jesus, 2016).

Inicialmente a violência desnorreia a mulher, afeta-a psicologicamente, e ela tende a manifestar sintomas de depressão e ansiedade. Durante a situação de violência, como se sente sozinha e sem apoio, acaba se culpando pela violência que lhe é infligida e internaliza a ideia de que o agressor está certo, e ela, errada, mesmo não sabendo onde errou, apresentando uma

atitude, muitas vezes, passiva diante da situação. Trata-se de um mecanismo de defesa que a vítima encontra para assegurar sua integridade psicológica (Morais & Rodrigues, 2016).

Situações de violência doméstica e sexual interferem diretamente na saúde física e mental das mulheres e em sua vida pública e privada. Por essa razão, elas passam a se desvalorizar. Os transtornos mentais e as sequelas psicológicas ainda são mais graves nas mulheres que sofreram violência sexual. Muitas vezes, elas apresentam transtorno de estresse pós-traumático, de humor e alimentares, distúrbios sexuais e sintomas prolongados de ansiedade e dissociação (Gusmão et al, 2018). Os principais sintomas do Transtorno Mental Comum são insônia, fadiga, dificuldade de concentração, quadros depressivos, ansiedade e queixas somáticas (Parreira et al, 2017).

Para tratar esses sintomas, muitas mulheres em situação de violência tornam-se usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são consideradas "poliqueixosas", por causa de suas queixas vagas e crônicas, porém os resultados dos exames realizados são normais. As manifestações clínicas de violência nas mulheres podem ser físicas, psicossomáticas, mentais e sociais. As manifestações físicas são, comumente, inflamações, contusões, fraturas e hematomas causados por agressões ao seu corpo; as manifestações psicossomáticas são palpitações, perturbações digestivas, insônia, pesadelos, irritabilidade, falta de concentração, medo, culpa, sentimento de inferioridade e baixa autoestima; as mentais são ansiedade, fobia, estresse pós-traumático, crise de pânico, depressão, uso de álcool e de drogas e tentativas de suicídio; e a manifestação social de isolamento devido ao medo e à vergonha (Ministério da Saúde, 2001).

As agressões que os indivíduos sofrem afetam negativamente a qualidade de sua vida e sua capacidade de viver. Isso indica que é necessário fazer um delineamento epidemiológico dos problemas psiquiátricos e psicológicos decorrentes do enfrentamento dessas problemáticas.

Os estudos sobre esse domínio auxiliam o processo de prevenção de doenças e promoção de saúde (Minayo & Souza, 1998).

Em decorrência da lacuna de pesquisas, no Brasil, existe uma carência de intervenções pautadas em evidências que poderiam qualificar as ações dos serviços públicos de saúde mental no tocante aos problemas de gênero (Habigzang, 2013). Além disso, o fato de a reforma psiquiátrica não dar visibilidade a questões de gênero, sobretudo, a violência contra a mulher, dificulta a elaboração de políticas públicas que abordem as especificidades do homem e da mulher na sociedade. Consequentemente, o sofrimento mental é relacionado a questões meramente biológicas e se deixa de lado as questões sociais (Medeiros & Zanello, 2018).

Na mesma linha das lacunas, verifica-se uma escassez de serviços especializados na saúde mental de mulheres em situação de violência na região. Esta pesquisa foi desenvolvida em um serviço especializado em atender a mulheres vítimas de violência, e seus resultados reforçam que é preciso oferecer-lhes atendimento especializado, direcionados, sobretudo, à sua saúde mental. Destarte, a pesquisa objetivou averiguar a presença de transtorno mental comum (TMC) em mulheres em situação de violência doméstica (VD).

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal.

Participantes

Participaram da pesquisa 30 mulheres adultas, para cuja inclusão foram adotados os seguintes critérios: estar passando por situação de violência doméstica, com idade mínima de 18 anos, atendidas no Centro de Referência da Mulher e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: mulheres em situação de violência com menos de 18 anos, não atendidas no Centro de Referência da Mulher, que não estivessem em condições físicas ou emocionais para responder aos instrumentos da pesquisa e que se recusassem a participar dela.

Instrumentos

Para realizar a pesquisa, foram utilizados um questionário sociodemográfico e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). O primeiro continha perguntas sobre a idade, o estado civil, a escolaridade, o número de filhos, a relação com o agressor, o tipo de violência sofrida e a situação do mercado de trabalho. O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico para averiguar a presença de transtornos mentais não psicóticos, que foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de desenvolver um método que pudesse ser aplicado em estudos de Saúde Mental sobre a atenção básica à saúde que tivesse baixo custo e fosse fácil de ser usado, uma vez que seria aplicado, sobretudo, nos países em desenvolvimento (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008). Essa escala contém 20 itens dicotômicos cujas opções de resposta podem ser de 0 (zero), quando marcada a opção não, que mostra que o sintoma esteve ausente nos últimos 30 dias; ou 1 (um), quando marcada a opção sim, que mostra a presença do sintoma nos últimos 30 dias. A pontuação total pode ir de 0 a 20.

Na validação do SRQ -20 para o Brasil, os autores Mari & Willians (1986) propõem que, nas pesquisas aplicadas para mulheres, sejam utilizados escores acima ou iguais a oito

(Silva, 2017). Assim, o ponto de corte utilizado nesta pesquisa foi de oito ou mais pontos (escore ≥ 8) para identificar a presença de transtorno mental comum (TMC). Os itens do SRQ-20 foram divididos em quatro grupos de sintomas com base na pesquisa realizada por Santos, Araújo e Oliveira (2009) e na de Santos & Monteiro (2018), que utilizaram essa distribuição dos sintomas em grupos em suas pesquisas com SRQ-20. Nesta pesquisa, os quatro grupos de sintomas foram: humor depressivo-ansioso (4 itens), sintomas somáticos (6 itens), decréscimo de energia vital (6 itens) e pensamentos depressivos (4 itens).

Procedimentos

Inicialmente foi feito um contato com a coordenação do serviço de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, para informar sobre a pesquisa e solicitar, por meio de uma carta de anuência, autorização para aplicar a pesquisa com as usuárias do referido serviço. Depois que a solicitação foi autorizada, fez-se um levantamento com as técnicas do serviço a respeito das participantes que haviam procurado o atendimento inicial naquele período. Posteriormente, foi realizado o contato com essas usuárias, que deram seu consentimento e compareceram ao serviço, onde foram aplicados os instrumentos, numa sala reservada, em que só havia a pesquisadora e uma participante por vez, a fim de preservar-lhe o sigilo. Os instrumentos da pesquisa (questionário sócio demográfico e SRQ-20) foram aplicados somente pela pesquisadora, que também preencheu o questionário sociodemográfico. O SRQ-20 foi preenchido pelas próprias participantes, que eram orientadas pela pesquisadora, quando elas tinham alguma dúvida. Os instrumentos foram aplicados no período de setembro a novembro de 2019, em uma única etapa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e aprovada sob o número 3.557.438 (CAAE/18834619.0.0000.5187). Foram respeitadas todos os

procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos preconizados pela Resolução 510/2016 referente à ética na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Todas as participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar e confirmar a participação voluntária na pesquisa, com as devidas orientações sobre sua possível desistência de participar sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou problemas para elas.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18, e devidamente revisados. Para caracterizar as mulheres, foram calculadas as estatísticas descritivas e distribuídas as porcentagens.

Resultados

O perfil sociodemográfico da amostra indicou que 63% das participantes têm entre 30 e 50 anos de idade, cuja média é de 35,93 anos; 56,7% são casadas ou vivem em união estável; 43% cursaram o ensino médio completo; 53% declararam-se brancas, 60% têm de um a dois filhos; 70% percebem renda inferior a um salário mínimo; 100% disseram que têm sofrido violência psicológica, e 90% sofreram violência por parte de homens com quem mantinham ou mantiveram um relacionamento amoroso (marido, companheiro, namorado, ex-marido, ex-companheiro e ex-namorado).

O estudo mostrou que 23 mulheres (76,7%) da amostra apresentaram sintomatologia sugestiva para transtorno mental comum. A média das afirmações positivas dos itens, ou seja, a média do escore na pesquisa, foi de 12,80.

A Tabela 1 demonstra que 21 das participantes (70%) sentem medo com facilidade; 20 (66,7%) se sentem infelizes; 17 (56,7%) afirmaram que choram com frequência; e 26 (86,7%) referiram que sentem nervosismo, tensão e preocupação.

Tabela 1: Sintomas de humor depressivo ansioso (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você fica com medo com facilidade?	21 70,0	9 30,0
Sente-se infeliz?	20 66,7	10 33,3
Você chora mais que o comum?	17 56,7	13 43,3
Você se sente nervosa, tensa ou preocupada?	26 86,7	4 13,3

De acordo com a Tabela 2, 50% da amostra sentem dores de cabeça com frequência, 60% têm falta de apetite, 73,3 % dormem mal, 60% sentem tremores na mão, 46,7% sofrem de perturbação digestiva, e 66,7% têm sensações desagradáveis no estômago.

Tabela 2: Sintomas somáticos (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você tem dores de cabeça com frequência?	15 50,0	15 50,0
Tem falta de apetite?	18 60,0	12 40,0
Você dorme mal?	22 73,3	8 26,7
Suas mãos tremem?	18 60,0	12 40,0
Sua digestão não é boa ou sofre perturbação digestiva?	14 46,7	16 53,3
Você tem sensações desagradáveis no estômago?	20 66,7	10 33,3

Os sintomas de decréscimo de energia mental apontam que 80% das mulheres não conseguem pensar com clareza; 70% acham difícil apreciar suas atividades diárias; 80% têm

dificuldade tomar decisões; 56,7%, de fazer seu trabalho; e 76,7% sentem cansaço o tempo todo (Ver Tabela 3).

Tabela 3: Sintomas de decréscimo de energia mental (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você não consegue pensar com clareza?	24 80,0	6 20,0
Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	21 70,0	9 30,0
Acha difícil tomar decisões?	24 80,0	6 20,0
Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer o seu trabalho?	17 56,7	13 43,3
Você se sente cansada o tempo todo?	23 76,7	7 23,3
Fica cansada com facilidade?	17 56,7	13 43,3

No tocante à prevalência de sintomas depressivos, 43,3% das participantes assinalaram que não são capazes de desempenhar um papel útil na vida; 60% delas perderam o interesse pelas coisas; 46,7% acham que não valem nada; e 70% já pensaram em se suicidar.

Tabela 4: Sintomas de pensamentos depressivos (SRQ-20). (N=30).

Itens	Sim %	Não %
Você não é capaz de ter um papel útil na vida?	13 43,3	17 56,7
Você perdeu o interesse nas coisas?	18 60,0	12 40,0
Acha que é uma pessoa que não vale nada?	14 46,7	16 53,3
O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	21 70,0	9 30,0

Discussão

As participantes da pesquisa apresentaram (76,7%) sintomatologia sugestiva para Transtorno Mental Comum (TMC). Essa alta prevalência de TMC em mulheres em situação de violência também foi constatada em outros estudos, como o realizado por Silva & Aquino (2008) com mulheres atendidas em uma emergência hospitalar e que sofreram diferentes tipos de violência. Os autores utilizaram o instrumento SRQ-20 e o escore encontrado foi de 77,3%, por conseguinte, demonstrava uma provável morbidade psiquiátrica, principalmente, distúrbios psíquicos menores. Assim como, a pesquisa realizada por Barros et al (2016) com mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos, também utilizaram o SRQ-20 que indicou que 78,6% da amostra apresentou humor depressivo-ansioso, 77,8% sintomas somáticos, 73,7% decréscimo de energia vital e 51,0% pensamentos depressivos evidenciando, assim, sinais de sofrimento psíquico e significativa sugestão para Transtorno Mental Comum (TMC).

Em 86,7% dos casos, os agressores eram maridos, companheiros, namorados e ex. Esse resultado corrobora os dados do Mapa da Violência de 2012, que indicou que a maioria das mulheres vítimas de violência atendidas pelo SUS sofreram violência praticada por cônjuges (marido/ companheiro), namorados e ex (Waiselfisz, 2012).

A realidade da violência doméstica ainda não é totalmente conhecida, porque, em grande parte dos casos, a violência não é denunciada às autoridades, porque a agressão física e/ ou psicológica e até abusos sexuais são cometidos comumente pelo companheiro. O receio de como serão atendidas faz com que um número considerável de mulheres não busque ajuda, porque temem ser criticadas e julgadas nos espaços de atendimento e se sentem responsáveis pelo fracasso da relação. Essas questões as impedem de denunciar os agressores e de tomar uma atitude (Heilborn, Araújo & Barreto, 2010).

A maioria das participantes (60,86%) que tiveram o SRQ-20 positivo para TMC ainda conviviam com seus agressores, e as que tiveram o SRQ-20 negativo para TMC (71,42%) não conviviam mais com eles. Hipoteticamente, o fato de continuarem vivendo com o agressor se deve à dependência financeira, porque 70% das participantes que tiveram o SRQ-20 positivo percebem uma renda de menos de um salário mínimo. De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2019), as mulheres cuja renda é de até um salário mínimo são as que sofrem mais agressões físicas, porque a renda *per capita* domiciliar delas é um dos fatores que as tornam mais vulneráveis à violência (Engel, 2019). Para alguns autores, a dependência financeira, a dependência emocional, a falta de apoio social, a preocupação com os filhos e a sensação de desamparo contribuem para que elas continuem com seus agressores (Balduino, Zandonadi & Oliveira, 2017).

Os sintomas apresentados pela maioria das participantes indicam a presença de humor depressivo ansioso. Devido a esses sintomas, elas podem apresentar um quadro de ansiedade generalizada e de transtorno de estresse pós-traumático. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, os sintomas de ansiedade generalizada (F41.1) são: nervosismo persistente, tensão muscular, tremores, desconforto gástrico e medo constante. Grande parte das participantes apresentam esses sintomas e o TEPT, cujos sintomas, segundo o CID 10, frequentemente são associados a ansiedade, depressão ou ideação suicida.

Na pesquisa, foram encontrados em algumas participantes sintomas compatíveis com a TEPT, que é uma resposta retardada a uma situação de elevado estresse, de natureza ameaçadora, que pode provocar grave perturbação emocional em um indivíduo (Souza, Vizzotto & Gomes, 2018). A TEPT é mais prevalente e duradora em mulheres do que em homens, provavelmente porque elas se expõem bem mais a episódios traumáticos, como a violência sexual e a doméstica (Santos et al., 2018). Quando a ansiedade e o medo causados pela violência doméstica são frequentes, influenciam o desenvolvimento do TEPT e podem desencadear outros transtornos psicossociais (Dias, Canavez & Matos, 2018).

Em uma revisão integrativa realizada por Santos et al. (2018) sobre os tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres em situação de violência doméstica, a partir do estudo de 19 artigos publicados em revistas internacionais, constatou-se que o transtorno mental mais comum é a depressão (73,7%), seguido do transtorno de estresse pós-traumático (52,6%). Também foram constatados outros transtornos mentais, como ansiedade, distúrbios do sono, estresse e ideação suicida. A revisão indicou que o desenvolvimento desses transtornos pode estar relacionado ao fato de essas mulheres serem expostas continuamente à violência por seus parceiros íntimos.

A depressão é um transtorno mental comum, que afeta o organismo do indivíduo e interfere no humor e nas funções cognitivas e neuroendócrinas bem como em outras partes do organismo, causando prejuízos ao bem-estar pessoal, social e laboral do indivíduo. A depressão é uma doença que, de modo geral, não tem uma causa definida, pois é multifatorial e pode ter causas intrínsecas e extrínsecas (Menezes & Juruena, 2017).

Alguns sintomas mencionados pelas participantes indicam a presença de sintomatologia de depressão. Segundo o CID (10), os principais sintomas para diagnóstico de depressão são: diminuição do humor, redução da energia e perda de interesse, redução da concentração,

diminuição da autoestima e da autoconfiança, diminuição do apetite, distúrbios de sono e fadiga.

Esta pesquisa corrobora um estudo realizado por Bittar e Kohlsdorf sobre o número elevado de participantes com sintomatologia compatível com depressão e ansiedade, pois, no estudo que essas autoras desenvolveram com mulheres em situação de violência doméstica, a aplicação dos Inventários de Beck de ansiedade e depressão revelou que todas as participantes estavam com depressão, a maioria acometida por depressão grave e com um nível severo de ansiedade. Em seus relatos, elas apresentaram “sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação, descrenças, culpa, desânimo, indecisão, autocrítica, falta de concentração, passividade, déficit em habilidades sociais, insônia, perda de apetite e do interesse sexual” (Bittar & Kohlsdorf, 2012, p. 455).

A depressão provoca disfunções cognitivas, psicomotoras e humor depressivo. Pessoas com transtorno depressivo tendem a ter, com frequência, ideação suicida e podem tentar o suicídio (Manual MSD, 2019). Setenta por cento das participantes (21) já pensaram em se suicidar. A presença significativa do pensamento suicida nas participantes desta pesquisa pode ser reforçada a partir de uma análise das experiências de vida de mulheres idosas nordestinas, moradoras da zona rural, com ideação e tentativa de se suicidar em que os pesquisadores constataram que a maioria havia sofrido violência física, psicológica e sexual por parte do(s) companheiro(s) ou familiares ao longo da vida. Elas foram privadas de autonomia na velhice, isoladas socialmente e passaram a apresentar sintomas depressivos (Silva, Vieira, Caldas, Sousa & Minayo, 2018). A violência de gênero e a intrafamiliar contribuem para os casos de mortes autoinfligidas entre as mulheres, sobretudo, as idosas, principalmente quando existe a associação com a depressão e com os danos causados pela violência (Minayo, 2013).

A maioria das participantes da pesquisa apresentou queixas somáticas, como dores de cabeça frequentes, alteração do apetite, tremores nas mãos e perturbações digestivas. Como são

as mulheres que mais utilizam os serviços de saúde, para tratar dessas queixas somáticas, percebe-se que há uma associação entre os TMC e elas, que buscam, especialmente, a Atenção Básica apresentando, muitas vezes, sintomas somáticos associados que acabam sendo o foco do tratamento, o que desvia a atenção do TMC. Quando, em alguns casos, constata-se que os sintomas somáticos surgem devido ao TMC, são prescritos psicofármacos desregradamente (Borges et al, 2015).

Muitas mulheres procuram os serviços de saúde por causa dos agravos à saúde causados pela violência. Contudo, nesses espaços, os profissionais de saúde nem sempre identificam essas pacientes como vítimas de violência doméstica. Em muitos casos, elas não recebem o tratamento adequado porque as equipes de saúde têm dificuldade de detectar a violência doméstica, e isso inviabiliza o tratamento, que se limita aos cuidados com os sintomas físicos e, conseqüentemente, faz com que essas usuárias retornem frequentemente aos serviços de saúde. Assim, o sistema de saúde fica sobrecarregado, e os gastos públicos com tratamento aumentam (Ribeiro & de Lima, 2011). Por essa razão, é importante identificar corretamente esses casos para executar intervenções específicas e precoces no campo da saúde mental. Essas intervenções devem ser feitas, sobretudo, na Atenção Primária.

Uma das intervenções importantes para o cuidado com a saúde mental de mulheres em situação de violência é a psicoterapia (individual ou em grupo) que, em muitos, casos deve ser conjunta com o tratamento médico. O acolhimento psicoterapêutico a mulheres cuja saúde mental foi prejudicada por causa da violência, principalmente a psicológica, é necessário para que elas se sintam empoderadas e capazes de ser agentes da própria realidade, consigam tomar decisões e interagir de forma mais saudável com seu meio. Isso também poderá ajudá-las a resgatar a autoestima e os desejos que, muitas vezes, são reprimidos durante o ciclo em que sofreram violência (Jesus & Lima, 2018).

No tratamento de pessoas que vivenciaram a violência, uma abordagem psicoterapêutica que tem tido sido recomendada por sua eficácia é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), visto que dispõe de técnicas que trabalham com a ressignificação de traumas, redução de sintomas de ansiedade e depressão, assim como prevenção de futuras revitimizações (Petersen et al, 2019). A terapia grupal também é bastante recomendada, pois “a verbalização da vivência traumática e a identificação com outras mulheres auxiliam a progressiva integração de sentimentos, a elaboração e a ressignificação do trauma, permitindo que novos objetivos e perspectivas de vida sejam estabelecidos” (Da Silva & Vagostello, 2017, p.186).

Considerações Finais

Na maioria das participantes (76,7%) desta pesquisa, foi constatada a presença de TMC. A pesquisa também indicou que os sintomas que elas assinalaram no SRQ-20 eram compatíveis com o transtorno de ansiedade e depressão e que grande parte delas tinha ideação suicida.

Esses dados apontam que a violência doméstica afeta negativamente a saúde mental das mulheres e traz prejuízos para elas, uma vez que as alterações emocionais e comportamentais que passaram a apresentar depois que foram expostas à violência as impedem, muitas vezes, de tomar decisões, de se sentirem úteis e de trabalhar. Enfim, afetam a qualidade de sua vida de diferentes maneiras e com intensidade.

A pesquisa teve uma amostra pequena, abaixo do esperado, uma vez que dependemos para aplicação da pesquisa da busca espontânea das mulheres em situação de violência pelo serviço e no período destinado a pesquisa a procura foi pequena, além disso, algumas mulheres que buscaram o serviço encontravam-se bastante fragilizadas diante do contexto de violência no qual estavam inseridas, não tendo condições emocionais e psicológicas para participar da

pesquisa. Embora tenha havido essa limitação no número de participantes, foi possível obter dados suficientes para realizar a pesquisa.

Enfim, esta pesquisa apresenta a dimensão e a gravidade das sequelas da violência doméstica para a saúde das mulheres e para toda a sociedade, pois podem servir de base para formular políticas públicas, principalmente locais, que possibilitem que as mulheres vítimas, como sujeitos de direitos, tenham suas demandas ouvidas e suas necessidades de saúde asseguradas, sobretudo, em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e nos casos em que houver agravos à saúde mental, sejam ofertados tratamentos para que elas possam cuidar da saúde.

Referências

- Balduino, R. C. P., Zandonadi, A. C., & de Oliveira, E. S. (2017). Violência doméstica: fatores implícitos na permanência em situação de sofrimento. *Revista Farol*, 3(3), 111-125. Retirado de: <http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/39>
- Barros, É. N. D., Silva, M. A., Falbo Neto, G. H., Lucena, S. G., Ponzo, L., & Pimentel, A. P. (2016). Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 591-598.
- Bittar, D., & Kohlsdorf, M. (2017). Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*, 31(74), 447-456. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.DS08
- Borges, T. L., Hegadoren, K. M., & Miasso, A. I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 195-201. Retirado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n3/195-201/>
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Retirado de: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm
- Dias, S. A. S., Canavez, L. S., & de Matos, E. S. (2018). Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: Prejuízos cognitivos e formas de tratamento. *Revista Valore*, 3(2), 597-622. doi: [10.22408/rev322018114597-622](https://doi.org/10.22408/rev322018114597-622)
- Engel, C. L. (2019). *A violência contra a mulher*. Ipea–Instituto de economia aplicada. Brasília.

- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017.
- Gusmão, R. O. M., Rocha, S. F., Urcino, A. T. A., Souza, B. S. R., Xavier, M. D., Ladeia, L. F. A., & da Silva Junior, R. F. (2018). A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde e Pesquisa*, 11(3), 603-612. doi: 10.17765/2176-9206.2018v11n3p603-612
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model in Brazilian sexually abused girls. *Journal of child sexual abuse*, 22(2), 173-190. doi: 10.1080/10538712.2013.737445
- Heilborn, Maria Luzia; Araújo, Leila & Barreto, Andreia (2010). *Gestão Pública em Gênero e Raça/ GPP- G e R: módulo II*. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres.
- Jesus, G. B., & Lima, T. C. (2018). Mulher vítima de violência psicológica: contribuições clínicas da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(1), 114-119. doi: 10.17267/2317-3394rps.v7i1.1640
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Sales Macedo, J. P., & de Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. doi: 10.1192/bjp.148.1.23

- Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 384-403. doi: [10.12957/epp.2018.38128](https://doi.org/10.12957/epp.2018.38128)
- Menezes, I. C., & Juruena, M. F. (2017). Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 50(supl 1.), 64-71. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p64-71
- Minayo, M. C. D. S. (2006). *Violência e saúde*. Scielo-Editora FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2405-2415. doi: 10.1590/0102-311X00048013
- Minayo, M. C. S. (1998). *Violência e saúde como campo interdisciplinar e ação coletiva: história, ciência e saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco.
- Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. D. (2016). Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, (15), 30-36. doi: [10.19131/rpesm.0129](https://doi.org/10.19131/rpesm.0129)
- Organização Pan-Americana de Saúde (2017). *Violência contra as mulheres*. Retirado de: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
- Panorama da violência contra as mulheres no Brasil [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais. –N. 1 (2016) -. – Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016. Retirado de: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR>
- Parreira, B. D. M., Goulart, B. F., Haas, V. J., da Silva, S. R., dos Santos Monteiro, J. C., & Gomes-Sponholz, F. A. (2017). Transtorno mental comum e fatores associados: estudo

com mulheres de uma área rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03225.

Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019).

Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. doi: 10.33208/PC1980-5438v0031n01A07

Ribeiro, C. G., & de Lima Coutinho, M. D. P. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(4), 52-59.

Santos, A. F. G., Silva, E. R., Xavier, E. E. F. S., Tangerino, L. V. C., Borges, S. C., Daguer, Y. S., ... & Nascimento, D. B. (2018). A violência como precursora do transtorno de estresse pós-traumático e o impacto na saúde da mulher. III *CIPEEX*, Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão, 1174-1186.

Santos, A. G. D., & Monteiro, C. F. D. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. doi: 10.1590/1518-8345.2740.3099

Santos, K. O. B., Araújo, T. M. D., & Oliveira, N. F. D. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100023

Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2017). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Dados em Big Data*, 1(1), 23-42. doi: 10.18391

- Silva, E. P., & Vagostello, L. (2017). Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3), 183-198. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v69n3/13.pdf>
- Silva, I. V., & Aquino, E. M. (2008). Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência.
- Silva, R. M., Vieira, L. J. E. S., Caldas, J. M. P., Sousa, G. Silva, & Minayo, M. C. S. (2018). Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl 2.), 755-762. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0413
- Souza, C. M. D., Vizzotto, M. M., & Gomes, M. B. (2018). Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 222-233. doi: 10.15309/18psd190205.
- Waiselfisz, J. J. (2012). Caderno complementar 2: acidentes de trânsito. JJ Waiselfisz, Mapa da violência: Os novos padrões da violência homicida no Brasil, 1-31.

CAPÍTULO 2

Agravos à Saúde Mental de Mulheres em Situação de Violência Doméstica

Artigo submetido a revista: Psicologia em Revista (Qualis A2)

Agravos à Saúde Mental de Mulheres em Situação de Violência Doméstica

Damage to Mental Health of Women in Situation of Domestic Violence

Agravios a la Salud Mental de Mujeres en Situación de Violencia Doméstica

Resumo

Objetivou-se analisar os efeitos percebidos na saúde mental de mulheres que se encontram em situação de violência doméstica. Trata-se de um estudo qualitativo, do qual participaram 19 mulheres em situação de violência doméstica, atendidas no Centro de Referência da Mulher em um município do nordeste brasileiro. Os instrumentos utilizados foram: o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. As participantes apresentaram percepções negativas sobre a saúde mental que confirmam os agravos decorrentes da violência sofrida. Houve relatos de exaustão emocional constatada pelo medo, pelo choro excessivo, pela agressividade e pela tristeza constante, além da diminuição da autoestima, que causou insegurança, sentimento de impotência e desvalorização de si mesmas. Algumas participantes associaram esses sintomas a psicopatologias (depressão, ansiedade e loucura). Os serviços de saúde devem disponibilizar atendimento especializado para as mulheres em situação de violência, a fim de que possam ser realizadas intervenções específicas no campo da saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; violência contra a mulher; agravos à saúde.

Abstract

The objective was to analyze the perceived effects on the mental health of women who are in situation of domestic violence. This is a qualitative study, in which 19 women in situation of domestic violence participated, attended at the Women's Reference Center in a city in northeastern Brazil. The instruments used were: the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview. The participants presented negative perceptions about mental health that confirm injuries from the violence they have suffered. There were reports of emotional exhaustion verified by fear, excessive crying, aggression and constant sadness, in addition to decreased self-esteem, which caused insecurity, helplessness and self-depreciation. Some participants associated these symptoms with psychopathologies (depression, anxiety and madness). Health services must provide specialized care for women in situations of violence, so that specific interventions in the field of mental health can be carried out.

Keywords: mental health; violence against women; health problems.

Resumen

Se objetivó analizar los efectos percibidos en la salud mental de mujeres que se encuentran en situación de violencia doméstica. Se trata de un estudio cualitativo, en lo cual participaron 19 mujeres atendidas en el Centro de Referencia de la Mujer en un municipio del noreste brasileño. Los instrumentos utilizados para recolectar los datos fueron: el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), cuestionario sociodemográfico y entrevista semiestructurada. Las participantes presentaron percepciones negativas acerca de la salud mental lo que confirman los agravios por la violencia sufrida. Hubo relatos de agotamiento emocional constatado por: el miedo, el llanto, la agresividad, la tristeza constante y también, disminución de la autoestima, lo que causó inseguridad, sentimiento de impotencia y desvaloración de uno mismo. Los servicios de salud

deben ofrecer atención especializada para mujeres que estén en situación de violencia, con el fin de que se alcance realizar intervenciones específicas en el campo de la salud mental.

Palabras-clave: salud mental; violencia contra la mujer; agravios a la salud.

Introdução

A violência é uma grave violação dos direitos humanos que atinge cerca de um terço das mulheres, no mundo, e um grave problema de saúde pública, visto que lhes causa problemas de saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Os problemas da violência repercutem em toda a sociedade e geram altos custos sociais, econômicos e de saúde, pois, além desses agravos à saúde, causa isolamento, incapacidade laboral e, conseqüentemente, desemprego. Por essa razão, a capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos é reduzida (OPAS, 2018).

De acordo com a pesquisa ‘Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil’, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2019, 29% das mulheres sofreram violência ou agressão. De cada dez mulheres, quase três sofreram ou sofrem violência. Porém a violência que ocorre dentro de casa é a que atinge a maioria das mulheres (42%), cometida, em 76, 4% dos casos, por conhecidos; 39% são parceiros e ex-parceiros, e 12%, namorados (Bueno, 2019).

Devido ao número elevado de casos de violência e de mortes de mulheres no país, foi criada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), amplamente conhecida em todo o país, como resultado do esforço de movimentos sociais, sobretudo o de mulheres, e do reconhecimento por parte dos poderes públicos. De acordo com o artigo 5º da Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra a mulher é

qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I -no âmbito da unidade

doméstica; II - no âmbito da família...; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (2006).

A Lei Maria da Penha possibilitou a sistematização de políticas públicas de prevenção, de atendimento e de enfrentamento da violência contra a mulher e garantiu às mulheres mais proteção e seus direitos, a partir da mudança na legislação e da criação de espaços de atendimento a mulheres em situação de violência. Uma dessas políticas que essa lei estabeleceu foi a criação por parte da União, dos Estados e dos Municípios de centros de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) são espaços de acolhimento e de atendimento social, psicológico e jurídico voltados para essas mulheres, visando estimulá-las a superar a violência e a se fortalecer para resgatar a cidadania (Pinheiro, 2018).

Embora o surgimento dessas políticas públicas tenha possibilitado avanços, no Brasil, os casos de violência contra a mulher continuam crescendo, sobretudo, porque predominam na sociedade o machismo e o patriarcado, que reforçam a ideia de que o homem deve controlar e dominar a mulher.

Segundo Caba et al. (2019), são várias as consequências psicológicas causadas pela violência doméstica, que tornam as mulheres ainda mais vulneráveis e dificultam o rompimento do ciclo de violência. Os principais danos psicológicos são: alterações adaptativas, redução da autoestima, transtorno de humor (estado depressivo) e estresse pós-traumático, que variam de moderado a grave e podem causar incapacidade permanente e irreparável nas mulheres maltratadas. Em relação a esses agravos à saúde mental, a Psicologia pode contribuir ajudando as mulheres em situação de violência a regatarem o empoderamento psíquico, a autonomia e o crescimento pessoal, através da ressignificação dos processos de violência e do resgate da

autoestima. Dessa forma, elas poderão fazer novas escolhas e reconstruir suas vidas (Freitas & Silva, 2019).

Devido à necessidade de conhecer o tema violência contra a mulher, esta pesquisa buscou, por meio da análise dos agravos da violência, compreender o processo saúde-doença mental em mulheres vítimas de violência doméstica.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório.

Amostra

Participaram da pesquisa 19 mulheres em situação de violência doméstica, usuárias de um Centro de Referência de Atendimento à Mulher no Estado da Paraíba. Os CRAMs oferecem atendimento psicossocial e jurídico à mulher em situação de violência e seguem uma Norma Técnica de Uniformização elaborada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (Gonçalves, 2006). Por essa razão, o local escolhido para a pesquisa foi o Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes, que atende a mulheres que sofrem violência doméstica residentes na cidade de Campina Grande-PB e nos demais municípios circunvizinhos.

A amostra foi selecionada de forma não probabilística, por acessibilidade. As usuárias do serviço, depois de passar pelos atendimentos psicossociais realizados pelas técnicas do serviço (assistente social, advogada, psicóloga e educadora social), aceitaram participar da pesquisa. Foram incluídas as mulheres com idade mínima de 18 anos, em situação de violência doméstica e que tiveram escore indicativo de transtorno mental comum (TMC), segundo a avaliação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Os critérios de exclusão foram: mulheres em situação de violência com menos de 18 anos, não atendidas no Centro de Referência da Mulher, que não estivessem em condições físicas ou emocionais de responder aos instrumentos da pesquisa, sem indicativo de TMC.

Instrumentos

Para coletar os dados, foram empregados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e uma entrevista semiestruturada. O questionário sociodemográfico foi utilizado para traçar um perfil das participantes. As questões estruturadas investigavam sobre a idade, o nível de escolaridade, a etnia, a situação no mercado de trabalho, o arranjo familiar, a relação com o(a) agressor(a), o tipo de violência sofrida e o uso de psicotrópico.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi utilizado para detectar a presença de transtorno mental comum (TMC). É um teste desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizado em estudos de populações para mensurar possíveis casos de transtornos mentais. Essa escala contém 20 itens dicotômicos. A pontuação total pode ir de 0 a 20. Na validação do SRQ -20 para o Brasil, propõe-se que, nas pesquisas aplicadas para mulheres, sejam utilizados escores acima de oito ou iguais (Silva, 2017). Assim, o ponto de corte utilizado nesta pesquisa foi de oito ou mais pontos (escore ≥ 8) para investigar se havia TMC.

A entrevista semiestruturada foi utilizada para apreender a percepção das usuárias sobre o desenvolvimento de acometimentos a sua saúde mental e verificar como elas ingressam nos serviços para tratar os possíveis agravos.

Procedimentos

A primeira etapa (em que foram aplicados o questionário sociodemográfico e o Self-Reporting Questionnaire/SRQ-20) constou de 30 participantes, e a segunda, de 19. Das 30 participantes foram selecionadas 23, que atingiram o ponto de corte ≥ 8 no SRQ-20, positivo para TMC. Das participantes selecionadas, quatro se recusaram a participar da segunda etapa, portanto, a amostra foi composta de dezenove (19) participantes.

Nessa segunda etapa, foi aplicada a entrevista semiestruturada, com as seguintes perguntas acerca do objeto de estudo ‘saúde mental e violência doméstica’: ‘O que a senhora entende por saúde mental?’, ‘Tem observado alguma mudança de ordem emocional ou psicológica na senhora?’, ‘De que forma a violência afetou sua vida?’

Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora no período de setembro a novembro de 2019. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e, posteriormente, transcritas. Visando manter o anonimato das entrevistadas, foram atribuídos nomes de flores para identificar suas falas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovada sob o número 3.557.438 (CAAE/18834619.0.0000.5187). Foram respeitados todos os procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos preconizados pela Resolução 510/2016 referente à ética na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Todas as participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinar e confirmar a participação voluntária na pesquisa, com as devidas orientações sobre a possibilidade de desistir de participar sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou problemas para elas.

Análise dos dados

Para caracterizar as mulheres, foram calculadas as estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e distribuídas as porcentagens.

Os dados qualitativos da pesquisa foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Categorical Temática proposta por Bardin. A análise categorial foi feita com base no texto da transcrição da entrevista, na qual foi realizado o desmembramento do texto, isto é, um recorte em unidades de registro e classificado em categorias. No final, os resultados dessa análise foram interpretados.

Resultados e discussão

A partir dos dados sociodemográficos, foi possível traçar o seguinte perfil das participantes: em geral, são mulheres com média de idade de 38 anos (de 21 a 62 anos); 58% delas declararam-se brancas, com média de 3,5 filhos; 55% cursaram o ensino médio; 63% estavam desempregadas, e 89% sofreram agressão por parte de pessoas com as quais mantiveram uma relação amorosa (cônjuge, namorado e ex). Quanto aos tipos de violência, todas as participantes (100%) disseram que sofreram violência psicológica; 67%, violência física; 60%, violência patrimonial; 37%, violência sexual; e 30%, violência moral. Todas elas sofreram diferentes tipos de violência ao mesmo tempo.

As percepções relatadas pelas participantes, no tocante à sua saúde mental, resultaram em cinco categorias de análise: exaustão emocional; redução da autoestima; identificação com psicopatologias, risco de suicídio, busca pelos serviços de saúde e cuidados com a saúde.

Exaustão emocional

Diante de um evento traumático, como, por exemplo, a violência intrafamiliar, o indivíduo pode desenvolver desequilíbrios emocionais que interfiram no funcionamento ou na qualidade de sua vida. Como consequência, poderá ser afetado por transtornos graves (Souza, Vizzotto & Gomes, 2018).

Para as participantes desta pesquisa, a exaustão emocional foi constatada por meio dos seguintes sintomas: desequilíbrio emocional, agressividade, medo e choro excessivo. A exaustão emocional foi mencionada por 47% das participantes, que relataram que sua saúde mental estava abalada, perturbada, debilitada e esgotada. Essa assertiva pode ser verificada nesta fala de Rosa: “Me sinto esgotada, como se as coisas não fossem fluir. Saúde mental é poder desenvolver suas atividades, é ter a vontade de acordar e ter um novo dia, mas eu não sinto mais essa vontade.” Rosa compreende que a violência afetou sua saúde mental, porque não consegue mais executar suas atividades diárias devido ao esgotamento.

Nas mulheres, a violência gera um significativo desequilíbrio emocional, que é percebido, principalmente, em suas relações sociais, sobretudo, no trabalho e na família. No núcleo familiar, geralmente são os filhos que mais sofrem com o desequilíbrio emocional da mulher (Netto et al., 2017). Isso foi observado em algumas participantes, como Margarida, que declarou: “Estou muito confusa, eu perdi o equilíbrio. Meus filhos, até com meus filhos gerou violência, eu falo gritando prá eles me escutarem, porque eu escuto grito, até com os meninos eu grito.”

De tanto ouvir gritos de seu agressor, Margarida passou a reproduzir essa agressividade com os filhos. Essa sua atitude é entendida como uma perda de equilíbrio. A mulher que sofre violência pode transferir a violência para os filhos, de forma involuntária, e isso pode contribuir para manter esse tipo de violência quando os filhos ficam adultos (Queiroz, 2018).

Outro sintoma dessa exaustão emocional das participantes foi o medo, pois 63% delas disseram que sentem algum tipo de medo. A fala de Girassol confirma essa assertiva: “Tudo é medo e pânico... medo das coisas. Se eu estou no ônibus, eu tenho medo, se estou na rua, eu acho que alguém vai me pegar e fazer alguma coisa comigo. Medo dessa violência que eu sofri em casa.”

O medo é um dos obstáculos para superar a violência. Por causa dele, muitas mulheres não procuram ajuda com medo de ser julgadas, das ameaças dos parceiros e de serem vítimas de violência por parte de outras pessoas. O medo vivenciado pelas mulheres em situação de violência se deve, em parte, à falha das políticas públicas de proteção, que deveriam reforçar a segurança das mulheres e lhes garantir o direito de não sofrer violência (Terra & Schaiber, 2015).

Outro sintoma compreendido como uma exaustão emocional é o choro excessivo ou sem causa aparente de muitas das participantes. O choro constante é notado na fala de Hortência: “Eu choro muito, tipo... estou com um paciente aí eu tenho que ir ao banheiro chorar.” No caso de Hortência, o choro em excesso foge ao seu controle, tanto que, durante suas atividades laborais, a vontade de chorar surge, e ela sente uma exaustão emocional. Segundo Lejderman & Bezerra (2014), o choro pode aliviar as tensões e contribuir para a recuperação psicológica depois de uma situação de aflição. Portanto, chorar pode ser entendido como o ato de liberar o sofrimento psíquico causado por estados emocionais, como medo, tristeza, raiva, solidão, decepção e dor.

Redução da autoestima

A pesquisa constatou que 37% das participantes disseram que a violência lhes afetou a autoestima, como mostra esta fala de Hortência:

“A violência afetou minha vaidade, muito negativo e até assim há um tempo eu vivo esse sentimento de quando eu coloco um vestido, um sapato bonito e batom, eu me sinto envergonhada, em vez de levantar a autoestima, eu acho que não tenho o direito de ser bonita.”

No discurso de Hortência, percebe-se que a violência alterou sobremaneira a autoimagem e o valor de si mesma, pois tem vergonha de se arrumar por acreditar que não tem o direito de ser bonita. Um estudo realizado com mulheres atendidas na Delegacia da Mulher, do município de Campina Grande – Brasil, indicou que a violência trouxe sequelas como: sentimento de inferioridade, perda da identidade, insatisfação com a imagem, angústia, revolta e redução da autoestima, o que pode desencadear nelas quadros depressivos (Guimarães et al., 2018).

Segundo Silva e Monteiro (2015), a violência doméstica prejudica tanto o estado psicológico da mulher que ela sente dificuldade de mudar sua realidade, porque seus pensamentos são influenciados pelo assédio e pela agressão constantes do agressor. As autoras consideram que a atuação do psicólogo é muito importante para que a mulher consiga romper o vínculo com o agressor, porquanto o atendimento psicológico possibilita que ela resgate a autoestima e recupere sua condição de sujeito. A influência do agressor no psiquismo da mulher gera sentimento de desvalia:

“Mexeu com minha autoestima. Me acho burra, coisas que ficou na minha cabeça que ele (marido) dizia comigo (choro). Afetou meu modo de me ver, assim tem hora que eu digo ‘já que sou gorda’, agora vou comer mais pra ficar logo gorda e feia.” (Jasmine)

O acolhimento psicológico é importante para o tratamento de problemas mentais, porque possibilita que as mulheres em situação de violência falem sobre seus medos, sentimentos e desejos e façam as próprias escolhas. Nesse espaço de escuta qualificada, elas se

sentem acolhidas e empoderadas para romper o ciclo de violência, encontrar novos caminhos para suas vidas e resgatar a autoestima (Almeida & Roso, 2016).

Identificação com psicopatologias

Houve a identificação com psicopatologias por parte de 42% das participantes; 37% delas foram diagnosticadas pelos profissionais da saúde que as atenderam com algum distúrbio mental, principalmente, depressão, ansiedade e síndrome do pânico. Em 5%, houve a identificação com algum distúrbio mental e, até mesmo, loucura, sem que houvesse qualquer diagnóstico feito por especialista. A identificação com uma psicopatologia sem o diagnóstico do profissional da saúde, está expressa na fala da participante Margarida:

“Eu penso, mulher, que eu tenho algum distúrbio em relação a isso, porque tem hora que eu sou muito volúvel, penso uma hora uma coisa depois outra, tenho que ter a opinião de uma pessoa sempre. Me sinto insegura com as coisas, não acho que isso é totalmente normal.”

Nota-se, na fala de Margarida, que ela acredita ter algum distúrbio mental porque sente dificuldade de pensar e de tomar decisões e se acha dependente das outras pessoas, o que a torna insegura. Por causa disso, acha que não está normal, isto é, existe uma identificação com alguma psicopatologia que ela não soube descrever. É possível, também, que essa identificação aconteça porque ela consegue perceber o declínio de sua saúde mental, porque, depois de sofrer violência, começou a apresentar algumas limitações que a impedem de ter uma vida mais ativa, equilibrada e independente.

As mulheres vítimas de violência têm mais tendência a desenvolver transtorno de humor depressivo e de ansiedade ao longo da vida. Os principais sintomas são dificuldade de pensar, de trabalhar e de tomar decisões, tristeza, nervosismo, insônia, má digestão, perda do

apetite e tremores nas mãos (Romão et al., 2019). Nesta pesquisa, a depressão e a ansiedade foram mencionadas por algumas das participantes como psicopatologias que elas identificam em si mesmas. Outras disseram que esses transtornos foram diagnosticados por profissionais que elas consultaram. O diagnóstico de depressão dado por um profissional é citado neste relato de Azaleia: “Pra mim, saúde mental seria ter bons pensamentos, pensar em coisas boas, mas eu só penso em coisas negativas. Essa angústia aqui dentro de mim, esse medo, a falta de vontade pra tudo... Eu tenho depressão.”

Em seu depoimento, Amarílis conta como a ansiedade afeta sua saúde: “Outra vez minha pressão subiu, fui pra UPA, mas o médico disse que era ansiedade.”

Azaleia reconhece que sua saúde mental não está boa porque tem pensamentos negativos, sensação de angústia, medo e desânimo. Essa sua impressão é reforçada pelo diagnóstico de depressão feito por um profissional da saúde. Já Amarílis cita as manifestações físicas que apresenta devido às crises de ansiedade e que a levaram a procurar um serviço de saúde cujo médico a diagnosticou como tendo ansiedade.

A tristeza é um dos indicadores do estágio inicial de depressão. Identificar esse sentimento é importante para constatar sujeitos mais vulneráveis a desenvolver transtornos mentais e estratégias de intervenção precoce (Santos & Monteiro, 2018). A tristeza esteve presente no discurso das participantes, como podemos ver na fala de Jasmine: “Sempre presente o sentimento de tristeza. Nessa fala de Jasmine, fica claro o sentimento de tristeza persistente nela.

Na mulher agredida, a tristeza ou sensação de melancolia parece refletir a insatisfação com a violência e o sentimento de que essa situação não vai mudar. Quando ela ousa expressar o que pensa e se nega a fazer algo em que não acredita, fica sujeita a sofrer acusações de histeria e de loucura (Moreira, 2018). Certamente por não aceitarem a violência que sofreram e expressar aos seus agressores sua insatisfação com essa situação, foram apontadas como

loucas/doidas, e de tanto ouvir isso, absorveram a ideia de que estavam loucas. A loucura foi mencionada por algumas das participantes, como Camélia, que disse: “Às vezes, penso que estou louca, que estou me tornando bipolar. Eu acho que já escutei tantas vezes que sou louca que tem um problema comigo. Eu ouvia muito do meu ex-companheiro.”

Ao longo da História, a mulher era considerada louca sempre que contrariava o padrão normativo imposto de submissão aos desejos dos homens. Para Silva e Garcia (2019), atualmente, essa visão ainda é reforçada pelos meios de comunicação que, por vezes, reduzem o valor da mulher a mero objeto sexual e a estigmatizam como histérica ou que tem algum distúrbio mental. Isso ocorre sempre que os argumentos machistas e sexistas são contrariados.

Risco de suicídio

O risco de suicídio foi mencionado por 42% das participantes do estudo (ideação suicida e tentativa de suicídio). As razões que elas deram para pensar em suicídio e, até mesmo, tentar cometê-lo foram provenientes do sofrimento que sentiam por causa da violência a que eram submetidas por medo do agressor, por se sentirem sozinhas, sem apoio, por terem dificuldades de se manter financeiramente e pela sensação de impunidade para ele.

“A capacidade de ser dona de casa, trabalhar e resolver as coisas não estou conseguindo. Tem muita coisa na minha mente. Me ver uma mulher desempregada, que tem que arcar com tudo sozinha, não tenho ninguém e com contas atrasadas. No começo desse mês, eu quis tomar veneno, porque eu me vi sozinha, mas me apeguei com Deus e li a Bíblia”.

(Azaleia)

No relato de Azaleia, ela deixa transparecer que passava por dificuldade financeira, pois dependia financeiramente do marido quando ainda estava casada com ele e, depois que se

divorciaram, ela não conseguiu emprego. A solidão também pesou para ela. E como não via saída para resolver esses problemas, pensou em tirar a própria vida.

Segundo Trevisan (2010), o motivo que leva as mulheres a tentarem o suicídio não é o desejo de se destruir, mas de acabar com a realidade difícil em que vivem, causada, muitas vezes, pela condição de gênero que as deixa mais vulneráveis à violência doméstica e à sexual. Por isso acabam utilizando métodos que podem refletir como uma solução subjetiva para o sofrimento, devido ao sentimento de devastação decorrente da violência. Um desses métodos que elas utilizam com frequência é a overdose de medicamentos. No depoimento de Isis, isso fica bem claro:

“As coisas que ele falava, tipo assim, me denegrindo com calúnia e difamação. Eu estou vivendo isso tudo sem apoio, estou vivendo só eu e Deus somente. Devido a tudo isso que relatei, teve a tentativa de suicídio com overdose de medicamentos para depressão e fiquei internada três dias na emergência psiquiátrica.”

A violência psicológica e a moral sofrida por Isis, praticada pelo marido, desencadeou sequelas para sua saúde mental, visto que, durante o relacionamento com o agressor, ela adquiriu depressão. Por causa do sofrimento por que passava e da solidão – já que não tinha apoio familiar e social - ela viu no suicídio uma saída para acabar com o sofrimento e utilizou as medicações que usava para tratar a depressão, com a intenção de se matar.

Estudo realizado por Correa et al. (2018) indicou que o suicídio é visto, muitas vezes, pela vítima de violência doméstica (VD) como a única possibilidade de acabar com o terrível sofrimento que sentem. Por isso alguns sinais devem ser observados pelos profissionais de saúde nas mulheres que sofreram VD, como depressão (cujos principais sintomas são choro excessivo, baixa autoestima e apatia) e comportamento suicida (sintomas de rigidez de pensamento, impulsividade e pensamento de morte), porque esses comportamentos depressivos

e suicidas podem evoluir para a ideação suicida, e o histórico de violência é um indicador valioso para avaliar o risco de cometer suicídio.

Busca pelos serviços de saúde e cuidados com a saúde

Quando indagadas sobre se haviam procurado algum serviço de saúde para tratar alguns dos sintomas que mencionaram, 82% das participantes afirmaram que procuraram por serviços de saúde. Contudo, apenas 42% eram atendidas, e a maioria (58%), não. Poucas não procuraram os serviços de saúde porque pensavam que, sozinhas, conseguiriam melhorar dos sintomas (18%).

Quanto aos motivos pelos quais não eram atendidas em serviços de saúde para se submeter a tratamento da saúde mental, as participantes responderam que não encontraram vagas (46%); que faltavam profissionais especializados nos serviços públicos de saúde (18%); e insatisfação com atendimentos anteriores (18%). Esses motivos podem ser verificados nas falas a seguir:

“Só tenho atendimento para a saúde física pelo posto. A saúde mental não, porque é muito difícil, sabe? Quando você chega nessas unidades de saúde e relata questões psicológicas é bem mais complexo ter vaga.” (Orquídea)

“No posto lá perto de casa, não tem psicólogo e é difícil marcar com o médico especialista. Eu até penso que se fizesse um tratamento eu conseguiria viver melhor.”
(Rosa)

A maioria das participantes percebe a necessidade do tratamento para a sua saúde fragilizada, e quando procuram os serviços de saúde, muitas vezes, não encontram vagas, e quando encontram, não há profissionais especializados.

Em seus relatos, Orquídea e Rosa deixam claro que têm dificuldade de conseguir atendimentos com profissionais especializados em saúde mental, sobretudo, psicólogos, nos serviços da atenção primária. Esse dado indica que é difícil inserir o profissional de Psicologia nesse nível de atenção à saúde. Para Alves et al. (2017), as intervenções do psicólogo na Atenção Primária devem pautar-se no conhecimento do perfil saúde-enfermidade da comunidade, a fim de promover saúde e prevenir doenças, com suas práticas interdisciplinares e multiprofissionais, e a Psicologia da Saúde tem muito a contribuir nas diferentes práticas de psicólogos em todos os níveis da atenção à saúde.

Os serviços da Atenção Primária são uma das principais portas de entrada das vítimas de violência doméstica, porque possibilitam mais acessibilidade e assistência continuada a grande parte da população e são um espaço ideal para se detectarem as vítimas de violência e possibilitar-lhes os primeiros socorros (Arredondo & Provecho, 2012). Por essa razão, a inserção do psicólogo nesse nível de atenção à saúde é tão importante.

A pesquisa demonstrou que, apesar de a vítima ter direito a um atendimento especializado, previsto na Lei Maria da Penha, isso não se confirma na prática, uma vez que a maioria das participantes (58%) não são atendidas por serviços de saúde. Consta, na Lei Maria da Penha, que o Estado tem o dever de oferecer às vítimas atendimento especializado na saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), para preservar sua integridade física e psicológica. Porém falta nos serviços de saúde mental a integralidade nos atendimentos referentes ao adoecimento mental das usuárias com histórico de violência. Esse resultado confirma o que os estudos mostram - que, em decorrência de agravos à saúde, muitas mulheres procuram os serviços de saúde. Contudo, nesses espaços, os profissionais de saúde, por vezes, não identificam essas pacientes como vítimas de violência doméstica. Em muitos casos, elas não recebem o tratamento adequado porque as equipes de saúde têm dificuldade de detectar a violência doméstica. Isso inviabiliza o tratamento e, conseqüentemente, faz com que as usuárias

retornem frequentemente aos serviços de saúde. Assim, o sistema de saúde fica sobrecarregado, e os gastos públicos com tratamento aumentam (Ribeiro & de Lima, 2011).

As participantes mencionaram os serviços de saúde que utilizaram para tratar a saúde mental em decorrência da violência sofrida: 25% foram atendidas pela atenção primária (Programa de Saúde da Família); 25%, por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 25%, por clínicas particulares; 12,5%, por entidade filantrópica; e 12,5%, por emergência psiquiátrica.

Com a promulgação da Lei 10.216/2001, referente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS “tornaram-se um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário” (Eulálio et al, 2016, p.151). Portanto o CAPS é um serviço destinado, principalmente, às pessoas com transtornos severos e persistentes. Então, questiona-se: Esse é o serviço ideal para as mulheres tratarem as sequelas mentais da violência sofrida? Esse questionamento se justifica porque, na entrevista, as participantes atendidas nos CAPS referiram que não se sentem bem no local porque presenciam a gravidade clínica dos outros pacientes e até se questionam sobre se, de fato, estavam loucas, como seus agressores falavam. Um desses relatos foi o de Jasmine:

“Eu até consigo ser atendida na saúde mental, mas eu não sou muito de acordo com o tipo de serviço que eles estão oferecendo lá. Eu precisei de atendimento no CAPS e ver toda aquela situação não gostei, não me vejo buscando lá.”

A notificação feita pelos profissionais de saúde é muito importante para dar visibilidade ao problema e ter a dimensão epidemiológica da violência doméstica. Talvez, por haver uma subnotificação dos casos de violência contra a mulher, haja uma escassez de serviços de saúde especializados para atender às mulheres em situação de violência doméstica nos municípios. Para Cruz e Irffi (2019), a insuficiência de estatísticas, por causa da considerável subnotificação

dos casos de violência contra a mulher, dificulta a investigação sobre como a violência interfere na saúde da mulher.

A pesquisa também constatou que 63% das participantes não usavam medicação para tratar dos agravos à saúde mental, e que 37% a usavam conforme prescrição médica. As medicações que as participantes tomavam eram, em geral, antidepressivos (cloridrato de amitriptilina, bromidrato de citalopram, cloridrato de fluoxetina, cloridrato de sertralina e cloridrato de paroxetina) e ansiolíticos (benzodiazepínico).

A escolha do tratamento para os transtornos mentais depende da definição do diagnóstico. Em alguns tipos de transtorno, é essencial utilizar medicamentos. Por exemplo, em casos de esquizofrenia, de depressão grave e de ataques de pânico, esse é o tratamento preferencial. Já em transtornos de personalidade e fobias específicas, o tratamento mais indicado é a psicoterapia. Em muitos casos, é melhor utilizar ambos os tratamentos (Cordiole, 2005).

Para algumas das participantes, eram associados um ou mais medicamentos. Os medicamentos que elas utilizam são categorizados como psicotrópicos. No Brasil, estudos psiquiátricos têm referido a utilização indiscriminada de medicamentos psicotrópicos pelos usuários dos serviços públicos de saúde (Moura, 2016). Os tratamentos medicamentosos utilizados para tratar, principalmente, depressão, ansiedade e insônia podem causar dependência química. Em muitos casos, as pessoas passam a usar a medicação por longo período. Em outros, devido aos efeitos colaterais desses medicamentos, as pessoas interrompem o tratamento. Portanto a prescrição desse tipo de medicação deve ser feita de forma segura e racional (Duarte et al, 2020). Então, considerando que os psicotrópicos são consumidos indiscriminadamente, é importante utilizar outros tipos de tratamento, como, por exemplo, as psicoterapias. Para as mulheres em situação de violência cuja saúde mental foi afetada, é essencial considerar o contexto de violência em que elas se encontram para indicar o tratamento

adequado. Isso se justifica porque, por mais que elas sejam tratadas com medicação e/ou psicoterapia, se continuarem a vivenciar a violência, os agravos continuarão, e elas correm o risco de usar abusivamente a medicação, na tentativa de melhorar. Por isso é importante que seja realizado o acompanhamento sistemático da saúde mental e da realidade diária dessas mulheres.

Considerações finais

A pesquisa revelou que as mulheres em situação de violência entendem que a violência doméstica que sofreram agravou sua saúde mental. A exaustão emocional foi um dos agravos apontados que interferia na execução das atividades cotidianas e na relação com os filhos. Outro agravo foi a baixa na autoestima, que lhes causou insegurança e sentimento de desvalia. Elas também associaram esses agravos à presença de psicopatologias, como depressão, ansiedade e loucura. Em decorrência do sofrimento mental intenso, algumas participantes apresentaram risco de se suicidar.

Devido a esses agravos, as participantes passaram a apresentar comportamentos, sentimentos e emoções que afetaram diretamente a qualidade de sua vida e dificuldades de trabalhar, estudar, tomar decisões e se relacionar com as pessoas. Por essa razão, a maioria buscou atendimento nos serviços de saúde, contudo menos da metade delas conseguiu tratamento. Todas as que foram atendidas por serviços de saúde usam psicotrópicos (antidepressivos e ansiolíticos) prescritos pelos médicos que as atenderam, o que deixa evidente que sofrem de transtorno mental, principalmente de ansiedade e depressão. Para que o tratamento desses transtornos seja eficaz, é fundamental que as mulheres tenham acesso a tratamento médico e psicológico. Contudo, a realidade local é que a maioria das mulheres em

situação de violência não tem acesso a esses tratamentos nos serviços de saúde, porque faltam vagas e profissionais especializados, segundo relataram.

Este estudo apresentou limitações devido ao pequeno número de participantes, porque muitas das mulheres estavam passando por um momento de fragilidade. Nesses casos, os atendimentos realizados pelas técnicas do serviço foram priorizados. Outro fator que limitou o número da amostra foi que a aplicação dos instrumentos demandava um tempo maior, e algumas não tinham disponibilidade de tempo para participar da pesquisa. Apesar dessas limitações, foi possível obter dados suficientes para realizar a pesquisa. Porém, em razão da amostra reduzida da pesquisa, seus resultados não podem ser generalizados para outros contextos socioculturais e populacionais.

Os resultados da pesquisa apontaram que os serviços de saúde, principalmente os públicos, devem atender às mulheres em situação de violência, visto que a maioria não tem recursos financeiros para arcar com os custos do tratamento. Por meio dos atendimentos, será possível identificar corretamente esses casos para executar intervenções específicas e precoces no campo da saúde mental, com um tratamento adequado e eficaz, para que essas mulheres possam superar esses agravos.

As políticas públicas são essenciais para reduzir a violência contra as mulheres, garantir proteção para elas e para seus filhos em abrigos, sobretudo as que se encontram em situação de violência; e para criar e efetivar a rede de atendimento que inclui serviços de saúde, de assistência social, de segurança e de justiça. As políticas públicas também podem assegurar a essas mulheres o direito à vida e ao exercício de sua cidadania.

Referências

- Almeida de Aguiar, G., & Lucion Roso, P. (2016). O empoderamento de mulheres vítimas de violência através do serviço de acolhimento psicológico: caminhos possíveis. XIII *Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*, Santa Cruz do Sul.
- Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>
- Arredondo Provecho, A.B., Broco Barreto, M., Alcalá Ponce de León, T., Rivera Álvarez, A., Jiménez Trujillo, I., & Gallardo Oino, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer em el año 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 85-99.
- Bueno, S., Lima, R. S., Sobral, C. N. I., Pinheiro, M., Marques, D., & Scarance, V. (2019). *Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. 2. Edição. São Paulo, Fórum Brasileiro de Segurança Pública-Datafolha.
- Caba, E. Z. L., Torres, C. J. A., Boluda, R. Z., Callejas, C. M. B., & Rodríguez, R. A. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 11(1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>

- Cordioli, Aristides Volpato & Colaboradores (2005). *Psicofármacos nos transtornos mentais*. São Paulo: editora Artmed.
- Correia, C. M., Diniz, N. M. F., Gomes, N. P., Andrade, I. C. S. D., Campos, L. M., & Carneiro, J. B. (2018). Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(4), 219-225. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401
- Cruz, M. S., & Irfi, G. (2019). Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2531-2542. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.23162017>
- Duarte, M. N. F., Pereira, T. A., Oliveira Cavalcante, V., Sousa Silva, M., Pereira, J. B., & Beltrão, I. C. S. L. (2020). Uso de psicotrópicos entre alunos de graduação do curso de psicologia. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 14(49), 51-63. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i49.22888>
- Eulálio, M.C.; de Andrade, D.A.; Barros, P.M.; & de Souza, F.M. Bem-estar subjetivo de idosos em sofrimento psíquico (2016). In: Veloso, T.M.G & Eulálio, M.C (Org). *Saúde mental: saberes e fazeres – Campina Grande: EDUEPB*.
- Freitas, C. G., & da Silva, R. B. B. (2019). A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. *Revista Mosaico*, 10(1), 79-87. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1778>
- Gonçalves, A. (2006). Norma técnica de uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em situação de violência. *Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres*.
- Guimarães, R. C. S., da Silva Soares, M. C., dos Santos, R. C., Moura, J. P., Freire, T. V. V., & Dias, M. D. (2018). Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência

doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1988-1997.

DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438>

Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) <http://www.planalto.gov.br>

Lejderman, B., & Bezerra, S. (2014). Choro: um complexo fenômeno humano. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(3), 44-53.

Moreira, L. C. F. N. (2018). Ser mulher: a representação da condição feminina e a loucura em O limiar de Susan Glaspell. *Palimpsesto-Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da UERJ*, 17(26), 763-769.

DOI: <https://doi.org/10.12957/palimpsesto.2018.35337>

Moura, D. C. N., Pinto, J. R., Martins, P., de Arruda Pedrosa, K., & Carneiro, M. D. G. D.

(2016). Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 15(2), 136-144.

Netto, L. D. A., Moura, M. A. V., Araujo, C. L. F., Souza, M. H. D. N., & Silva, G. F. (2017).

As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>.

Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS (2018).

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=8222

Pinheiro, I. (2018). Os centros referência de atendimento à mulher em situação de violência e a experiência do pro paz mulher. *Brazilian Journal of Empirical Legal Studies*, 5(2), 128-145.

Queiroz, R. A., & Cunha, T. A. R. (2018). A violência psicológica sofrida pelas mulheres: invisibilidade e memória. *Revista Nupem*, 10(20), 86-95.

- Ribeiro, C. G., & de Lima Coutinho, M. D. P. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 52-59.
- Romão, L. M. V., Feitosa, P. W. G., Vieira, J. G., Linhares, S. V. R., de Brito, C. L., Gurgel, L. C., ... & Brito, E. A. S. (2019). Mental Health of Women in Domestic Violence Situation in Brazil: A Systematic Review. *ID on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 13(47), 293-305. DOI: 10.14295/idonline.v13i47.1987
- Santos, A. G. D., & Monteiro, C. F. D. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>
- Silva, E. C., & Monteiro, C. F. B. (2015). Mulheres vítimas de violência intrafamiliar-Um olhar sobre o resgate da autoestima através do processo de resiliência. *Revista Uningá Review*, 23(3), 75-82.
- Silva, J. T. D. (2017). *Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres do Estado de Alagoas* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Retirado de <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/5578/1/Preval%20e%20fatores%20associados%20aos%20transtornos%20mentais%20comuns%20em%20mulheres%20do%20Estado%20de%20Alagoas.pdf>
- Silva, T. D. M., & Garcia, M. R. V. (2019). Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicologia em Pesquisa*, 13(1), 42-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200300478>
- Souza, C. M. D., Vizzotto, M. M., & Gomes, M. B. (2018). Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 222-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190205>

Terra, M. F., & Schraiber, L. B. (2015). Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea digital*, 15(3), 109-125. DOI:

<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1538>

Trevisan, E. P. T. (2010). *Vulnerabilidade de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá. Retirado de

<http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2481/1/000184134.pdf>

CAPÍTULO 3 – Considerações Finais

A pesquisa possibilitou fazer uma análise da saúde mental das mulheres em situação de violência acompanhadas por um Centro de Referência da Mulher. Evidenciou-se que a violência doméstica interferiu de forma negativa na saúde mental das mulheres, e isso causou agravos percebidos nas alterações de humor e em seus comportamentos, porque, por vezes, elas não conseguiam mais tomar decisões e se sentiam inúteis. Também interferiu na capacidade laboral e de se relacionar com outras pessoas.

Também foi possível caracterizar as mulheres com base nos dados sociodemográficos que indicaram que a maioria delas são mulheres adultas jovens, brancas, com filhos, que cursaram o ensino médio, sofreram violência por parte de pessoas com as quais mantinham ou mantiveram uma relação amorosa (marido, companheiro, namorado e ex) e que a maioria continuava a conviver com os agressores, porque tinham baixa renda - a maioria recebia menos de um salário mínimo por mês.

A aplicação do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) apontou que a maioria das participantes apresentava sintomas compatíveis com transtorno mental comum, sobretudo, o transtorno de ansiedade e depressão, assim como ideação suicida. Esses apontamentos indicam

como a violência doméstica causou agravos a saúde mental das mulheres e afetando a qualidade de sua vida.

Como, nas entrevistas, as participantes puderam expressar seu ponto de vista sobre os agravos à saúde mental decorridos do histórico de violência doméstica a que são submetidas, foi possível identificar quatro pontos para serem analisados: a exaustão emocional, que afetou a execução das atividades cotidianas e a relação delas com os filhos, porque a exaustão as deixa mais agressivas e causa desequilíbrio emocional nelas e nos filhos, que também sofrem a violência, sobretudo, a psicológica.

Outro ponto observado foi a perda da autoestima, que provocava insegurança e sentimento de desvalia. A baixa autoestima lhes afeta a capacidade de autonomia, razão por que muitas delas continuam na situação de violência. Também foi constatada a identificação com psicopatologias, como depressão, ansiedade e até mesmo loucura. Elas entendiam que os sintomas que apresentavam não eram normais, e as alterações comportamentais e emocionais que passaram a apresentar lhes causavam muito sofrimento. Diante desse sofrimento foi verificado A pesquisa demonstrou outro ponto de análise - o risco de suicídio. Elas expressaram que, em certos momentos, tinham pensamentos suicidas. Outras até tentaram suicídio. Portanto, é tão grande o sofrimento vivido pelas mulheres vítimas de violência que muitas delas veem no suicídio a única forma de acabar com esse sofrimento. Isso nos faz questionar sobre se as políticas públicas voltadas para as mulheres em situação de violência de fato estão lhes possibilitando o apoio e a segurança necessários.

Esses acometimentos levaram a maioria das participantes a procurar atendimento nos serviços de saúde para tratar possíveis agravos, porém menos da metade conseguiu. Isso significa que é necessário implementar políticas públicas voltadas para um atendimento de saúde especializado para as mulheres em situação de violência doméstica. Também é necessário capacitar os profissionais da área de saúde para que, em seus atendimentos, não fiquem

limitados ao cuidado com as lesões físicas e possam promover o diálogo com as usuárias do serviço quando houver suspeitas de violência para que possam ajudá-las com tratamentos adequados e, quando necessário, encaminhamentos para outros setores para tratamentos específicos e mais eficazes.

Por meio da escuta psicológica realizada no CRAM estadual, é possível verificar algumas sequelas emocionais e psicológicas geradas pela situação de violência. Quando isso acontece, as mulheres são encaminhadas para um serviço de saúde, como postos de saúde e CAPS para receber atendimento voltado para sua saúde mental. Contudo, muitas não conseguem vaga, e quando conseguem, o tempo de espera é de meses, o que, em alguns casos, agrava ainda mais as sequelas. Em casos mais extremos, por causa da demora, elas são encaminhadas para emergências psiquiátricas, pois o atendimento para elas é imediato. Porém, nesses serviços, elas não podem ser acompanhadas continuamente, e isso, em muitos casos, resulta na interrupção do tratamento, e os sintomas apresentados retornam.

Como psicóloga das usuárias do CRAM estadual, percebo que elas precisam ser atendidas no setor de saúde para se submeter a tratamento de saúde mental. Uma vez que, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013) o atendimento da (o) psicóloga (o) nesse serviço deve ser na abordagem psicossocial com ações de atendimento e, também, de proteção à mulher considerando a dinâmica social na qual a mulher está inserida propiciando condições para a superação da violência. Nos casos em que houver demanda de psicoterapia é importante o encaminhamento para os serviços no campo da saúde mental, visto que, esse trabalho é atribuição da política pública de saúde. Contudo, a realidade que me deparo na prática diária é que a maioria das usuárias que foram encaminhadas para a rede de saúde mental, não consegue atendimento. A falta de atendimento na saúde, muitas vezes, interfere nos atendimentos psicossociais realizados pelas técnicas do CRAM devido as condições mentais e psicológicas em que as usuárias se encontram. Tendo em vista que precisam de atendimento em serviços de

saúde mental para que o tratamento das sequelas mentais seja eficaz, mas como a maioria delas não tem acesso a esses serviços encontram dificuldade em transpor as sequelas da violência sofrida e, conseqüentemente, em mudar a realidade difícil em que se encontram.

Esta pesquisa possibilitou alguns avanços em relação ao tema violência doméstica e saúde mental, porquanto constatou que a violência doméstica, de fato, causa agravos à saúde mental das mulheres vítimas, principalmente, transtornos mentais comuns. Isso se justifica porque os agravos afetam negativamente a qualidade de sua vida, provocam sofrimento emocional intenso e, até mesmo, ideação suicida, porque, na maioria das vezes, elas não são tratadas devido à falta de atendimento nos serviços de saúde. Portanto, esta pesquisa poderá contribuir para apontar a necessidade de atendimento para essas mulheres e servir como indicador na elaboração de programas de saúde locais voltados para o tratamento de mulheres que tiveram sua saúde mental afetada pela violência. Assim, considerando que esse é um tema amplo, entendo que ainda há muito por estudar e que são necessárias mais pesquisas sobre os agravos da violência doméstica à saúde mental das mulheres. Também se devem fazer pesquisas voltadas para os agravos à saúde dos filhos, que, direta ou indiretamente, também são vítimas da violência.

Assim, espera-se que os resultados da pesquisa deem suporte a intervenções e a atividades mais efetivas que favoreçam a promoção da saúde mental das usuárias do Centro de Referência da Mulher e dos serviços de saúde locais e encaminhamentos que visem potencializar o tratamento com ações mais eficazes para sanar ou amenizar os danos causados à saúde mental dessas mulheres, proporcionar-lhes bem-estar psicológico e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de sua vida.

Importante que haja a continuidade de estudos locais sobre o tema aqui abordado, desenvolvidos por profissionais da área de saúde mental vinculados a serviços de saúde, para os quais as mulheres em situação de violência doméstica são encaminhadas e atendidas, para

que os resultados desses estudos possam contribuir para ampliar os conhecimentos a respeito dos agravos que a violência doméstica causa à saúde mental das mulheres e, conseqüentemente, elaborar intervenções que minimizem seu sofrimento psíquico. Propõe que seja criada uma base de dados nos serviços de saúde que contenha o perfil das mulheres atendidas e seus agravos, com o objetivo de facilitar as pesquisas sobre a temática, na perspectiva de conhecer bem mais a realidade desse fenômeno. Essa base de dados também serviria para subsidiar a implementação de mais políticas públicas voltadas para as mulheres em situação de violência doméstica.

REFERÊNCIAS

- Almeida Teles, M. A., & de Melo, M. (2017). *O que é violência contra a mulher*. Brasiliense.
- Apratto Júnior, P. C. (2010). The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Ciência & saúde coletiva*, 15(6), 2983-2995.
- Bigliardi, A. M., Antunes, M. C., & Wanderbroocke, A. C. N. (2016). O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 36(91), 262-285.
- Cerqueira, D., Bueno, S., Lima, R. S. D., Cristina, N., Helder, F., Paloma Palmieri, A., ... & Pacheco, D. (2019). Atlas da violência 2019.
- Conselho Federal de Psicologia-CFP (2013), Referências Técnicas Para Atuação de Psicólogas (os) Em Serviços De Atenção À Mulher Em Situação de Violência. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP. Acesso em 23 de junho de 2020.
- <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-em-programas-de-atencao-a-mulher-em-situacao-de-violencia/>

- Fontoura Porto, P. R. (2018). *Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher: Lei 11.340/06 análise crítica e sistêmica*. Livraria do Advogado Editora.
- Frossard, Heloísa (2006). Impacto da violência na saúde dos brasileiros, o Ministério da Saúde. Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher Em situação de Violência. Brasília. Secretaria Especial de Políticas Públicas Para Mulheres. Recuperado de <http://www.spmulheres.gov.br>
- Garcia, L. P. (2016). A magnitude invisível da violência contra a mulher.
- Kunz, T., & da Silva, C. L. (2017). Violência intrafamiliar contra mulheres e a violência de gênero. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 9(1).
- Lourenço, L. M., & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-18.
- Miranda Silva, P. C., & Assumpção, A. A. (2018). Relação entre violência psicológica e depressão em mulheres: revisão narrativa. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 102-115.
- Polejack, L.; Vaz, A.M.D.A.,Gomes, P.M.G., & Wichrowski,V.C. (2016). Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios. In *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios*.
- Senado (1996) Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm
- Silva, L. E. L. D., & Oliveira, M. L. C. D. (2015). Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3523-3532.

- Silva, R. S., Cardoso, R. N., & Reis, N. R. G. (2019, September). Prevalência de notificações de violência contra as mulheres em Sergipe: avaliação a partir de dados do DataSUS. In *Congresso Internacional de Enfermagem* (Vol. 1, No. 1).
- Travassos, C., & Castro, M. S. M. D. (2012). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, 2, 183-206.

ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Pesquisador: JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18834619.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.557.438

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa objetiva analisar a saúde mental das mulheres em situação de violência doméstica. Participarão da pesquisa, usuárias do Centro Estadual de Referência da Mulher, no município de Campina Grande-PB. O tipo de estudo é analítico de corte transversal, com finalidade descritiva e exploratória. Para a coleta de dados serão utilizados como instrumentos um questionário sócio-demográfico, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para rastrear o transtorno mental comum e uma entrevista semiestruturada individual, aplicados apenas pela pesquisadora. Para análise dos dados quantitativos, será utilizado o SPSS for Windows, com nível de significância de 5%. E os dados qualitativos serão analisados segundo a análise categorial temática de conteúdo

Objetivo da Pesquisa:

LÉ-SE

Objetivo Primário

Analisar a saúde mental das mulheres em situação de violência doméstica acompanhadas pelo CERMFL (Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes) em Campina Grande, PB.

Objetivos secundários

Caracterizar, a partir dos dados sócio demográficos, as mulheres em situação de violência doméstica e familiar;

Averiguar a partir do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) a presença de Transtorno Mental Comum;

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



Continuação do Parecer: 3 557 438

Apreender a percepção que as usuárias possuem sobre o desenvolvimento de acometimentos a sua saúde mental;

Verificar se as usuárias são atendidas por serviços de saúde para tratamentos dos possíveis agravos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco:

LÊ-SE:

A pesquisa não será invasiva, portanto, de risco mínimo para as participantes. No entanto, pode causar algum desconforto as participantes por abordarmos episódios que traz forte componente de violência dolorosa. Contudo o fato da pesquisadora ser psicóloga pode dar o suporte psicológico e emocional a entrevistada.

Benefícios

LÊ-SE:

Espera-se que os dados da pesquisa possam contribuir para elaboração de intervenções mais efetivas que favoreçam a promoção da saúde mental das mulheres em situação de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa poderá trazer uma importante contribuição ao dar visibilidades aos danos que violência doméstica pode acarretar nas pessoas que vivenciam tal realidade. Ao analisar o protocolo de pesquisa verifica-se que o projeto se apresenta bem estruturado. Os Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento foram anexados e estão adequados. No que se refere aos aspectos éticos, os riscos inerentes ao estudo estão descritos, assim como a forma para minimizá-los. O TCLE atende o disposto nas resoluções 466/12. Desta forma, o projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No protocolo de pesquisa consta os termos de apresentação obrigatória e estão em conformidade com as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Recomendações:

É obrigatório o envio do relatório parcial e final da pesquisa.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.557.438

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências éticas foram resolvidas em conformidade com as Resoluções 466/2012, 510/2016 e a Norma Operacional 001/2013 que regem as pesquisas envolvendo seres humanos de forma direta e/ou indireta.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1362766.pdf	26/08/2019 20:20:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	26/08/2019 20:18:01	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	26/08/2019 20:14:14	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/08/2019 20:13:45	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Outros	concordancia.docx	12/08/2019 11:02:03	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	25/07/2019 11:22:41	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Folha de Rosto	Folharostopb.pdf	25/07/2019 11:05:22	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacaoresponsavel.pdf	17/07/2019 11:01:16	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacaopesquisadora.pdf	17/07/2019 10:58:09	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_institucional.pdf	17/07/2019 10:49:22	JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer 3.557/438

CAMPINA GRANDE, 05 de Setembro de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Condições, 301 - Campus Universitário
Bairro: Bontaporã CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br



Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana
Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica” desenvolvido pela aluna **Joana Christina de Souza Brito** do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob a orientação da professora **Maria do Carmo Eulálio**, a ser realizado no Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes (CERMFL) com as usuárias do serviço.

Campina Grande, 16 de maio de 2019.

Isânia Petrucia Frazão Monteiro

(Coordenadora do CERMFL)

Centro Estadual de Referência
da Mulher Fátima Lopes
Av. Pedro I, 558 Bairro São José
Campina Grande/PB

Avenida Pedro I, 558 Fone: (83) 3342-9129/ 98826- 8834.

Bairro São José Campina Grande- PB/ E-mail: centrofatimalopes@hotmail.com.



Nome: _____ Data: ___/___/___

SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Instruções: Estas questões são relacionadas a certos problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule a resposta que afirma o que o Sr(a) sente.

	Sim	Não
1) Você tem dores de cabeça com frequência?		
2) Tem falta de apetite?		
3) Você dorme mal?		
4) Você fica com medo com facilidade?		
5) Suas mãos tremem?		
6) Você se sente nervosa, tensa ou preocupada?		
7) Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?		
8) Você não consegue pensar com clareza?		
9) Sente-se infeliz?		
10) Você chora mais que o comum?		
11) Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?		
12) Acha difícil tomar decisões?		
13) Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
14) Você não é capaz de ter um papel útil na vida?		
15) Você perdeu interesse nas coisas?		
16) Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
17) O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18) Você se sente cansada todo o tempo?		
19) Você tem sensações desagradáveis no estômago		
20) Fica cansada com facilidade?		

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica** terá como objetivo primário: Analisar a saúde mental das mulheres em situação de violência doméstica acompanhadas pelo CERMFL (Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes).
Objetivos secundários: Caracterizar, a partir dos dados sócio demográficos, as mulheres em situação de violência doméstica e familiar; Averiguar a partir do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) a presença de Transtorno Mental Comum; Apreender a percepção que as usuárias possuem sobre o desenvolvimento de agravos a sua saúde mental; Verificar se as usuárias são atendidas por serviços de saúde para tratamentos dos possíveis agravos.
- A voluntária só caberá a autorização para a entrevista e aplicação de questionário ou ficha sócio demográfica.
- A pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial;
- Na coleta de dados da pesquisa, após autorização da voluntária, haverá a aplicação do Self-Reporting questionnaire (SRQ-20) que consiste num questionário para rastreio de transtorno mental não psicótico, o teste dando positivo serão aplicados em seguida um questionário sócio demográfico e por fim uma entrevista semiestruturada acerca do objeto de estudo violência doméstica em mulheres e agravos a saúde mental.

- A voluntária poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa. A pesquisa poderá ser divulgada em eventos e publicações científicas.
- Quanto ao risco a pesquisa não será invasiva, portanto, de risco mínimo para as participantes. No entanto, pode causar algum desconforto as participantes por abordarmos episódios que traz forte componente de violência dolorosa. Contudo o fato da pesquisadora ser psicóloga poderá dar o suporte psicológico e emocional a entrevistada. No tocante aos benefícios espera-se que os dados da pesquisa possam contribuir para elaboração de intervenções mais efetivas que favoreçam a promoção da saúde mental das mulheres em situação de violência.
- A pesquisadora assegura indenização a participante, se ocorrer algum dano não previsível decorrente da pesquisa.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros.
- A pesquisadora assegura a participante que todos os encargos financeiros, se houver, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora. Bem como assegura o ressarcimento a participante caso a mesma tenha algum prejuízo financeiro.
- A pesquisadora garante a participante que esta terá assistência/ acompanhamento psicológico durante o desenvolvimento da pesquisa por parte da pesquisadora, visto que esta é psicóloga.

- Ao final da pesquisa, se for do interesse da entrevistada, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará na minha posse (entrevistada).

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, a participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 999543021 com Joana Christina Souza Brito.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, a participante poderá entrar em contato a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), CEP: 58.109-753, Telefone: (83) 3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Joana Christina de Souza Brito

Assinatura do Participante

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada (A saúde mental da mulher em situação de violência doméstica) poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora (Joana Christina de Souza Brito) a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Campina Grande-PB, (____/____/ 2019).

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

A saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica

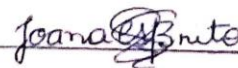
Eu, JOANA CHRISTINA DE SOUZA BRITO, mestranda do Programa de Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) portadora do RG 2513242 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do ministério da Saúde/ Comissão Nacional de saúde do Ministério da Saúde/ Comissão Nacional da Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 08 de agosto de 2019.



Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio

Pesquisador Responsável (Orientadora)



Joana Christina de Souza Brito

Orientanda

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Estado civil: Solteira () Casada () União estável () Divorciada () Viúva ()

4. Etnia: Branca () Parda () Negra () Outras() _____

5. Escolaridade:

Sem letramento () Fundamental incompleto () Fundamental completo ()

Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto ()

Superior completo ()

6. Composição familiar (filhos): 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () Outros () _____

7. Situação no mercado de trabalho:

Empregada () desempregada () autônoma () aposentada () Outros ()

8. Renda mensal:

Sem renda ()

Menos de um salário mínimo ()

Um salário mínimo ()

Mais de um salário mínimo ()

9. Tipos de violência:

Física () Psicológica () Moral () Patrimonial () Sexual ()

10. Relação com o agressor: Marido () Companheiro () Namorado () Filho ()

Filha () Neto () Neta () Genro () Nora () Outros () _____

11. Faz uso de alguma medicação psicotrópica: não () sim ()

Se sim, qual? _____

ENTREVISTA

1. O que a senhora entende por saúde mental?
2. Tem observado alguma mudança de ordem emocional ou psicológica na senhora?
Quais e a quanto tempo?
3. De que forma a violência afetou sua vida?
4. A senhora é atendida em algum serviço de saúde para tratamento da sua saúde mental?
Se sim, qual? O que a levou a procurar o serviço?