



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL - MESTRADO PROFISSIONAL

Bárbara Almeida da Silva

**Interfaces entre o trabalho com homens autores de violência e a rede de saúde mental:  
frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero**

Florianópolis

2021

Bárbara Almeida da Silva

**Interfaces entre o trabalho com homens autores de violência e a rede de saúde mental:  
frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof. Ivânia Jann Luna, Dra.

Coorientador: Prof. Adriano Beiras, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Bárbara Almeida da  
Interfaces entre o trabalho com homens autores de  
violência e a rede de saúde mental : frentes de ação para o  
enfrentamento da violência de gênero / Bárbara Almeida da  
Silva ; orientadora, Ivânia Jann Luna, coorientador,  
Adriano Beiras, 2021.  
194 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Homens  
autores de violência. 3. Violência de gênero. 4.  
Intersetorialidade. I. Luna, Ivânia Jann. II. Beiras,  
Adriano. III. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial. IV. Título.

Bárbara Almeida da Silva

**Interfaces entre o trabalho com homens autores de violência e a rede de saúde mental:**  
frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. (a) Sheila Rubia Lindner, Dr. (a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. (a) Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs, Dr. (a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Ivânia Jann Luna, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2021.

## AGRADECIMENTOS

Minha trajetória é composta de muitas vozes e personagens, com os quais compartilhei lutas e conquistas. Agradeço à família, pai, mãe e Tiago, pela inspiração aos estudos e pela retaguarda presente em todas as etapas da vida. Meus primeiros e eternos marcadores de cuidado e afeto, e também das normas e anormas de gênero dentro de casa. Amo demais vocês.

Às minhas amigas, sem citar nominalmente mas que estão marcadas também em mim, todas as quais me acompanham desde os primeiros percursos profissionais e pessoais. Vixe, amo demais também! Bru, em especial, pelo apoio aos trabalhos acadêmicos e por compartilharmos de uma nova experiência de casa.

Ao meu parceiro de vida, Fê, incrível nos momentos críticos de Mestrado, sem o qual meus power points e tabelas seriam péssimos. Obrigada pelas perspectivas que compartilhamos e pela relação (de gênero) mais maravilhosa que já vivi. Te amo.

Aos orientadores deste trabalho, em seus papéis complementares e igualmente importantes. Obrigada profa. Ivânia pela delicadeza em seu norte, e prof. Adriano pela abertura de novos mundos de práticas. À banca composta pela profa. Sheila e profa. Andrea que contribuíram ativamente para o crescimento da pesquisa. À turma do MPSM, que com ou sem pandemia, mostrou-se como suporte à possibilidade de estudar. À Universidade pública, gratuita e de qualidade e os professores e trabalhadores que a sustentam e fazem circular o saber. Aos profissionais entrevistados, pelas trocas e disponibilidade, meu respeito e defesa aos trabalhos empenhados.

Às pessoas com quem conduzi trabalhos terapêuticos e psicossociais, que me confrontaram com o dever crítico de transformação social. E ao desejo de rompimento da normatividade e de relações de gênero violentas.

## RESUMO

Os índices acelerados de violência contra a mulher convocam ao questionamento sobre a resposta penal a homens autores de violência (HAV) como insuficiente ao enfrentamento do problema. No Brasil as intervenções com HAV se ampliam a partir da previsão de encaminhamentos a serviços de “recuperação e reeducação” na Lei Maria da Penha. Entretanto, tais programas ainda se mantêm com distribuição pontual e isolada nos territórios brasileiros, com poucas diretrizes, investimentos e normativas à sua estruturação. Vinculados predominantemente ao sistema judicial, há baixa articulação com a área da Saúde Pública, que pouco se incorpora ao debate de questões teórico-metodológicas do trabalho com HAV. Apostando na intersetorialidade e integralidade no atendimento de HAV entre os programas derivados da Lei Maria da Penha e a rede de saúde mental, objetivou-se compreender as perspectivas de profissionais que trabalham nestas duas áreas em Florianópolis/SC acerca das interfaces possíveis no enfrentamento à violência de gênero. A ideia de rede de enfrentamento norteou a pesquisa, que buscou descrever as potencialidades e dificuldades observadas pelos profissionais na intersetorialidade entre as frentes de ação estudadas. Realizou-se revisão de literatura não-sistemática sobre os trabalhos e metodologias empregadas com HAV e suas perspectivas sobre a violência de gênero, em documentos que concebem a Rede de Enfrentamento e articulou-se os conceitos do campo da Saúde Mental e da Saúde do Homem a fim de aprofundar a discussão. Com o objetivo supracitado, foram selecionados 7 profissionais por meio da técnica de bola de neve, que participaram de entrevista semiestruturada. Para a organização e discussão dos resultados foi utilizada a *Grounded Theory* em suas etapas de codificação, das quais resultaram 6 categorias de análise. Os principais resultados apontaram para a baixa articulação do recente programa implementado em Florianópolis com HAV e a Rede de Saúde Mental. A invisibilidade do atendimento de HAV na Saúde Mental associada a concepções reabilitadoras e a baixa perspectiva de gênero fragilizam a construção de sentidos complexos de responsabilização destes sujeitos neste campo. A saturação da rede de saúde, potencializada pelo enfrentamento da COVID-19, dificulta o acolhimento de casos “não graves” pelo CAPS e é entrave à intersetorialidade, bem como a escassez de espaços de diálogo entre os setores da rede de enfrentamento, especialmente a justiça. Por outro lado, evidenciou-se que ações de enfrentamento à violência de gênero já ocorrem no âmbito da rede de saúde mental e sinalizam a necessidade de reconhecimento e aprofundamento do debate. A complementaridade das abordagens de Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial e a proposta de Grupos Reflexivos de Gênero com HAV foi considerado um aspecto potencial ao combate à violência contra mulheres, se associada ao estabelecimento de fluxos e objetivos em comum. A manutenção dos atores sociais da rede e as parcerias firmadas também foram pontos favoráveis ao projeto de enfrentamento à violência que inclua a saúde mental. Diante destes dados, conclui-se sobre a importância do debate contínuo sobre gênero e violência no campo da Saúde Mental e da construção de espaços de diálogos entre os serviços da Rede de Enfrentamento.

**Palavras-chave:** homens autores de violência; integralidade; intersetorialidade; saúde mental; atenção psicossocial.

## ABSTRACT

The accelerated rates of violence against women call for the questioning of the penal response to men who perpetrate violence (HAV) as insufficient to face the problem. In Brazil, interventions with HAV expand from the forecast of referrals to “recovery and re-education” services in Maria da Penha Law. However, such programs still have a punctual and isolated distribution in Brazilian territories, with few guidelines, investments and regulations for their structuring. Predominantly linked to the judicial system, there is low articulation with the public health area, which is little incorporated into the debate on theoretical-methodological issues related to work with HAV. Betting on intersectoriality and integrality in HAV care between programs derived from Maria da Penha Law and the mental health network, the objective was to understand the perspectives of professionals working in these two areas in Florianópolis/SC about the possible interfaces in fighting against violence of gender. The idea of a coping network guided the research, which sought to describe the potentialities and difficulties observed by the professionals in the intersectoriality between the action fronts studied. A non-systematic literature review was carried out on the works and methodologies used with HAV and their perspectives on gender violence, in documents that conceive the Coping Network and articulated the concepts on the field of Mental Health and Men’s Health in order to deepen the discussion. With the aforementioned objectives, 7 professionals were selected using the snowball technique, who participated in a semi-structured interview. For the organization and discussion of the results, the Grounded Theory was used in its coding steps, which resulted in 6 categories of analysis. The main results pointed to the low articulation of the recent program implemented in Florianópolis with HAV and the Mental Health Network. The invisibility of HAV care in the Mental Health Network, associated with rehabilitative concepts and the low gender perspective, weaken the construction of complex meanings of HAV accountability in this field. The saturation of the health network, enhanced by the fight with COVID-19 crisis, makes it difficult for the CAPS to receive “non-serious” cases and is an obstacle to intersectoriality, as well as the lack of spaces for dialogue between the sectors of the coping network, especially the justice. On the other hand, it became evident that actions to combat gender violence already take place within the mental health network and signal the need for recognition and deepening of the debate. The complementarity of Mental Health approaches from the perspective of Psychosocial Care and the proposal of Reflective Gender Groups with HAV was considered a potential aspect to combat against violence against women, if associated with the establishment of common flows and objectives. The maintenance of social actors in the network and the partnerships signed are also favorable points for the project to fight violence that includes mental health. In view of these data, it is concluded about the importance of the continuous debate on gender and violence in the field of Mental Health and the construction of spaces for dialogue between the Coping Network services.

**Keywords:** men perpetrators of violence; completeness; intersectoriality; mental health; psychosocial attention.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Entrevistas realizadas por categoria profissional. ....	44
Quadro 2 – Categorização do Grupo 01 - Saúde Mental.....	48
Quadro 3 – Categorização do Grupo 02 - Rede de Enfrentamento .....	49
Quadro 4 – Interfaces da categoria 1 - Violência, Saúde Mental e CAPS. ....	74
Quadro 5 – Parte da “Matriz de Identificação dos Atores” de AMADO, 2014, p.40 .....	77
Quadro 6 - Articulação com a Justiça.....	89
Quadro 7 – Rede de Atendimento à mulher em situação de violência em Florianópolis. Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres, 2012. ....	96
Quadro 8 – Sugestões de ações ao Grupo Saúde Mental .....	107
Quadro 9 – Interfaces da Categoria 03 - Perspectivas do Trabalho em Rede no Enfrentamento à Violência.....	108
Quadro 10 – Interfaces da Categoria 04 - Violência, Saúde Mental e Projeto Ágora.....	136
Quadro 11 – Interfaces do Grupo 02, Categoria 05 - Articulação com a Justiça .....	150
Quadro 12 – Sugestões de ações Grupo 02 - Rede de Enfrentamento .....	164
Quadro 13 – Interfaces do Grupo 02 - Categoria 06: Perspectivas do Trabalho em Rede no Enfrentamento à Violência.....	167

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPPS Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública da Prefeitura de Florianópolis  
CAPS Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas  
CEDIM Conselho Estadual de Direitos da Mulher de Santa Catarina  
CEPSH Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos  
CNJ Conselho Nacional de Justiça  
CONANDA Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CREAS Centros de Referência Especializado de Assistência Social  
CREMV Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência  
DPCAMI Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso  
ESF Estratégia de Saúde da Família  
GRG Grupo reflexivo de gênero  
GT *Grounded Theory*  
HAV Homens autores de violência  
HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
IML Instituto Médico Legal  
IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero  
LGBTQIA+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais.  
LMP Lei Maria da Penha  
MSE Medida Socioeducativa  
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONG Organização Não Governamental  
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde  
PAEFI Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
PMF Prefeitura Municipal de Florianópolis  
PNAISH Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
RAPS Rede de Atenção Psicossocial  
RUE Rede de Urgência e Emergência  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SC Santa Catarina  
SPM Secretaria de Políticas para as Mulheres  
SUS Sistema Único de Saúde  
TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
TJSC Tribunal de Justiça de Santa Catarina  
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	PERGUNTA DE PESQUISA .....	23
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	<b>24</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>25</b>
3.1	O QUE É O TRABALHO COM HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA (HAV) 25	
3.2	VIOLÊNCIA, HOMENS E POLÍTICAS DE SAÚDE .....	28
3.3	GÊNERO E MASCULINIDADES: A PERSPECTIVA FEMINISTA E A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA .....	31
3.4	INTERFACES DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COM A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO .....	34
<b>4</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA</b> .....	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>39</b>
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO.....	40
5.1.1	Grupo rede de enfrentamento - projeto Ágora .....	40
5.1.2	Grupo Rede de saúde mental.....	41
5.2	INSERÇÃO NO CAMPO.....	42
5.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	44
5.3.1	Profissionais CAPS II .....	44
5.3.2	Profissionais projeto Ágora.....	45
5.4	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS .....	45
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
6.1	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	48
6.2	GRUPO 01: SAÚDE MENTAL (CAPS II).....	49

6.2.1 Categoria 1 – violência, saúde mental e CAPS.....	49
6.2.1.1 <i>Subcategorias</i> .....	49
6.2.1.1.1 Concepções sobre violência.....	50
6.2.1.1.2 Público CAPS.....	56
6.2.1.1.3 Visibilização da demanda por gênero.....	57
6.2.1.1.4 Álcool e Drogas.....	62
6.2.1.1.5 Papel do CAPS no contexto de violência.....	65
6.2.1.1.6 Grupo de homens na Saúde Mental.....	70
6.2.1.1.7 Formação do Profissional de Saúde.....	72
6.2.1.1.8 Síntese da categoria 1.....	73
6.2.1.1.9 Interfaces categoria 1.....	74
6.2.2 Categoria 2 – articulação com a justiça.....	75
6.2.2.1 <i>Subcategorias</i> .....	75
6.2.2.1.1 Tratamento imposto (aos usuários e ao CAPS).....	75
6.2.2.1.2 Diálogo Frágil.....	80
6.2.2.1.3 Modos de Produção de Justiça.....	82
6.2.2.1.4 Síntese da categoria 2.....	88
6.2.2.1.5 Interfaces da categoria 2.....	89
6.2.3 Categoria 3 – Perspectivas do trabalho em rede no enfrentamento à violência.....	90
6.2.3.1 <i>Subcategorias</i> .....	90
6.2.3.1.1 (Pouco) Conhecimento da Rede de Enfrentamento à violência contra mulheres....	90
6.2.3.1.2 Dificuldades de diálogo sobre o trabalho em rede.....	98
6.2.3.1.3 Atenção Integral.....	100
6.2.3.1.4 Aspectos Institucionais.....	103
6.2.3.1.5 Pandemia.....	105
6.2.3.1.6 Outras ações possíveis.....	106
6.2.3.1.7 Síntese da categoria 3.....	108

6.2.3.1.8 Interfaces categoria 3 .....	108
6.3 GRUPO 02: REDE DE ENFRENTAMENTO .....	109
6.3.1 Categoria 4 – violência, saúde mental e projeto Ágora .....	109
6.3.1.1 Subcategorias .....	109
6.3.1.1.1 Grupo Reflexivo de Gênero (GRG) e violência.....	109
6.3.1.1.2 Grupo Online .....	117
6.3.1.1.3 Critérios de Saúde Mental.....	121
6.3.1.1.4 Álcool e outras Drogas.....	126
6.3.1.1.5 HAV na Rede de Saúde Mental .....	131
6.3.1.1.6 Síntese da categoria 4.....	135
6.3.1.1.7 Interfaces categoria 4 .....	135
6.3.2 Categoria 5 – articulação com a justiça.....	136
6.3.2.1 Subcategorias .....	137
6.3.2.1.1 Medida Protetiva e Obrigatoriedade .....	137
6.3.2.1.2 Problemas no Encaminhamento de HAV .....	142
6.3.2.1.3 Diálogo com o Tribunal de Justiça .....	145
6.3.2.1.4 Mediação Policial.....	146
6.3.2.1.5 Síntese da categoria 5.....	149
6.3.2.1.6 Interfaces categoria 5 .....	150
6.3.3 Categoria 6 – perspectivas do trabalho em rede no enfrentamento à violência .....	151
6.3.3.1 Subcategorias: .....	151
6.3.3.1.1 Intersetorialidade em construção .....	151
6.3.3.1.2 Descontinuidade no Atendimento .....	155
6.3.3.1.3 Parcerias e Contatos de Rede .....	157
6.3.3.1.4 O lugar do Projeto Ágora na Rede .....	159
6.3.3.1.5 Ampliação do Trabalho com HAV .....	162
6.3.3.1.6 Outras Ações Possíveis .....	164

6.3.3.1.7 Síntese da categoria 6.....	166
6.3.3.1.8 Interfaces categoria 6 .....	166
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>168</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE B – TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)</b>	

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é produto de pesquisa realizada no Programa de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (MPSM) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Minha atuação como psicóloga da Política de Assistência Social, no serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI), cuja atuação destinava-se a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos me colocou diretamente em contato com a violência contra meninas e mulheres e com as dificuldades de acesso aos homens autores das violências denunciadas (HAV). O pressuposto da centralidade na família era um desafio a se efetivar, e apesar de todos os esforços das equipes de psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e advogados, por vezes o suporte (tardio) às vítimas e às mulheres representantes das famílias eram as únicas reparações de danos possíveis. A rede intersetorial, em diversos momentos, resumia-se aos contatos telefônicos e relatórios produzidos, assim como na insistência pela garantia de atendimento ou de alguma brecha possível na rotina da Saúde para realização de reuniões.

O interesse pelo trabalho com autores de violência atravessava as ameaças sofridas pela equipe e as evasões de tais sujeitos aos investimentos de contato. O tema foi alvo de produção de Monografia de Especialização em Psicologia Clínica com o título “O olhar sobre o violentador sob a ótica da Gestalt Terapia”. Ao introduzir o desejo da pesquisa no MPSM, pude reconhecer os limites daquela visão quase puramente clínica, da qual a academia e o presente trabalho foram responsáveis por sua ampliação.

Ao tomar conhecimento das intervenções com HAV e suas possíveis articulações com a Rede de Saúde Mental, com a qual também tenho percurso profissional e profunda aposta em seu poder transformador, busquei investigar na presente pesquisa a ótica dos trabalhadores acerca de quais conexões poderiam ser realizadas (ou não) que visassem o fortalecimento de uma Rede de Enfrentamento à violência contra mulheres.

Na primeira parte estrutura-se uma breve introdução do tema da violência contra a mulher e as políticas públicas que propõem seu enfrentamento em rede, nas quais se prevê o atendimento a HAV, bem como a justificativa para a proposição da pergunta de pesquisa. Na revisão de literatura em seguida, estão apresentadas algumas bases que fundamentam a discussão, principalmente no que diz respeito aos conceitos de violência de gênero, masculinidades e interfaces com o campo da Saúde Mental.

O percurso metodológico, na terceira parte, explicita a escolha do método, a contextualização do campo de estudo e também a abordagem utilizada para organização e discussão dos dados, que resultaram nas categorias de análise apresentadas na seção seguinte.

A discussão dos resultados é um dos núcleos em que o trabalho se ancora fortemente, na qual a literatura especializada é confrontada com os dados. Ao final de cada categoria analisada foram elaboradas sínteses a fim de condensar e esclarecer melhor ao leitor sobre as principais elaborações da autora. As tabelas de interfaces, também ao final de cada categoria, dividem as dificuldades e potencialidades percebidas para cada conjunto de dados.

Em conclusão, realizam-se reflexões e apontamentos que surgiram na construção do cenário da pesquisa, nos aspectos de fragilidades intersetoriais e possibilidades comuns ao enfrentamento da violência de gênero. Neste último tópico também levantamos os limites do estudo e sugestões de ações que ampliem a intersectorialidade e as intervenções com HAV na intersecção com a saúde mental.

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se insere no campo das discussões de políticas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, focalizando o tema pertinente à responsabilização e ao atendimento intersetorial dos homens autores de violência, especificamente no que diz respeito à articulação entre a Rede de Saúde Mental e aos Programas de intervenções com estes homens. O conceito de enfrentamento parte da ideia de que a efetivação da prevenção e do combate à violência contra as mulheres inclui ações voltadas aos homens autores de violência, além da assistência propriamente dita às vítimas. Ações estas, que se forem desarticuladas entre as instituições que a realizam, tendem a contribuir pouco para o enfrentamento deste problema global e que se mantém com índices de crescimento exponenciais.

A articulação intersetorial das ações pressupõe a noção de rede, portanto é fundamental analisar como os componentes desta rede se relacionam quando o objetivo em comum é enfrentar a violência contra as mulheres a partir de intervenções com os homens que a cometem. Tomando a violência contra as mulheres com base na perspectiva crítica dos estudos de gênero, com contribuições dos estudos relativos a masculinidades e das teorias feministas pós-identitárias, buscamos aportar maiores discussões para um atendimento intersetorial qualificado, que se distancie de ações pautadas em explicações cartesianas de causa e efeito, reducionistas e binárias de gênero.

A valorização social do tema da violência contra a mulher parte das lutas feministas, implicando em fortes mudanças legislativas e na profusão de Políticas específicas para esta população. A atuação em rede para o atendimento das mulheres vítimas de violência é fomentada principalmente pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) da Presidência da República, criada em 2003 com a finalidade de transversalizar os temas relativos à gênero nas políticas governamentais em todas as esferas de governo e de dispor mais recursos para a formação desta rede nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Da SPM deriva o Pacto e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência, os Programas e Planos Nacionais, assim como a mesma impulsiona a criação dos centros de referência, defensorias e promotorias especializadas, núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher e a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Na área da Saúde da Mulher em 2003, o Ministério da Saúde também publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As múltiplas ações visam estabelecer foco na proteção de situações de violência perpetrada por homens em que a população feminina está constantemente exposta.

No contexto anterior à criação desta Secretaria, as ações governamentais limitavam-se ao atendimento das situações de violência nas Delegacias Especializadas e encaminhamento das mulheres a casas-abrigo para afastamento do autor da violência e sua proteção. Em direção à uma atuação cada vez mais coordenada entre as esferas de governo e as instituições que atendem casos de violência contra a mulher, a necessidade de esforços contínuos e interdependentes para contenção deste problema torna-se mais visível no debate da agenda pública.

A atuação governamental, portanto, deixa de constituir apenas o apoio a serviços emergenciais e a campanhas isoladas, avançando para uma atuação mais ampla que contempla – além do apoio a serviços especializados – as seguintes ações: a capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; a criação de normas e padrões de atendimento; o aperfeiçoamento da legislação; o incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de Segurança Pública. (BRASIL, 2011, p. 10).

Neste mesmo contexto, no âmbito normativo-legal, a Lei nº11.340/06 (Lei Maria da Penha) marca como um direito social de mulheres e meninas a vida livre de violência e a preservação de suas integridades física, psíquica, sexual e moral. Os crimes de violência contra a mulher passam a ter maior rigor penal. Se antes o homem autor de violência podia pagar multa ou entregar cestas básicas, a partir desta Lei há a penalização com prisão, que pode ser em flagrante e também preventiva, sob pena de três meses a três anos, e o afastamento do ambiente do lar (TONELI et al., 2010). Também como forte inovação da lei, fica previsto para os homens que cometem tais crimes o encaminhamento a “programas de recuperação e reeducação”, conforme Parágrafo Único do Art. 45.

Em 2011 a SPM também passa a integrar estes serviços na Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher. Nasce neste ano em parceria com outros Ministérios integrantes da Câmara Técnica do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, a elaboração do documento intitulado “Rede de Atendimento e de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, em que a SPM descreve a distinção entre a rede de atendimento e a rede de enfrentamento. Fica claro que a primeira é parte da estrutura da última, e que a responsabilização dos homens autores de violência é uma das estratégias para diminuição da violência contra as mulheres:

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres que a SPM define, diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça,

da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento. (BRASIL, 2011, p.8).

O anexo II do documento institui as “Diretrizes Gerais dos Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor”. Neste arquivo obtemos mais informações do que na Lei Maria da Penha. Há a referência de que nestes serviços as atividades desenvolvidas devam ser “educativas e pedagógicas” e “tenham por base uma perspectiva feminista de gênero”. Ainda, a SPM descreve que

O Serviço de Responsabilização e Educação deverá contribuir para a conscientização dos agressores sobre a violência de gênero como uma violação dos direitos humanos das mulheres e para a responsabilização pela violência cometida. [...] o serviço poderá contribuir para a desconstrução de estereótipos de gênero; a transformação da masculinidade hegemônica; e a construção de novas masculinidades. (BRASIL, 2011, p. 66).

A ênfase, conforme orienta o documento, é dada aos processos educativos e pedagógicos, e é excluído das atribuições dos Serviços o “caráter assistencial ou de ‘tratamento’ (seja psicológico, social ou jurídico) do agressor” (BRASIL, 2011, p.66), porém permite o “encaminhamento para programas de recuperação, para atendimento psicológico e para serviços de saúde mental, quando necessário” (BRASIL, 2011, p.68).

As novas políticas e legislações passam a surgir com a finalidade de legitimar os direitos das mulheres, no entanto é preciso que o sistema articulado por instâncias públicas, privadas e a sociedade sejam capazes de consolidá-los na prática. Concordamos com Poulantzas em seu conceito de Estado, no qual caracteriza o processo citado como um conjunto de forças nem sempre harmônicas, apresentando diversas contradições e divergências (MOTTA, 2011).

Apesar da violência estar comumente associada à Política de Segurança Pública no imaginário social, sua rede de enfrentamento é complexa e composta por diversos serviços e órgãos de diferentes políticas, seja na educação, assistência social, saúde ou judiciário, como vimos anteriormente. Na área da saúde, o tema da violência ganha relevância especialmente a partir da década de 80, conforme aponta Gomes (1997).

E enquanto o campo da Saúde é reconhecido pelo documento da Secretaria de Políticas para Mulheres como valiosa frente de intervenção, o atendimento de saúde mental é visto como um serviço especializado para homens e mulheres, que deve ser acionado pelo Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor quando houver necessidade de “recuperação” do homem autor de violência (BRASIL, 2011).

Entretanto, nem a lei ou os documentos posteriores da SPM detalham a estruturação e organização destes serviços, com diretrizes mais específicas que o norteiem. Além de não haver

propostas preventivas voltadas ao público masculino na Lei Maria da Penha, o caráter de “educação e reabilitação” dos centros para agressores também não é explorado (BEIRAS et al., 2012). Embora um avanço da Lei Maria da Penha diga respeito ao reconhecimento da importância das intervenções psicossociais com homens autores de violência, após 15 anos da sanção da lei, observa-se que ainda não há integração das políticas que lidam com esta demanda, nem incentivos constantes para realização destes trabalhos. Ainda há pouca regulamentação ou diretrizes suficientes que norteiem as práticas voltadas aos HAV. O trabalho é realizado a partir de múltiplas metodologias e referenciais teóricos, das diferentes éticas que regem cada categoria profissional e das distintas missões políticas nas quais a situação de violência torna-se foco (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019).

Percebe-se, então, que apesar do incremento da atenção às mulheres vítimas de violência que ocorrem principalmente a partir das derivações da Lei Maria da Penha, o poder público vem respondendo de maneira lenta e desarticulada no que diz respeito à responsabilização de homens autores de violência (HAV) e principalmente à transformação desta realidade. A aprovação de novas legislações que buscam responsabilizar de maneira mais efetiva os homens autores de violência, e a reorientação das políticas assistenciais voltadas para a violência, como por exemplo no âmbito do SUS e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), não é suficiente para deslegitimar a violência.

Evidencia-se na realidade um aumento dos índices de violência contra a mulher e, particularmente, um “ritmo acelerado de incremento do homicídio feminino, observado entre os anos 2007 a 2013” (WAISELFISZ, 2015, p. 73), como consta no Mapa da Violência de 2015. Ainda, segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, identificava-se que cinco mulheres eram espancadas a cada 2 minutos no país; no entanto, 91% dos homens diziam considerar que “bater em mulher é errado em qualquer situação”. Podemos citar também, por exemplo, como homens que aguardam julgamento, na chamada medida protetiva de urgência, muitas vezes a desrespeitam, e sem a garantia de proteção da mulher pelo Estado, reincidem em padrões violentos (contra as mesmas mulheres ou outras).

Os mecanismos de repressão não têm sido resolutivos na contenção desta problemática. A impunidade e a morosidade dos processos jurídicos criam uma atmosfera de descrédito a lei e, somado a isto, a restrição de liberdade com a carência de políticas de ressocialização da Segurança Pública nos presídios não é locus fértil de transformação social (ANDRADE, 2014).

Nesse sentido, o movimento feminista e outros setores sociais passam a questionar em conferências internacionais feministas – Conferências Internacionais sobre População e

Desenvolvimento (Cairo, 1994) e sobre o status da mulher (Beijing, 1995) - a ideia de que a punição e o encarceramento do homem autor de violência seriam a única resposta social à violência de gênero, no que tange ao ideário de resolutividade e ressocialização buscado por tal medida punitiva. Buscam chamar atenção para a inclusão de homens em políticas de equidade de gênero (TONELI et al., 2010). No entanto, esta discussão não é uniforme. Algumas autoras como Barsted (2009) defendem que o atendimento aos homens autores de violência não deve ter maior importância do que o serviço prestado à vítima, e ainda, que deve ser acompanhado de profunda transformação da sociedade e do Estado.

No Brasil, há cerca de duas décadas atrás já ocorriam intervenções com homens autores de violência, geralmente por iniciativa de organizações militantes, com o objetivo de atuar nos determinantes culturais e sociais da violência de gênero. Beiras e Nascimento (2017) atentam para o trabalho pioneiro realizado pelo Instituto Noos-RJ, que busca sistematizar o atendimento aos homens autores de violência no formato de grupos reflexivos de gênero. Com a indicação da Lei Maria da Penha em 2006, um maior número de órgãos passa a estruturar tal atendimento, porém, verifica-se que em muitos há vinculação direta à repressão penal, que por sua característica, prolonga e penaliza individualmente tal fenômeno social.

O aspecto punitivo supracitado pode ser uma das dificuldades ao se pensar a conexão entre Saúde e os Programas de “Recuperação e Reeducação” previstos no Parágrafo Único do Art. 45 da Lei nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha) a homens autores de violência. Na América Latina e no Brasil, estes serviços normalmente são encaminhados pelo sistema judicial, conforme indicado pela SPM ou então por demanda espontânea. Há poucos registros ainda da existência de serviços com homens autores de violência prestados pela Política de Saúde (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019).

Billand (2016) alerta para o fato de que os efeitos colaterais da ligação destes serviços à lei pode ser um número limitado e possivelmente discriminatório de casos atendidos. Ele ainda analisa que mesmo que profissionais de saúde e de saúde mental envolvidos no atendimento também “tendem a seguir uma lógica de controle social própria da justiça” (p.6), incluindo em suas práticas fatores coercitivos de condução.

Um primeiro mapeamento nacional de Programas de Atenção a HAV já mostrava também que estas iniciativas são pontuais, com curta duração e que, apesar de haver fluxos que os ligam ao Sistema de Saúde, não há grande consistência:

Os dados mostram haver uma conexão de rede e encaminhamentos a outros serviços. Isto ocorre de forma variada no que se refere aos tipos de instituições colaboradoras. Vale destacar que essa rede se desatualiza com o fim dos projetos e intervenções ou serviços com homens, devido ao término de recursos. Portanto, o ideal seria que fosse um serviço contínuo e permanente. (BEIRAS, 2014, p.61).

Estes resultados apontam o desafio da intersectorialidade, uma das principais estratégias de enfrentamento preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na resolutividade de problemas de saúde no âmbito da saúde coletiva. Desta forma, concordando com Andrade (2014), é necessário não só compreender o que é violência de gênero, mas também buscar novos caminhos para o enfrentamento desta no âmbito das práticas com homens autores de violência. Buscamos avançar de movimentos paralelos e desordenados, para ações que se complementem em seus limites e potencialidades, em direção ao combate da violência contra mulheres.

Quando falamos de violência contra as mulheres, falamos indissociavelmente de um tipo de violência baseada no gênero. Apesar de focalizarmos em serviços que atuam com homens que violentam mulheres, a violência de gênero está presente em toda situação violenta que tem por base lugares marcados de feminino e masculino na sociedade (BLAY, 2014). Entretanto, argumentamos que a violência contra a mulher é fundamentada no controle e subordinação da mulher ao homem, o que está em conformidade com a atual ordem de gênero que impõe tal hierarquia e assimetria entre os gêneros.

Portanto, concordando com Beiras et al. (2012), defendemos que o fenômeno da violência de gênero diz respeito tanto a uma inequidade social, arraigada em um sistema de gênero que a legitima, quanto a um problema que produz efeitos nocivos à saúde mental de homens e mulheres.

Reforçamos ações que propiciem um entendimento de que estes homens também são atingidos negativamente pelo sistema patriarcal que socializa os indivíduos de acordo com as expectativas culturais. Requeremos ações que estejam implicadas politicamente com movimentos feministas e com a perspectiva de gênero, questionando relações de poder. (BEIRAS et al. 2012, p.40).

Se a intersectorialidade na assistência às mulheres vítimas de violência ainda é um desafio a ser superado, conforme apontou o estudo de Schariber et al. (2012), compreendemos que há ainda menos avanços no debate sobre a integralidade aos HAV na rede pública de atendimento psicossocial. Como indicamos, os serviços que tradicionalmente trabalham com HAV têm a mesma realidade, com baixo investimento e poucas diretrizes norteadoras à sua condução. Propomos que este debate deve tentar alinhar tanto os aspectos teóricos e metodológico-interventivos do campo das Políticas Públicas como os princípios norteadores dos Programas com HAV.

A violência contra a mulher, apesar de ser alvo de políticas específicas importantes, é traduzida de forma diferente por cada setor a qual ela torna-se foco de intervenção. Assim, ganha a roupagem da política a qual a demanda se destina, com linguagem, técnicas e metodologias singulares à missão institucional de cada serviço. As ideias sobre a violência

podem resultar em noções de crime, como é circunscrita na justiça, em noções de doença, próprias do campo da Saúde (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999) ou em propostas educativas e pedagógicas, como propõe a SPM. Estas racionalidades operacionais variadas podem dificultar o estabelecimento de projetos comuns de enfrentamento à violência de gênero, resultando em ações fragmentadas e desarticuladas.

Pensar sobre os homens autores de violência leva à necessidade de compreender quais concepções são criadas sobre estes homens e sobre as práticas que a eles deveriam se dirigir, presentes no discurso de profissionais vinculados às Políticas de Saúde Mental e aos Programas de intervenção derivados da Lei Maria da Penha. Beiras et al. (2012) neste contexto provoca para o questionamento:

Que sujeito emerge destes contextos: um criminal? Um ser passível de recuperação? Um homem violento determinado por sua genética ou por sua construção histórico-social? Que diferenças existem quanto a este aspecto no campo jurídico e assistencial? (p.81).

Acreditamos que as verdades e determinações presentes nos discursos sociais, institucionais, jurídicos e de saúde tendem a se misturar e influenciar as práticas assistenciais de profissionais que lidam com HAV. Superar os modelos que buscam explicar o fenômeno da violência sob paradigmas essencialistas, naturalistas ou psicopatologizantes em direção a um modelo complexo exige formulação de objetivos e critérios comuns. Segundo Gomes (1997, p.43), “é de fundamental importância que a Saúde Pública contemple uma abordagem interdisciplinar e se volte para ações intersetoriais frente à violência social”.

Questiona-se, nesta pesquisa, como as intervenções com homens autores de violência se articulam com o atendimento em Saúde Mental, sem que isto signifique sua desresponsabilização. Contribuir com a potencialização de diálogos intersetoriais entre a rede de saúde mental e os Programas com HAV e integrar a área da Saúde Mental e da Saúde Pública no debate contínuo sobre gênero e violência para nós significa fortalecer ações de enfrentamento da violência de gênero.

As políticas, como atividades inerentes ao Estado, sociedade e suas instituições mediante as quais se produzem, se preservam e se corrigem regras de convívio em sociedade, têm como seu papel o enfrentamento da violência de gênero, mas para sua efetividade, precisaria deixar de atuar apenas em nível compensatório, para ser estruturante e transformador. Considerando que as políticas de direitos humanos vêm sofrendo ataques, resultando em retrocesso tanto à luta feminista quanto ao processo da reforma sanitária e consolidação do campo da Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, torna-se fundamental encontrar espaços de diálogo para sobrevivência das políticas de transformação social.

A relevância desta dissertação consiste em contribuir com a capacitação do profissional da rede de atendimento psicossocial para trabalhar com uma perspectiva transformadora e não-punitiva, necessariamente com o olhar feminista de gênero e em direção ao desenvolvimento de ações articuladas para o enfrentamento da violência. Almeja-se servir de fonte de consulta para estes profissionais, subsidiando reflexões para a articulação de diferentes políticas que têm como objetivo estabelecer equidade de gênero.

Por fim, este estudo busca contribuir para problematizar também a Política Nacional de Saúde Integral do Homem (PNAISH), incluindo na responsabilidade do SUS a integralidade na atenção a estes sujeitos, tendo em vista sua generificação, e os aspectos culturais envolvidos neste processo e, assim, colaborando para relações de gênero com maior equilíbrio de poder. Responsabilizar os homens a partir da experiência da reflexão e do desenvolvimento de senso crítico e empático pelas mulheres, pode implicar em lançar-se sobre os aspectos de gênero e ampliar a noção de cuidado neste interim. As noções de clínica ampliada, aliadas aos pressupostos historicamente defendido por organizações com trabalham com HAV pode contribuir ao debate do entendimento das relações violentas na atualidade e para a tentativa de rompimento dos processos de opressão social (ANDRADE, 2014).

### 1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Desta maneira, propõe-se a seguinte pergunta de pesquisa: “quais as interfaces do trabalho com HAV e a rede de saúde mental na perspectiva de profissionais envolvidos com o enfrentamento da violência de gênero? ” A partir desta pergunta, objetiva-se chegar às dificuldades e potencialidades da articulação entre os programas para HAV e a rede de saúde mental, buscando apontar possibilidades de ações e reflexões que contribuam à intersetorialidade neste campo.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender as perspectivas de profissionais que trabalham com HAV e profissionais do campo da Saúde Mental em Florianópolis acerca das interfaces possíveis no enfrentamento à violência de gênero.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever as dificuldades de articulação do trabalho com HAV e a rede de saúde mental no enfrentamento da violência de gênero;
- b) Compreender as potencialidades da articulação do trabalho com HAV e a rede de saúde mental no enfrentamento da violência de gênero;

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O QUE É O TRABALHO COM HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA (HAV)

Os primeiros trabalhos especificamente voltados a homens autores de violência datam da década de 70 nos Estados Unidos. Ao identificar que as sanções penais eram insuficientes para a inibição do problema, inaugurava-se a proposta de programas de responsabilização aos homens autores de violência, principalmente por métodos tradicionalmente cognitivo-comportamentais (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019). Nos anos 80, os programas com HAV são expandidos para outros países, principalmente na Europa e na América Latina (TONELI et al., 2010).

Nesta época, no Brasil, havia órgãos sensíveis à problemática - principalmente do terceiro setor - e que, portanto, começavam a estruturar intervenções, necessidade esta já percebida no debate feito no bojo dos movimentos feministas. Em paralelo, algumas medidas do Poder Público também vinham sendo tomadas para proteção às vítimas de violência, principalmente na implementação de casas-abrigo e delegacias especializadas. Em resposta às intensas denúncias e críticas realizadas pela luta feminista, o fenômeno da violência aos poucos desloca-se do campo privado do lar e da intimidade para o campo público (ordem coletiva instituída) e torna-se alvo de políticas e leis mais rigorosas. (TONELI et al., 2010).

Com a criação da Lei Maria da Penha a violência contra a mulher passa a ser tratada com maior severidade na esfera penal, pois abandona-se a concepção da violência doméstica como um crime de menor potencial ofensivo, como era enquadrada na Lei dos Juizados Especiais Criminais (nº 90009/95) e as penas de reclusão não podem ser mais convertidas em pagamentos de cestas básicas ou em outras penas alternativas (TONELI et al., 2010). É importante salientar também que a Lei Maria da Penha utiliza o enquadramento de “violência doméstica e familiar contra a mulher” diferenciado de “violência de gênero” como uma estratégia de dar visibilidade à intensa vitimização de mulheres. Com esta escolha política, em um primeiro momento, a discussão mais ampla sobre a questão de gênero é excluída, resultando na menor inclusão de grupos lesados de um lado, e por outro, maior restrição a interpretações. (SNOW; BENFORD, 1996 *apud* AMADO, 2014).

Os efeitos da normatização e do recrudescimento penal aos crimes de violência contra a mulher são conquistas que levam a mulher a ter garantia de proteção e mecanismos que visam igualar seu poder frente a uma relação violenta. Ao mesmo tempo, a fascinação pelo direito penal e pelo encarceramento como resposta em nossa sociedade contemporânea, fortalecem a

ideia de que somente os comportamentos tipificados como crime são reprovados (CAPELLO, 2005 *apud* BEIRAS et al., 2012).

Neste trabalho tomaremos o discurso e as práticas jurídicas como emaranhadas a um poder e um saber sobre os sujeitos, noções estudadas por Foucault (2002) para analisar como “formas jurídicas” originam “formas de verdade”. O autor sugere que tais formas não somente descrevem e inscrevem sujeitos no meio social de maneira linguística, mas também criam “jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta” (FOUCAULT, 2002, p. 9). Segundo o filósofo, este terreno em que as normatizações sobre os sujeitos emergem são condições políticas, que não podemos desconsiderar em quaisquer ações governamentais.

O diálogo deste autor com Rifiotis (2015) também auxilia a pensar sobre os “modos de produção de justiça” realizadas pela judicialização das relações sociais, e como as respostas penais têm limites em realizar alguns objetivos sociais a quais se propõem. O autor reflete que as soluções encontradas no âmbito jurídico muitas vezes desconsideram a complexidade das relações de violência de gênero e podem também plantar problemas. Por vezes ao transformar indiscriminadamente os homens em agressores e mulheres em vítimas, de forma dicotômica, não contribuem a maturação social das relações e conflitividades humanas (BEIRAS et al., 2012). E ainda, Rifiotis (2015) alerta de que os modos de produção de justiça precisam ser revelados a fim de compreendermos as culturas político-institucionais e as matrizes de inteligibilidade às quais estas práticas se associam.

Ao tomar por eixo as questões da desconstrução da dicotomia homem-maltratador, mulher-vítima e do ser a proteção legal reforço para práticas distorcidas, partimos da evidente presença de ideologias, estereótipos, dicotomias, criminalização e vitimização presentes nos textos de lei e nas políticas públicas que, em muitos casos, acabam por reforçar o aumento e não a diminuição ou contenção de atos violentos nas relações afetivas. Além disso, podem acabar por manter a antinomia homem-agressor versus mulher-vítima, contribuindo para manter o problema ao mesmo tempo que direciona ações para solucioná-la. (BEIRAS et al., 2012, p 42).

Sem desconsiderar as conquistas feministas e os avanços presentes nas regulamentações das Políticas para mulheres, Granja e Medrado (2009, p. 27) afirmam que o foco excessivo nas mulheres como vítimas pode acabar generificando somente a mulher e “reafirmando a distinção sexual em detrimento da ordem de gênero”. Quaglia Cerruti e Rosa (2008, *apud* BEIRAS et al., 2012) também problematizam de que a preocupação dos setores públicos em consolidar as mulheres como sujeito de direitos pode muitas vezes criar uma limitação da atuação predominantemente ao campo jurídico, o que por sua vez, também pode ajudar a consolidar as ideias binárias de homem agressivo e mulher frágil.

Podemos dizer que as intervenções com homens autores de violência são uma ferramenta que busca deslocar estas categorias fixas. Ao trabalhar as construções das masculinidades com HAV, com o objetivo não só de alterar comportamentos violentos, mas com a intenção final de problematizar os papéis e as normas de gênero em toda a sociedade de maneira “ecológica” (ROTHMAN et al., 2003), empregam visibilidade ao lugar das masculinidades na construção social da violência de gênero, polo que muitas vezes foi secundário nas lutas feministas. Assim, os trabalhos com HAV aproximam o debate para um olhar mais complexo a estes homens, vistos inicialmente somente como agressores e agora com possibilidade de envolvimento e reflexão crítica sobre seus modos de fazer gênero em sociedade. Especialistas apostam que neste trabalho “a construção e reconstrução de subjetividades, visões de mundo, reflexões culturais e de gênero promove ações de saúde menos marcadas pelo individualismo e pela fragmentação; promove ações mais próximas à construção da equidade de gênero, os direitos humanos e a cidadania”. (BEIRAS, 2012, p.301, tradução nossa).

Apesar das múltiplas metodologias que estes trabalhos adotam, há alguns consensos entre os condutores dos programas no que diz respeito aos objetivos e formato do atendimento. O trabalho grupal é privilegiado, pois ao atuar nos processos de socialização entre homens, ficam mais visíveis os poderes instituídos, as diversas masculinidades, as concepções socioculturais e também a possibilidade de apoio mútuo e de troca de experiências.

Dentre os facilitadores dos trabalhos com HAV que adotam a perspectiva crítica de gênero o caráter grupal também é justificado pelo argumento de que a reflexão coletiva sobre as normas e categorias de gênero seria mais apropriada do que uma abordagem que individualize e penalize puramente a questão. As sugestões deste grupo de interventores e pesquisadores da área também apontam para o atendimento com caráter não-obrigatório, mas complementar às sanções legais. E que a prisão deveria ser a pena nos “casos extremos, como única alternativa” (BEIRAS et al., 2012, p.39).

Este posicionamento não é exclusivo de trabalhadores da área com HAV. Grupos feministas também consideram que mesmo com o avanço do recrudescimento perante estes crimes a individualização é contraproducente e discriminatória, e que a violência contra mulheres deve ser considerada como um problema estrutural:

Em uma sociedade patriarcal, capitalista e racista como a brasileira, as violências contra as mulheres, no âmbito doméstico ou público, não podem ser concebidas como um fenômeno individual, mesmo que a violência doméstica se manifeste em uma relação interpessoal. (SANTOS; MACHADO, 2018, p. 254).

As autoras supracitadas acrescentam que a mudança precisa se dar nos sistemas sociais como um todo, a fim de que as vítimas tenham condições de lidar com a violência para além da lógica punitiva do Estado. Ainda creditam às ONGs feministas, dentre as quais incluímos aquelas que realizam trabalhos com HAV o papel “fundamental de favorecer o diálogo indivíduo-comunidade-sistema judicial” (SANTOS; MACHADO, 2018, p.257).

O trabalho integrado também vem sendo bastante recomendado pelos autores que pesquisam intervenções com HAV, “a nível micro e macro”, “sem deixar de atender as particularidades, responsabilidades e o desenvolvimento político e cidadão em termos de garantia de direitos e melhoria da convivência social” (BEIRAS, 2012, p. 71, tradução nossa). Sobre as comunidades epistêmicas no âmbito dos programas com HAV, alguns autores ressaltam a importância de intervenções psicoeducativas, sem desconsiderar também a necessidade de trabalhos terapêuticos, desde que não busquem explicações “exclusivamente intrapsíquicas” (BEIRAS, 2012, p. 64, tradução nossa).

### 3.2 VIOLÊNCIA, HOMENS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Para conceituar violência é necessário associar referências científicas, para além de recorrer às legislações nacionais e às políticas públicas brasileiras. Isto porque organizações como a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e a OMS (Organização Mundial de Saúde), assim como cientistas nacionais vêm reivindicando que a violência entre na pauta das políticas, principalmente na área da saúde pública. (GOMES, 1997). Salienta-se também que políticas e legislações, a depender dos governantes, podem sofrer inúmeras reformulações e desmantelamentos, e, portanto, podem impedir o avanço da atenção a esta importante demanda social.

Autores como Romeu Gomes têm chamado atenção para a discussão da violência na Saúde Pública, tomando como ponto de referência o conceito de Frenk (1992) da OPAS que

aponta para a confluência de diferentes dimensões e aspectos no campo da saúde. Para o autor citado, numa dimensão há as instâncias do biológico e do social; em outra há o indivíduo e a comunidade e ainda em uma terceira há a política social e a política econômica. Partindo desse pressuposto em que a saúde é um meio de realização pessoal e coletiva, a Saúde Pública deve levar em conta esses diferentes prismas relacionados ao seu campo de atuação. (GOMES, 1997, p.93).

O autor supracitado remonta ao aspecto multidimensional da violência, que muitas vezes tende a ser analisada apenas pela ótica individual, associada no imaginário social à pobreza, à criminalidade e à negritude. Desta forma, este autor defende que os sistemas coletivos em que vivemos contextualizam, reproduzem, e reforçam a violência, ao mesmo

tempo em que podem possibilitar sua superação. É possível dizer que a violência, tão predominante no contexto social brasileiro, é fundante e também fundamentada em nossa cultura.

Esta visão sistêmica propagada por Gomes (1997) coaduna com a discussão trazida por Seidler (2009) sobre a violência advinda das relações imperialistas. Para ele, o domínio brutal europeu ainda marca o período pós-colonial, perpetuando-se para distintas sociedades, apresentada por meio da valorização desta “masculinidade heterossexual branca”. Ainda, argumenta que na difusão da cultura patriarcal pelas tradições católicas, há a consideração da responsabilidade do pai de família sobre o controle e a disciplina da esposa e dos filhos. É a partir do processo de colonização que os castigos corporais na educação de crianças, assim como de mulheres são legitimados e popularizados.

Com isto, pode-se dizer que a violência, como base para dominação entre grupos, torna-se alicerce das múltiplas violências sociais atuais (violência estatal, entre classes, violência de gênero, racial, entre outras). Para Minayo e Souza (1998), de uma maneira geral, violência é “qualquer ação intencional, praticada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais” (*apud* COELHO; DA SILVA; LINDNER, 2014, p. 12). Fittipaldi acrescenta que “nessa perspectiva, violência é todo ato de ofensa contra o que uma sociedade define como justo e como um direito” (FITTIPALDI, 2007, p. 29).

Entretanto, é importante destacar que em uma relação conjugal heterossexual, por exemplo, é comum que a violência aconteça repetidamente, que as violências de diferentes naturezas se combinem e que criem um jogo dinâmico entre a pessoa que comete violência e a pessoa que a sofre, muitas vezes gerando padrões que perpassam gerações familiares. Portanto, atentando-se para as dinâmicas relacionais na situação de violência, Santos (1996) amplia a concepção de que a violência baseia-se em

um dispositivo de controle aberto e contínuo, ou seja, a relação social caracterizada pelo uso real ou virtual da coerção, que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano. (*apud* COELHO; DA SILVA; LINDNER, 2014, p. 12).

A visão multidimensional da violência conquistada também pelos movimentos feministas acompanha a complexificação dos conceitos sobre saúde coletiva. Segundo Granja e Medrado (2009, p.32) é possível localizar esta convergência em uma linha temporal:

O encontro da violência contra as mulheres e a saúde parece ter acontecido neste ponto: entre a ampliação do conceito e mudança na legislação. Primeiramente, foi nesse processo de ampliação de sentido que a violência foi posicionada também como um problema de saúde pública.

Embora a área correspondente à Saúde do Homem demore a ser criada nas políticas sociais, observamos a noção de integralidade está presente em sua implementação. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (2009), coloca em evidências dados epidemiológicos que demonstram a liderança dos homens em mortalidade decorrente da violência no Brasil. Por outro lado, eles também são os principais autores de violência interpessoal (ZUMA et al., 2007). A PNAISH, que nasce com significativa distância de tempo com relação às políticas para mulheres denota uma preocupação tardia em tornar o homem também como foco de cuidado e atenção. E até o momento, nota-se que não há desenvolvimento suficiente da Política que vise complexificar as diferentes masculinidades a quais supostamente ela se dirige, nem compor esforços ao seu atendimento integral (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Se os homens estão nos holofotes destes processos, como autores e vítimas, isto indicaria que, enquanto grupo, eles poderiam se constituir em um público-alvo no que se refere à violência. A PNAISH estrutura como um de seus eixos o tema da violência, porém o explora pouco em detrimento dos outros (exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade e a saúde sexual e reprodutiva), o que sugere pouco direcionamento ao trabalho com a violência incluída no campo da Saúde do Homem (BRASIL, 2018).

Toneli e Müller (2015) atentam para como esta Política inaugura os sujeitos homens como “novos cidadãos do direito à saúde”, principalmente nos aspectos de direitos sexuais e reprodutivos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). As primeiras autoras também problematizam o que seria dizer que a partir da Política se configura como a medicalização do masculino, conceito *foucaultiano* que consiste em analisar como questões sociais e determinados grupos populacionais passam para a ordem da medicina, como controle das formas de vida.

Outros autores problematizam que o conceito de saúde da Política embora tente contemplar a saúde integral, ainda está bastante vinculada à ausência de doença e que o Sistema de Saúde aparece ainda restrito a uma listagem de oferta de serviços (BEIRAS et al., 2012). O homem como um corpo biológico e que deve se preocupar com a disfunção erétil também é retratado no contexto desta Política e em outras campanhas associadas. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

### 3.3 GÊNERO E MASCULINIDADES: A PERSPECTIVA FEMINISTA E A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA

O sujeito homem é tardiamente incluído nas Políticas Públicas brasileiras, porém em estudos com perspectiva crítica feminista a discussão sobre masculinidades é indissociável da noção de violência de gênero. Em nosso trabalho, adotamos primeiramente o sentido de gênero como dispositivo analítico, não limitado aos papéis e estereótipos atribuídos às diferenças entre sexos biológicos, mas como conceito que

explicita a assimetria existente nas maneiras de conhecer e aprender o real e na forma como homens e mulheres se constroem, se representam e estabelecem suas relações no interior da sociedade como um vetor que permeia a produção das subjetividades. (SANTOS, 2009, p. 178).

Para Butler (2003, p. 24), gênero comporta os “significados culturais assumidos pelo corpo sexuado” que regulam a dinâmica entre homens e mulheres em sociedade. Desta forma, o gênero opera como um forte organizador relacional, social, histórico, econômico e político, de modo a dar significado às relações de poder, constituindo regras e sentidos de experiência (SCOTT, 1995). Portanto, para entender as masculinidades do ponto de vista de gênero, compartilhamos da visão de Medrado et al. (2005, p. 243):

Partimos do pressuposto de que masculinidade é uma construção de gênero, ou seja, o que se define como masculino em nossa sociedade está intimamente relacionado com uma forma de olhar o mundo, em que olhar sobre a diferença e sobre a desigualdade orienta nossas práticas e nossa linguagem. Assim, homens (e mulheres) são educados, desde muito cedo; para responder a modelos predeterminados (e mutuamente excludentes) do que é ‘ser homem’ e ‘ser mulher’. Esses modelos variam, por certo, ao longo do tempo, bem como de cultura para cultura. Variam também as formas de atualização deste modelo. Percebe-se em geral, porém, que os processos de socialização tendem a orientar-se pelo olhar da diferença (“ser homem é diferente de ser mulher”) e pela perspectiva da desigualdade (“ser homem é melhor que ser mulher”).

Geldschläger e Ponce (2011, p.5) descrevem como “a perspectiva de gênero é um amplo e heterogêneo ponto de vista crítico”, portanto, embora o gênero deva ser o constructo crítico transversal no debate deste trabalho, considera-se fundamental situar as correntes dos estudos de gênero que fazem interlocução com a pesquisa.

Os estudos sobre masculinidades são inseridos com maior aceitação pelo movimento, a partir da Terceira Onda do feminismo, na qual se destacam as teóricas Judith Butler, Raewyn Connell e Joan Scott. No campo da Psicologia brasileira, autores descrevem que é também na chamada terceira geração – até a atualidade – em que estes estudos são mais difundidos (BEIRAS; NUERNBERG; ADRIÃO, 2011).

O motivo pelo qual masculinidades são indicadas no plural é a utilização das definições de Connell e Messerschmidt (2013) sobre masculinidade hegemônica e masculinidades subordinadas, derivado do pensamento de Antonio Gramsci sobre hegemonia. Ao se opor a um modelo essencialista de masculino, em Connell e Messerschmidt, a masculinidade hegemônica funciona como um “consenso” implícito do que é aceito socialmente a um corpo generificado como masculino, enquanto que as masculinidades subordinadas seriam consideradas “(d)efeitos” daquela. Definindo assim, o que seria um “homem de verdade”, as masculinidades periféricas nesta matriz teriam menos valor social. Assim, como um modelo cultural ideal, a masculinidade hegemônica é uma norma praticamente impossível de ser atingida, o que produz sofrimento e controle sobre homens e mulheres. As diversidades de experiência humana estariam todas remetidas a esta masculinidade considerada superior.

É importante também situar que a Terceira Onda do feminismo traz teorias de cunho pós-estruturalista ou pós-identitárias, assim como a ideia de interseccionalidade. A interseccionalidade diz respeito à tripla opressão de grupos sociais aos quais estão submetidas as mulheres, ou seja, os recortes de gênero, raça e classe são incluídos no debate com a finalidade de reconhecer diversidades e alinhar lutas. Tais feministas encontram-se em um posicionamento crítico pós-colonial, então combatem a ideia da luta feminista centrar-se na mulher branca ocidental e apontam como crítica a colonialidade do poder dentro do próprio movimento (ELEUTERIO, 2017). Da mesma forma, compreendem como possibilidade a presença da intersecção de luta com homens, por haver o entendimento da masculinidade como uma posição construída historicamente e pelo ponto de encontro com relação aos diferentes sistemas de poder (GONÇALVES, 2007).

A característica pós-estruturalista corresponde ao combate das categorias binárias de homem e mulher na sociedade e também da ideia substancialista de identidade de gênero. Em Butler (2003), a ideia de identidade de gênero é desdobrada para a ideia de performance. Esta autora pontua que gênero não seria uma categoria identitária estável, mas uma “identidade instituída por uma repetição estilizada de atos” (BUTLER, 1990, p. 297). Neste sentido, gênero é uma performance reiterada pelo sujeito, em que se compreendem os gestos, estilos e movimentos corporais, que ao se padronizarem criariam uma ilusão de substancialização, provocando o efeito social de gênero. O gênero aqui é entendido em sua multidimensionalidade, o que também agrega as identidades, o poder e as sexualidades, em um sistema que se relaciona, mas não se confina a nenhum destes aspectos individualmente, “sendo que estas dimensões

estão ligadas a normas e a categorias que são socialmente hierárquicas e que veiculam a produção da alteridade” (DE OLIVEIRA; DA COSTA; SANTOS, 2014, p.63).

Portanto, Butler (1990) problematiza que a cadeia estilizada de atos que provoca o efeito de gênero não se dá por uma escolha livre do sujeito. Em sua obra, aponta a representação de gênero como uma “estratégia de sobrevivência” em uma situação de coação social, punitiva para o que foge a ela. As normas que regulam os corpos generificados no meio social, se atualizam neste caráter performativo, que ao serem produzidas e reproduzidas, reiteram-se a si mesmas, principalmente pela ótica binária e heterossexual (LOURO, 2001). Assim, representar-se como homem ou mulher, em uma sociedade binária seria “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (BUTLER, 1990, p. 300) destas categorias, e das ideias de desejo e sexualidade imbricadas. Nesta perspectiva, tais categorias a priori são vazias, sendo criadas e hierarquizadas coletivamente para a estruturação da divisão do trabalho, da família e para a manutenção da sociedade patriarcal.

Blay (2014, p. 16) afirma que

a violência contra as mulheres – simplesmente porque são mulheres – tem uma complexa fundamentação em valores patriarcais. É base para manutenção do exercício do poder, e se instrumentaliza através das relações de dominação e subordinação.

O caráter relacional das posições das categorias de homem e mulher na sociedade fica mais evidente nos estudos feministas da Terceira Onda. Conforme Zanello e Bukowitz (2011), é rico pensar contextualmente sobre gênero, visto que as categorias relacionadas a ambos os gêneros são “complementares, superpostas, pertencendo a um mesmo modo de funcionamento social”.

Partindo destas compreensões, observamos que existe uma distância subjetiva muito grande entre o feminino e o masculino, com lugares e valores excessivamente marcados na sociedade. Diminuir esta distância significa criar sentidos de relacionamento mais saudáveis. Conforme as mulheres vêm ressignificando seu papel social dentro das famílias, empresas e comunidades, Geldschläger e Ponce (2011) apontam que se não houver desconstrução da concepção hegemônica de masculinidade que hoje oprime mulheres e homens, a violência tende a se exacerbar nestes contextos sociais. Embora os caminhos de subjetivação para homens e mulheres tenham diferentes privilégios, eles não são excludentes e é preciso avançar no olhar para a intersubjetividade e para a reflexão sobre como a violência se articula com as discussões sobre a saúde mental de maneira generificada (ZANELLO, 2020).

Adotar a perspectiva crítica de gênero como poderosa fonte de intervenção e cuidado nas políticas de Saúde Mental implica, portanto, em considerar a violência de forma relacional

e complexa e com distintos focos de análise para homens e mulheres. A consequência que a adoção de um pressuposto epistemológico feminista pode aportar para o campo da saúde mental, para nós é o questionamento dos sistemas e modelos reducionistas e psicopatologizantes de saúde mental de homens e mulheres.

### 3.4 INTERFACES DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL COM A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A terceira onda do feminismo no Brasil é representada por militantes que se incorporam ao processo de redemocratização após a ditadura militar brasileira (AZEVEDO; MEDRADO; LYRA, 2018). Embora a relação entre a implementação da Constituição Federal do Brasil de 1988 e a abertura política que o feminismo promoveu neste contexto não sejam tão percebidas, é nesta conjuntura em que os movimentos sociais se articulavam em favor das políticas de estado de bem-estar social, e as feministas alavancavam o debate e a luta em torno das categorias de gênero, raça, classe social, identidade regional, etc. (PEDROSA, 2006).

À mesma época, mobiliza-se também o momento histórico em que ocorre a reforma sanitária brasileira, que se propõe a combater as desigualdades sociais evitáveis por meio de um sistema único. No nível administrativo, o planejamento em saúde muda para um enfoque estratégico, para além da habitual organização normativa, tecnocrática e padronizada. A nova política sanitária é caracterizada por um viés não-flexneriano, atentando-se para necessidades de saúde da população e seus territórios, e não somente por demanda (quem busca a saúde). A ênfase é dada à atenção básica e à promoção de ambientes saudáveis, invertendo a lógica do foco na prevenção e reabilitação de doenças, por meio da noção de Clínica Ampliada, com forte atuação territorializada (PAIM, 2012).

Na área da saúde mental simultaneamente se inicia o processo de reforma psiquiátrica, a partir da qual se provoca a reorientação da assistência tradicionalmente centralizada no saber psiquiátrico para um modelo de atenção psicossocial, buscando superar o paradigma biomédico e hospitalocêntrico neste campo. A institucionalização da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) transversaliza a saúde mental para todo o sistema de saúde, em seus diferentes pontos de atenção, agora comunitários e com base territorial. Ela complexifica e força o SUS a cumprir seu princípio doutrinário de integralidade, ao implicar no combate à lógica da especialidade e das distintas complexidades, que segrega o cuidado a partir dos “graus de sofrimento” do sujeito, em que existiria um lugar para a loucura (AMARANTE; NUNES, 2018).

Neste processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e/ou que fazem uso e abuso de substâncias, constituiu-se um novo modelo privilegiado, o campo ressignificado da saúde mental. Este novo modelo caracteriza-se como “um campo profissional, ou a uma arca de atuação [...] de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial” (LANCETTI; AMARANTE, p. 615, 2012).

López Ruiz (2017) afirma que, ao contrário do que poderia se supor, a saúde mental fornece uma visão mais social do que clínica. Para ela, o campo da saúde mental se refere às situações sociais que favorecem o bem-estar individual e coletivo. A “sociedade enferma”, como ela indica, deveria ser o tema absoluto das políticas de saúde mental.

Entretanto, quando passamos para a questão de gênero observamos que os estudos que associam a categoria e a saúde mental têm focado em uma perspectiva sobre o manejo clínico, ocupando-se principalmente da experiência subjetiva do sofrimento psíquico, seus sintomas e sua relação com estereótipos e a opressão de gênero. A ênfase ao estudo das masculinidades neste campo ou de uma perspectiva ampliada para abordar o atendimento de homens autores de violência na saúde mental é inexpressiva.

Entre os profissionais que trabalham historicamente com HAV, a discussão parece ir mais adiante. Estes demonstram principalmente a preocupação que relações simplistas sejam feitas na interface entre saúde mental e o trabalho com HAV. A justificativa da violência por meio da “doença mental”, que tradicionalmente é o “lugar da incapacidade”, da impossibilidade de se responsabilizar por seus próprios atos, seria um mau uso que se pode se fazer desta relação. Pois tornar os homens bodes expiatórios criaria um desvio da discussão de gênero, que deveria ser o eixo que atravessa o debate neste âmbito. Segundo Andrade (2014), a conexão da saúde mental nestas intervenções poderia incluir a compreensão de que o HAV é um “paciente”, cuja palavra tem na sua raiz etimológica a ideia de “passividade”, e, portanto, suscetível a tratamento medicamentoso ou terapêutico.

Embora possa se associar grave sofrimento psíquico a comportamentos agressivos e violentos, há que se discutir de maneira mais profunda, incluindo nos dispositivos de atendimento aos HAV uma visão mais crítica, qualificada na perspectiva de integrar as múltiplas dimensões do problema. Beiras et al. (2012) tece críticas ao modelo que trate HAV pela ótica do “paciente-enfermo”, pois compreende que normalmente nos casos em que transtornos mentais e violência estão presentes não há eleição preferencial de gênero e premeditação, portanto não seria indicado que este modelo fosse assumido de maneira causal.

De qualquer maneira, em realidade, muitos homens autores de violência acessam a Política de Saúde pelos serviços especializados de Saúde Mental (MORAES, 2008 *apud*

BEIRAS et al., 2012), e entendemos que a sua inclusão nestes serviços não necessariamente deve provocar a minimização de seus atos. Uma das possibilidades que explicam este dado é de que o homem demore mais para procurar ajuda em serviços de saúde. Ou também, que possivelmente a relação com o uso de álcool e outras drogas e a violência esteja em evidência, mesmo que também seja outro campo que não admite explicações causais. (BEIRAS et al., 2012).

Como exemplo temos o estudo realizado em Recife sobre violência, gênero e atenção integral à saúde de Granja e Medrado (2009), em que os autores identificaram que os encaminhamentos de HAV realizados pelas Varas Especiais ao SUS careciam de qualificação. Quando havia a imposição de “tratamento psicológico” ao abuso de álcool e outras drogas de homens autores de violência, mas não se explicitava o motivo do encaminhamento, partindo da justificativa de um suposto “sigilo”, os autores estranham tal posicionamento, pois além de associar a ideia de cuidado em saúde à penalização do ato violento para estes homens, cria uma lógica simplista de que o abuso de álcool seria o único responsável pela violência, ignorando os aspectos psicossociais relativos a gênero. A (falta de) qualidade destes encaminhamentos parece setorizar as demandas e a própria subjetividade do homem, além de desconsiderar a importância do olhar multidisciplinar.

Por outro lado, a Saúde Mental, que se configura na perspectiva da Atenção Psicossocial, avança também nesta direção de deslocar da ideia de tratamento, em uma assistência hierarquizada entre médico e paciente para a noção de cuidado, que envolve humanização, protagonismo social e cidadania. Ser olhado como sujeito: de direitos, de cuidado, de reponsabilidade civil e cidadania atravessa a função das distintas políticas, e são aspectos que vão sendo incorporados ao conceito de promoção de saúde mental. Os aspectos culturais que estigmatizam os usuários da Política de Saúde Mental também são focalizados. Ainda, a perspectiva da Redução de Danos nas políticas de álcool e outras drogas favorecem um cuidado integral, não centrado na “doença”.

Observamos que a entrada das noções de integralidade e cuidado na saúde pública permite que a saúde seja vista como constituída pelas relações, as raciais, de gênero, de pertencimentos religiosos e étnicos e “aspectos que decorrem das condições concretas da vida social” (PEDROSA, 2006, p.29). Concordamos com o seguinte autor em pensar o campo da Saúde Mental como

um conjunto de práticas alocadas no campo da saúde enquanto política pública. Penso este espaço como uma arena de disputas sociais, de projetos políticos, de reproduções culturais, de produções de saberes e práticas filiadas a diferentes paradigmas de um tempo e lugar e produtora de identidades que constituem sujeitos e suas histórias. Este

campo acolhe as lutas políticas em relação à concepção e implantação do sistema único de saúde e a lei da reforma psiquiátrica. (TINOCO, 2009, p.27).

Aos poucos as normativas das Políticas de Saúde vão dando indicativos de que a atenção à saúde mental de pessoas que sofrem situações de violência, incluindo os “agressores” deva ser dada (BRASIL, 2010). Em outros estudos da área, recomenda-se também que sejam feitas pactuações de fluxo de atenção para que os CAPS realizem atendimento de pessoas em situação de violência (SCHRAIBER et al., 2012). Estes movimentos apontam a necessidade da integralidade na atenção e da intersetorialidade em casos de violência, porém as normativas não explicam como esta integralidade deve se dar, cabendo à rede de serviços garantir sua efetividade.

Apostamos de que a perspectiva integral e intersetorial contribui para o aumento do acesso de famílias em situações de violência:

A intervenção no campo da saúde, ao introduzir uma outra lógica institucional, pode ajudar a superar esses limites. Na medida em que setor saúde almeja uma cobertura universal, integral e equitativa da população, os profissionais de saúde dispõem de tantas oportunidades quanto os profissionais da área da Justiça – senão mais – de identificar situações de violência contra mulheres e de propor intervenções destinadas a interrompê-las (29-34). Isso permite intervir junto às muitas mulheres que não desejam pedir a intervenção judicial (35), e também posicionar-se de maneira complementar e articulada em relação à intervenção judiciária para garantir a proteção das mulheres com base em uma intervenção compreensiva cuja lógica seria diferente da estrita aplicação da lei aos casos (12,30). (BILLAND, 2016, p. 17).

No mesmo estudo citado acima, Granja e Medrado (2009) revelam que profissionais que trabalham com o enfrentamento da violência de gênero mencionam a saúde como local privilegiado de atendimento às mulheres vítimas de violência, mas não aos homens. Apesar de considerarem que a saúde deveria ser porta de entrada para esta demanda, na prática referem que fica centralizado no Instituto Médico Legal (IML) o disparate dos fluxos de atenção à saúde da mulher vítima de violência. Para os trabalhadores, o atendimento psicológico ou psicossocial na saúde também não são referência para situações de violência, e os autores consideram que a correlação feita entre dano físico e atendimento de saúde pode provocar o não-reconhecimento da violência psicológica como relevante para a saúde. No tocante à rede de saúde mental, também verificaram que os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) têm local secundário para atendimento a HAV, e assim como as Varas Especiais, os profissionais os acionam quando há necessidade de atenção a abuso de álcool e outras drogas, ou em casos de transtornos mentais graves.

Como conclusão, os autores afirmam que é possível verificar que “o homem está chegando, sim, ao sistema de saúde, todavia, acaba-se deslocando o foco, maquiando a demanda, e o que poderia constituir um espaço de atenção ao homem não se concretiza” (GRANJA; MEDRADO; 2009, p.31).

Neste sentido, pensando que HAV já podem estar incluídos na Rede de Saúde Mental ou terem a oportunidade de atendimento intersetorial a partir da inclusão em Programas interventivos derivados da Lei Maria da Penha, questionamos acerca das interfaces que podem contribuir a este debate, em seus aspectos promissores e dificultosos. Respeitando a singularidade de cada serviço e seus limites, buscamos localizar as compreensões dos profissionais envolvidos no enfrentamento à violência contra a mulher, de maneira situada em rede e comprometida com a maior integralidade possível.

Sabemos que os profissionais são produtores e reprodutores de concepções que podem se ligar às instituições a que representam e aos significados sociais e culturais em que estão inseridos, portanto, objetivamos compreender quais as perspectivas emitidas pelos trabalhadores do campo da saúde mental e do âmbito do trabalho com HAV na região de Florianópolis, sobre as interfaces possíveis de serem construídas para o enfrentamento à violência de gênero.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Os participantes da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo, a forma da entrevista, a garantia do sigilo da pesquisadora, sobre o direito de escolha de participarem ou não da pesquisa e que caso aceitassem, poderiam, a qualquer momento, desistir. A pesquisa foi realizada mediante concordância livre e espontânea dos mesmos e expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas seguindo rigorosamente os princípios definidos na Resolução n. 466/2012 do CONEP, e foram gravadas a partir do consentimento dos entrevistados e transcritas para análise. O roteiro que serviu de base para a condução das entrevistas está disponível no APÊNDICE A.

A apreciação ética da pesquisa deu-se por meio dos pareceres de deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC. Foi preenchido formulário online com o detalhamento da pesquisa na Plataforma Brasil, conforme rotina de processamento de avaliações de pesquisas. A coleta de dados foi iniciada após a autorização do referido grupo.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Na escolha do método, levamos em consideração os objetivos da pesquisa, e o entendimento de que o estudo das percepções de profissionais acerca de suas práticas e das políticas nas quais estão inseridos, convoca a um olhar mais aprofundado sobre seus significados, construindo nosso objeto de pesquisa em conjunto e de acordo com as experiências expressadas pelos participantes.

Por isso optamos pelo método **qualitativo**, e desenvolvemos a pesquisa de maneira **descritiva** e **exploratória**. Concordamos com Schwandt (1994) de que a pesquisa qualitativa auxilia na compreensão dos sentidos atribuídos por atores sociais em suas práticas, localizadas e situadas particularmente.

Tínhamos consciência das limitações de aprofundamento do tema, pelas dificuldades impostas pela inexistência de uma rede articulada de enfrentamento à violência contra as mulheres que envolva Programas com HAV no município de Florianópolis, e também pela insuficiência de referencial teórico sobre a conexão entre estas intervenções e a Saúde Mental. Desta forma, buscamos trabalhar com os dados empíricos a fim de construir um estreitamento destas relações, visando à descrição dos tensionamentos e potencialidades do objeto de estudo.

Foi necessária a caracterização da rede a qual estudávamos, que foi se apresentando concretamente nos dados de pesquisa, pouco-a-pouco, a partir de uma intersectorialidade pouco abordada, o que configurou desta forma o caráter **descritivo** a que nos referimos. Além disso, a aproximação processual e gradual do tema, ainda pouco debatido conforme citamos, permitiu que considerássemos o estudo como predominantemente **exploratório**.

A técnica eleita para coletar e produzir os dados de pesquisa foram as **entrevistas semiestruturadas**, ou seja, contou-se com dois roteiros pré-estabelecidos (ver Anexos) para cada grupo de profissionais e também com a liberdade de introdução de novos temas e realização de demais ajustes, a fim de atingir maior consistência e relevância acerca das informações (MINAYO, 2013).

Também ponderamos a compreensão de Warren (2002) sobre a entrevista como uma conversação, aplicando esta ideia na coleta de dados. Buscamos a coerência com esta epistemologia, a fim de empreender um aspecto construcionista aos resultados da pesquisa e à sua análise. Conforme Beiras (2012, p. 100, tradução nossa) explicou e aplicou em seu estudo, tínhamos como intenção encontrar interpretações, narrativas e discursos contextualizados, e não depreender fatos ou normas.

Para conferir esta inteligibilidade construcionista, tivemos como ponto de partida a investigação do contexto profissional dos participantes. Como buscávamos analisar as interfaces entre o trabalho da Rede de Saúde Mental de Florianópolis e os atendimentos com HAV, precisamos buscar entrevistados nas duas frentes. Não buscaremos caracterizar de maneira extensa os serviços aos quais os participantes fazem parte, visto que o objetivo da pesquisa não está na análise dos trabalhos ofertados e das instituições, mas na compreensão das percepções de profissionais acerca das intersectorialidades possíveis para o enfrentamento da violência de gênero. Busca-se investigar a articulação das Políticas, mais do que os serviços em si.

Embora defendamos que a Rede de Saúde Mental precise se reconhecer como parte de uma rede única de enfrentamento à violência contra mulheres, para distinguir os dois grupos de profissionais entrevistados, chamamos um de “Grupo Rede de Enfrentamento”, que se refere aos facilitadores do Projeto Ágora, e outro de “Grupo Rede de Saúde Mental”, para os profissionais do CAPS II.

## 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

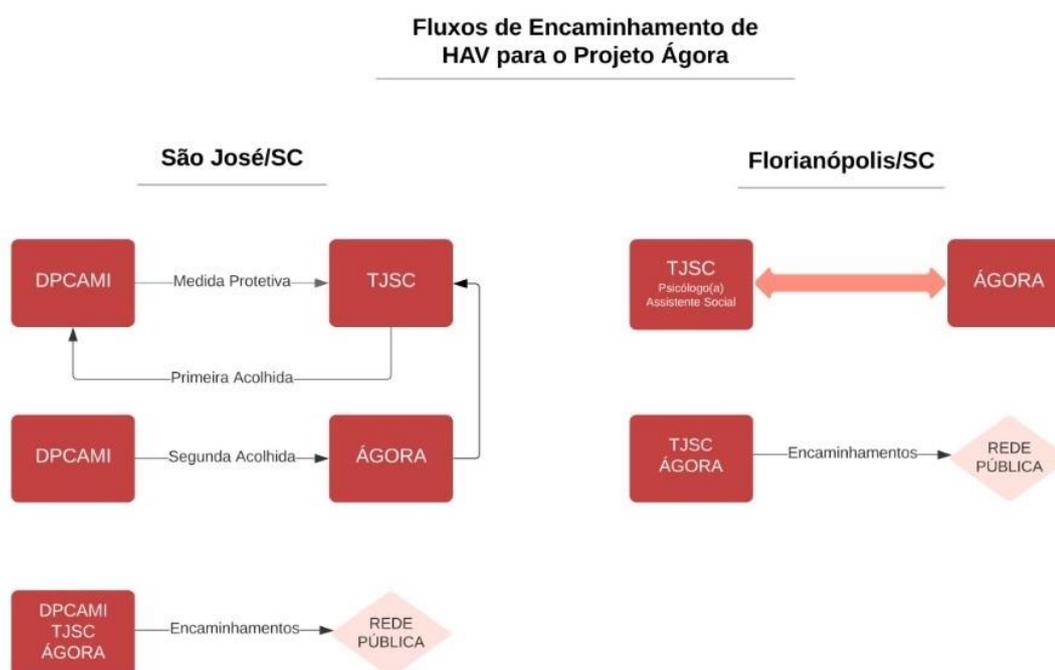
### 5.1.1 Grupo rede de enfrentamento - projeto Ágora

Em uma exploração prévia em busca de informantes, tivemos conhecimento do Projeto Ágora, uma atividade de extensão universitária que realiza Grupos Reflexivos para atendimento de HAV, por meio de um convênio entre o Departamento de Psicologia da UFSC e o Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC). O grupo recebe encaminhamentos de homens majoritariamente de Florianópolis/SC, mas pode acolher também dos municípios vizinhos (Grande Florianópolis). Inicialmente os grupos foram realizados no espaço físico da Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso (DPCAMI) de São José/SC, em decorrência de parceria de estágio firmada com a Segurança Pública em 2016, mas devido a burocracia, o desenvolvimento do convênio efetivou-se com o TJSC em 2019. Atualmente o grupo funciona no formato *online*, devido à pandemia de COVID-19. A metodologia de trabalho é a mesma proposta pelo Instituto Noos, pioneiro em grupos reflexivos com HAV no Brasil.

A partir da aplicação da Medida Protetiva e da judicialização dos casos de violência contra as mulheres, os homens são encaminhados do Fórum diretamente ao Projeto Ágora, depois do atendimento com psicóloga (o) ou assistente social forenses, no caso de Florianópolis.

Se o homem é residente do município de São José tem sua primeira acolhida na DPCAMI com psicólogos policiais. Em ambas as situações o próprio Projeto Ágora realiza uma segunda acolhida a fim de conhecer os participantes, explicar o modo de funcionamento do grupo e aprovar sua inserção. Em quaisquer das acolhidas a que o homem é submetido, seja no Fórum, na Delegacia ou no âmbito do Projeto Ágora, os profissionais podem identificar demandas de responsabilidade do Poder Público, como é o caso das necessidades de saúde, momento em que os encaminhamentos à rede são realizados. Na Figura a seguir trazemos um fluxograma, a fim de melhor elucidar os fluxos de encaminhamentos estabelecidos pelo Projeto Ágora.

Figura 1 – Fluxos de Encaminhamento de HAV para o Projeto Ágora.



Fonte: A autora.

### 5.1.2 Grupo Rede de saúde mental

No que diz respeito à rede de saúde mental, optamos por dar preferência a entrevistas com profissionais dos CAPS, considerando ser este o equipamento que inaugura o novo modelo de Atenção à Saúde Mental, ao ser proposto como alternativa ao paradigma hospitalocêntrico vigente anterior à Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo em que o CAPS é tomado como serviço especializado em saúde mental, também se espera que este inclua em seu escopo ações

de cunho mais amplo, em torno de uma Clínica Ampliada, com participação ativa da comunidade.

Desde a reorientação da Atenção à Saúde Mental no âmbito do SUS para um paradigma complexo de rede, os CAPS integram junto às equipes de Saúde Mental dos NASF, os pontos de atenção responsáveis por articular as necessidades de saúde mental no território e na comunidade. A Reforma Psiquiátrica conferiu aos CAPS a relevância do cuidado integral e da promoção de cidadania e autonomia de sujeitos historicamente institucionalizados e socialmente relegados ao lugar da incapacidade e do tratamento (ACIOLY; BRASIL, 2009).

Concordamos com Pedrosa (2006, p. 79), de que o desafio da Atenção Psicossocial leva os CAPS a compreender a Saúde Mental não apenas a partir de “estruturas psicológicas individuais, mas envolve e articula as várias instâncias das existências”. Desta forma, acreditamos nos CAPS como lócus fértil de problematização das violências e como serviço aberto e contínuo de preservação da vida e das diversidades.

Essa característica dinâmica crítica e sua abertura para o questionamento das relações institucionais de poder, bem como sua constituição enquanto dispositivo de cuidado num sentido mais amplo, definem a posição estratégica do CAPS num circuito complexo, para o qual o fluxo de informações torna-se um elemento valioso. (PEDROSA, 2006, p.80).

Com estas compreensões, partíamos da ideia de que tanto o CAPS II, como o CAPS Ad, serviços disponíveis pela Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC - este último responsável pelo atendimento de pessoas com problemas com álcool e outras drogas - configurariam boas fontes de pesquisa. Entendíamos que homens autores de violência poderiam ser atendidos pelos dois serviços, e que o abuso de álcool e drogas muitas vezes está associado a casos de violência contra as mulheres.

## 5.2 INSERÇÃO NO CAMPO

Realizamos os trâmites formais de aprovação junto aos órgãos de ética de pesquisa aos quais nosso estudo é submetido. Enviamos os devidos formulários, requisições e documentos para aprovação pelos canais digitais do Comitê de Ética (CAPPS) da Escola de Saúde Pública da Prefeitura de Florianópolis. Estes procedimentos para aprovação também foram solicitados e monitorados pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH), entre dezembro/2019 e junho/2020. Na ocasião, solicitamos coleta de dados com profissionais do CAPS II – Ponta do Coral e do CAPSad, no entanto, somente recebemos o aceite do primeiro serviço. Em agosto de 2020 tivemos acesso ao CAPS II – Ponta do Coral para iniciar as

negociações para a coleta de dados. A própria coordenação do Serviço auxiliou no convite aos profissionais, encaminhando aqueles que aceitaram à pesquisadora. A data e horário das entrevistas foram organizadas de acordo com as possibilidades de cada participante.

Tomada a contextualização do universo de pesquisa e inserção, partimos para a finalização da elaboração de dois roteiros distintos de entrevista, dirigidos aos dois grupos de profissionais: Rede de Enfrentamento e Rede de Saúde Mental.

Os critérios de seleção dos participantes obedeceram aos requisitos de inclusão e exclusão delineados a priori, com o objetivo de se chegar a informantes-chave qualificados. Para incluir os participantes na pesquisa, definimos que estes deveriam pertencer a alguma das categorias profissionais da Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Direito ou Medicina e que deveriam ter vínculo ao SUS, SUAS, a Segurança Pública, ao Poder Judiciário ou a organizações não-governamentais. Todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa foram selecionados.

A composição dos participantes se deu por meio da técnica da **“bola de neve”**, que consistiu em solicitar que cada trabalhador entrevistado indicasse o seguinte, a partir de seu próprio crivo. Este processo foi continuado até observarmos informações suficientes para o cumprimento dos objetivos de pesquisa. Esta técnica, conforme Vinuto, é válida “para pesquisar grupos difíceis de serem acessados ou estudados, bem como quando não há precisão de sua quantidade” (VINUTO, 2014, p.201).

Tal técnica foi de utilidade, pois apesar do conhecimento do número de programas com HAV reconhecidos no Brasil, mapeados em pesquisas anteriores, como a realizada por Beiras, Nascimento e Incrocci (2019), identificamos que em Florianópolis estava presente, no momento, apenas a iniciativa do Projeto Ágora. Também não haviam dados disponíveis, à época, sobre a articulação deste grupo com a Política de Saúde. Portanto, acreditamos que para encontrarmos informantes representativos, o próprio grupo poderia indicar os entrevistados, a partir da legitimidade percebida em suas redes pessoais. Por tratar-se de pesquisa qualitativa, tendo como objetivo maior ampliar estratégias de enfrentamento da violência de gênero pela articulação da rede de saúde mental e dos programas com HAV, consideramos como elemento principal a qualidade das entrevistas, portanto, para nós, o processo realizado em cadeia de referência pelos profissionais inseridos no contexto da área de estudo criou um percurso metodológico favorável.

Para o Grupo da Rede de Enfrentamento, contamos com a técnica da bola de neve de maneira mais direta, recebendo as indicações dos próprios integrantes do Projeto Ágora, a medida em que identificavam informantes com experiências de intersetorialidade, seja por

realizar encaminhamentos à rede ou pela familiaridade com a discussão sobre temas relativos a Saúde e a Políticas Públicas. No caso do Grupo da Rede de Saúde Mental, as entrevistas foram realizadas conforme desejo e disponibilidade dos profissionais e arranjo realizado pela coordenação do CAPS.

A coleta total, considerando os dois grupos, foi realizada no período compreendido entre setembro de 2020 e maio de 2021, em entrevistas por meio *online*, devido aos riscos de contaminação por COVID-19 em contatos presenciais. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, com 7 participantes no total, sendo 4 profissionais do CAPS e 3 psicólogos facilitadores de grupos do Projeto Ágora. A seguir trazemos a tabela com as categorias profissionais entrevistadas:

Quadro 1 - Entrevistas realizadas por categoria profissional.

<b>Grupo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Denominação</b>
Rede de Saúde Mental	04 (Psicologia e Enfermagem)	Part. SM1, Part. SM2, Part SM3, Part SM4.
Rede de Enfrentamento	03 Psicólogos	Part. E1, Part. E2, Part. E3

Fonte: A autora.

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta seção buscaremos elencar alguns itens de informações que consideramos relevantes ao leitor, acerca dos participantes. No Grupo da Rede de Enfrentamento, é importante salientar que os participantes compõem o Projeto Ágora de maneira voluntária, portanto são ao mesmo tempo vinculados a outros serviços e formas de atuação profissional. Sobre o Grupo da Rede de Saúde Mental buscamos trazer dados que explicitam a vivência e atuação dos participantes em Políticas Públicas, de uma maneira geral, sem caracterizar de maneira individual.

#### 5.3.1 Profissionais CAPS II

Tempo de Atuação na PMF: Entre 8 e 25 anos como servidores da Prefeitura de Florianópolis.

Trajectoria na PMF: Um profissional apresenta percurso intersetorial, tendo trabalhado na Política de Assistência Social. Todos os participantes possuem experiência em outros pontos de atenção da RAPS, incluindo Centro de Saúde e CAPS AD. Destacamos que um psicólogo entrevistado é responsável por grupo (exclusivo) de homens no CAPS, estabelecido há 6 anos.

Ao final da realização da pesquisa recebemos a notícia de que este profissional encerrou o serviço na Prefeitura, o que lamentamos, por se tratar de importante impulsor deste tipo de trabalho no âmbito da Saúde Mental. Consideramos que a rede, enfraquecida, perde com a consistência que se poderia avançar na atenção à Saúde do Homem em Florianópolis.

### 5.3.2 Profissionais projeto *Ágora*

Dentre os participantes, há profissionais que atuam na Política de Assistência Social (CREAS), na Segurança Pública (acolhimento de HAV e atendimento de outros públicos – idosos, crianças e mulheres) e como profissionais de saúde autônomos, inseridos na Psicologia Social. Todos são ou foram coordenadores de Grupos Reflexivos no Projeto *Ágora*, desde sua implementação. Também fortalecem o Projeto no âmbito acadêmico, com supervisão e desenvolvimento de pesquisas.

Gostaríamos de destacar a experiência de um dos participantes, que atua com Grupos Reflexivos também em outro município de Santa Catarina, realizado dentro do espaço do CREAS. O participante revelou que este grupo está suspenso no momento, por falta de recursos para realizar o formato *online*. Funciona a partir de medida judicial, assim como o Projeto *Ágora*, porém por duas vias: pelo Tribunal de Justiça e pelo Ministério Público. Neste município, o CREAS realiza a primeira e única acolhida antes do GRG e é responsável por encaminhar as demandas de saúde, em uma perspectiva de efetivação de direitos que estejam violados ou ameaçados. Compreendemos importante contextualizar outras experiências de Grupos Reflexivos de Gênero, no âmbito das Políticas Públicas.

## 5.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio digital, com prévia autorização dos participantes, para transcrição posterior. Informamos sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento e acerca do anonimato previsto. Os TCLES foram entregues para leitura e concordância. No caso do grupo pertencente ao CAPS, os termos foram enviados à coordenação do serviço com antecedência, assim como o roteiro previsto para entrevista, a pedido da própria coordenação. O material resultante das entrevistas foi mantido com responsabilidade e sigilo pela pesquisadora, a fim de manter a confidencialidade, como orientam as normas de pesquisa com seres humanos.

Podemos descrever as próximas etapas de investigação da seguinte forma:

- a) Transcrição das entrevistas na íntegra.
- b) Organização inicial: criação de tabelas intituladas “Entrevista por temas”, que consistiu na seleção de trechos de cada entrevista, separadamente. Realizamos uma codificação primária, com recorte de frases, palavras e orações importantes com temas similares, criando unidades de sentidos.
- c) Codificação Aberta: elaboração de dois novos agrupamentos, intitulados “Codificação Projeto Ágora” e “Codificação CAPS”, em que as unidades de sentidos identificadas na etapa anterior foram organizadas de maneira comparativa entre as entrevistas de cada grupo de profissionais, criando famílias de códigos, sempre que se identificavam significados semelhantes.
- d) Codificação Axial e Seletiva: nesta fase trabalhamos os dados encontrados a fim de categoriza-los, compara-los, reagrupa-los, através das conexões entre as categorias. Esta etapa tem a finalidade de “dar precisão à categoria e estabelecer relações derivando em subcategorias” (YUNES; SZMANSKI, 2005, p.6) As categorias e as subcategorias são frequentemente alternadas e comparadas, sendo ligadas e desenvolvidas, correspondentemente os processos de Codificação Axial e Seletiva (YUNES; SZMANSKI, 2005).

Estes procedimentos de análise são provenientes da *Grounded Theory*, ou, chamada também de Teoria Fundamentada nos Dados, de Strauss & Corbin (1990). Esta metodologia visa desenvolver teorias a partir da investigação de uma realidade empírica, elaborando uma história encontrada em fenômenos centrais a partir dos dados estudados.

Entretanto, para nós, não havia pretensão de produção de uma teoria. Nesta pesquisa o foco estava nos recursos de codificação da GT como elementos que facilitassem a organização e a integração dos dados de pesquisa. Estas ferramentas metodológicas da GT permitiram dividir os dados a fim de obter dimensões e categorias de análise temáticas, que desvelaram a trama narrativa dos participantes de pesquisa. Embora a teoria pudesse ser um horizonte de futuro, podíamos estar norteados por ela, sem necessariamente produzi-la.

A partir de três processos de codificação denominados aberto, axial e seletivo, é possível realizar de uma leitura mais geral dos dados até a construção de categorias, subcategorias e elementos de análise que tenham o mesmo universo de conceito, para que sejam transformados em dimensões diferentes de estudo. É um processo de investigação que envolve ampliar o fenômeno até então desconhecido para múltiplos sentidos alternativos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A *Grounded Theory*, mesmo com sua característica sistemática, permite flexibilidade e criatividade dos analistas para adaptar-se a condições particulares do conjunto de dados. Gonçalves aponta que a *Grounded Theory* é adequada “para o estudo de questões que envolvam a interdependência entre contextos sociais e a ação individual” (GONÇALVES, 2016, p. 5). Desta forma, acreditamos que, por sua natureza, a GT nos possibilitou instrumentos que colocaram em evidência o possível estreitamento da relação entre o trabalho com HAV e a Saúde Mental.

Ainda para Gonçalves, a *Grounded Theory* comporta o “entendimento da dualidade da estrutura, a aceitação da intersubjetividade, a compreensão da dupla hermenêutica e adoção do posicionamento” (GONÇALVES, 2016, p.5). Tais particularidades tornam-se relevantes para interpretar dados que envolvem tantas variáveis como: categoria e formação profissional, epistemologia dos Projetos e Políticas e suas missões institucionais, concepções de cuidado e responsabilização no enfrentamento a violência de gênero. Por configurar-se em um método com movimento fundamentalmente dialético, torna-se contributivo para trabalhar com tais tensionamentos e potencialidades de uma realidade político-social.

A nossa organização dos dados também seguiu a perspectiva construcionista. Beiras (2012) fala de “dois formatos possíveis na GT: construtivista e objetivista. Ele aponta que utilizar a GT de forma construtivista é priorizar “o estudo do fenômeno”. “Nesse formato o método é visto como meio, mais que um fim em si mesmo no processo de investigação” (p.111). Com este pressuposto, tínhamos a liberdade de construir e destruir as categorias, revisitando-as sempre e renomeando sempre que necessário, a partir dos dados percebidos e analisados. Passaremos então para a apresentação das categorias construídas, em suas nomeações finais, para em seguida discutirmos à luz das teorias.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Em ambos os grupos, pudemos observar que as falas apontaram para três grandes categorias, nomeados para o Grupo da Rede de Saúde Mental: **“Violência, Saúde Mental e CAPS”**, **“Articulação com a Justiça”** e **“Perspectiva de trabalho em rede de enfrentamento à violência”**; e para o Grupo da Rede de Enfrentamento, depreenderam-se também três categorias similares, que dialogam com as encontradas no grupo 1. São elas: **“Violência, Saúde Mental e Projeto Ágora”**, **“Articulação com a Justiça”** e **“Perspectiva de trabalho em rede de enfrentamento à violência”**. A seguir apresentamos a tabela com as categorias e subcategorias derivadas:

Quadro 2 – Categorização do Grupo 01 - Saúde Mental

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
1. Violência, Saúde Mental e CAPS	1. Concepções sobre violência
	2. Público CAPS
	3. Visibilização da demanda por gênero
	4. Papel do CAPS no contexto de violência
	5. Alcool e Drogas
	6. Grupo de homens na Saúde Mental
	7. Formação do profissional de saúde
2. Articulação com a Justiça	1. "Tratamento imposto"
	2. Diálogo Frágil
	3. Modos de produção de justiça
3. Perspectiva de trabalho em rede de enfrentamento à violência	1. (Pouco) conhecimento da Rede
	2. Dificuldades de Diálogo
	3. Atenção Integral
	4. Pandemia
	5. Dificuldades institucionais
	6. Outras ações possíveis

Fonte: A autora.

Quadro 3 – Categorização do Grupo 02 - Rede de Enfrentamento

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
1. Violência, Saúde Mental e Projeto Ágora	1. Grupo Reflexivo de Gênero e violência
	2. Grupo online
	3. Critérios de Saúde Mental
	4. HAV na Saúde Mental
	5. Álcool e Drogas
2. Articulação com a Justiça	1. Medida Protetiva e obrigatoriedade
	2. Problemas no encaminhamento de HAV
	3. Mediação Policial
	4. Diálogo com o Tribunal de Justiça
3. Perspectiva de trabalho em rede de enfrentamento à violência	1. Intersetorialidade em construção
	2. Descontinuidade no atendimento
	3. Parcerias e contatos de Rede
	4. O lugar do Projeto Ágora na Rede
	5. Ampliação do trabalho com HAV
	6. Outras ações possíveis

Fonte: A autora.

É importante destacar que nossas categorias e subcategorias foram extraídas e construídas a partir das falas dos entrevistados na coleta de dados, no entanto, isso não quer dizer que correspondem diretamente aos questionamentos da entrevista. Ao verificar em Anexo os roteiros de entrevista, o leitor compreenderá melhor que a entrevista semiestruturada pode ampliar para outros fenômenos apontados nas falas, os quais buscamos integrar nesta pesquisa, uma vez que as interfaces as quais pretendemos chegar são ainda inexploradas com consistência. Seguiremos em cada grupo com a exposição do que representam as categorias e subcategorias encontradas, a fim de apresentar de maneira organizada e articulada a nossa análise dos dados.

## 6.2 GRUPO 01: SAÚDE MENTAL (CAPS II)

### 6.2.1 Categoria 1 – violência, saúde mental e CAPS

#### 6.2.1.1 Subcategorias

A primeira categoria analisada refere-se ao conjunto de dados que articulam concepções dos profissionais acerca de violência, relação com o campo da Saúde Mental e o papel do CAPS neste contexto, com destaque para o atendimento de HAV.

### 6.2.1.1.1 Concepções sobre violência

Nesta subcategoria encontram-se as compreensões dos participantes sobre a violência que se apresenta (ou não) como demanda ao CAPS, revelada como um fenômeno familiar, presente principalmente na escuta das histórias de vida de usuários e usuárias. Já sobre a violência enquanto ato de homens contra mulheres, percebemos que esta não se mostra tão aparente e discutida entre os profissionais.

Quanto aos significados apresentados pelos participantes, estes descrevem a violência muitas vezes como um sintoma ou um comportamento, e desta forma, como constituinte de sofrimento e de transtornos mentais - para vítimas e autores. Como um exemplo trazemos a fala de um profissional, que refere que em sua longa experiência no CAPS, nenhum homem trouxe a questão da violência, como pode ser observado no trecho a seguir: *"Nenhum que tenha me trazido esta questão especificamente. **Que tenha chegado com essa... Com isso como uma demanda de tratamento. Queixa de um comportamento que não consegue lidar e que acaba se expressando pela violência.**"* (Part. SM2, grifo nosso)

Quando abordamos a possibilidade de atendimento de Saúde Mental a Homens Autores de Violência, também obtivemos uma resposta que o relaciona ao combate de um ciclo em que a violência se reproduz, mas também conecta a autoria de violência à possibilidade da existência de transtornos mentais, associando o trabalho no CAPS à função diagnóstica: *"Até pra acabar com esse ciclo aí né de violências, e entender melhor o que se passa né, na cabeça dessas pessoas, se ela, como eu te falei, tem algum transtorno."* (Part. SM1, grifo nosso)

Este último dado é similar ao achado na pesquisa de Cruz, Espíndula e Trindade (2017, p. 561-562) que trabalharam representações sociais de HAV entre profissionais de saúde. Em seus resultados, eles apontam que:

O atendimento psicológico foi apontado pelos participantes como uma forma de cuidado tanto para as mulheres (vítimas) quanto para os homens (autores). Entretanto, o atendimento psicológico citado pelos participantes teria funções diferentes para os diferentes sujeitos. Para a mulher seria um espaço no qual poderia ser ouvida, acolhida e trabalharia as questões referentes ao sofrimento gerado pela violência. Já para os homens seria um espaço para descobrir as causas, internas e externas, que motivaram tal ato para que essa compreensão gerasse a proposição de tipos de atendimento que minimizasse os casos de reincidência. Para além da intervenção psicológica, a necessidade da compreensão dos motivos que levam à violência é enfatizada por todos.

Entendemos que este tipo de concepção demonstra uma perspectiva clínica, que trata a violência por uma lógica individualizada, e é própria de uma racionalidade que localiza a

violência no plano psicológico. Gomes (1997, p.94) aponta este como um equívoco reducionista sobre a violência, que acaba por ser comumente associada como sinônimo de agressão, dando um caráter definido de “uma instância exterior que determina o início da violência e decreta o seu fim”, ou seja, vista apenas a partir do dano ou do ato/comportamento em si.

Gomes (1997) dialoga com Costa (1986), que diz que instintos de agressão podem ser empregados em violência ou também coexistir com o desejo de paz. E também argumenta que ações agressivas que não demonstram intencionalidade de destruição não são socialmente traduzidas como violência, nem pelo próprio indivíduo. Quando tratamos de violência, segundo este autor, há determinados fins e características exclusivas que a diferenciam de um ato de agressão.

Outra associação que leva à individualização da violência é a separação clara entre “indivíduo” e “social”. Assim, não parece se levar em conta aspectos interacionais e confrontativos entre estas duas dimensões inseparáveis. Em seu estudo sobre violência social, Gomes (1997, p.94) enfatiza que “neste sentido, a violência coletiva deve ser referencial para melhor se entender as ações violentas manifestadas por pessoas”. Portanto, para ele, tanto a sociogênese quanto a psicogênese da violência são processos a serem refletidos de maneira sistêmica e dialética.

Esta visão dialética coaduna com o emprego da perspectiva de gênero que buscamos. Compreender a violência para além da particularidade dos indivíduos exige que a tomemos como forma de obtenção e manutenção de poder:

O poder está presente na violência na medida em que esse fenômeno se concretiza a partir do uso da força física, psíquica ou moral e se expressa de forma direta ou indireta a serviço de algo. Este poder não é somente o macropoder estatal. Há também discretas e sutis redes de micropoderes grupais, institucionais e familiares. Seguindo esse raciocínio, a ação violenta, enquanto força que se impõe a serviço de algo, pode ser de alguém ou de um grupo contra algo, alguém ou um grupo. São várias as naturezas desse poder: econômica, territorial, do saber, da prática, da autoridade, da informática, das simbolizações e das interpretações. Na violência está explícita ou implícita uma relação assimétrica, desigual ou em desnível. Nas relações heterogêneas com poder desigual - o hegemônico e o contra-hegemônico, o dominante e o dominado, o possuidor e o despossuído - flui a violência. Quanto maior for a desigualdade, maior será o seu potencial. (GOMES, 1997, p.97).

Acreditamos que a ausência de uma perspectiva complexa e relacional de violência, que muitas vezes ignora a perspectiva de gênero, provoca uma desumanização no que se refere aos “motivadores” da violência, colocando este homem como “monstro” e situando o alvo do combate à violência na compreensão e inibição das motivações internas e individuais.

Assim, quando as representações sociais de violência de gênero são constituídas por ideias e discursos individualizantes, o fenômeno deixa de ser atribuído às relações

sociais de poder e dominação para ser percebido como regulado por processos internos e da estrutura do sujeito. (CRUZ; ESPÍNDULA; TRINDADE, p.559).

Ao mesmo tempo em que os profissionais trazem um pensamento que poderíamos chamar de clínico, que trata a violência como um sintoma ou um comportamento que expressa uma questão interna, eles também compreendem a violência dentro do contexto familiar, sob uma ótica transgeracional, e presente na sociedade, como uma resposta a questões mais complexas. Em uma das entrevistas, o profissional amplia a noção de violência incluindo o multidirecionamento da violência e sua expressão amplamente distribuída na sociedade: ***"Todos estão envolvidos de alguma maneira em alguma forma de violência, né. Seja como vítima, seja como agressor. [...] A violência assume várias formas, em diferentes direções: Estado, Mercado. [...] O tempo todo a gente vive com esse Estado de Violência."*** (Part. SM2, grifo nosso)

Portanto, identificamos que ora os profissionais concebem a violência a partir de uma ótica individual, ora passam a deslocar o fenômeno para a esfera social. Acreditamos que isso ocorre pelas mudanças legislativas e reconhecimento de outros tipos de violência nas pautas das agendas políticas, e também é importante analisar que os profissionais entrevistados, em sua maioria psicólogos, podem possuir mais habilidades quanto à visualização de violências de outras ordens.

Na fala seguinte o participante 2 fala do ciclo reprodutivo da violência, que se expressa na sociedade e na família indistintamente, sendo múltiplos os seus autores:

*É que me parece que, a violência, como um modo de expressão e como um sintoma, né... Não me parece que pode ser tomado da mesma maneira. Nunca pensei isso, nunca parei pra pensar muito sobre isso. Então eu tenho que fazer esse exercício agora. Primeiro porque a **violência é naturalizada na nossa cultura**, as formas da violência, elas são tão disseminadas e são tão pulverizadas, que a gente acabou achando que é isso mesmo, né. É assim que as coisas acontecem. **Então isso não provoca, não produz, no autor nenhum questionamento.** Nenhuma interrogação sobre si, a respeito do ato da violência. **Ele foi tratado com violência.** Por isso que eu digo, que a **violência é uma linguagem que ta naturalizada entre nós, né.** Ele foi tratado com violência e ele acha natural tratar os filhos, a mulher, todo mundo, os pais as vezes. Pai e mãe, tios, tias... **Com a mesma violência, com a mesma forma como foi tratado.** Então tem esse **ciclo de reprodução** que parece necessário a gente poder interromper. (Part. SM2, grifo nosso).*

Em revisão não-sistemática realizada por Delgado (2012) acerca de estudos dos 20 anos anteriores, o autor buscou situar como está o debate acadêmico no campo da Saúde Mental em torno de alguns tipos de violência: a violência política, a privada, a urbana e a presente nas institucionalizações. Notou que a violência privada/intrafamiliar é alvo de intensa discussão, principalmente no que diz respeito aos efeitos na saúde mental de crianças e adolescentes. Já o

estudo das violências de outras ordens é pouco frequente nas produções da área, embora haja experiências concretas de intervenções psicossociais de clínica em territórios com crescente visibilização da violência e insegurança, como por exemplo no município do Rio de Janeiro, em que há o controle do território pelo Estado e que a atuação da atenção primária, dos CAPS e dos agentes comunitários de saúde tem mostrado especial relevância. A fala do profissional acima demonstra que há no CAPS um olhar ampliado para a questão da violência, incluindo as múltiplas violências que homens e mulheres sofrem, observando os agravos à saúde mental decorrentes destas situações na população atendida pelo CAPS.

Nesta outra fala, um dos entrevistados também se questiona sobre as violências intrafamiliares sofridas por homens:

*Aí o cara começa a falar sobre o pai dele que era muito violento, né, aí começa a contar dele como vítima da violência do seu pai, ou da sua mãe também, né. Claro, mães também batem. Mulheres também batem né, nos seus maridos também né, e vice-versa. E aí tu vai ver a **história desses homens muitas vezes tem uma questão transgeracional de violência na família. O significante da violência circulando entre gerações.** (Part. SM4, grifo nosso)*

Em pesquisa realizada por Albuquerque (2012), a autora relacionou agravos em saúde mental na vida adulta a experiências de violência sofrida na população masculina nos primeiros anos de vida e encontrou uma associação de 61,4%. Com estes resultados buscou atentar para a necessidade do reconhecimento dos serviços de saúde destas correlações e das identificações das situações de violência sofridas por homens da mesma forma como os estudos que enfatizam os agravos à saúde feminina.

Sobre as violências interpessoais discutidas nas últimas falas, por vezes identificamos que tais concepções aparecem associadas à linguagem, de maneira estruturante e que se naturalizam nos indivíduos. É importante salientar que algumas das concepções colocadas estão intimamente ligadas ao tipo de ética e abordagem terapêutica do profissional, em sua maioria psicólogos e psicanalistas. Portanto, “sintoma”, “significante” e a concepção de “linguagem” podem ser termos que precisam ser interpretados à luz da teoria psicanalítica.

Não buscaremos aprofundar os significados de conceitos psicanalíticos, nos atentaremos mais para a leitura dessas compreensões a partir da abordagem reflexiva da violência de gênero que adotamos. Nela, admitimos da mesma forma que o último profissional citado, a existência de violência entre mulheres, ou de mulheres para homens, ou de mães para filhos. Entretanto, buscamos salientar que ela ocorre majoritariamente por homens contra mulheres e defendemos o olhar para o que está em jogo nestas violências, a saber, “as construções de masculinidades e feminilidades e os jogos performáticos de sujeitos (Butler,

2001) em conflito, que podem produzir, entre outras coisas, expressões de violência”. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p.27). No entanto, o que parece estar emitido pelos profissionais diz muito mais sobre a compreensão de uma sociedade violenta, e sua generalização, do que à análise de performances e violências ligadas às normas de gênero.

Desta maneira, observamos que embora haja uma compreensão mais ampliada da questão de violência, os profissionais parecem desconsiderar a especificidade da violência de gênero, e sua origem na socialização de homens para a violência, em um ambiente social que permite e favorece a dominação da mulher.

Gomes (1997) refere que é urgente que o campo da Saúde discuta a questão da violência a partir de uma posição que vê a violência “nas relações institucionais, interpessoais e simbólicas dentro de um processo histórico socioeconômico, político e cultural que a contextualizam, a reproduzem e também possibilitam a sua superação” (CLAVES,1993, p. 25 *apud* GOMES,1997, p.6). Desta forma, ele dialoga com Minayo (1993), para trazer dois tipos classificados por ela como “violência cultural” e “violência estrutural” de maneira inseparável, considerando que a primeira (ligadas ao machismo, racismo e outras desigualdades) aprofunda e intensifica a última.

Gostaríamos de destacar um dos relatos, que fez referência a um caso de usuário do CAPS acusado de violência contra uma mulher, no qual se explicita melhor a mobilização do Serviço frente a situações como esta, em que ocorreu tanto violência contra o homem como contra a mulher, portanto parece haver uma visão mais complexa, considerando desde o envolvimento do sujeito no tráfico quanto às implicações sociais para homens autores de violência:

*Que foi um usuário que inclusive foi assassinado, foi morto, foi uma história bem complicada e o início desse processo assim, teve um desencadeante que não penso que tenha sido só isso, acho que **tinham questões também ligadas ao tráfico né, a uma série de coisas. Mas teve uma situação em que ele assediou uma mulher no ônibus, ou né, foi acusado de assediar, enfim. E isso foi pras redes sociais, né. E isso tomou né, uma proporção de divulgação enorme e culminou nessa, nesse... Na morte dele. Então foi uma situação bastante difícil né, de como se lidar, e aí era um usuário do serviço né, tinha toda uma relação com outros usuários, com a gente, com os profissionais. E aí foi nos pedido que sim, que seria importante a gente pensar e fazer um texto né, em relação a isso. Né, e olha a complexidade e a delicadeza de como você fazer, porque, enfim. [...] Então assim como é que a gente lida com isso, porque acho que isso diz bem né, dessa questão assim, porque tinha todo esse sofrimento e a violência cometida contra essa moça né, pelo menos era isso que tava colocado né, essa questão do assédio, mas que também né, gerou uma série de outras violências contra ele, né. (Part. SM3, grifo nosso).***

Observamos que mesmo com a pouca menção a questões de gênero, a referida profissional lê a violência a partir de suas implicações também para os homens autores. Estas

reflexões acompanham o processo que observamos ao longo dos relatos, nos quais os entrevistados do CAPS buscam realizar um questionamento sobre as demandas de violência e o papel do CAPS neste contexto, a partir do momento em que são informados do trabalho de “reeducação e reabilitação” previsto para o Serviço de Responsabilização de Agressores e seus possíveis encaminhamentos à Rede de Saúde. Começam a delinear possibilidades de intervenção no projeto terapêutico do CAPS. É importante ressaltar que inicialmente nem este Serviço ou o fluxo com a Saúde são de conhecimento dos entrevistados. No estudo de Demarchi (2019), profissionais da Rede de Enfrentamento de Florianópolis/SC já apontavam a necessidade de ações voltadas a homens autores de violência e conheciam a perspectiva futura de implementação de um Serviço de Responsabilização, o que não se verifica em profissionais da Saúde Mental entrevistados por nós. Vemos aqui alguns questionamentos sobre os objetivos dos Serviços, conforme descrito na Lei Maria da Penha:

*Enquanto o sujeito não se colocar como, não for capaz de enxergar a si mesmo como um autor de violência, ele não se pergunta sobre isso, e isso inviabiliza qualquer trabalho terapêutico. [...] Talvez por isso a indicação seja reabilitação e reeducação, que são termos que me produzem um estranhamento, não gosto muito deles. Mas talvez porque seja impossível de outra forma. Como um primeiro momento, a necessidade de reconhecer o ato, como um ato de violência. (Part. SM2, grifo nosso).*

Como observamos, para os profissionais, o trabalho terapêutico promovido pelo CAPS, especialmente para homens autores de violência, precisa ocorrer a partir de uma queixa ou de um questionamento realizado pelo sujeito que busca tratamento, a fim de mudar seu comportamento. A violência de gênero tem aparecido ao Serviço normalmente por casos que tem ênfase nesta questão, mas não por demanda de HAV. Quando questionado sobre o trabalho de “reabilitação e reeducação” para HAV, o participante 1 fala mais sobre a violência como um sintoma, em que há ponto de encontro com a reabilitação promovida pelo CAPS, porém no aspecto educativo, não apresenta maiores reflexões quanto à possibilidade de trabalho no Serviço. Portanto, observamos que na interface do trabalho com a Saúde, o aspecto reabilitativo apresenta-se com maior ênfase na percepção dos profissionais do que o relativo à reeducação.

Lembramos da análise de Granja e Medrado (2009) em sua pesquisa com profissionais de saúde, na qual identificaram que a queixa principal da violência raramente era levada às unidades de saúde, dependendo muito mais de sua indicação no curso do atendimento, ou quando havia algum dano físico que impusesse um atendimento imediato. Trazemos a mesma reflexão para o âmbito dos CAPS, considerando que isto cria uma organização dos processos

de trabalho do Serviço em que a violência seja mais tratada de maneira pontual, com poucas reflexões e estratégias institucionais ao seu enfrentamento.

Contudo, é importante ir além da crítica e perceber que a expectativa dos usuários e a forma como os serviços são estruturados interagem dialogicamente. Se o serviço de saúde é o espaço da doença, do comprometimento físico, e a violência nem sempre gera esse tipo de dano, a procura por tais serviços só ocorrerá nos casos em que o dano for mais evidente. Da mesma forma, à medida que os usuários não elegem as unidades de saúde como os espaços para onde devem levar a queixa da violência e assim procurar ajuda, estes serviços não se estruturam para tal. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p. 29).

#### 6.2.1.1.2 Público CAPS

Nesta subcategoria trazemos a visão dos profissionais sobre o público CAPS como pacientes com transtornos mentais graves, aqueles que estão em crise, oferecendo risco à sua própria vida ou que tenham um diagnóstico considerado “definitivo”, por vezes sob uma perspectiva biologicista. Nesta fala, um profissional caracteriza o público que deve ser atendido no CAPS:

*Em relação a Saúde Mental, transtornos graves e persistentes, né. Público com sofrimento psíquico importante né, que leva muitas vezes às tentativas de suicídio, às internações, ou paciente que já nasceu com enfiim, com uma esquizofrenia, algo assim, poder oferecer esse acompanhamento longitudinal. [...] Ah, o cara que internou realmente porque ele tem 20 internações, egresso do IPq, bom, a gente tem que ver, e vir pra nós também, esse tem que tá com a gente." (Part. SM4, grifo nosso).*

Ao que nos parece, a definição do público-alvo presente nas normativas de organização do sistema de saúde, realiza um filtro dos usuários do CAPS - somado à saturação da rede - provocando com que estes serviços precisem se limitar aos casos mais graves, ou àqueles que necessitam de atenção imediata. No Protocolo de Atenção à Saúde Mental do município de Florianópolis/SC (2010, p. 19), este aspecto também é salientado: “Os CAPS são serviços de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, ou ainda que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e NASF”. Assim, os usuários que apresentam transtornos mentais considerados mais leves ou com menor risco (à Saúde Mental e ao suicídio?), são referenciados às ESF e NASF:

*É um paciente. que tá psicótico, paciente que tá numa situação de crise, paciente que tá com uma ideação suicida estruturada, então a gente tem que intensificar esses casos. As outras situações que nos buscam, que nos procuram... às vezes um caso de depressão, mas não tem uma ideação suicida, não tem um outro risco, ela vai ser encaminhada ao Centro de Saúde, né. (Part. SM1, grifo nosso).*

Contudo, como já citamos, os participantes admitem a violência como predominante na história de vida dos usuários alvo do Serviço. Portanto, aí encontramos o que poderíamos tratar como uma interface com a temática da violência:

*O CAPS tem uma especificidade que... Onde a violência tá sempre presente, são histórias de violência. [...] Homens ou mulheres. Violência extrema mesmo, né. Coisas muito graves né, coisas até muito difíceis de ouvir. Que leva aí sim a um transtorno mental grave, persistente, que produz prejuízos muito significativos pra vida da pessoa. Então, isso acaba fazendo um filtro, vamos dizer assim, sobre aquele que chegam no CAPS, né. A violência é parte inerente ao transtorno mental. (Part. SM2, grifo nosso)*

Por isto talvez o CAPS não seja visto como lugar de atendimento a Homens Autores de Violência, enquanto estes não apresentarem uma sintomatologia compatível ao público-alvo do Serviço. As falas dos profissionais parecem colocar em primeiro plano o atendimento dos casos mais graves e atribuir um lugar secundário ao possível atendimento de homens autores de violência. Neste caso, percebemos a dificuldade de acesso de homens em situação de violência ao CAPS, embora não seja rejeitado que os usuários, quando atendem aos requisitos para estar no CAPS, tragam como queixa situações de violência.

A partir destas considerações, analisamos que as discussões em torno do público-alvo do CAPS e os critérios de acesso ao Serviço seguem uma lógica da especialidade, e permanecem proeminentemente centradas no saber médico e nos agravos à saúde mental. Concluimos esta seção, portanto, concordando com Zanello (2018, p. 387-388), que traz que embora haja avanços importantes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, ainda há “pontos que precisam ser melhor desenvolvidos, dentre eles, podemos apontar a importação de um modelo psiquiátrico biologizante e a invisibilidade do gênero”.

#### 6.2.1.1.3 Visibilização da demanda por gênero

Em contrapartida, quando passamos a indagar os profissionais quanto ao público e as demandas ao CAPS divididos por gênero, eles relatam que a violência contra as mulheres chega sim até o equipamento, seja nos espaços de acolhimento, atendimento, em reuniões de equipe ou nas temáticas em grupos. Mas ressaltam que só chega enquanto queixa pela via do relato das vítimas. Este dado foi apresentado por todos os participantes:

*Mas se em relação às mulheres a gente tá dizendo que isso aparece desde o acolhimento até espaços mais gerais que a gente tem com reuniões pra pensar Projeto Terapêutico com a equipe, até grupos específicos né que tem uma temática mais específica, isso permeia todos esses espaços. Me parece que é diferente com os homens. Isso não é tão presente né, na fala. (Part. SM3).*

No estudo de Cruz, Espíndula e Trindade (2017, p. 559), que analisou representações sociais de profissionais de saúde e como estas se articulam às ofertas de serviços, os autores descobriram que

os elementos “mulher”, “atender” e “denunciar” sugerem que as práticas laborais desenvolvidas pelos profissionais são orientadas pela representação de mulher agredida, se preocupando com os cuidados que devem ser destinados a ela para que possa se restabelecer e denunciar o agressor às autoridades judiciais e, assim, sair da situação de violência. Essa situação mostra que os serviços de saúde no país estão mais focados no atendimento dos agravos do que na prevenção, e esse é um caso em que atendimento e prevenção deveriam caminhar em paralelo, estabelecendo as intervenções voltadas para os autores da violência também como objeto preocupação.

Conforme os participantes identificam a demanda da violência predominantemente no discurso e nas queixas das mulheres, os próprios se questionam que esta conta parece não fechar. Intuímos o mesmo, acreditamos que sem a queixa aparente de homens sobre a questão da violência, ocorre um filtro acerca desta demanda, reforçando o binômio mulher-vítima/homem-agressor, uma vez que este último polo continua invisível e o primeiro bastante vigoroso, de maneira cristalizada. Destacamos um excerto a seguir, em que a participante acredita que pode não haver compatibilização entre vivências reais de violência e as queixas que os homens levam ao Serviço: *"Que passou por mim, que veio falando que foi um autor, não. Pode ser que haja né, algum paciente que tenha esse histórico, mas não tenha me falado."* (Part. SMI, grifo nosso)

Como a demanda da violência é percebida muito mais intensamente a partir da queixa de mulheres, e como profissionais visam trabalhar terapeuticamente a partir de uma queixa, que não vem dos homens, percebemos que estes fatores podem gerar nebulosidades ao se pensar o atendimento de HAV, obscurecendo e trazendo incompreensões quanto a quem são estes homens. Assim, os serviços de saúde vêm se organizando de maneira que a mulher norteia muito mais as compreensões sobre violência de gênero do que os seus autores. Como percebemos, a questão da reabilitação também se torna proeminente nestas compreensões, enquanto que a reeducação e a prevenção à violência não são conduzidas como focos de trabalho do CAPS.

Em estudo de Lima e Buchele (2011), na parte em que realizam revisão de literatura sobre atendimento de HAV no campo de ação voltado à prevenção, atenção e enfrentamento da violência contra mulheres, as autoras identificaram que as prioridades têm sido direcionadas às mulheres, e que o envolvimento de homens no escopo destas estratégias é incipiente. Quase sempre as políticas estudadas limitavam-se a citar os homens apenas quando

discutiam sobre desigualdade entre gêneros. Trouxeram como exceção nas leituras realizadas, somente a Campanha do Laço Branco e o Projeto Siga Bem Mulher, em que há ações que implicam mais os homens na prevenção e no enfrentamento à violência, segundo as autoras.

Sobre a distribuição do acesso da população masculina e feminina ao CAPS, os profissionais declaram que não há distinção por parte do serviço, enfatizando o caráter “porta aberta” às demandas, independente de gênero. Por outro lado, boa parte dos entrevistados acrescentam que as mulheres têm uma expressão significativa no Serviço, embora não saibam detalhar em números se compõem a maioria dos usuários. Grande parte dos entrevistados percebe um público majoritariamente feminino e compreende questões de gênero ligadas a este fator:

*Eu vejo mais mulher procurando. Num modo geral. Acho que é uma questão também muito cultural, já vem de longa data, né. Da questão do machismo também, de muitas vezes o homem não se autorizar estar frágil, né, pedir socorro, né. Que se demonstra entre aspas uma “fraqueza”, que no mundo digamos fático né, masculino, uma sociedade machista, isso aí acaba sendo uma resistência. (Part. SM4, grifo nosso).*

Com isto, conforme o relato de uma profissional, o Serviço acaba destinando espaços específicos para mulheres, como grupos e oficinas. No caso dos homens, tomamos conhecimento que o único Grupo Psicoterapêutico (exclusivo) de homens, consistiu em uma iniciativa do próprio profissional, sem ter havido um pedido explícito dos homens usuários. Este torna-se um tipo de serviço extremamente raro no sistema de saúde, conforme o relato dos próprios profissionais, e com relação à Florianópolis/SC, por exemplo, é único. Observamos este padrão encontrado no mapeamento realizado por Granja e Medrado (2009). Os autores consideraram o estado de Recife, e identificaram que das 38 instituições que atuam na rede de enfrentamento à violência de gênero, ou seja, aquelas que tinham projetos ou serviços para homens e/ou mulheres em situações de violência de gênero, 7 faziam menção ao setor saúde, porém nenhuma delas era direcionada ao público masculino.

Portanto enfatizamos a relevância de tal grupo de Homens realizado no CAPS, no qual parece haver condições necessárias ao surgimento da queixa de violência, por parte dos homens: *“E aí, mas quando vem essa fala é bem importante vir, né. Porque também significa que é um vínculo de confiança que aquele usuário tem com o profissional, né, pra falar de algo que em outros espaços sendo escutado ia dar cadeia.” (Part. SM4)*

Mesmo que acreditemos que, em relação aos outros dispositivos de saúde, os CAPS ainda são locais privilegiados para acessar o público masculino, conforme aponta a Política de

Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2018); ainda assim, os participantes revelam que o CAPS segue como local em que a violência por parte de homens é invisível.

As diferenciações de gênero acabam ficando mais visíveis aos profissionais, no que diz respeito aos sintomas apresentados, por exemplo, identificados por alguns participantes de pesquisa:

*Entre as mulheres a gente vê, ouve muito mais conflitos de ansiedade, Transtorno do Pânico, usando alguma certa definição como essa, diagnóstica. É outro tipo de sintoma, né. Os homens majoritariamente, não que não tenha essas dinâmicas de ansiedade etc, mas os homens, majoritariamente, eles trazem uma queixa psicótica. Entre as mulheres, a queixa é outra. Claro, não to falando em exclusividade. Mas notadamente, entre as mulheres, as questões relativas à ansiedade, transtorno de humor, transtorno de pânico, são muito mais visíveis e muito mais frequentes. (Part. SM2, grifo nosso).*

Os estudos que verificam a associação do viés de gênero ao acesso aos Serviços de Saúde e aos diagnósticos em Saúde Mental já são mais expressivos na literatura e revelam geralmente o mesmo exposto pelo profissional acima. No estudo de Zanello et al. (2015, p. 245) a conclusão foi que “o discurso dos homens e das mulheres revelou o quanto as questões geradoras de sofrimento psíquico têm sua base nos estereótipos de gênero”.

De qualquer maneira, o que nos chama atenção é que os profissionais se veem pouco interpelados, seja por parte dos usuários, da gestão dos serviços ou pela própria rede, a debater sobre o atendimento de homens autores de violência, como é possível ser analisado a partir desta fala:

*Só que a gente não vê, eu particularmente não tenho visto procura quanto a isso, a gente vê muito das mulheres que sofrem a violência. O homem, né, o agressor, a gente vê... Pouco se fala sobre isso né, sobre onde ele deve ser atendido, a importância desse atendimento. (Part. SM1, grifo nosso).*

Colocamos em discussão o quanto este debate carece de aproximação aos profissionais e aos serviços de saúde. Embora falemos em dispositivos de cuidado, na prática identificamos que os CAPS têm refletido a realidade dominante no que se refere às questões de gênero. Embora não possamos dizer que as representações sociais de HAV por parte dos profissionais de saúde estudados aqui tenham uma conotação negativa, observamos que os profissionais têm se ocupado de atender de maneira mais diretiva as mulheres vítimas de violência, ignorando a perspectiva de gênero que pode fundamentar a invisibilidade e o cuidado de HAV nos espaços do CAPS.

Por termos profissionais que circularam na Rede de Florianópolis em diversos pontos, alguns realizam um comparativo com outros equipamentos, abrindo a discussão para o que podemos identificar como uma generificação das demandas de saúde e dos públicos CAPS:

*Acho que no (CAPS) AD isso era talvez um pouco invertido do que é aqui né. **O AD tem um público predominantemente masculino.** [...] Mas a gente tem uma presença muito grande, e eu diria que **maior das mulheres aqui no Ponta do Coral.** Também com alguns espaços destinados especificamente para mulheres outro não. Mas tem uma presença bem diferente das mulheres aqui do que no CAPS Ad. (Part. SM3, grifo nosso).*

Mesmo quando se trata de necessidades de saúde já bem afirmadas no campo da Saúde Mental, como é o caso do abuso de substâncias psicoativas, ainda assim, pelo menos no CAPS II, as queixas parecem vir das mulheres. Este cuidado consigo dado pelas mulheres também é algo extensamente mapeado, citado inclusive na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e em outras pesquisas que apontam que as mulheres são as principais responsáveis por cuidados de parentes enfermos, por exemplo (PEDROSA, 2006, p.33). Nesta fala, observamos como a relação entre masculinidades, uso de drogas e cuidado em saúde tem sido associada:

*Esse homem é agressor, vamos supor, é um usuário de drogas, é alcoolista, eu vejo que elas vêm se queixando pedindo um tratamento para isto. [...] Toda a questão **das substâncias psicoativas, isso sim. Isso tem uma demanda, por parte das mulheres, uma queixa né, quando tem um companheiro aí que é usuário né, de substâncias psicoativas.** Às vezes elas questionam ou na verdade muitas se queixam só, **que a pessoa é usuária e que não quer ajuda. É o que mais a gente escuta na verdade.** (Part. SMI, grifo nosso).*

Este tipo de pedido citado não parece ser exclusivo das companheiras. Granja e Medrado (2009, p. 30) descreveram como os espaços de atendimento de Saúde Mental para HAV são configurados, para profissionais de saúde, em torno destas duas possibilidades: o atendimento psicológico (em geral individual) e o atendimento para dependência química, como “um tratamento específico”:

*É nessa perspectiva que a atenção ao homem autor de violência passa a ser concebida, seja no formato de atenção psicológica, seja na perspectiva de um modelo aproximado ao dos alcoólicos anônimos, mais uma vez ressaltando-se a correlação entre gênero, masculinidade e violência (GRANJA; MEDRADO, 2009, p.32).*

Portanto, acreditamos que olhar para a generificação no campo da saúde não implica apenas em incluir ou excluir populações no escopo de ações, o que por si só já é um desafio, mas atentar para as formas de cuidado e cumprimento das agendas de saúde apropriadas por elas em sua associação com gênero.

*Assim, antes de excluir os homens das categorias de cuidado e saúde faz-se necessário pensar nas significações que estas categorias adquirem no universo masculino. E,*

neste sentido, a perspectiva de gênero pode contribuir para o questionamento das categorias e práticas tradicionais da área da saúde, permitindo, com isso, conhecer outras formas de se relacionar com a mesma que escapam às suas prescrições. Incluir os homens nos estudos deve propiciar uma mudança de perspectiva e não apenas de universo de investigação. (KNAUTH; MACHADO, 2005, P.19).

#### 6.2.1.1.4 Álcool e Drogas

Observamos que a temática em torno do abuso de álcool e drogas teve expressão suficiente para ter uma subcategoria própria. Aqui trazemos considerações dos profissionais sobre a relação entre abuso de substâncias psicoativas e violência contra a mulher e como o atendimento no CAPS/CAPS AD poderia ser aplicado. O atendimento para HAV com problemas de álcool e drogas parece ser um ponto consensual de atendimento no CAPS, talvez por já estar previsto e ser bastante relacionado aos casos de violência contra as mulheres, conforme tal participante afirma: *"Drogas, claro, né, mas **principalmente o álcool como o carro-chefe das violências domésticas, né.**" (Part. SM4, grifo nosso)*

Alguns participantes rejeitam o atendimento de HAV no CAPS II, enquanto que para o CAPS AD, trazem como um serviço mais apropriado:

***Quando tu falas do CAPS AD eu acho que tem bastante sentido sim, no AD sim, pelo (inaudível) a questão do etilismo, do uso do crack, da cocaína, principalmente. Que provocam violência. Não vi um cara que fumou maconha bater na mulher, isso eu não vi né, mas bater no álcool, no crack, na cocaína, sim. (Part. SM4, grifo nosso).***

Nos perguntamos, se nesta fala, não há a mesma expectativa presente para mulheres e familiares destes homens “que são ‘agressores’ e ‘dependentes’ de drogas, sobre a possibilidade de ‘curar’ a violência pela cura da ‘dependência’”. (MORAES et al., 2011, p. 77), já que este é o serviço apontado de maneira mais direta, em detrimento do CAPS II, possivelmente estabelecendo alguma relação mais causal. Pelo que pudemos observar, esta lógica correlacional segue em predominância nos serviços de saúde do país,

Já os CAPS só aparecem na Rede como espaços de saúde mental associados ao uso de drogas. Esse é o momento em que os sentidos da atenção ao homem começam a ser produzidos nas entrevistas, dando-lhe um lugar na Rede e, mais uma vez, relacionando violência, masculinidades e uso de drogas. Por conseguinte, o CaPS-ad é apontado como referência para encaminhamentos, sobretudo no âmbito da justiça. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p. 30).

Para além da ótica da Saúde Mental de pessoas que abusam de álcool e outras drogas, atentamos que não parece ser eficiente que a tratemos em primeiro plano, nem tão somente a violência, sem adotar outros ângulos que incluam o olhar para as configurações de gênero e

suas relações com outros pontos de análise, como por exemplo, trabalho, raça, classe social, entre outros. Queremos ampliar a discussão do cuidado em saúde mental

em sua articulação com gênero, conceito oriundo dos estudos feministas e fundamental para o entendimento das dinâmicas sociológicas e subjetivas que organizam as práticas discursivas, corporais e institucionais, tanto no plano das estruturas macro-históricas como no plano das interações cotidianas. (PEDROSA,2006. p. 1).

Nascimento (2016, p. 59), em seus trabalhos etnográficos em espaços usualmente próprios de socialização masculina, principalmente em bares, identificou a variada e complexa relação do beber para diferentes homens e suas famílias.

Afirmo que, nos contextos por mim investigados, beber não apenas é algo presente como esperado, particularmente, nas trajetórias masculinas. Muitas vezes, beber masculiniza. Assim como dizer para os amigos que teve muitas relações sexuais é uma forma de se apresentar como “mais homem”, beber e, em alguns casos, beber muito, pode ser também uma forma de parecer do mesmo modo.

Trazendo a reflexão de um olhar multifatorial, o autor cita Neves (2003, p.83): “trata-se, por outro lado, de perceber que o beber qualificado como excessivo “não pode ser compreendido apenas pela perspectiva da doença e do desvio. E, mesmo sob esta perspectiva, não pode ser compreendido tão somente pelo ato individual” (*apud* NASCIMENTO, 2016, p. 57).

Ao mesmo tempo em que podemos compreender que as falas dos profissionais indicam um viés reabilitador, percebemos como parte de seus discursos também trazem a redução de danos como forte ferramenta de cuidado em saúde mental, e consequente atenuação do problema de violência: ***"E o cara realmente melhora, se ele começa, ao invés vez de beber dois litros de cachaça, ele toma dois litros de cerveja por dia. Pô, já tá ótimo, ótimo. A mulher do cara já agradece."*** (Part. SM4, grifo nosso)

No entanto, esta é outra demanda invisibilizada no CAPS II, segundo os profissionais. Os profissionais justificam a invisibilidade devido aos estereótipos de alcoolista produzido a partir do que seria um encaminhamento para o CAPS-Ad, o que nos leva a questionar que tipo de atendimento estamos dando a homens com problemas de álcool e outras drogas e se a dificuldade de promover o cuidado não está justamente ligada a uma noção de saúde mental restrita. Moraes et al. (2011, p.77) fala como a atenção para homens com problema de álcool e drogas costuma ser bastante centralizado na “doença”, e como os serviços estruturam-se de forma fragmentada:

No Brasil, muitos homens autores de violência contra mulheres chegam ou são levados aos serviços de saúde por conta de problemas relacionados ao uso de drogas,

e o tratamento incide neste ponto, não havendo trabalho reflexivo sobre outras questões relacionadas ao ato da violência em si.

Por outro lado, esta hipótese de negação da demanda por um “temor” de ser classificado como alcoolista também vem associada a uma vinculação importante criada com o espaço do CAPS II e o desconhecimento sobre o tratamento compartilhado, o que também reforça a fragmentação:

*Só que aqui no CAPS também tem um outro fenômeno que acontece né, a pessoa que bebe... É, eu tenho certeza que vários do grupo de homens bebem, mas eles dizem que não bebem. Por que? Enfim, cada um é cada um né, mas existe o imaginário de que se eu falar que eu bebo, eu vou ser encaminhado pro CAPS AD e não sou mais do CAPS II Ponta do Coral. Então acho que tem esse temor velado, né. [...] Eu vou ser tratado como alcoolista e meu local não é ser o paciente do CAPS II, né, seria o meu caso o AD. Enfim, eles também desconhecem, ou enfim, quando eu também coloco, tratamento compartilhado, né, pode ser, claro. Não rompe vínculo né, mas constrói outros pra tratar o etilismo, o uso de SPA. (Part. SM4, grifo nosso).*

Estas barreiras, produzidas tanto por aspectos socioculturais como pela própria fragmentação dos serviços, também são observadas no âmbito da Justiça. Nos padrões de encaminhamentos de HAV feitos pela Justiça à Saúde, Granja e Medrado (2009), observam um fluxo maior para serviços que tratem de dependência química. Não podemos emitir considerações sobre este fluxo na realidade da Rede de Florianópolis, uma vez que não obtivemos tal campo para a realização das entrevistas. Entretanto, gostaríamos de salientar a análise dos pesquisadores no Recife sobre como o encaminhamento da Justiça tem sido feito de maneira desqualificada, em desfavorecimento à intersetorialidade, uma vez que focalizam apenas o aspecto do abuso de álcool e drogas e em contrapartida, omitem a violência cometida:

*A associação entre violência e dependência química é recorrente e parece abrir as portas para uma compreensão mais ampla de ambas. Porém, se a presença desses homens pode ser percebida nos CaPs-ad, o problema com drogas parece minimizar tanto o ato de violência cometido como as possibilidades de discussão sobre o mesmo, uma vez que este ato muitas vezes nem mesmo é mencionado por quem encaminha o homem e, por conseguinte, pouquíssimo ou não discutido. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p. 32).*

Nos aproximamos desta discussão a partir da entrevista com uma participante que já trabalhou, em outro período da trajetória profissional, em CAPS-Ad. A profissional conta como o serviço foi mobilizado para aumentar o acesso de mulheres, que apresentavam pouca participação naquele espaço, a partir de uma avaliação que considerou os estereótipos de gênero:

*Durante um bom tempo fez um trabalho pensando como que as mulheres poderiam ter mais acesso... Ao atendimento, que ocorriam várias dificuldades no acesso...*

*Inclusive uma questão moral e de preconceito né, do que é um homem poder dizer que faz uso de alguma substância ou uma mulher. Além de outras, acho questões, aí a gente pensou a partir de um espaço mais destinado ao público feminino e isso aumentou um pouco, mas assim, era um público majoritariamente masculino. (Part. SM3, grifo nosso).*

Este dado corrobora com a nossa impressão da generificação dos Serviços de Saúde Mental. Moraes et al. (2011) atentam para esta característica, o que nos leva a sugerir a potencialidade de tal atendimento, se realizado considerando também uma perspectiva de gênero: “Em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-AD), chama atenção que os homens sejam a maioria da população atendida, diferente de outros serviços públicos de saúde em que as mulheres estão maciçamente presentes” (MORAES et al., 2011, p. 78).

No entanto, embora identifiquemos serviços férteis para refletir condições de gênero, não observamos muitos avanços nas Políticas de Atenção Integral a Usuários de Drogas ou de Atenção à Saúde do Homem em direção a intervenções de ordem intersetorial, entendendo que a intersetorialidade consistiria em criar “mecanismo de reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações sociais de suas condições de vida” (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997 *apud* SCHUTZ; MIOTO, 2010, p. 62). Acreditamos, assim como Moraes et al. (2011, p. 79-80), que embora as Políticas estejam incluindo em suas diretrizes reflexões sobre masculinidades, ainda mantêm uma ótica individual e segmentada:

Observando ainda o texto da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, é importante pontuar que embora sejam apresentados aspectos de vulnerabilidade dos homens de forma descritiva, com uma breve reflexão sobre a construção das masculinidades com base em ideias de poder, potência e superação de limites; como também de resolução de problemas de saúde baseada em escolhas pessoais e individuais, acaba considerando que mudanças só são possíveis se mudarmos a mentalidade das pessoas, o que gera intervenções individualizadas e descontextualizadas.

#### 6.2.1.1.5 Papel do CAPS no contexto de violência

Instigamos os participantes a refletir sobre atendimento de HAV na Rede de Saúde Mental e inevitavelmente, a partir da realidade citada, obtivemos respostas também sobre o atendimento das mulheres vítimas de violência no CAPS, com os quais os profissionais mantêm maior familiaridade. Os profissionais se questionam sobre qual seria o papel do CAPS nestes contextos, pela ótica assistencial e pelo projeto institucional do Serviço. Percebemos que considerando estes aspectos, há divergências entre os participantes sobre o atendimento de HAV pelo CAPS, principalmente se ocorrido pela via judicial. Algumas posições mais

categóricas na rejeição de tal atendimento surgem também da observação de problemas institucionais ligados a própria Rede de saúde e sua relação com a Justiça.

Dentre os profissionais que mantiveram uma postura interessada na abertura do CAPS ao atendimento de HAV, destacamos esta fala, na qual a participante sugere um serviço de saúde de acolhimento com função diagnóstica. Trazemos a integralidade da fala neste momento para apontar que tal concepção se ligam a frentes de ação que têm como base intervenções individualizadas para o enfrentamento à violência:

*Eu acho que em saúde... **Tanto saúde mental, ou não sendo saúde mental**, eu sei que as pessoas podem ter um certo preconceito contra essas pessoas, mas **acho que elas precisam ser ouvidas, serem atendidas da mesma maneira, até mesmo pra gente poder identificar se esse motivo da violência é algum transtorno, algum sofrimento mental**. Então tem que ser acolhido da mesma maneira, acho que é importante sim. Até pra acabar com esse ciclo aí né de violências, e entender melhor o que se passa né, na cabeça dessas pessoas, se ela, como eu te falei, tem algum transtorno. (Part. SM1, grifo nosso).*

Para outros profissionais, o CAPS pode traduzir-se em espaço de desnaturalização de violências, com uma perspectiva que se aproxima de uma abordagem mais reeducativa do que reabilitadora do indivíduo, focalizando nos processos e nos reconhecimentos de dinâmicas e atos violentos:

*Como a gente talvez ir **desnaturalizando os processos de violências**. Desde as violências que parecem menores né, mais cotidianas. Mas que na verdade não são necessariamente né menos importantes. [...] E acho penso que seria, que **esse espaço também é importante né, para os homens, né**. Porque quando a gente tá dizendo “**por que que os homens não trazem também isso**” acho que são vários motivos talvez, mas é... Um deles talvez seja esse também né: **poder reconhecer aquele ato como um ato violento, né**. (Part. SM3, grifo nosso).*

Aos poucos alguns profissionais passam a refletir sobre o que seria função do CAPS, não necessariamente só do ponto de vista assistencial, mas como um projeto institucional, incluindo visões mais despolarizadas das violências e uma potencialidade de poder acolher distintas pessoas com suas histórias de autoria e vitimizações, em que autorizam o atendimento de HAV:

*A gente não quer a violência, **a gente tem que criar todas as possibilidades né, de lutar contra a violência, mas ao mesmo tempo, a gente não pode rechaçar isso, né**. Não sei se me faço me entender né, no sentido de que... Bom, **a gente é um espaço que acolhe também a violência, tanto de quem sofre, tanto de quem comete, nem sempre isso fica separado também né, em suas pessoas necessariamente né... Quem sofre violência também pode ser o autor de uma violência, né** (Part. SM, grifo nosso 3).*

Ao mesmo tempo, enxergar esta articulação de atendimento de HAV no CAPS provoca um questionamento acerca de seus desafios, enfatizando principalmente a dificuldade

de acolher, sem desresponsabilizar: **“Sim, sem desconsiderar me parece isso, né. E ao mesmo tempo sem desresponsabilizar né, o sujeito pelo ato dele, né. Não é muito simples não, né? (Risos)”** (Part. SM3, grifo nosso)

Já quanto ao atendimento de mulheres, os profissionais revelam maior repertório construído, uma vez que segundo seus relatos, o atendimento às vítimas é mais numeroso. Uma profissional descreve que este trabalho consistiria tanto na orientação sobre os direitos, como na criação de “condições psíquicas para uma ação”, o que nos faz pensar que as discussões para o atendimento da mulher já tenham englobado as perspectivas feministas e a compreensão da garantia de direitos:

*Acho que inclusive muitas vezes criar condições né, aí falo também de condições tanto de informação, mas condições também psíquicas e de (inaudível) pra que se possa ter alguma ação, né... Mais específica. Acho que as vezes tem um tempo né. Então te diria assim que tem essa via né, de buscar e orientar com relação aos direitos, mas também tem esse trabalho que as vezes é de um tempo né. Um tempo pra ser possível alguma ação. (Part. SM3, grifo nosso).*

No caso de HAV, os profissionais indicam que costumeiramente o CAPS utiliza de parcerias externas para tratar da temática com os usuários, e começam a indagar se não poderiam atribuir ao CAPS a “construção desta demanda”, que envolveria um espaço diferenciado de “escuta” clínica e “trabalho psíquico”, sem um julgamento, que ressalta a seguinte participante, é função da Justiça:

*É, porque em alguns momentos a gente já discutiu aqui, né, e já convidou pessoas pra falar com os homens sobre essa questão e eu fico me perguntando se não é uma função da gente também. [...] Precisa ser construído. E se é uma, de algum modo é um entrave, é alguma dificuldade inicial e penso que é, muitas vezes, não deve ser um impedimento ao trabalho, né. Mas aí depende muito né, da postura de como vai se conseguir né, escutar isso e se colocar, sem um julgamento prévio, né. Inclusive, de um certo modo já teve o julgamento, né. Acho que o que a gente precisa fazer é outra coisa, né. É poder fornecer um espaço de trabalho psíquico, né. E isso implica não-julgamento, né. (Part. SM3, grifo nosso).*

Outros profissionais, que manifestaram ser contrários ao acolhimento desta demanda por via da Justiça, mostram descrença quanto a implicação de HAV ao trabalho que fosse empregado pelo CAPS. Este profissional compara com outras demandas que seriam mais “gritantes” por cuidado, nas quais o próprio sofrimento produz “resistência” ao tratamento. Para HAV encaminhados judicialmente, o fato de a demanda não ser espontânea, configuraria para este profissional a ausência de desejo, indispensável ao tratamento:

*Mas aí quem vai ser a pessoa que vai oferecer essa escuta, né? E eu digo também a escuta de alguém que vem aqui não pelo seu desejo. Ah, ok. O egresso do IPq também muitas vezes vem sem o seu desejo, ok, ele chega às vezes porque um pai, uma mãe, (inaudível), o cara internou, porque tentou suicídio. Ok, mas é diferente, tu entende. [...] É diferente, é um sofrimento que pede socorro e a gente pode trabalhar resistência, ok. [...] Mas o cara que vem com um papelzinho? Maria da*

*Penha, judicial. “Né, é que eu vim aqui né”. “E aí, é, como é que tá, como é que você está, então, né?”. “Não, tá tudo bem em casa, tá tudo bem. (Part. SM4, grifo nosso).*

Com este comparativo, o profissional elege o público que deveria ter maior prioridade, com risco do Serviço se descaracterizar caso se incorporasse usuários com demandas judiciais:

*E aí o cara que é esquizofrênico, que tá escutando vozes do diabo, tá lá na casinha dele lá, comendo comida de cachorro lá, escondido, fechado. Aí esse cara a gente não consegue acessar. Aí deixa de ser CAPS. [...] Eu acho que tem que ser trabalhado sim, mas aí em um outro espaço, não no CAPS II. [...] Aqui a gente atende esquizofrênicos, bipolares, as tentativas de suicídio, né? Mas tratar paciente por obrigação, punitiva. Acho que a RAPS tem que criar um outro mecanismo, um outro dispositivo pra atender, né. (Part. SM4, grifo nosso).*

Este discurso parece similar ao pensamento dominante nas lutas feministas que resultaram na promulgação da Lei Maria da Penha, que ao mesmo tempo que assumem a importância das intervenções com HAV, pautam a prioridade na atenção às mulheres, a fim de “não desviar o foco e os recursos”. Lima e Buchele (2011) observam tal hegemonia no texto da lei e também nas políticas públicas brasileiras de prevenção, atenção e enfrentamento à violência contra a mulher. Consideramos que a fala acima apresenta uma lógica similar pois a recusa do atendimento de HAV no CAPS com base em um certo “apego” ao público-alvo, como se com isto se ameaçassem os direitos de usuários que já são acompanhados pelo Serviço, pode por um lado significar uma esquiva e por outro, a restrição das potencialidades de ações em saúde mental do CAPS no enfrentamento à violência. Não deixamos de atentar também que no discurso do profissional, a recusa está centralizada na questão do tratamento obrigatório, que é historicamente discutido na área de Saúde Mental (DELGADO, 2012).

No entanto, salientamos que a maioria dos profissionais observou uma “brecha” para este atendimento, em consonância com o encontrado por Granja e Medrado (2009, p.31), em que os profissionais estudados não tinham ao certo qual o tipo de atenção mais adequada ao homem, por vezes sugerindo propostas de cuidado, por outras indicando repertórios que sugeriam um “nada a fazer”, com pouca elaboração e consistência sobre como o atendimento poderia ser realizado.

Ao mesmo tempo, de acordo com o relato do participante 4, no Grupo destinado aos homens, dentro do qual o facilitador admite a existência de autores de violência e o trabalho de responsabilização, já podemos observar alguma interface com o campo da saúde, com intervenções concretas em curso no CAPS. Segundo o entrevistado, no Grupo há debates em torno das intervenções medicamentosas, que muitas vezes acabam por diminuir a autonomia de HAV, em vez de restabelecê-la: *“Mas aí eu também trabalho com os pacientes, enfim, o quê*

*que se faz com essa sua violência, né. Ah, aumentar a medicação, [...]. Bom, mas tu aumentar a medicação pode ser o caminho mais curto e mais preguiçoso, né." (Part. SM4, grifo nosso)*

Queremos abrir a discussão para construção de sentidos articulados de atendimento e cuidado a homens autores de violência, sem com isso amplificar qualquer privilégio que pudesse ser inferido. Dialogaremos com Pedrosa (2006, p. 29) sobre o cuidado como dispositivo de promoção de saúde, em uma perspectiva integral. Este autor aponta que:

Ao meu ver, a proposta de abordagem integral que caracteriza esse patamar ético-político-institucional é mais do que a “humanização do atendimento” e mais do que a implementação de “tecnologias de ponta”, é algo que reconhece a necessidade dessas duas transformações, mas envolve a tomada de consciência crítica, por parte de quem trabalha na saúde; de quem faz uso dos serviços; de quem se ocupa do planejamento e gestão das políticas públicas e da sociedade civil organizada. Sobre esse novo patamar é possível analisar macro-processos e compreender as forças econômicas e culturais que tencionam e redefinem o tecido social na determinação da demanda por cuidados, com faz Madel Luz (2004), ou estabelecer um ponto de reflexão crítica, a partir da própria prática, para expandir os horizontes normativos que definem as relações terapêuticas no plano inter-subjetivo, como faz José Ricardo Ayres (2004).

Sobre o fazer crítico, Pedrosa (2006) se refere à multiplicidade de sentidos e práticas discursivas que podem ser produzidos no CAPS acerca do cuidado, embora ao analisar documentos oficiais que normatizam o dispositivo, identifica que há praticamente nenhuma pauta ligada a gênero ou raça, tampouco há o que qualifique o cuidado que se deve oferecer. Ele também menciona a potencialidade do CAPS ser visto como projeto coletivo, organizado de maneira comunitária e estratégica, para além de sua função terapêutica, costumeiramente centrada na direção única profissional-paciente, ou dos que “curam” para os que “sofrem” (PEDROSA, 2006, p.154). Ainda, recorre a Jurandir Freire Costa (1996) para sugerir, no âmbito da integralidade e da Atenção Psicossocial, o entrecruzamento das três éticas descritas por ela: a ética da tutela, da interlocução e da ação social, que significam a grosso modo, modelos que concebem o sujeito como paciente, como corresponsável e como cidadão, respectivamente.

No âmbito da Saúde Coletiva, algumas discussões têm sido feitas em torno dos fatores de risco de homens cometerem violência contra mulheres, a partir de dados epidemiológicos (Krug et al., 2002) aos quais podemos associar ao trabalho do CAPS. Uma das abordagens de prevenção à violência, bastante utilizadas, consistiria no fortalecimento de fatores de proteção, que “contrabalançariam os efeitos negativos advindos dos fatores de risco, reduzindo-os ou extinguindo-os” (ASSIS; AVANCI, 2007, p.86). Já a promoção de saúde, que também deve ser promovida pelos CAPS, tomou uma configuração que vai além da prevenção aos seus agravos, para uma combinação de estratégias (estatais, individuais e coletivas) de integração dos usuários ao ambiente e à sociedade (BUSS, 2000 *apud* ASSIS; AVANCINI, 2007). Este conceito passa a englobar valores como vida, solidariedade, democracia, equidade e cidadania.

No entanto, também observamos a rejeição do trabalho “preventivo e de promoção de saúde” no CAPS, conforme esta fala: **“É, enfim, aí como promoção, prevenção de saúde não seria o CAPS II que faria esse trabalho né”** (Part.SM4, grifo nosso), situando a função do CAPS na reabilitação, distanciando de intervenções preventivas e educativas.

#### 6.2.1.1.6 Grupo de homens na Saúde Mental

Quando identificamos este serviço particular oferecido pelo CAPS II – o Grupo Psicoterapêutico (exclusivo) de homens, que ocorre há cerca de 6 anos - passamos a indagar mais acerca de seus princípios e sua execução, e associação à Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O Grupo foi descrito como o único disponível na Rede de Saúde de Florianópolis pelo participante SM4: **“Quando fala de questão de atenção à saúde do homem, seja mental, ou, né... Pessoal assim, acho que, realmente só lembra desse grupo psicoterapêutico de homens que tem aqui que eu coordeno. Assim, não me vem à cabeça não, sabe”** (grifo nosso). O Grupo é utilizado como estratégia frente a usuários que não se vincularam a outros serviços disponíveis no CAPS, ou em outros pontos de atenção, e também a fim de atender à necessidade percebida pelo profissional. Os profissionais da Equipe de Referência, a partir do Projeto Terapêutico Singular, indicam o usuário ao Grupo e consideram, dentre outros, os seguintes critérios: **“Praquele paciente que de repente que só usa medicação, ou que tá resistente, ou que não vinculou no grupo do Posto de Saúde.”** (Part. SM4, grifo nosso)

Consideramos esta plasticidade e dinamização dos serviços ofertados como uma potencialidade para o atendimento universal e sobretudo, integral, propiciando que diferentes homens possam acessar espaços de saúde diversos. Ainda, em um fenômeno curioso, o CAPS que deveria se constituir também em um serviço de base territorial, acaba por funcionar como um dispositivo mais “seguro” por estar distante dele - vista como barreira geográfica para os profissionais, mas em contrapartida, como “mais sigiloso” para os usuários:

*Não vinculou no grupo do Posto de Saúde porque enfim, ‘taria’ a ex-sogra no grupo né, ou tá o vizinho fofoqueiro, ou tá a ex-namorada, ou enfim, aí o cara não vincula mesmo, né. Ele vai falar sobre dificuldade diante da vizinha fofoqueira, ou de alguém que é conhecido né, do seu bairro? Aí realmente fica difícil. (Part. SM4, grifo nosso).*

O facilitador relata que encontrou diversas barreiras de resistência dos homens que eram convidados ao processo grupal, que por sua vez foram trabalhadas, e que os resultados obtidos foram bastante positivos: **“E hoje em dia todos adoram o grupo, todos adoram não né,**

*mas se sentem muito bem no grupo como uma oferta de um espaço que não existia em outros locais.” (Part. SM4, grifo nosso)*

Na descrição dos processos trabalhados, encontramos semelhanças a alguns objetivos de Grupos Reflexivos de Gênero, como a desconstrução de normas de gênero a partir de uma reflexão e as orientações quanto à legislação: *Aí, mas esse insight é dele. Eu jamais vou falar questões moralistas, mas eu lembro também da Maria da Penha, das repercussões legais, jurídicas, enfim. “Temo” que falar disso, né.*” (Part. SM4, grifo nosso)

*Onde os homens com seus tabus, suas barreiras, seus preconceitos, pudessem estar diante de outros homens, né. E com essa questão do gênero né, uma sala cheia de homens que sofrem, talvez esses machismos, essas resistências. Talvez não, eu vejo né, eu percebo que elas acabam caindo, numa forma mais, menos invasiva, uma forma mais natural, né, através dos processos identificatórios ou identificações né. (Part. SM4, grifo nosso).*

A questão da orientação legal, dentro do que é possível, é apontada como um dos papéis do facilitador de grupo, porém é enfatizado o caráter psicoterapêutico, que permite que homens acessem suas histórias de vida na posição de vítimas de violências sofridas, o que, segundo os profissionais, provoca também empatia pelas mulheres e encontra função na inibição da reincidência:

*E aí quando esse paciente muitas vezes ele se percebe, como é ruim ser vítima de um pai violento, ele começa a bater menos no filho ou parar de bater no filho ou na sua esposa, enfim, né. Aí os papéis circulam, ele se vê no pai, o quanto é desconfortável ele se ver no pai algoz. (Part. SM4, grifo nosso).*

Além deste trabalho em que os participantes expressam e trabalham questões individuais na presença dos pares, os profissionais também ressaltam a possibilidade de expressão de emoções e a reverberação no processo grupal, que estimula o acolhimento coletivo e outros trabalhos individuais: *“Aí paciente chora aqui no grupo, na frente dos outros :- “Ah, desculpe, não, não”. E os outros todos acolhem, todo mundo fica sentimental. Cara é o porta-voz do chororô.” (Part. SM4, grifo nosso)*

Para profissionais que não coordenam Grupos de Homens e buscam refletir sobre o trabalho sobre a autoria de violência, o desafio parece ser mais controverso, uma vez que tencionam a questão do sigilo, daquilo que é da ordem privada, com o que se pode trabalhar em grupo: *“Claro que tem uma delicadeza em como fazer isso né, em espaços mais coletivos né, o que que tem de exposição aí, como lidar né, com essas questões”. (Part. SM, grifo nosso 3)*

De qualquer maneira, ao que nos parece, o surgimento do Grupo e os debates em torno de sua avaliação, desdobramentos e possíveis melhorias aparecem dissociados de uma política de gestão, encontrando pouco incentivo e suporte para sua continuidade, como sugere esta fala:

*Até me perguntaram se foi algo preconizado pelo SUS, que chegou a mim como... Não, não, não. Foi uma... O sentido contrário assim, eu percebendo uma necessidade né, como profissional da ponta, percebendo no dia-a-dia que talvez seria interessante criar um espaço desse caráter, né. (Part. SM4, grifo nosso).*

#### 6.2.1.1.7 Formação do Profissional de Saúde

Este é um ponto que os profissionais apontam como lacuna para atuação com HAV, localizando sua necessidade de preparo desde a formação acadêmica à educação permanente no SUS: *"Pouco também. Acho que ainda, não assim, tive muitas coisas específicas sobre violência não, tá. [...] Em relação à violência, assim, não me recordo muito assim de ter temas muito aprofundados na minha graduação não."* (Part. SM1, grifo nosso)

A formação/capacitação do profissional de saúde parece ser um dos nós encontrados que dificultam o desenvolvimento das interfaces que buscamos, uma vez que a construção de tais sentidos, em nossa perspectiva, necessita das múltiplas vozes e saberes dos atores envolvidos, para que ganhe “corpo” e consistência. Uma das necessidades identificadas pelos profissionais passa principalmente pelo desenvolvimento de habilidades individuais de escuta ‘neutra’ ou de libertação de sentimentos negativos aos HAV. Estudo realizado em Florianópolis/SC com a Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres aponta que devido à complexidade dos casos de violência contra a mulher, frequentemente há insegurança e despreparo dos profissionais quanto a escolha das condutas mais eficazes e eficientes a serem seguidas, também com cuidado para não revitimizar mulheres (DEMARCHI, 2019). Esta fala de uma profissional revela a preocupação com relação ao ouvinte ou ao condutor do atendimento de HAV na Saúde Mental:

*E aí me parece que enquanto profissional da saúde e da saúde mental, é.. Nesse momento de escuta a gente precisa também poder se libertar, enfim, de tudo que isso mexe né, com as nossas questões, do que a gente pensa, pra poder ouvir realmente né. Porque se a nossa posição né, enquanto profissional e quem for escutar for uma posição a priori né, incomodada ou raivosa, ou seja lá o que for, fica muito difícil que a gente possa realmente oferecer um espaço de trabalho a essas pessoas. (Part. SM3, grifo nosso).*

Outro aspecto que diz respeito à “Formação do Profissional de Saúde” foi levantado como a necessidade de dedicação de atenção ao tema: *"Principalmente o efeito da conversa*

*tem a ver com reconhecer aí a minha falta de atenção para com esse tema, né. Chamou atenção isso, de repente é algo que eu não to prestando atenção." (Part. SM2, grifo nosso)*

Retomamos o debate acerca do conceito de cuidado a fim de ampliar a noção do que, ao nosso ver, precisa estar em evidência para o enfrentamento da violência de gênero, e que se articula com estas necessidades percebidas pelos profissionais. O estudo que já citamos, de Pedrosa (2006, p.20), realizou um panorama multigenealógico sobre a etimologia da palavra “cuidar” e observou as semelhanças na origem do verbo “cogitare” em latim, que remete tanto às palavras “cuidar”, como “pensar ou cogitar”, “ambos utilizados para denotar uma atitude mental, como a que constitui uma preocupação, a lembrança zelosa de si mesmo ou de um outro, ou ainda um estado de alerta, de prontidão para o perigo”. Analisando os sentidos de cuidado no campo da Saúde, a partir de documentos normativos em uma perspectiva histórica, ele percebeu que esta “constituição intelectual” também se traduz em uma ação em direção ao outro, ou uma “performance”. E argumenta, que neste ponto é que o cuidar, em uma perspectiva integral exige quebras das dicotomias, de conceitos rígidos e de “técnicas racionais e procedimentos com o objetivo de curar” (PEDROSA, 2006, p.27), ou seja, atenta para refletirmos constantemente sobre “cuidaremos como” e “cuidaremos de quem”.

A flexibilização do conceito de cuidado, em uma Clínica Ampliada, admite, além dos sentidos já conquistados, inúmeros outros, aos quais Pedrosa (2006) busca em Pinheiro e Mattos (2004, p.28) para sugerir que os mais importantes sejam definidos, nos âmbitos dos CAPS, pelo “diálogo entre profissionais e usuari@s do serviço, por meio do exercício do direito e da participação democrática cotidiana, entendido como elementos constitutivos da atenção integral à saúde”. Assim, ressaltamos a potencialidade da inclusão do tema da violência de gênero nos serviços de saúde, de maneira a contribuir com tal formação, que vem sendo considerada insuficiente.

#### 6.2.1.1.8 Síntese da categoria 1

Ao longo destas subcategorias, pudemos nos aproximar dos conceitos de violência dos profissionais da Rede de Saúde Mental, cuja maioria admite a violência como intimamente ligada ao público CAPS, que se caracterizam a partir de demandas consideradas graves. No entanto, são unânimes em referir que HAV não trazem queixas ao CAPS, configurando em uma invisibilização da temática. A questão da violência chega, pela via das mulheres, como historicamente é de praxe nos Serviços de Saúde, e também pela via dos relatos das histórias de vida, e de maneira menos frequente em acontecimentos trágicos que demandam atenção. Os

profissionais se questionam sobre a falta de atenção ao tema, sobre a inclusão do debate no âmbito do CAPS e da construção desta demanda no Serviço, em vez de ser tratada a partir de convidados externos ou parcerias. Incentivamos com isto, a ampliação dos sentidos do cuidar, incluindo a importância da perspectiva de gênero neste íterim. Há divergências, pois alguns profissionais são categóricos a rejeitar o acolhimento da demanda, principalmente pela via judicial e por falta de equipe técnica. A iniciativa rara do Grupo Psicoterapêutico de Homens no CAPS II apresenta bons resultados na perspectiva dos profissionais, visão da qual compartilhamos, uma vez que são trabalhadas normas de gênero e é apontada eficácia no que diz respeito a diminuição de reincidências de violência de gênero. No entanto, esta permanece uma estratégia individual do profissional, com pouco suporte à sua continuidade e melhoria. A adoção do trabalho com HAV em sua função reabilitadora apareceu com forte ênfase nas concepções dos profissionais, em detrimento do aspecto reeducativo apontado pela Lei Maria da Penha. Não desconsideramos intervenções pautadas em um olhar clínico, mas ressaltamos que este pode ser apenas parte da leitura que se deve fazer com relação ao fenômeno da violência de gênero. Buscaremos somar à discussão a partir do trabalho realizado com HAV pelo Projeto Ágora, a fim de caminhar em direção a uma visão mais complexa, que traz ganhos tanto ao desenvolvimento do projeto ético-político-institucional do CAPS, como ao enfrentamento da violência.

#### 6.2.1.1.9 Interfaces categoria 1

Quadro 4 – Interfaces da categoria 1 - Violência, Saúde Mental e CAPS.

<b>Dificuldades</b>	<b>Potencialidades</b>
Concepções reabilitadoras e clínicas sobre a violência em detrimento da reeducação e sobre a ordem de gênero.	O olhar da reabilitação não precisa ser desconsiderado, está em consonância com as diretrizes da Lei Maria da Penha, mas precisa ter um olhar crítico para promover responsabilização, sem individualizar o problema da violência de gênero.
Profissionais apresentam baixa perspectiva de gênero em sua associação com a violência (a mulher é vista como sujeito generificado, mas o homem não).	No Grupo Psicoterapêutico de Homens há o trabalho sobre as masculinidades, normas de gênero e medicalização da violência, o que pode ser considerada uma ação de enfrentamento. / Profissionais identificam a distribuição do acesso aos CAPS de maneira generificada.
Lógica da especialidade, público CAPS restrito a casos graves e fragmentação do cuidado – dificultam acesso de HAV. Alguns profissionais contrários a	Vinculação dos usuários ao CAPS, equipes de referência que indicam aos serviços, fortalecendo a adesão.

encaminhamentos judiciais de HAV, pela não-implicação no tratamento e descaracterização do público-alvo.	
Invisibilidade da demanda (de violência e de álcool e drogas) no CAPS (se torna mais visível de maneira generificada na mulher).	Abertura dos profissionais para “construção da demanda” com homens, estabelecer como projeto o trabalho de “desnaturalização das violências”.
Pouca discussão do tema na Formação acadêmica e no SUS / falta de suporte às iniciativas.	Parcerias externas.

Fonte: A autora.

## 6.2.2 Categoria 2 – articulação com a justiça

Nesta categoria questionamos os participantes sobre o encaminhamento judicial de HAV ao CAPS, entre outras oficializações de tratamento que frequentemente são enviadas ao Serviço e sobre suas consequências. Discutimos a articulação destas demandas ao campo da Saúde Mental e buscamos compreender como os profissionais percebem o andamento desta intersectorialidade no momento em que foram entrevistados em Florianópolis.

### 6.2.2.1 Subcategorias

#### 6.2.2.1.1 Tratamento imposto (aos usuários e ao CAPS)

Nomeamos esta subcategoria como “Tratamento imposto (aos usuários e ao CAPS)”, pois identificamos que os encaminhamentos judiciais são vistos pela maioria dos profissionais de maneira vertical, realizados sem diálogo com o Serviço. Segundo os participantes, o motivo do encaminhamento geralmente não é explicitado e também não se leva em consideração o público-alvo do CAPS, criando uma dinâmica de “despachar demandas judiciais ao CAPS” sem o devido critério ou discussão. Com esta percepção, os entrevistados do CAPS concebem que o encaminhamento é uma imposição da Justiça no que tange ao cuidado em saúde mental, que obrigatoriamente o Estado deve ofertar à pessoa encaminhada. Segundo o participante 2:

*Em geral nesse documento de encaminhamento não vem explicitado o motivo pelo qual ela foi encaminhada. Alguns falam, a maioria não, e também não é importante pra gente, saber o motivo. A não ser que de alguma maneira essa pessoa se veja questionada por isso que tá sendo o motivo do encaminhamento. (Part. SM2, grifo nosso).*

Conforme relato de SM2, visualiza-se que este opta por não buscar os motivos judiciais dos encaminhamentos de modo que não se sabe em que medida a questão da violência contra a mulher é um deles. Foi possível observar que os entrevistados do CAPS referem que as demandas de saúde mental relacionadas a delitos são numerosas, embora especificamente não sejam tão perceptíveis os encaminhamentos de HAV.

Consideramos que desta forma os encaminhamentos não se efetivam como um projeto de enfrentamento à violência contra mulheres em sua interface com a Saúde Mental, delimitando-se ao sentido de cumprimento de uma medida judicial. E ainda compreendemos que ambas atuações (Saúde e Justiça) permanecem fragmentadas, uma vez que o CAPS acaba por oferecer o tratamento de saúde em paralelo à situação de violência, ao que parece, trabalhando aspectos que podem ser periféricos em relação à violência, caso a questão não seja levantada pelo usuário.

Além da determinação de tratamento por um período pré-estabelecido, cabe aos profissionais informar ao Judiciário o cumprimento da medida pelo usuário e dos procedimentos adotados pelo Serviço para atendê-lo, conforme explica esta profissional:

*Como a gente recebe muitos pacientes, muitas demandas judiciais. Que a pessoa, enfim, cometeu algum delito, vamos dizer assim, aí ele é obrigado a fazer um tratamento de saúde mental, aí as vezes o juiz determina que seja um acompanhamento no CAPS, que se envie relatório a cada 3, 6 meses, vamos dizer assim. E às vezes pode ser até uma situação que não seja de CAPS, mas como a gente foi oficializado a gente tem que seguir a demanda judicial, né. [...] “Teve situações aí, que sabe assim, não é o caso que precisaria tá em CAPS, poderia acompanhar do Centro de Saúde né. Mas tem o CAPS, a pessoa teve que continuar aqui. Aí diz por um período né, “x”, “ah, por 2 anos”, as vezes aí manda esse relatório. (Part. SM1, grifo nosso)*

Esta forma de encaminhamento, para os profissionais, inclui apenas a visão da Justiça sobre o setor Saúde, sem a contrapartida do Serviço, portanto a intersectorialidade é vista de maneira hierarquizada. Do Poder Judiciário, as demandas são encaminhadas à Secretária Municipal de Saúde, já direcionadas nominalmente ao Serviço que deve atender, e depois o CAPS as recebe, devendo remeter a resposta sobre o acompanhamento: *“E volta pra questão também, o quê que a justiça entende como sendo tratamento, imposto. Mas aí o quê que acontece, assim, essa intersectorialidade da justiça, justiça tá acima, né? Enfim. Aí a gente acata.” (Part. SM4, grifo nosso)*

O entendimento da Justiça sobre o setor Saúde e sua atribuição não é evidente para os entrevistados, que se queixam do pouco contato com juízes, cuja escolha do Serviço para o encaminhamento pode ser baseada em um conhecimento raso, conforme o relato do participante “SM4”:

*Considerando assim as intersetorialidades, com a justiça – está acima da saúde – e a justiça não conhece a saúde, né. O juiz nunca botou o pé no CAPS aqui pra saber o quê que é um CAPS na verdade [...]. E aí como é que alguém que não conhece, nunca botou o pé, nem conhece da saúde vai querer impor pra saúde fazer certos trabalhos ou atender certas demandas, ou certas punições. [...] É justamente o que a gente não quer fazer, né. É, vincular por obrigação, por punição. Não é o caráter de um CAPS, imagina, nunca foi. (Part. SM4, grifo nosso).*

Extraímos parte desta “Matriz de Identificação dos Atores” envolvidos no enfrentamento da violência de gênero elaborada por Amado (2014), a fim de elucidar como profissionais do poder judiciário tendem a buscar possibilidades de intervenção psicossocial para HAV a partir do momento em que este tem alguma vinculação com a Justiça. Segundo o autor, uma das preocupações é “desafogar o número de processos e ter uma alternativa de pena a prisão” (p.40), o que pode explicar o alto despacho de demandas judiciais à saúde. Ainda, atenta que a necessidade destes profissionais se encontra prioritariamente na organização dos fluxos, e que o pouco conhecimento sobre a violência de gênero pode justificar a baixa discussão e os tensionamentos com a rede de atendimento.

Quadro 5 – Parte da “Matriz de Identificação dos Atores” de AMADO, 2014, p.40

<b>Dimensões</b>	<b>Interesses</b>	<b>Impacto potencial do projeto</b>	<b>Prioridade e Mobilização face ao projeto</b>
Profissionais do poder judiciário	Ter uma alternativa de pena a prisão para encaminhamentos dos homens processados. Auxílio para desafogar o número de processos.	Necessidade de maior compreensão em relação a violência contra as mulheres e as questões de gênero. Necessidade de organizar os fluxos de encaminhamento para os programas .	Ainda são escassos os investimentos do poder judiciário em programas destinados aos HAV. Poucos profissionais possuem conhecimento a respeito da perspectiva de gênero e a violência contra as mulheres, em muitos casos, ainda é vista como um crime menor.

Fonte: A autora.

É bastante apontado pelos profissionais que o encaminhamento obrigatório não favorece a implicação do sujeito no tratamento, que pode comportar-se com o simples comparecimento ao Serviço para cumprir a medida, a fim de “não ter complicações” com a justiça. É neste sentido que Rifiotis (2015) cita Muniz (1996) sobre a diferenciação de que, no

campo da violência de gênero: “‘entrar na justiça’ é visto de modo negativo e não como equivalente a ‘fazer justiça’” (p.279), ou seja, responsabilizar o HAV e mudar o cenário. Nesta fala, a ineficácia deste processo é levantada por um participante:

*E aí como é que tu vai tratar alguém **que não veio pelo seu próprio desejo?** Que veio aqui pra cumprir algo determinado pela justiça? [...] Aí o cara vem aqui **pegar o papelzinho, vem fazer o bom moço**, enfim, aí eu não tô falando de Maria da Penha apenas né, tô falando de outras questões, né, o cara sei lá, foi pego com sei lá, roubando, aí sei lá. (Part. SM4, grifo nosso).*

Portanto, do ponto de vista do autor de violência, isto pode significar uma penalização a ser cumprida, e da qual o profissional de saúde tem poder de indicar a sua efetivação ou não. Já do ponto de vista do profissional do CAPS, esta associação dificulta o processo de tratamento de saúde, já que esta afeta diretamente na assistência profissional-usuário, que manifesta desconfiança nos processos comunicacionais entre Saúde e Justiça, conforme vemos neste relato:

*O **quê que acontece, se o cara vem aqui cumprir, pegar papezinhos, e, né, declarações de comparecimento pra mostrar, né, vai muitas vezes omitir o que ele tá fazendo ou deixando de fazer, né, vai vir aqui, mas, né, “opa, doutor tá ali é porque o doutor tem contato lá com o juiz”.** Não tenho contato com o juiz, nem conheço o juiz. (Part. SM4, grifo nosso).*

Esta dinâmica percebida entre os usuários encaminhados pela via Judicial, aparece em mais de uma entrevista, nas quais os profissionais ressaltam que a judicialização parece, na maior parte das vezes, não surtir efeito na responsabilização e autonomia do usuário frente ao seu tratamento em saúde:

*A gente sabe que não funciona assim. **Ela até pode frequentar o serviço, ela pode até tomar o remédio, a medicação, pode participar de alguma atividade, mas a gente sabe que não é isso o tratamento, né, não é isso que vai fazê-la de alguma maneira se perguntar sobre aquilo que ela tava fazendo, seja como violência ou seja como um outro fator qualquer.** (Part. SM2, grifo nosso).*

Assim, nos parece que os profissionais endossam um discurso de que o atendimento de saúde por via da Justiça muitas vezes cai no lugar do “só para constar”. Esta perspectiva dual, que se coloca entre a punição e o atendimento psicossocial, de difícil transposição, foi descrita por Rifiotis (2008) conforme aponta Beiras et al. (2012, p. 38), como uma visão que pode ou criminalizar excessivamente ou minimizar a gravidade da violência de gênero:

Segundo Rifiotis (2008), na medida em que reforçamos uma tendência de ‘criminalização penal’ da violência na conjugalidade, estamos aderindo a discursos que defendem a expansão penal. Ou ainda, ao apoiar medidas de mediação e trabalho com autores de violência, dentre outros tipos de infratores, o que fazemos é tornar a

nossa atuação convergente para um movimento de informalização, ou seja, para a absorção de uma iniciativa por outra.

No estudo de Granja e Medrado (2009), em que os autores entrevistaram também profissionais da Justiça que encaminhavam os HAV à Rede Pública de atendimento, eles observaram uma tendência simplista de encaminhamento, com pouca discussão com os setores sociais envolvidos. Assim, perceberam encaminhamentos mais frequentes ao CAPS-Ad - o que parece ser uma semelhança com o município de Florianópolis – nos quais os motivos também não eram explicitados e havia prescrição de tratamento por um período determinado, relacionando, da mesma forma como percebem nossos participantes de pesquisa, o cuidado em saúde à noção de pena, e no caso do estudo em Recife, a violência ao problema de abuso de álcool e drogas. Concordamos com os autores de que a omissão de casos de autoria de violência diminui as chances do atendimento integral ao homem, à mulher e às famílias em situação de violência.

Primeiro, é importante atentar para a forma como se dá a escolha da instituição para a qual será encaminhado um determinado caso. As preocupações da profissional incidem sobre a necessidade de controle e monitoramento da frequência do homem. Tal preocupação pode justificar-se diante do sentido do encaminhamento, uma vez que ele parte de um serviço de justiça, que dita medidas a serem cumpridas. É nesse âmbito que o tratamento psicológico, mesmo quando indicado, como em casos de dependência química, pode parecer ser associado à noção de pena. Ao mesmo tempo, pensando na noção da integralidade, na possibilidade de interligar redes, serviços, com o objetivo de garantir um cuidado integral, é questionável a convicção da profissional sobre não indicar o motivo do encaminhamento. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p.31).

Nos perguntamos se haveria outras possibilidades de encaminhamento ou de trabalho em rede possível para desvincular o fator penalizante à assistência em Saúde. São questionamentos que demandam ser construídos, a medida em que o fluxo de HAV aumente com as parcerias estabelecidas em Florianópolis, mas que permanecem em aberto. Esperamos que com o diálogo entre os atores envolvidos no enfrentamento, estas frentes de rede possam ser estruturadas e atuarem de maneira complementar e articulada.

Quanto aos profissionais da Saúde, não podemos dizer que ao todo, há rejeição a tal atendimento, pois alguns acreditam serem eficazes encaminhamentos de HAV pela Justiça, de maneira obrigatória, desde que haja um fluxo definido, conforme a fala da participante SM1: ***“De que foi recebido uma denúncia, a mulher denunciou, que não só se pensasse em: “ah”, em prender esse agressor. Que ele fosse obrigado a ser encaminhado pra esse serviço, né, o fluxo definido, né”*** (grifo nosso). Para a referida profissional, a obrigatoriedade não impossibilita o atendimento, pelo contrário, a mesma aponta para intervenções que não

envolvam o cárcere. Mas podemos dizer que os problemas percebidos parecem estar ligados ao estabelecimento de fluxos e diálogo que ao momento se apresentam de forma incipiente.

No âmbito do Poder Público de Florianópolis, entendemos que este fluxo de atendimento psicossocial de HAV vem sendo construído e organizado a partir do Poder Judiciário, desde a implementação de Projetos que visam responsabilizar o homem autor de violência, e que mais recentemente resultaram na parceria com o Projeto Ágora. No entanto, percebemos que o elo com a saúde ainda se demonstra enfraquecido. Os profissionais do CAPS emitem suas opiniões diante da realidade do Serviço, mas com pouco conhecimento e discussão com o movimento realizado pela Justiça. Estes desconheciam os Serviços de Responsabilização previstos na Lei Maria da Penha, tampouco tiveram acesso a outras normativas jurídicas do TJSC. Destacamos a análise de Banin e Beiras (2016, p. 530-531) sobre a categoria homem nas Políticas Públicas, em que observaram ações do TJSC na criação de espaços que oportunizam ressocialização a HAV, citando a Resolução nº3/2012-TJ:

Em 2012 a resolução nº 3/2012-TJ cria o CEPEVID - Coordenadoria de Execução Penal e da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher - no Estado de Santa Catarina e prevê o Projeto Começar de Novo, que objetiva promover determinadas ações de ressocialização de presos e egressos derivados do sistema prisional, criando oportunidades profissionais e de reeducação social, de forma a reduzir as taxas de reincidência criminal. Prevê também o apoio ao “desenvolvimento de políticas, treinamentos e ações relacionados ao combate e prevenção à violência doméstica e familiar contra as mulheres” (resolução Nº 3/2012, 2012, p.3). Novamente o homem passa a ganhar espaço legal como responsável por suas ações e com mais oportunidades para integrar-se a uma sociedade mais equânime.

Portanto, podemos dizer que embora os objetivos de combate e prevenção da violência contra as mulheres sejam comuns às políticas de saúde e de justiça, o tratamento imposto tem envolvido um diálogo frágil no que diz respeito aos operadores do direito e os profissionais da saúde mental, sobre o qual detalharemos melhor na próxima subcategoria.

#### 6.2.2.1.2 Diálogo Frágil

Buscamos compreender, como apesar dos avanços do atendimento psicossocial a HAV no município de Florianópolis, no percurso dos fluxos entre a Justiça e a Saúde em uma perspectiva de rede intersetorial, ainda há a predominância de um diálogo frágil, conforme apontado pelos participantes. Portanto nesta subcategoria apresentamos alguns aspectos indicados pelos profissionais da Saúde que fragilizam este diálogo, por exemplo, no que diz respeito à frequência dos encontros ou à discussão dos casos.

O participante 2 atribui a dificuldade de regularidade dos contatos entre Justiça e CAPS à alta demanda que ambos enfrentam: *"Eles não nos procuram e nem a gente a eles, né. [...] Muitas demandas que aparecem tanto pra eles quanto pra nós. [...]. Nunca se pensou e nunca se criou ferramentas, estratégias."* (Part. SM2, grifo nosso)

Acreditamos que seja necessário ir além do compartilhamento das demandas, apostando no compartilhamento de sentidos construídos entre os setores públicos com o objetivo do enfrentamento à violência de gênero. No contexto deste enfrentamento, Schraiber et al. (2012, p. 237) defendem que a configuração da rede intersetorial precisa superar uma “trama de serviços”, que apenas se justapõem:

A atuação em ‘rede’ requer, assim, um determinado modo de funcionamento, que não é dado apenas pela existência de um conjunto de serviços, pois o conjunto pode expressar só uma somatória de intervenções, com serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial. E isto é bem provável que aconteça, em razão dos serviços operarem como unidades de vinculações institucionais e tradições assistenciais distintas entre si, já que estão aderidos a intervenções pertencentes a culturas profissionais bastante diversas.

Outro ponto que indica a fragilização do diálogo no momento entre Saúde e Justiça diz respeito à invisibilização da demanda de HAV para o CAPS. Situamos esta questão nesta subcategoria, por entendermos que o encaminhamento com pouca informação sobre o atendido no que tange à violência de gênero, gera dificuldade de diálogo e, conseqüentemente, pouca compreensão sobre o olhar de gênero às situações de delito cometidas pelos encaminhados. O participante 2 descreve como se dá a falta de informação nos encaminhamentos:

*Nada específico. Nada direcionado. Eu diria que bom, num todo, havia sim violência contra mulheres, mas não sei muito bem como definir isso né. Então, exclusivamente direcionado, por exemplo. [...] Pessoas que tinham em algum momento cometido delitos que envolviam violência, mas nenhum deles vinha acentuado ou marcado como uma violência contra a mulher. Não tinha esse viés de gênero.* (Part. SM2, grifo nosso).

Com esta fala observamos que não há preocupação explícita, até o momento em que realizamos a pesquisa, da indicação da violência de gênero aos encaminhamentos entre Justiça e o CAPS II. De forma bastante restrita, tanto usuários como profissionais, têm pouco esclarecimento sobre os objetivos da pretendida intersetorialidade nestes encaminhamentos. O seguinte profissional acredita que seria necessário que a avaliação das necessidades dos encaminhados ao CAPS fosse realizada de maneira mais visível: *"Até porque muitas demandas judiciais vêm com um papel já pronto escrito: “ao CAPS mais próximo da sua residência”.* (Part. SM4, grifo nosso)

A verificação, pela ótica dos profissionais, de que os encaminhamentos da Justiça na maior parte das vezes são realizados de maneira “automática” e “resumida”, abre a discussão para as implicações do processo de judicialização das relações e questões sociais, e mais especificamente dos casos que envolvem violência de gênero. Na subcategoria seguinte apresentaremos como os profissionais percebem que a justiça tem sido produzida em casos como estes.

#### 6.2.2.1.3 Modos de Produção de Justiça

Para a discussão desta subcategoria tomaremos a judicialização como apresentada por Rifiotis (2015, p. 283) não reduzida a

expansão do campo jurídico, mas é também uma busca pelo jurídico e resulta num espaço onde se prolonga a luta social, deslocada e capturada na semântica e na gramática jurídica, e, como temos afirmado desde o início, sem nunca a ela se reduzir.

A partir desta concepção, buscamos analisar como os participantes discorrem sobre as práticas e os discursos jurídicos que atravessam o enfrentamento à violência contra mulheres no domínio da Saúde. Na tentativa de articular estas reflexões realizadas pelos participantes, emprestamos também o termo “modos de produção de justiça” de Rifiotis (2015, p. 289), para nos referirmos às práticas jurídicas observadas pelos profissionais do CAPS e suas decorrências, mas também não limitada a elas, visto que “os modos de produção de justiça não se restringem ao campo das práticas jurídicas, estando sempre atravessados pela dimensão política própria do campo das lutas sociais por direitos”.

Primeiramente, quando passamos à discussão sobre o acesso à justiça de usuários que frequentam o CAPS, um dos relatos, da participante 3, nos chamou atenção: *“Em termos gerais eu diria que muitas vezes a justiça não é justa, né. Enfim, ela reflete também um modo de pensar e a concepção de uma sociedade né, num determinado momento.”* (Part. SM3, grifo nosso)

Esta fala nos remete à discussão realizada pelo autor citado acima, que levanta a questão de haver sempre um limite na prática judicial, que por vezes desconsidera aspectos complexos relativos aos casos de violência de gênero, e na qual o conceito de justiça mostra-se limitado. Geralmente, o tratamento da Justiça realiza um enquadre das realidades a uma norma única – a lei, e não raramente reproduz a inequidade de gênero presente na sociedade, conforme aponta Rifiotis (2015, p.263):

As situações que acontecem no mundo, fora dos autos, são espessas e ambíguas, possuem mais de um significado e delas se permitem várias interpretações. [...] No processo é produzida uma mediação que achata a espessura inicial dos acontecimentos e despolitiza as relações entre as pessoas no mundo, ao ignorar o seu contexto básico, as suas condições de vida, despojando essas relações de suas determinações fundamentais e encaixando-as dentro dos limites do permitido, ou do esperado (ou ambos).

Partindo de diferenciações entre lei, direito e justiça, Rifiotis (2015, p.282) pretende abordar que as interpretações e atuações dos operadores de direito por vezes misturam fatores políticos e morais, e que a isto se circunscreve uma “cultura técnico-política-institucional” que precisa ser considerada. Ainda, dentro das próprias instituições judiciárias há distintas tendências e concepções que resultam em condutas divergentes:

Há uma “interpretação” da lei, o desenvolvimento de estilos de julgar, alguns mais “pedagógicos”, outros “mediadores”, que atuam na avaliação e julgamentos que ocorrem nas audiências, discriminando os casos em função de desempenho de papéis sexuais (conjugais e familiares) das partes envolvidas no processo, e mesmo de explícita defesa da instituição familiar. São práticas que, apesar de situadas em quadros normativos oriundos de conquistas feministas, reafirmam modelos hegemônicos de gênero e confirmam o acesso diferencial de gênero à justiça. Porém, não se deve inferir que haja um modo consensual de “interpretar” a lei. (RIFIOTIS, 2015, p 282-283).

Esta impossibilidade de tomar as condutas jurídicas de forma única traz luz às diferentes formas de atuação observadas nas categorias profissionais do Direito e seu impacto no enfrentamento à violência contra mulheres. Segundo Machado e Santos (2018, p.243) a partir da “Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre a violência doméstica contra mulheres, o relatório do Senado Federal (SENADO FEDERAL, 2012) pontuava que o Judiciário era um dos principais agentes violadores da Lei Maria da Penha no País”.

Adentrando mais nas percepções dos profissionais sobre os usuários do CAPS que vêm encaminhados da Justiça, um fator importante revelado pela profissional acima, ligado a gênero, merece ser enfatizado. A participante relata que, em sua observação, os principais processos judiciais têm relação com mulheres, encaminhadas em situação de perda de guarda de filhos:

*Todos os processos eles têm relação com mulheres, aqui né. Dos que a gente acompanha né. Encaminhadas pra tratamento. Muitos processos de guarda. Muitos. Grande parte talvez do que chegue pra gente aqui, são processos de guarda. E de perda da guarda, né. Então, e aí sim, a gente né, faz essas articulações, mas é sempre né, com a justiça é sempre nesse ponto, mais de algo já num momento né do processo onde você já tem um sofrimento intenso né, uma violência já há muito tempo instituída né. E aí pensando de várias formas, não só em relação aos homens né, mas várias situações de violência, então a articulação com a justiça ela é sempre só nesse momento, né. (Part. SM3, grifo nosso).*

Podemos depreender que para esta profissional a Justiça atua em um momento em que já houve a negligência do Estado, e muitas vezes esta atuação, que parece ser “corretiva”, acaba

por intensificar os processos de violência, - como por exemplo nos casos de perda de guarda, abrigamentos e perda de poder familiar - apresentando uma articulação estatal tardia. Este processo aponta para a inadvertência sobre as violações de direitos e dinâmicas de violência e conflitos entre família, mulheres e Estado até o momento em que elas se agravam, possivelmente ampliando as demandas do Poder Judiciário e as intervenções estatais de maior complexidade (na Saúde, Assistência Social, etc). Não podemos deixar de destacar também a tendência de culpabilização de mães pobres, evidenciada em inúmeros estudos, alguns dos quais descrevemos a seguir.

Sobre o perfil de mulheres em situação de perda de guarda encaminhadas para os pontos de atenção em saúde especializada, em especial CAPS AD, a pesquisa de Garcia, Menandro e Ulian (2016a) mostram que estas compõem um grupo de mulheres jovens, com baixo nível instrucional e excluídas do mercado formal de trabalho. (GARCIA, MENANDRO, ULIAN, 2016a). As mesmas autoras também identificaram, em uma pesquisa qualitativa, que os encaminhamentos para a Saúde não foram suficientes para garantir a retomada ou a manutenção da guarda dos filhos. Indicaram que as mulheres neste contexto tendem a ser avaliadas como negligentes, por conta do consumo de drogas e ideias ligadas a higiene que as afastam “do padrão idealizado de mulher e mãe” (Idem, 2016b, p.1). Quando o tratamento em saúde é uma condicionalidade judicial para reaver os filhos, enquanto estes estão abrigados ou sob posse da família extensa, este tensionamento, com os rompimentos dos vínculos familiares e os obstáculos gerados por preconceitos diante destas mães usuárias de drogas, por vezes leva ao abandono do tratamento e a perda do poder familiar.

Estas práticas jurídicas evidenciadas seguem a lógica coercitiva que pouco contribui ao cuidado ofertado em saúde, acabando por ser contrário ao paradigma da redução de danos previsto na Atenção à Saúde Mental, conforme ressaltam as autoras. Nos estudos citados, as instituições de saúde foram vistas pelas mães também com atribuições de “controle e não-confiáveis” (GARCIA; MENANDRO; ULIAN, 2016b, p.13), o que vai ao encontro com a desconfiança de homens encaminhados judicialmente ao CAPS II percebida por nossos informantes. Estas semelhanças nos fazem pensar que o que há em comum entre estes dois grupos talvez sejam a raça e a classe social, populações historicamente vigiadas e punidas pelos aparelhamentos do Estado.

A falta de critérios e avaliação atenciosa observados nas denúncias de mães usuárias de drogas pelas próprias instituições de saúde à Justiça também aparece em outro estudo de Fernandes e Serra (2018), o que aponta para a discriminação e estigmatização presente nestes encaminhamentos, que ocorrem de forma similar ao que observamos entre a Justiça e o CAPS

II em Florianópolis, descolando-se de uma abordagem integral em saúde para uma atitude policialesca.

O que os estudos sobre os modos de produção de justiça nos revelam é de que o Poder Judiciário muitas vezes ocupa-se de um fazer instrumentalista, com “prevalência dos direitos do sujeito em relação aos sujeitos de direito” (RIFIOTIS, 2015, p.266). Concordamos, a partir desta pesquisa, que os mecanismos de encaminhamentos realizados de forma pouco crítica estão sendo privilegiados em desfavor da construção de sentidos coletivos para o enfrentamento da violência de gênero. “Nesse sentido, a dimensão instrumental do direito para a mudança social tem sido privilegiada em detrimento da sua dimensão estratégica e simbólica para a ação coletiva” (Idem, p.219).

O objetivo da presente pesquisa não se baseava em investigar a fundo as práticas judiciais de HAV em Florianópolis, mas reconheceu que seus fundamentos, verdades e formas permanecem pouco acessíveis à rede de atendimento de Saúde Mental com a qual se pretende intersectorialidade. Podemos dizer que esta inacessibilidade é uma das características dos modos de produção de justiça percebidos pelos nossos informantes, e quando estas práticas ficam limitadas aos processos judiciais, sem atravessar as fronteiras de maneira dialogada com a Saúde, não garantimos a intersectorialidade.

Buscamos provocar a reflexão, assim como faz Rifiotis (2015, p. 284), de que:

as expectativas depositadas nas mudanças normativas criam dispositivos que atuam no princípio da “caixa-preta”, ou seja, que eles precisam ser abertos para revelar seus modos concretos de operação e as práticas dos sujeitos. Meu objetivo aqui não é o de apontar um movimento na contramão das expectativas sociais depositadas na mudança legislativa, mas destacar que os juizados especiais devem ser encarados como uma incógnita.

Outra problematização, trazida por uma profissional, diz respeito à questão da responsabilização de HAV, necessidade percebida e legitimada pela Lei Maria da Penha, que, no entanto, mantém-se como desafio em sua operacionalização e efetivação, que encontra questões com pouca resolução no campo da loucura, por exemplo: ***“Inclusive pensar responsabilidade, quando a gente fala por exemplo da loucura né. Há diferença em como se responde? Em como cada um se responsabiliza, né? Sendo louco ou não sendo louco? Por um ato como esse, né.”*** (Part. SM3, grifo nosso)

Ao pensar responsabilização de HAV, dois movimentos antagônicos são percebidos por Rifiotis (2015) e Beiras et al. (2012), tanto na área do Direito como dos movimentos sociais, sendo o primeiro uma corrente alternativa, que aposta em mecanismos de mediação e desjudicialização e o segundo a corrente tradicional, que visa acentuar a criminalização de

problemas sociais. Neste jogo de forças, a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, segundo Beiras et al. (2012, p. 38) “de um lado está o movimento feminista progressista enfatizando conquistas e de outro está a criminologia crítica, enfatizando os retrocessos, a excessiva penalização e criminalização”.

No caso do Brasil, vemos que os serviços ou as ações voltadas a HAV são priorizadas por setores da sociedade civil organizada e estão sob responsabilidade do Ministério da Justiça, este, que por sua vez, concentra tal atendimento na esfera das penas alternativas, e também mantém pouco investimentos em intervenções deste caráter. Historicamente, a SPM optou por fortalecer a rede de atendimento às mulheres, enquanto deixava este braço do enfrentamento à violência de gênero para o Departamento Penitenciário (AMADO, 2014, p. 65). O mesmo autor também traz como as lutas de forças entre os atores sociais envolvidos com a pauta da erradicação da violência de gênero provocou tensionamentos que ocasionaram no estacionamento das políticas voltadas a HAV.

Entretanto, embora a dualidade entre ações punitivas e alternativas possa ser perceptível, não podemos dizer que o movimento feminista apresenta um pensamento unívoco e centralizado em favor das primeiras. Santos e Machado (2018) explicam como o apoio a estratégias punitivas encontram-se em momentos focais da luta pelos direitos das mulheres. Estas autoras ressaltam o recrudescimento como uma conquista importante em relação às legislações anteriores e para a garantia de não-dominação a mulheres. Mantêm receio do retorno a estratégias conciliatórias, como percebem na justiça restaurativa, em campanhas do CNJ, como a “Semana Nacional da Justiça pela Paz em Casa” e em técnicas como as “constelações familiares”. Em realidade, compreendem a insuficiência de ambos modelos de justiça, enfatizando a primordialidade das medidas preventivas e protetivas da Lei Maria da Penha, dentre elas, o trabalho com HAV. Também destacam os arts. 14 e 33 da Lei, que instituem Juizados de Violência Doméstica e Familiar com competência híbrida cível e criminal, que segundo elas são “também uma forma de romper com uma lógica unilateral e compreender a violência como uma questão multifacetada, a ser tratada de maneira multidisciplinar” (SANTOS; MACHADO, 2018, p.247).

Outro ponto importante que tais autoras levantam que podem nos auxiliar a construir sentidos de responsabilização, é a importância de não descontextualizar e os limitar ao âmbito da conjugalidade ou da ordem privada, mas na reflexão sobre as opções políticas do Estado e seus agentes, visando uma transformação estrutural para a garantia dos direitos das mulheres “para que a violência doméstica seja enfrentada em todas as suas dimensões interindividuais e estruturais” (SANTOS; MACHADO, 2018, p.243). Nestes aspectos estruturais, as feministas

citadas reiteram o caráter sistêmico da violência contra as mulheres, que as atinge de maneira diferente e que a depender de suas posições sociais (raça, classe social, deficiência, entre outros) possuem distintos meios de reposta e acesso à justiça. Reforçam a importância do feminismo negro para que o entendimento da violência seja sempre tomado em sua interseccionalidade com os sistemas racista, heteropatriarcal e capitalista e para “sistemática violência de gênero racializada” que María Lugones refere (2008 *apud* SANTOS; MACHADO, 2018).

Foucault (2002, p.84) afirma que a forma de governar ou de exercer o poder a partir da legislação penal, desvia, no século XIX de uma “utilidade social” ou da defesa geral da sociedade para o controle moral das condutas dos indivíduos, o que parece confluir com a visão despolitizada denunciada pelas autoras supracitadas. Com isto, o filósofo explica que nasce a noção de periculosidade, que passa a ser essencial nas formas jurídicas, tornando certos indivíduos controláveis, não somente sob o aspecto de seus atos. No entanto, como este controle não pode ser exercido apenas pela legislação penal, outras instituições “de vigilância e de correção” entram em cena:

a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas para a correção. (...) Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades. (FOUCAULT, 2002, p.85-86).

Percebemos que o efeito desta lógica punitiva e coercitiva permeia também os espaços de Saúde, como podemos ver pela fala de um dos profissionais, quando reflete sobre a dificuldade de acesso a HAV:

*Porque como sendo autores da violência e não vítimas, e alguma forma também o CAPS, SUS, a gente ter um prontuário eletrônico aqui né, ligado, também fomenta, enfim, a desconfiança de que se eu falar eu posso ser preso, se eu falar eu posso ser denunciado. (Part. SM4, grifo nosso).*

Santos e Machado (2018, p. 250) endossam a proposta de uma justiça emancipatória, que essencialmente, foca no direito das mulheres e as ouve em suas necessidades e legitima suas escolhas.

Nessa perspectiva, o foco deve ser colocado sobre o dano, promovendo uma visão ampliada de todo o conjunto de pessoas implicadas nesse dano. O crime deve ser visto como um dano a pessoas e comunidades, e não como mera infringência a uma lei. Isso implica em uma preocupação central com a vítima, suas demandas e seu papel. Mas também possibilita uma responsabilização concreta – e não meramente abstrata – do autor da infração (ZEHR, 1997).

Voltando ao excerto da entrevistada 3, referente a responsabilização de HAV, entendemos que a discussão sobre a loucura e a responsabilização traz uma reflexão importante

para a articulação judicial e psicossocial de HAV. Tal questionamento nos faz reforçar a necessidade de solidificar diretrizes para o trabalho com HAV nos diversos níveis da Rede de Enfrentamento, com a perspectiva de escuta e garantia dos direitos das mulheres vitimizadas. Para além de uma resposta única e definitiva a todos os casos, acreditamos na importância da construção do alinhamento de referenciais que responsabilizem HAV a partir da reflexão e implicação com a perspectiva de gênero.

Para isto, é necessário o trabalho integrado, de nível macro e micro, entre distintas áreas que precisam estar envolvidas no enfrentamento da questão, sem perder a atenção as particularidades, responsabilidades e desenvolvimento político e cidadão, em termos de garantia de direitos e melhora do convívio social. Ou seja, é necessário atentar para a complexidade da questão e apresentar medidas que contemplem todos os sujeitos envolvidos e suas especificidades, de forma a promover o amadurecimento social, o que não acontece quando a alternativa é simplesmente, ou apenas, punitiva ao agressor, ou seja, estritamente penal. (BEIRAS et al., 2012, p.43).

Se olharmos estudos que analisaram os sentidos de responsabilização de jovens em Medida Socioeducativa decorrente de ofensa sexual, observamos que a punição, como a internação, por exemplo, permanece em primeiro plano, como continuidade da violência. Segundo Bastos (2020, p. 5), “já para aqueles que cumpriram liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade, a MSE significou ganhos mais concretos em relação à inserção social, porém sem a ressignificação da ofensa sexual cometida”. Os sentidos de responsabilização com outros jovens em MSE do estudo de Cavalcante (2019, p.10) também permaneceram atrelados ao processo punitivo, “onde a violência institucional se mostrou como uma das principais intervenções travestidas de responsabilização”. Principalmente no domínio da juventude, esta autora reforça que as responsabilizações devem ir além da legislação, fortalecendo posições reflexivas e conscientes em direção a sua cidadania.

Pensar a responsabilização acerca de violências de gênero no campo da Saúde, por meio da “ressocialização e reeducação” como direciona a SPM, permanece um desafio com sentidos múltiplos. A Saúde é espaço fértil de ressocialização de indivíduos em sua comunidade, mas precisa avançar em promover espaços reflexivos e politizados, que ampliem o olhar para as realidades que ainda permanece bastante enviesado pelo saber biomédico, saber este que muitas vezes mantém similaridades ao caráter punitivo e excludente encontrado no âmbito da Justiça.

#### 6.2.2.1.4 Síntese da categoria 2

A quantidade de encaminhamentos judiciais é vista pelos participantes como significativa, no entanto apontam a desqualificação deste processo, com pouco diálogo e “imposição” (sic). Ao mesmo tempo em que percebem o repasse de poucas informações e a falta de iniciativa do Poder Judiciário de conhecer a realidade da Política de Saúde, reforçam o tensionamento, também por não abrir espaços de comunicação, mas por seguirem a invisibilização dos delitos de homens encaminhados judicialmente. Traçam este procedimento ao entenderem que o tratamento em saúde não ocorre sem desejo e trabalham a responsabilização a partir da indicação do próprio usuário. Alguns problematizam a construção da demanda a partir do encaminhamento. Sobre os “Modos de Produção de Justiça” (RIFIOTIS, 2015), os profissionais caracterizam que a “a justiça não é justa” (sic), pois intervém em um momento no qual a “violência e o sofrimento estão há muito tempo instituídos” (sic), reforçando a violência, especialmente contra as mulheres, principais encaminhadas pela justiça em processos de guarda, e lamentavelmente, como afirma uma de nossas participantes, de perda dela. Buscamos traçar uma reflexão sobre as culturas institucionais e políticas presentes na Justiça para a superação do modelo punitivo, que pouco contribui à responsabilização de HAV e ao enfrentamento da violência. Para isto, dialogamos com feministas e interventores com HAV a fim de elucidar a necessidade da articulação da Rede de enfrentamento em direção a uma justiça que tenha caráter emancipador.

#### 6.2.2.1.5 Interfaces da categoria 2

Quadro 6 - Articulação com a Justiça

<b>Dificuldades</b>	<b>Potencialidades</b>
O tratamento de saúde obrigatório por via da Justiça é visto de maneira vertical pelos profissionais, o que dificulta a responsabilização por esta via.	Alguns profissionais concebem a possibilidade de atendimento mesmo a partir da obrigatoriedade.
Invisibilidade da demanda de violência de gênero nos homens encaminhados pela Justiça e pouca informação nos encaminhamentos.	TJSC vem estabelecendo parcerias para atendimento de HAV, como é o caso do Projeto Ágora, e objetivando o apoio à ações de ressocialização.
Poucos espaços de discussão e diálogo frágil entre a Justiça e a Saúde Mental.	Nos casos de violência de gênero e perda de guarda dos filhos pela mulher, os profissionais do CAPS demonstram visão feminista de gênero.
Na percepção dos profissionais do CAPS, nos casos de violência de gênero, a Justiça atua em uma “articulação tardia”, que reforça a violência contra as mulheres.	Profissionais do CAPS procuram questionar sentidos de responsabilização de HAV e sua associação com a loucura.

Fonte: A autora.

### 6.2.3 Categoria 3 – Perspectivas do trabalho em rede no enfrentamento à violência

Esta categoria diz respeito aos aspectos relacionados ao trabalho com situações de violência que deve se configurar em formato e dinâmica de Rede. Investigamos como os profissionais do CAPS conhecem e estão envolvidos na Rede de Enfrentamento à violência contra mulheres, e suas percepções sobre a efetividade desta na articulação intra e intersetorial, além de colher sugestões de ações possíveis para seu fortalecimento.

#### 6.2.3.1 Subcategorias

##### 6.2.3.1.1 (Pouco) Conhecimento da Rede de Enfrentamento à violência contra mulheres

Os participantes assinalam pouco conhecimento da Rede de enfrentamento à violência contra a mulher em Florianópolis, identificada centralmente no Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CREMV) e na Casa de Passagem para Mulheres Vítimas de Violência. Os participantes 1 e 2 referem pouco contato com estas instituições:

*Eu tenho **pouca experiência com eles**, tá, Bárbara. Assim, eu nunca precisei encaminhar, assim. Eu sei que tem esse serviço, até pelo site da prefeitura a gente consegue pesquisar esse tipo de né, de serviço. [...] Eu vejo sobre as mulheres, até essas casas de apoio que tem pacientes aqui que a Psicóloga até tem encaminhado, né. Eu, se fosse falar hoje pra ti, eu diria que eu conheceria só o CREMV mesmo, né, de alguma situação de violência, de orientar a mulher a buscar esse serviço. Mas ainda eu tô aprendendo esses fluxos, então pra mim ainda é tudo muito novo aqui. (Part. SM1, grifo nosso).*

*Conheço muito pouco. Eu tive contato com o CREMV, por razões óbvias. E com a casa de acolhimento, que é ligada ao CREMV. Não sei, como eu só conheço esse dispositivo, esse serviço, talvez minha visão tá muito direcionada pra ele. Mas a avaliação que eu tenho, por força disso, é que é o principal serviço de acolhimento a mulheres vítimas de violência da cidade. (Part. SM2, grifo nosso).*

O contato mais frequente do CAPS com o CREMV e com a Casa é apontado pela participante 3 por estes dispositivos estarem localizados próximo ao antigo equipamento do CAPS II, o que facilitava a aproximação. No momento, o CAPS II encontra-se em local

provisório, remoto da região central, sinalizado pelos profissionais como um obstáculo ao acesso de usuárias e também da integração entre os serviços:

*Em relação a casa, quando o CAPS estava na Ponta do Coral, onde a gente pretende né que possamos retornar (risos), a gente tinha um contato muito fácil né, porque a gente estava ao lado da casa então era uma coisa muito mais acessível, muito mais fácil da gente estar lá na casa e deles também estarem no CAPS. (Part. SM3).*

A relação próxima também se dá em função dos casos compartilhados, como citado, na maioria das vezes de mulheres em situação de violência, com processos judiciais que envolvem também a guarda dos filhos. Desta forma, os profissionais do CAPS indicam que por vezes, quando há a perda da guarda, estes também precisam se articular com Casas-Abrigo de crianças.

Em uma pesquisa realizada em 2014 por Soares, a autora localizou que os maiores desafios enfrentados por profissionais do CREMV de Florianópolis se deram a partir da modificação da metodologia da instituição, que precisou se adaptar à normativa da Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 “no que se refere à matricialidade, ou seja, em ampliar o atendimento, outrora somente a mulher em situação de violência, agora passando à família, em especial, filhos” (SOARES, 2014, p. 95). O desafio para os profissionais consistia no fato de que nestes casos muitas vezes a mulher também é denunciada por violência e/ou negligência, quando é condizente com a violência exercida sobre a criança.

Vemos que tal complexidade também é indicada por nossos participantes de pesquisa, quando tratam das vivências de mães em situação de perda de guarda atendidas pelo CREMV e pelo CAPS, cujas violências extrapolam à relação entre vítima e autor, o que fortalece a necessidade de medidas integradas entre Saúde Mental e outros serviços da Rede.

*Por exemplo, a gente tem várias usuárias que estão ali no CREMV né, na casa destinada a mulheres em situação de violência, então... Inclusive já chegaram para o atendimento estando nesse espaço, então já com todo o processo né, tanto de ação, mas tanto o processo de violência né, já instituído há algum tempo né, e num momento outro assim...” (Part. SM3, grifo nosso)*

Buscando situar os atores envolvidos na Rede de Enfrentamento conhecidos pelos profissionais do CAPS, os separamos em três grupos: a) CREMV e Casa de Passagem; b) Serviços para HAV/Projeto Ágora e c) outros atores (HCTP, parcerias externas e CAPS AD), nos quais descreveremos as interlocuções realizadas (ou a falta delas) entre eles e o CAPS, a partir do relato dos entrevistados.

#### **a) CREMV e Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua e/ou Violência**

Em uma breve contextualização, é importante destacar que o CREMV foi criado em 2009, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis e é considerado pela SPM, a partir da Norma Técnica (NT) de Uniformização dos Centros de Referência da Mulher, como parte do Programa de Prevenção e Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Tem como objetivo “cessar a situação de violência vivenciada pela mulher atendida sem ferir o seu direito à autodeterminação, mas promovendo meios para que ela fortaleça sua autoestima e tome decisões relativas à situação de violência por ela vivenciada” (SPM, 2006, p.16).

Portanto, além do caráter de combate e interrupção da situação de violência, a SPM indica que as intervenções do Centro devem também visar prevenir novos atos violentos. A Casa de Passagem, inaugurada em 2013, é outro serviço de Assistência Social de alta complexidade, que oferece acolhimento provisório para mulheres em situação de violência e/ou de rua acompanhadas ou não de seus filhos, que necessitem ser afastadas de seus agressores.

Dos princípios norteadores da NT que tratam do enfrentamento à violência que possa envolver o trabalho com HAV, destacamos alguns pertinentes ao tema. Em um primeiro, a SPM (2006, p. 17) orienta que as ações do CREMV devem considerar tanto as circunstâncias da mulher como do HAV, reconhecendo as diversidades de ambos. Sobre o trabalho para a responsabilização dos homens, a diretriz aparece no sentido de que ao CREMV cabe encaminhar e monitorar os casos para a Segurança Pública e a Justiça, sendo contraindicado o trabalho de mediação entre agressor e vítima no âmbito do Centro. Acreditamos que por conta deste sentido de responsabilização mais restrito a esfera penalizante, não ouvimos dos profissionais quaisquer intervenções ou articulações do CREMV ou da Casa com o CAPS que envolvessem os homens autores destas violências, embora os casos compartilhados entre as duas instituições sejam muitos, segundo os profissionais do CAPS. Pelo texto da normativa e pela ausência de referência ao trabalho com HAV pelos profissionais do CAPS junto ao CREMV, observamos que é possível que a construção de outros sentidos de responsabilização não esteja em pauta, no momento, para o enfrentamento à violência, na intersetorialidade entre os dois Serviços.

#### **b) Serviços para HAV/Projeto Ágora**

Como já explicitado, nenhum dos participantes demonstrou conhecimento de algum serviço destinado a HAV componente da Rede. Ao informarmos sobre o Projeto Ágora - parceria entre a UFSC e o TJSC - todos mostraram-se surpreendidos. No contexto de

Florianópolis/SC, além deste Projeto firmado recentemente, realizamos uma busca por mecanismos legais que visassem fortalecer tais ações com HAV, e encontramos um Projeto de Lei, nº 18.029/2020, que trata da “Implantação de política pública para o amparo e capacitação a mulher vítima de violência doméstica”, e que em seu art 16º pretende instituir também uma Política Pública para Autores de Violência Doméstica. A Política seria aplicada aos “homens autores de violência doméstica contra a mulher e que estejam com inquérito policial, procedimento de medida protetiva, processo criminal em curso e outros”.

. O objetivo da Política proposta seria “tratar sobre a reflexão, conscientização e responsabilização dos autores de violência, além de grupos reflexivos de homens nos casos de violência doméstica contra as mulheres na cidade de Florianópolis, para com isso haver a prevenção, combate e redução dos casos de reincidência de violência doméstica contra as mulheres”. Como objetivos específicos postula-se no Projeto “promover o acompanhamento e reflexão dos autores de violência contra a mulher” e a “ressocialização, de modo a melhorar os relacionamentos familiares e profissionais”, por meio de trabalho psicossocial de reflexão e reeducação, além de palestras expositivas e a discussão em grupos reflexivos.

Tal Projeto toma como parâmetro a Lei Maria da Penha e o dever de adoção de mecanismos de debate social para desconstruir a cultura do machismo e da violência, atribuindo-o à integração entre o “Poder Executivo Municipal de Florianópolis, Ministério Público, Poder Judiciário, sociedade civil e outros”.

Percebe-se que a implantação de serviços com HAV no município de Florianópolis ainda é nova e incipiente, com tentativas em curso, já que o Projeto de Lei citado se encontra em tramitação na Assembleia Legislativa. Este cenário, aliado ao baixo investimento e direcionamento de ações desta ordem nas Políticas Públicas de Enfrentamento à violência contra as mulheres pode justificar o desconhecimento destes tipos de intervenções pelos participantes do nosso estudo.

### **c) Outros Atores da Rede (HCTP, parcerias externas, CAPS AD)**

Como o CREMV foi o serviço de enfrentamento à violência contra a mulher mais identificado pelos profissionais, obtivemos apenas citações quanto a articulação com outras instituições. Um serviço citado pelos participantes que poderia compor a Rede de Enfrentamento à violência contra mulheres, visto que seria possível a presença de HAV nesta proposta de tratamento, é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O HCTP é considerado uma instituição híbrida, por oferecer tratamento de saúde a sujeitos em cumprimento de medida de segurança decorrente do cometimento de algum crime. Quando estes são considerados inimputáveis, a partir de um diagnóstico psiquiátrico, se aplica a medida de segurança de internação compulsória no HCTP. Embora este tipo de hospital psiquiátrico já tenha sua extinção e substituição prevista desde 2001 a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216), o HCTP/SC segue em funcionamento.

Foi informado pelos profissionais que já houve um grande fluxo entre o Hospital de Custódia de SC e o CAPS, e que, todavia, ao momento da pesquisa, este fluxo já havia diminuído. Em um relato de experiência sobre a organização de trabalho do mesmo CAPS ao qual nossos participantes integram, os autores, que também compunham a equipe na época informaram no documento, publicado em julho de 2021, que uma das Equipes de Referência do CAPS (ER), além das 4 correspondentes aos Distritos Sanitários de Florianópolis, tem um caráter especial e apoia especificamente o processo de desinstitucionalização de internos e egressos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Explicam que

Estando no território, o HCTP mantém convênio com o município para que seus internos possam usar o CAPS como espaço de convivência. Neste sentido, dispomos de dez vagas para usuários que estejam em processo de avaliação da cessação de periculosidade. Eles passam o dia no CAPS, seja em atividades grupais como oficinas, seja apenas permanecendo no ambiente da maneira que lhes convier. Por determinação judicial, os usuários não estão autorizados a deixar as dependências do CAPS, mas pactuamos que não serão acompanhados por agente penitenciário. Mais recentemente, alguns dos internos acompanhados por nós têm recebido alta/cessação de periculosidade, abrindo a possibilidade de retornar ao convívio em liberdade no território. Em função do longo período de aprisionamento, no entanto, este se revela um difícil processo, que exige o acompanhamento próximo e constante dos profissionais visando encontrar, organizar e mobiliar uma casa, manejar as relações e estigmas na vizinhança, garantir a continuidade do cuidado em saúde mental e fortalecer vínculos socioafetivos. (DE OLIVEIRA BOCCARDI; RODRIGUES, 2021, p. 6).

Por isto acreditamos que o fluxo entre os dois serviços se devia justamente pela proposta de desinternação psiquiátrica inaugurada pela Lei nº10.216 e questionamos se com a recente diminuição do fluxo, este projeto fica interrompido. A ruptura deste tipo de trabalho pode representar não só um retrocesso à Reforma Psiquiátrica, como ao que podemos deduzir, a ressocialização de HAV que eventualmente pudessem estar em tratamento no HCTP.

Na experiência de atuação de um dos nossos participantes, pudemos discutir sobre os encaminhamentos do HCTP envolvendo violência, mas como já tratado, não havia demarcação por parte do hospital quanto a casos que envolvessem violência de gênero. Com isto, para o participante SM2, a temática não ficou visível, e projetos de enfrentamento à violência contra a mulher não foram pactuados entre estas duas instituições:

*É porque esses eram, obviamente, por serem do HCTP, pessoas que tinham em algum momento cometido delitos que envolviam violência, mas nenhum deles vinha acentuado ou marcado como uma violência contra a mulher. Não tinha esse viés de gênero. Bom, e atualmente a gente praticamente não recebe mais pacientes do HCTP. [...] Então, não é claro pra mim essa temática, entende (Part. SM2, grifo nosso).*

Alguns convidados externos e projetos de Universidades foram sinalizados também como recursos acionados pelo CAPS, na necessidade do debate sobre gênero e violência. Há atualmente um Grupo para mulheres no CAPS, promovido a partir de um estágio de graduação da UFSC, em que a profissional supervisora conta que questões de gênero e violências são debatidas. Outras iniciativas ligadas a estágios de graduação da CESUSC também são mencionadas, mas com pouca associação à prática cotidiana dos profissionais.

*E a gente tem agora um projeto com algumas estagiárias da UFSC que é um espaço destinado a pensar as condições das mulheres nesse momento da pandemia. Com a sobrecarga de trabalho, de casa, de filhos... E dentro de um momento de isolamento, então mais solitário também né, pra cada uma dar conta e resolver suas questões. [...] Mas no último encontro a gente discutia exatamente isso né, o quanto isso foi aparecendo né, e as próprias identificações entre as mulheres nas situações de violência, né. Desde violência sexual a, enfim, a uma série de violências com os companheiros, situações nas famílias, isso é bem recorrente, bem presente (Part. SM3, grifo nosso).*

*De vez em quando eu tenho notícias, assim, de projetos, de profissionais que tomam a iniciativa de organizar grupos, algum tipo de acolhimento, alguma forma de acolhimento, pra também tratar essa temática. E no CESUSC, que a gente tem também, um projeto de extensão, que é o Maré, que é justamente pra mulheres vítimas de violência, e que funciona na parceria com o CRAS Canasvieiras. É um projeto que é tocado pelas estagiárias, que a tem a supervisão da professora Marília e tal. E tem uma repercussão bastante boa, bastante interessante. Mas eu não tenho maior proximidade com o tema [...] Tem um estagiário do CESUSC também que tá propondo esse tema como projeto de estágio com o CAPS, com a equipe do CAPS e os usuários pra discutir a questão de violência contra a população LGBT. Bom, ele ainda vai apresentar o projeto, não sei os detalhes, mas tá em andamento. (Part. SM2, grifo nosso).*

Em outra entrevista, uma participante também identificou o CAPS AD como um ponto profícuo para atuação no enfrentamento à violência contra as mulheres já que há no equipamento também um Serviço de Acolhimento às Famílias, com recurso específico destinado a ele. Neste contexto, segundo a participante 1, as queixas de mulheres, na maior parte de mães e companheiras de homens que abusam de álcool e drogas e que cometem violência são bastante frequentes.

Com estes resultados, tivemos a impressão de que quando questionados sobre a Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres, os profissionais se recordam de serviços específicos voltados ao atendimento das vítimas, configurando a rede de uma maneira

focalizada somente em sua dimensão assistencial às mulheres. Ao passo em que ampliamos para outras possibilidades de atuação no enfrentamento à violência, os participantes puderam identificar ações já instituídas pela própria Saúde Mental ou por parcerias firmadas, que incluem também a prevenção à violência e a garantia dos direitos humanos das mulheres. Os serviços especializados já consolidados na Rede de Enfrentamento em Florianópolis possuem grande visibilidade, mas a dificuldade de manter uma rede com serviços diversificados parece provocar um entrave ao próprio reconhecimento de outras ações já existentes. Em pesquisa de Demarchi (2019), os profissionais também admitem pouco conhecimento de serviços existentes em seu município, principalmente de serviços não-especializados.

Para finalizar esta subcategoria, analisamos ainda, que mesmo a Rede de Atendimento à mulher em situação de violência não é identificada pelos profissionais em sua totalidade. Em 2012, a Prefeitura Municipal de Florianópolis, por meio da Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres, elaborou o I Plano Municipal de Políticas para Mulheres, e neste documento trouxe o mapeamento dos serviços componentes da rede de atendimento à mulher em situação de violência referentes à época. Copiamos a tabela a seguir:

Quadro 7 – Rede de Atendimento à mulher em situação de violência em Florianópolis. Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres, 2012.

<b>Especificação da rede de atendimento</b>	
Coordenadoria Municipal da mulher	1
Departamento de Atendimento à mulher	–
Juizado Especial de violência doméstica e familiar contra a mulher	1
Delegacia especializada da mulher	1
Conselho Municipal da Mulher	1
Casa abrigo	Projeto em aprovação
Centro de Referência de atendimento à mulher em situação de violência	1
Serviço de Saúde Especializado	Saúde da Mulher1
ONGs e Movimentos Sociais relacionados à temática	20

Fonte: Coordenadoria Municipal de Políticas para as mulheres. (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A partir da comparação com este mapeamento, chama a atenção que embora os profissionais tenham citado com frequência o Centro de Referência, Casas-Abrigo e as instituições judiciárias, por sua vez, os Conselhos de Direito, o setor especializado de Saúde da Mulher e as Organizações não-governamentais (numerosas, conforme tabela) não foram

pontuados como serviços em articulação com o CAPS. Por outro lado, consideramos este mapeamento também incompleto, uma vez que exclui da rede de atendimento outros serviços, que embora não exclusivos à mulher em situação de violência, podem fazer parte de sua composição de maneira complementar, como é o caso do próprio CAPS, que atende muitas mulheres nesta situação, conforme nosso estudo apresentou.

É importante constatar que este Plano, sendo o único elaborado até o momento no Município, definiu como prioridades a ampliação e o aperfeiçoamento da rede, o que correspondia também a capacitar 1.240 profissionais das diversas áreas (saúde, assistência social, justiça, educação, segurança pública, entre outros).

Nas entrevistas de Granja e Medrado (2009) no município de Recife-PE, com profissionais das instituições que trabalhavam com o enfrentamento à violência contra a mulher, os autores perceberam articulações entre “Instituto Médico legal (IML), Centro de Referência, delegacia e outras unidades de saúde, tais como: postos de saúde da família e policlínicas”, mas sem um “um fluxo preciso”. Os fluxos variavam conforme o caso atendido e a proximidade entre os serviços, o que constatamos também no caso de Florianópolis. Outra similaridade diz respeito ao Centro de Referência do município, que “parece mesmo ser posicionado, pelos profissionais, como o grande ‘guarda-chuva’ para a assistência nos casos de violência de gênero, sendo também sinalizada, pelos entrevistados, a sobrecarga do equipamento” (GRANJA; MEDRADO, 2009, p. 29).

Retomando a NT da SPM (2006, p.6), o documento reconhece que uma dificuldade comum presente no trabalho em rede é consequência da “falta de conhecimento sobre o trabalho de cada um, os seus objetivos e seus problemas” e pontua que é preciso haver estratégias intersetoriais de solução deste problema, como a formação continuada, a criação de projetos conjuntos, supervisões, grupos de trabalho, redes de coordenadores e de protocolos, até o treinamento em negociação de conflitos para os próprios profissionais.

O conceito de rede se refere a formas de organização e articulação baseadas na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem. É uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer (que o outro existe e é importante); conhecer (o que o outro faz); colaborar (prestar ajuda quando necessário); cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos). (DELZIOVO; OLIVEIRA; LACERDA, 2018, p.15).”

A fim de adentrar mais nos aspectos qualitativos do trabalho em rede, na próxima subcategoria abordaremos a percepção dos profissionais do CAPS quanto ao diálogo estabelecido com outros Serviços, também na rede intrassetorial.

### 6.2.3.1.2 Dificuldades de diálogo sobre o trabalho em rede

Nesta subcategoria obtivemos algumas compreensões sobre as dificuldades de diálogo que sustentem o trabalho em rede. Sobre os encaminhamentos recebidos no CAPS, os participantes os descrevem como excessivos e, por vezes, inadequados, fruto de um diálogo fragilizado. Consideram que alguns encaminhamentos não correspondem ao papel do CAPS, em função da instituição remetente não avaliar de maneira qualificada. Estas falas ilustram tal percepção:

*Porque a gente recebe muitos encaminhamentos inadequados, assim. Pessoas que passam pelo Centro de Saúde, são encaminhadas ao CAPS, mas na realidade não são pacientes que precisam estar aqui, então a gente faz de novo um encaminhamento por escrito explicando que esse paciente não necessita de intensificação de cuidados aqui no CAPS e que o seguimento dele deve se dar na Atenção Primária. [...] Uma falha aí de comunicação, às vezes não especificou tudo que ela queria, aí falaram “ah, to com uma ideação suicida”, “ah, é CAPS”, às vezes nem avaliou a pessoa ainda. [...] A gente pega muito isso também, né. De a pessoa não ter sido avaliada corretamente e encaminha, há um encaminhamento inadequado aqui pra gente, tem muito, né. (Part. SMI, grifo nosso).*

Alguns desses encaminhamentos “apressados” são vistos como problemáticos pelos profissionais do CAPS, pois sobrecarregam ainda mais o Serviço, como se os profissionais da rede “demandassem” sem avaliar qualificadamente a necessidade do usuário e a capacidade do Serviço, a fim de cooperar para resolutividade das ações em saúde. Percebemos que estas ações isolam as demandas dos usuários, fragmentando o cuidado e a trajetória destes dentro da rede, aspectos que deveriam orientar as decisões sobre as intervenções. Para Delziovo, Oliveira e Lacerda (2018) “a complexidade destas situações demanda aos profissionais de saúde um entendimento “sobmedida” do conceito de rede, colocando o usuário no centro e evitando a redução do conceito a mera operacionalização de um fluxo rígido de cuidado entre serviços e setores” (p.21).

Nesta fala, o participante 4 explicita a problemática:

*Quantos pacientes que eu atendo também e que conseguem falar sobre isso, bom, vou encaminhar pro AD? Não, né. Não é falou de drogas e álcool, "AD". Falou que escuta vozes, CAPS II. Não, não. A gente tem que escutar melhor a pessoa. [...] Só que o diálogo não significa criar nova demanda né, são diferentes, né. Criar novos... Porque diálogo, pra aproximação, tem que ter os dois lados, né. Duplo vetorial. Não é aproximação pra gente demandar de vocês. E o quê que vocês vão poder fazer né, em contrapartida? Porque senão vira aproximação que a gente não quer né, colega? [...] Uma aproximação pra gente dar visibilidade pro serviço e ser criada mais uma demanda? Além de todas que a gente já tem, todas. A gente atende tudo, né. Tudo. (Part. SM4, grifo nosso)*

Para solucionar este problema e estruturar uma rede articulada de atenção à violência, Delziovo, Oliveira e Lacerda (2018, p.17) propõem um processo de encaminhamento implicado e corresponsável. Afirmam:

no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram o acolhimento devem, de maneira implicada e corresponsável, promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço (muito diferente de um procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço). Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso. Este primeiro acolhimento, aonde quer que chegue o usuário, pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento.

As mesmas autoras tratam que em uma rede que responde de maneira fluida e acertada, as organizações “por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades” (DELZIOVO; OLIVEIRA; LACERDA, 2018, p. 9). Pelo relato do profissional acima, em alguns momentos a rede não compreende e compartilha as dificuldades encontradas nos âmbitos de cada serviço, acabando por gerar mais sobrecarga, em vez da eficiência dos recursos.

Os profissionais colocam que a aproximação da rede, de maneira geral, ocorre conforme a variação das necessidades dos casos atendidos, mas ainda assim o diálogo se apresenta aquém no que se refere à complexidade das demandas, diferente de outro momento anterior em que os serviços já estiveram mais vinculados. Salientamos que a rede é dinâmica, móvel e se atualiza constantemente, ou seja, trazemos aqui um retrato da conjuntura atual na percepção dos profissionais. A participante 3 fala de sua experiência de intersectorialidade e corrobora com nossa perspectiva:

*Existe né. Eu acho que assim, sempre é um pouco aquém. Parece que a gente sempre tá em falta né, com tudo que precisa ser feito com esses casos e com a complexidade que isso tem. [...] A gente já teve momentos mais próximos né porque essa construção e articulação da rede de algum modo é feita também caso a caso né. A rede também é. Tem uma rede instituída, mas tem a rede que a gente institui singularmente pra cada situação né... São novas pessoas, novos atores, então de algum modo a gente tem que tá sempre fazendo né, refazendo essa rede. (Part. SM3, grifo nosso).*

Estas dificuldades de diálogo entre os serviços da rede intra e intersectorial remetem ao princípio doutrinário de integralidade do SUS, firmado no momento em que a saúde começa a priorizar o modelo de atenção psicossocial, no formato de rede e em cuidado ampliado, buscando superar as ações desarticuladas nos tradicionais mecanismos de referências e contrarreferências entre os serviços.

### 6.2.3.1.3 Atenção Integral

Acompanhando os processos de reforma sanitária e psiquiátrica brasileira, os CAPS assumiram o papel de articulação das portas de entrada e de referência para o cuidado de saúde mental, e em 2011, com a criação da RAPS, a lógica de rede implicou ao CAPS

conceber a centralidade do cuidado no sujeito e nas relações que trava no seu entorno, e não mais no próprio CAPS. Disso decorre que o CAPS deixa de ser o principal responsável pela articulação do atendimento, compartilhando com a Atenção Primária em Saúde tal tarefa – processo sempre em construção. (DE OLIVEIRA BOCCARDI; RODRIGUES, 2021, p. 3)

Considerando esta relação intersetorial no gerenciamento da saúde mental da população de Florianópolis, que se complexifica no conjunto com outros pontos de atenção da RAPS, teceremos comentários sobre o cuidado compartilhado entre o CAPS e outros serviços, em diferentes situações mencionadas pelos participantes da Saúde Mental em que se pretende uma abordagem integral à saúde.

Sem a intenção de detalhar o processo de trabalho interno e os fluxos interinstitucionais, verificamos ser premente indicar que o CAPS tem sido convocado historicamente a atender situações de crise e urgência em saúde mental, decorrente da ausência de acolhimento a estas demandas em hospitais gerais e da fragilização da RAPS. Desta forma, para o manejo destas situações no CAPS II de Florianópolis, De Oliveira Boccardi e Rodrigues (2021) esclarecem que “temos pactuado com o SAMU e com outros dispositivos da RAPS e da RUE para que encaminhem à nossa equipe as pessoas que apresentem quadros de agitação psicomotora e comportamento suicida” (p.12). Diante deste cenário que sobrecarrega a equipe do CAPS, De Oliveira Boccardi e Rodrigues puderam identificar que “o CAPS prioriza o atendimento às demandas espontâneas de pacientes novos ou daqueles que já têm Projetos Terapêuticos Singulares no serviço, incluindo sobretudo as situações de crise e urgência em saúde mental” (p.1), realidade que parece ter continuidade aos trabalhadores participantes do nosso estudo.

O acolhimento de demandas espontâneas, no caso de pessoas com abuso de álcool e drogas, em que pode haver um cuidado compartilhado com o CAPS AD, é descrito pela participante 1 nestes dois exemplos:

*Só que normalmente, a gente não manda ele, mesmo ele chegando aqui: “Ah, sou usuário”. A gente coloca ele pra dentro, escuta, atende, depois encaminha [...] pra identificar realmente se é só a questão da droga ou há outro, há algum transtorno mental, né. Porque às vezes é um paciente que necessita de uma intensificação aqui com a gente e não lá, às vezes, né. Ou compartilhar.” (Part. SM1, grifo nosso)*

*Teve tentativa de suicídio por um sofrimento, e ela no caso, uma situação de abuso, onde ela vai precisar de uma psicoterapia, então ela vai ficar aqui com a gente, mas ela também tem uma dependência. Um uso abusivo de álcool, então ela também foi encaminhada ao AD, pra ver essa questão da dependência. (Part. SM1, grifo nosso).*

Como já mencionado, além das situações de crise e de desinternação, a necessidade de cuidado intensivo é um dos critérios adotados para o usuário permanecer no CAPS. Os encaminhamentos da rede também são considerados para avaliação, especialmente da equipe NASF. No entanto, se não houver a avaliação pela equipe NASF, o fluxo adotado é de que os usuários “sejam direcionados para as Unidades Básicas de Saúde (ou a outro ponto da rede intersetorial, conforme a necessidade) após avaliação e orientação, para atendimento mais próximo ao seu domicílio” (DE OLIVEIRA BOCCARDI; RODRIGUES, 2021, p. 6).

Esta estratégia não ficou evidente para nós no discurso de nossos participantes, porém percebemos que é frequente o cuidado compartilhado com os Centros de Saúde, em que o médico de família continua acompanhando o usuário, com foco na renovação de receitas, conforme esclarece a participante 1:

*Há casos que ficam aqui no CAPS fazendo uma psicoterapia, mas o acompanhamento, assim, renovação de receitas, ele vai pro médico de família, entende? Ou outras demandas também, tem esses casos compartilhados, tem bastante, tá, onde o médico de família mantém o acompanhamento, fazendo as renovações das receitas, mas ela tá aqui fazendo, ou participando da oficina, ou uma socialização que seja, ou uma psicoterapia, né. (Part. SM1, grifo nosso)*

Não percebemos problematização desta forma de cuidado compartilhado pela participante, o que pode indicar um bom funcionamento da Atenção Integral nestes casos citados. Ao mesmo tempo, o acompanhamento do médico de família “fazendo as renovações das receitas” à primeira vista parece insuficiente para efetivação do objetivo de promoção de saúde mental no território. Ao observarmos a diversidade de atividades e intervenções terapêuticas ofertadas pelo CAPS, bem como a possibilidade de convivência espontânea do usuário no equipamento e sua participação em ações de gestão participativa, percebemos que o projeto-político-institucional do CAPS parece bem preparado e apresenta significativo potencial de produção de saúde e mobilização comunitária. No entanto, a sobrecarga e a centralização do cuidado em saúde mental fazem alguns participantes queixarem-se da falta de resolutividade de ações preventivas na Atenção Primária: *"Antes do cara chegar ao CAPS, por tentar o suicídio né, de, ou, né... Pô, por que não faz a prevenção do cara que tá bebendo lá e tá, né, tá ali do lado, o bar tá do lado da casa e o posto também tá do lado."* (Part. SM4, grifo nosso)

Observando as dificuldades percebidas no cotidiano das práticas do CAPS e pensando em um projeto de enfrentamento à violência de gênero transversal também à política de Saúde, não é difícil notar que os desafios são inúmeros. Entretanto, apostamos que o direcionamento das ações pela perspectiva da integralidade em saúde poderia contribuir para a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres, assim como os seguintes autores:

A aproximação com as discussões da saúde pública a partir de uma leitura psicossocial favoreceu o encontro com algumas perspectivas que podem subsidiar tanto o entendimento ampliado do fenômeno da violência de gênero como a construção de estratégias para o seu enfrentamento. Entre esses, destacamos a noção de integralidade em saúde. (GRANJA; MEDRADO, 2009, p. 26).

A SPM, assim como os órgãos locais comprometidos na efetivação desta pauta atentam que é urgente que as distintas políticas, mantendo suas peculiaridades, criem mecanismos comuns de combate à violência, com vínculos formalizados entre os diversos setores. Em Santa Catarina, em 2018, o Conselho Estadual de Direitos da Mulher de Santa Catarina firmou o “Pacto Estadual Maria da Penha do Estado de Santa Catarina”, que

consiste em um acordo entre o governo estadual, municípios de SC, Ministério Público, Defensoria Pública, Tribunal de Justiça, Legislativo e demais organismos governamentais e não governamentais, para o planejamento de ações que consolidem uma Política Estadual de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio de uma articulação interinstitucional, com o objetivo de resposta pública, eficaz e imediata, para coibir, prevenir, punir e erradicar a violência doméstica e familiar contra as mulheres e a implementação de políticas públicas integradas em todo território estadual, e principalmente o cumprimento da Lei Maria da Penha (Lei 11.640/2006) para prevenção, combate à violência, assistência e a garantia de direitos às mulheres catarinenses. (CEDIM, 2018, p. 22).

Neste importante documento, o CEDIM baseia-se nas constatações retiradas da CPMI de Inquérito da Violência contra a Mulher realizada em 2012 e observa que a atenção às pessoas em situação de violência ainda é insuficiente em número de serviços e qualificação, e destaca “principalmente, a ausência de articulação e interlocução entre os vários serviços que compõem a rede, principalmente os da área jurídica” (CEDIM, 2018, p.17). Neste contexto, o CEDIM reafirma a importância de criação de “Centros de Reeducação e Reabilitação para agressores”, e mais diretamente propõe como ação nesta área a “Elaboração de Norma Técnica” destes serviços, o que poderia representar grande avanço na realidade local, momento em que as iniciativas com HAV estão ganhando corpo, a exemplo do Projeto Ágora.

Para a Saúde, o Pacto também prevê que as ações de atenção integral sejam planejadas “em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo”, além de:

elaborar/adotar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e da rede intersetorial, definindo

corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes. (CEDIM, 2018, p. 8).

Com o objetivo de compreendermos como estratégias intersetoriais de combate à violência de gênero podem ser pactuadas no âmbito da Saúde, trataremos as dificuldades e potencialidades de caráter institucional observadas pelos profissionais do CAPS na subcategoria a seguir.

#### 6.2.3.1.4 Aspectos Institucionais

No que concerne ao atendimento de HAV, as percepções dos entrevistados do CAPS sobre os aspectos institucionais para o acolhimento desta demanda na RAPS apontaram para a potencialidade de ações em saúde nestes casos, porém problematizam a capacidade do SUS e das outras Políticas, decorrentes de problemas de gestão da Administração Pública. A insuficiência de equipe é enfatizada como um dos grandes obstáculos à integralidade. Dentro do próprio CAPS, os participantes 1 e 4 reconhecem a necessidade de ampliação da equipe tanto para atividades originárias do Serviço como para a implementação de iniciativas de enfrentamento à violência de gênero: ***"Teríamos que ter mais técnicos em enfermagem também, no momento né, estamos sem assim que possa ficar com a gente de segunda à sexta" (Part. SM1, grifo nosso). "E aí enfim, mas também vamos falar de recursos humanos também. Vamos fazer num CAPS isso, então cadê o, cadê o reforço da equipe então?" (Part. SM4, grifo nosso)***

Obtivemos estes apontamentos em todas as entrevistas, e é também generalizada a observação de falta de recursos humanos em outras Políticas. Este dado também foi apresentado por Demarchi (2019) como uma das principais fragilidades da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. Abaixo fala ilustrativa de tal realidade: ***"E isso implica uma série de coisas, inclusive a situação que as equipes estão de modo geral né. E aí na Saúde, na Assistência. Com pouquíssimas pessoas, então isso demanda também né, um tempo e possibilidades de articulação, e reunião."*** (Part. SM3, grifo nosso)

Os profissionais também comentam com relação à rotatividade de profissionais, que prejudica o trabalho contínuo e o acompanhamento longitudinal de usuários. Algumas vagas da equipe técnica do CAPS foram preenchidas recentemente, em período de pandemia, o que implica para uma das entrevistadas que alguns técnicos tenham apenas um conhecimento básico em Saúde Mental. Outro participante menciona procedimentos administrativos que resultaram

em afastamentos de trabalhadores antigos do CAPS por um longo período de tempo, percebidas como barreiras político-administrativas dificultadoras à implementação de novos projetos. Este cenário de saturação de demandas e pouca equipe técnica provoca a criação de estratégias “improvisadas” frente às demandas existentes, e pouca confiança dos trabalhadores em que um projeto institucional de enfrentamento à violência pudesse se concretizar. Como este projeto é concebido pelos profissionais como um trabalho em conjunto entre Atenção Primária e a Saúde Mental, a fragilização da primeira certamente reflete no trabalho da última. O grupo misto de gênero é uma das estratégias criadas diante da saturação da rede, segundo o participante 4, mas que por outro lado não criaria condições para o trabalho com HAV:

*Aí o colega de repente vai criar esse grupo de homens e aí ele não vai ter horário pra atender as mulheres, com as suas demandas. Bom, e aí que que é feito, é feito um grupo misto, que é o que se tem né, em geral, no NASF. O grupo misto também é ótimo e tal, mas e aí? Algum homem vai se sentir à vontade pra falar por que espanca a mulher, diante de outras mulheres, vizinhos? Acho difícil. (Part. SM4, grifo nosso).*

*E a contrapartida da promoção da saúde, por exemplo, do educador físico lá que ia chegar pra fazer o grupo de alongamento com as velhinhas lá, né, pra velhinha não deprimir, não querer se matar? Bom, e o Educador Físico tá... Não existe, por exemplo. (Part. SM4, grifo nosso).*

Com estas dificuldades, o participante 4 se posiciona de maneira crítica a assumir funções não previstas para os CAPS, decorrente da fragilização da rede, como podemos perceber nesta fala: ***"É, não é pra suprir também as coisas que faltam no Posto, né."*** (Part. SM4, grifo nosso). De Oliveira Boccardi e Rodrigues (2021, p. 13) compartilham da mesma visão dos profissionais, expondo que em 2019 havia uma relação usuário-trabalhador de 30 para 1:

A atuação do CAPS ora em análise tem privilegiado os atendimentos de demanda espontânea, sejam as situações de crise e urgência, as solicitações de pacientes já regularmente acompanhados ou as avaliações de pessoas que procuram o serviço pela primeira vez. Como decorrência dessa priorização e da quantidade exígua de profissionais, observamos uma sobrecarga no trabalho da equipe e uma dificuldade em manter a intensividade necessária à atenção de diversos pacientes. Assim, as consultas psiquiátricas resultam por demais espaçadas e a oferta de estratégias coletivas de cuidado e de gestão permanece um desafio a ser enfrentado por trabalhadores e usuários. Cabe destacar a dificuldade em exercer de fato o cuidado territorializado.

Sendo esta a realidade do município, para um envolvimento da Saúde Mental no enfrentamento à violência de gênero seriam necessários esforços institucionais que amparassem o fortalecimento da intersectorialidade, cumprindo com os pactos instituídos pelo Município. Recordamos também que as secretarias estaduais de Saúde, Assistência Social Trabalho e Habitação, Segurança e Educação, assinaram em 2015 Termo de Compromisso para Atenção

Integral às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Sexual e Outras Violências (CEDIM, 2018). Portanto, a corresponsabilização expande-se não somente aos executores como aos elaboradores e financiadores das políticas. Não podem os trabalhadores arcarem sozinhos com a construção da rede.

Outro significativo agravante às dificuldades institucionais ficou evidenciado em nossos resultados de pesquisa. A pandemia de COVID-19 é um dos assuntos abordados na próxima subcategoria, pois o advento desta crise global aprofunda a saturação das redes de saúde, ao mesmo tempo em que dificulta o trabalho articulado.

#### 6.2.3.1.5 Pandemia

A impressão de que a pandemia de COVID-19 acirraria dificuldades já encontradas pelos profissionais da rede pôde ser confirmada quando indagamos aos participantes do CAPS sobre os efeitos da crise sanitária no atendimento de saúde mental. Em geral, foram apontadas dificuldades de acesso e compreensão dos fluxos por parte dos usuários, saturação da rede que provoca que somente os casos mais prioritários consigam acompanhamento, e ainda, projeção de aumento de demanda para a Saúde Mental. A participante 1 enfatiza:

*Como muitas consultas, as consultas presenciais, foram muitas canceladas, e tá só com maior parte do Centro de Saúde com teleatendimento, às vezes os usuários nos procuram dizendo que tão tendo uma dificuldade, mas na verdade às vezes ele que não soube ainda entender também o fluxo. [...] Às vezes o usuário chega até o Centro de Saúde e ele recebe essa informação que ele tem que entrar em contato pelo WhatsApp, ele às vezes não segue com essa orientação de solicitar o atendimento, ele vem direto aqui, né. Isso tem acontecido muito. Assim, às vezes: “ah, o posto de saúde não tá atendendo, só tão atendendo COVID”. Não, atende-se tudo, sim. Só que tá se atendendo os casos que são prioritários. (Part. SMI, grifo nosso).*

Com relação à saúde mental no período de pandemia mundial, podemos citar com base em dados do IPEA, os agravos decorrentes de medo de contaminação, isolamento social, diminuição de renda, desemprego, poucas estratégias de enfrentamento à crise econômica e sanitária, informações incoerentes e imprecisas quanto às medidas a serem tomadas (MORAES, 2020), as mudanças nas atividades de trabalho e de escola, bem como a vulnerabilidade de grupos (mulheres, crianças, idosos, LGBTQI+) que passaram a estar confinados com seus agressores. Com relação aos homens, neste cenário de pandemia, pesquisadores ainda atentam para aspectos de socialização masculina que levam a uma sensação de “invulnerabilidade”, contribuindo para que homens tomem menos medidas de prevenção e mantenham maior circulação no espaço público, tradicionalmente designado a eles (MEDRADO et al., 2021). Ao momento desta pesquisa citada, os autores já reuniam referências que indicavam maiores

índices de mortalidade masculina que feminina em diversos países decorrentes de COVID-19. O desemprego como fator de risco à saúde mental de homens e a sobrecarga do trabalho doméstico de mulheres também foram abordados pelos pesquisadores como fatores ligados à gênero a serem considerados.

Não podemos também de deixar de enfatizar os impactos na saúde mental de trabalhadores da saúde envolvidas na linha de frente do combate à COVID-19 ou não, conforme revisado por Ziwelewski et al. (2020, p.31) e caracterizados como “perturbações nas redes familiares, necessidade de adaptação cultural, quando se trata de equipe médica internacional, ansiedade, temor de contaminação pela alimentação e trabalho excessivo”. Tanto a participante 1 como o participante 4 atentam para esta realidade: *"A gente também bate no teto da, enfim, de uma rede saturada né, já de... Né, imagina, assim “ah” eu vou falar que, “bá”, isso pode ser feito no Posto de Saúde. Bom, **chego lá no Posto de Saúde o pessoal tá enlouquecido né, COVID, saúde mental.**"* (Part. SM4, grifo nosso)

*A gente entende também que pra Atenção Básica agora tá bem difícil né. A demanda cresceu muito, há muitos casos aí de COVID a ser investigados, eles “tão” testando muitos, então ficou uma demanda excessiva pra eles também né. Então... **E pra gente eu acho que agora a tendência também, essa semana que foi bem movimentado, tá sendo. Vai aumentar muito também aqui a demanda pra Saúde Mental.*** (Part. SM1, grifo nosso).

Mesmo com a dimensão das dificuldades apresentadas nas últimas subcategorias, os profissionais percebem potencialidades ao enfrentamento da violência de gênero configurada em rede, a partir das quais sugerem possibilidades de ação. Relacionaremos as intervenções indicadas na próxima subcategoria nomeada “Outras ações possíveis”.

#### 6.2.3.1.6 Outras ações possíveis

Outras ações que pudessem ir além do trabalho no CAPS e que se complementariam ao enfrentamento à violência de gênero, foram levantadas pelos profissionais do CAPS. Segundo o entendimento deles, é possível também indicar as respectivas obrigações de implementação. O participante 4, por exemplo, aposta na importância da prevenção ao abuso de álcool e outras drogas, em uma abordagem educativa, como parte das atribuições de profissionais do NASF.

*Mas é, eu acredito sempre na... em vez da questão punitiva, antes duma punição, existe a educação né. Promoção de saúde, prevenção, antes de remediar, punir, né. Aí enfim, envolvendo tudo isso tem a questão do álcool, né. Muito presente nessas violências, né, questões transgeracionais da bebida alcoólica."* (Part. SM4, grifo nosso)

Ainda atribuindo ao papel do NASF, o profissional referido acredita que ações de promoção de saúde e prevenção de violência para homens possam ser instituídas. Por outro lado, quando se trata de encaminhamentos judiciais de casos em que já ocorreu a violência, o profissional pensa em um serviço especializado vinculado à Justiça ou a outros mecanismos estatais:

*Ah, pode ser feito um trabalho de promoção de saúde com os homens no posto de saúde. Ah, linda ideia, ótimo, bacana, né. Ah, antes deles chegarem ao CAPS como agressores, homicidas quase, né, enfim, tentativa de suicídio, homicídio, enfim, o cara já tem uma, um trabalho mais de prevenção, na ponta. Ótimo, mas aí vou falar do trabalho do colega que tá na ponta né. [...] Sei lá, psicólogo do NASF, Núcleo de Atenção a Saúde da Família poder, enfim, fazer um grupo de homens no CS, sei lá. Também não conheço uma pessoa que faz isso. [...] Bom, aí também se é pra ser punição, pra ser, né, pro cara.. aí que a justiça, ou os governantes possam criar um serviço especializado pra isso, mas não no CAPS. Senão a gente deixa de (inaudível) porque vai começar a fazer esse tipo de trabalho, e aí a gente deixa o esquizofrênico em casa, aí é uma opção, né. (Part. SM4).*

Já para a participante 3, o trabalho reflexivo com HAV, sem mérito à responsabilidade de execução, é visto de maneira integral ao debate social de construção de uma cultura que não aceite a violência. *"Acho que discutir né, e de um certo modo socialmente, legalmente, não aceitar a questão da violência, ela não implica não haver espaço pra que esses homens possam falar e se colocar em relação a isso, pelo contrário, me parece né."* (Part. SM3)

E pensando nas mulheres vítimas de violência que não rompem os vínculos, nem chegam ao sistema de segurança pública, a participante 1 sugere um serviço voltado a estas ou aos casais/famílias.

*A gente entende toda essa questão da mulher, mas aí enfim, as vezes muitas voltam de novo a sua casa ou não fazem nenhum tipo de denúncia né, e essa agressão vai continuar, né? Vai perpetuar, às vezes ela não sai dessa relação, né. Tem medo de sair dessa relação abusiva, e se tivesse algo pra procurar, ou o casal que seja, né. Acho que poderia auxiliar muito as famílias aí. (Part. SM1, grifo nosso).*

Em suma, podemos depreender as seguintes sugestões dos trabalhadores do CAPS:

Quadro 8 – Sugestões de ações ao Grupo Saúde Mental

<b>Outras ações possíveis</b>
Prevenção em Saúde Mental ao abuso de álcool e outras drogas (NASF)
Grupos de homens na Atenção Primária (NASF)
Trabalhos reflexivos com HAV junto ao debate social ampliado de intolerância à violência
Serviços voltados a casais ou famílias em situação de violência (pré-denúncia)

Fonte: A autora.

### 6.2.3.1.7 Síntese da categoria 3

Embora o trabalho em rede seja percebido como fundamental, os participantes do CAPS percebem a rede saturada, com barreiras à intersectorialidade (quer seja de localização, ausência de fluxo e espaços de comunicação ou de recursos humanos). Percebemos que a priorização ao cuidado intensivo, ao manejo de crises e das demandas espontâneas tensiona a possibilidade de estratégias coletivas de cuidado e gestão, dentre as quais poderiam haver ações de enfrentamento à violência de gênero. A pandemia ressalta as dificuldades já encontradas pelos profissionais no CAPS e em outros pontos de atenção com os quais mantêm intersectorialidade ou nos quais já circularam em sua trajetória como servidores municipais. O cuidado compartilhado é visto como via de mão dupla, reconhecendo a importância de fortalecer ações de atenção primária, que caso contrário, sobrecarregam o atendimento especializado em Saúde Mental. A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres é reconhecida principalmente por meio do CREMV e das Casas de Acolhimento, com os quais há contato e reuniões intersectoriais a partir dos casos compartilhados pela via da Justiça. No entanto, os profissionais ampliam o olhar para as possibilidades de ações em saúde e serviços específicos que trabalham com homens autores de violência ou nos determinantes de saúde que auxiliariam em sua prevenção.

Destacamos que o setor saúde, e também o CAPS, precisam se reconhecer como parte da rede de enfrentamento à violência de gênero, no que diz respeito também ao atendimento das pessoas que cometem violência, conforme orientado pelo Ministério da Saúde (2005) ao estabelecer a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”.

O CAPS não como lugar, como serviço, mas como ‘conceito operacional’. Conceito operacional para que ele não se cristalice e não se cronifique; para que se atualize o tempo todo, na medida em que a contemporaneidade dos conhecimentos possa influir sobre sua própria dinâmica, e ainda, para que incorporação das potencialidades comunitárias possa interferir de tal forma em seu funcionamento que permita mudar inclusive o seu perfil. (ALVES e GUJLOR, 2004, p. 231, *apud* PEDROSA, 2006, p. 76).

### 6.2.3.1.8 Interfaces categoria 3

Quadro 9 – Interfaces da Categoria 03 - Perspectivas do Trabalho em Rede no Enfrentamento à Violência.

<b>Dificuldades</b>	<b>Potencialidades</b>
Pouco conhecimento e discussão sobre serviços que compõem ou possam compor	Aproximação do CAPS com o CREMV e a Casa de Passagem podem favorecer a

uma Rede de Enfrentamento à violência de gênero.	construção de sentidos de responsabilização e trabalho com HAV.
Dificuldade de diálogo no que diz respeito aos encaminhamentos realizados ao CAPS pela rede de saúde.	Profissionais compreendem necessidade de fortalecimento da Atenção Primária para o enfrentamento da violência.
Saturação da rede de Saúde e em outras Políticas X equipe técnica insuficiente. CAPS precisa ater-se aos casos de maior gravidade, dificultando ações de cuidado coletivo e gestão participativa.	Pactos municipais e estaduais e Projetos legislativos que apoiam o acompanhamento e atendimento de HAV.
Combate à COVID-19 também acirra a saturação da rede e o atendimento aos casos de Saúde Mental também são priorizados por ordem de gravidade. Usuários com dificuldade de entender os fluxos e adaptar-se às tecnologias no atendimento de saúde no cenário de pandemia.	Necessidade do olhar de gênero no período de pandemia para Atenção Integral à Saúde do Homem e ao enfrentamento da violência de gênero neste contexto.
-	Profissionais visualizam ações de enfrentamento à violência de gênero na Atenção Primária, Justiça e para HAV junto ao debate social ampliado.

Fonte: A autora.

### 6.3 GRUPO 02: REDE DE ENFRENTAMENTO

#### 6.3.1 Categoria 4 – violência, saúde mental e projeto Ágora

Depois da discussão a partir das falas dos profissionais do CAPS II, apresentaremos as categorias encontradas para as entrevistas do Grupo Rede de Enfrentamento. Nesta primeira categoria, similar à categoria 1 do primeiro grupo, trataremos do conjunto de dados que articulam a compreensão dos facilitadores do Projeto Ágora sobre suas concepções de violência, metodologia de trabalho, e sobre como as demandas de saúde mental são tratadas e percebidas no âmbito do Projeto.

##### 6.3.1.1 Subcategorias

##### 6.3.1.1.1 Grupo Reflexivo de Gênero (GRG) e violência

Esta subcategoria destaca o entendimento dos entrevistados sobre a função do Grupo Reflexivo de Gênero no trabalho com HAV e seus efeitos, bem como os principais temas tratados. Primeiramente é importante situar que o Projeto Ágora se inspira na metodologia de

trabalho desenvolvida pelo Instituto Noos, inicialmente formado por profissionais que ofereciam terapia sistêmica a famílias, na qual ficou evidente o problema da violência (BEIRAS; BRONZ, 2016). Mais tarde o Instituto Noos desenvolveu uma linha de ação dentro do “Programa de prevenção à violência intrafamiliar e de gênero” para o trabalho com homens nesta situação, recebendo destaque nesta área. Com apoio da Subsecretaria Pesquisa e Cidadania da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro e parceria com a equipe do projeto Homens, Saúde e Vida Cotidiana da ENSP – FIOCRUZ/NESC – UFRJ, o Noos realizou atividades do Programa “Polícia Cidadã” com policiais militares encarcerados em 1999. A época, havia forte demanda de atendimento psicológico aos policiais, todavia, uma componente da equipe da Subsecretaria daquele período explicita como o projeto foi desenvolvido:

O projeto “Polícia Cidadã” não consistia exatamente em prover atendimento psicológico individual aos agentes, mas oferecia-lhes a possibilidade de refletir coletivamente sobre suas experiências, sobre sua saúde, suas emoções e sobre outros temas freqüentemente excluídos do repertório masculino (como a construção da identidade masculina, as relações de gênero, sexualidade, prevenção de DSTs/AIDS, paternidade, maternidade, família, espiritualidade etc.). Era uma oportunidade rara para a relativização dos valores e símbolos que associam a masculinidade à violência, à dominação e ao confronto, e interferia, direta e indiretamente, na conformação da auto-imagem e na elevação da auto-estima. Não se tratava de uma terapia, como faziam questão de afirmar os condutores do projeto, mas de um processo cujos efeitos eram freqüentemente terapêuticos. (SOARES, 2004, p.7).

Embora o trabalho não tenha se concretizado em um Centro de Referência e Atendimento a Homens (CEARH), como era do desejo dos idealizadores, por uma ruptura da parceria entre os poderes executivo e judiciário e da “reversão da política de segurança pública que se buscou implantar no Estado do Rio de Janeiro” (SOARES, 2004, p. 11), os grupos se mantiveram por busca espontânea de homens ou por variadas vias de encaminhamentos: Juizados Especiais Criminais, Centrais de Penas e Medidas Alternativas do Estado do Rio de Janeiro, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Varas da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares e Centros de Atendimento à Mulher.

Com o relato das primeiras intervenções realizadas pelo Instituto Noos verificamos que a diferenciação entre o método reflexivo e terapêutico se faz importante, com a compreensão de que mesmo que um efeito do grupo possam ser as transformações das subjetividades individuais dos participantes e de aspectos de suas dinâmicas de vida, não são estes os objetivos da proposta. Segundo os precursores dos grupos, na primeira metodologia apresentada em 2004, nos grupos há uma “continência dos estados afetivos” envolvidos nas identidades masculinas e na prática da violência, mas o foco está no estabelecimento de

diálogos coletivos que favoreçam “a compreensão de como as situações de violência são construídas nas relações interpessoais e reforçadas no cotidiano pela cultura em que vivemos” (ACOSTA; FILHO; BRONZ, 2004, p. 15).

A diferenciação com o método clínico é declarada por um facilitador que entrevistamos, pontuando também o descolamento do GRG de um caráter repressor ou de uma educação verticalizada. O participante indica que é necessário retirar do imaginário dos homens - em sua grande maioria encaminhados pelo Fórum e que eram convidados a participar do grupo no espaço da Delegacia - que o Projeto Ágora se trata de uma proposta terapêutica ou “civilizatória”:

*De modo geral é pra explicar pra ele o que é, o que não é principalmente, que eles acham que é uma... Algum tipo de repressão ou um grupo terapêutico. Tem que explicar pra eles exatamente o que vai acontecer, e que irão outras pessoas com as mesmas, os mesmos anseios deles né, e a estrutura mesmo. [...] A maioria aqui é adulto, a gente não vai tá fazendo terapia de grupo com vocês e também não é nenhum grupo repressor. Ninguém tá aqui pra ensinar vocês a tratar uma mulher, ou coisa parecida. A gente quer entender como que vocês enxergam a situação. (Part. E2, grifo nosso).*

Com esta fala identificamos a perspectiva construcionista social com a qual o Instituto Noos baseia suas práticas de Grupos Reflexivos de Gênero. Segundo a metodologia atualizada em 2016 (BEIRAS; BRONZ), os principais referenciais teóricos assinalados são: “Construcionismo social”, “Estudos de gênero e teorias feministas”, “Visão sistêmica, ecológica e complexa”, “Educação Popular” e os processos reflexivos de Tom Andersen.

A partir das entrevistas com os facilitadores do Projeto Ágora, analisamos que embora o grupo possa se caracterizar como um espaço de escuta e expressão dos participantes, como apresentado pelo participante 2: *“Daí, você consegue perceber que ali é um espaço mais de acolhimento e de ouvi-los, de qualquer outra coisa, já eles percebem isso.”* (Part. E2, grifo nosso), são as perspectivas dos homens acerca das relações de gênero que são focalizadas e trabalhadas. Os facilitadores utilizam dos conteúdos sexistas presentes nas conversas entre os homens do grupo para provocar reflexões de gênero, principalmente para a desconstrução de padrões de masculinidades e feminilidades hegemônicos. Trata-se de dar visibilidade ao lugar das masculinidades na construção social da violência de gênero. É em torno destas posições que o grupo precisa se centralizar, conforme explicita o participante 2: *“Sempre quer falar de relação de gêneros, é uma coisa que a gente não abre mão”* (Part. E2, grifo nosso).

Ao mesmo tempo, a adoção da abordagem reflexiva não quer dizer que não se possa fazer uso de conceitos teórico-práticos do campo das psicoterapias. Segundo Beiras e Bronz

(2016, p.11), diferentemente de trabalhos com HAV de cunho psicopatológico, psicoeducativo ou cognitivo-comportamental, a abordagem escolhida “é um enfoque inclusivo, que comporta abordagens como as psicológicas, educativas e vinculadas às teorias de gênero”. Na primeira versão da metodologia do Instituto Noos, apresentada em 2004, os autores apontam a apropriação de conceitos da terapia familiar sistêmica (presente nas bases dos projetos da organização), como por exemplo a diferenciação entre agressividade, conflito, poder, potência e violência, ao abordar a questão do exercício violento de poder. Na nova versão sistematizada em 2016 por Beiras e Bronz, embora a visão sistêmica seja apresentada a partir de seus pressupostos gerais, acreditamos que a interlocução com as teorias e práticas sistêmicas utilizadas em meio terapêutico ainda seja possível. Na análise de Andrade (2014, p.187):

a proposta nomeada como reflexiva ainda carece de uma conceituação, no entanto, nos relatos divulgados das propostas, ela evidencia influências de cunho educativo nos seus objetivos e metodologia e, com pressupostos de modelos terapêuticos da psicologia na formação, composição e contrato do grupo.

Desta forma, o olhar para a afetividade dos homens e a expressividade desta no meio social não é excluído pelo GRG. Pelo contrário, são tomadas como pressupostos associados às normas e categorias de gênero que fundamentam a perspectiva construcionista, uma vez que nesta concepção as emoções são configuradas nas interações sociais, e o pensamento complexo exige também o olhar para estas facetas:

Há estudos que vinculam a identidade do homem à preocupação e ao exercício da paternidade, à performance sexual e ao uso da força e da violência como uma das formas na resolução de conflitos. Esses estudos ressaltam que os homens dispõem de poucas habilidades e recursos para se expressarem verbalmente, sendo seletivos quanto à expressão de determinadas emoções, como amor, medo, tristeza, carinho, privilegiando a razão, dominando ou opondo-se à mulher e temendo a proximidade com outros homens (homofobia)<sup>1</sup>. O conhecimento desses aspectos tem sido frequentemente utilizado para fundamentar nossos trabalhos e compor o quadro dos temas a serem discutidos no grupo. (ACOSTA; FILHO; BRONZ, 2004, p.16).

Depreendemos deste comentário que problematizar, a fim de expandir estas formas de expressão e performances esperadas aos corpos generificados no meio social serve como base ao trabalho de combate à violência, pois permite construir novos significados aos relacionamentos, seus conflitos e aos padrões de comportamentos masculinos. Portanto, mesmo que não se configure como uma abordagem terapêutica, a verificação da associação entre a saúde mental de homens e mulheres e as normas de gênero é essencial às intervenções psicossociais de enfrentamento à violência contra a mulher, conforme aponta Valeska Zanello (2020), sejam elas na Saúde ou nos Programas com HAV. A autora discute o conceito de gênero com a saúde mental articulados à ideia foucaultiana de dispositivos, que os define como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (p. 244) “o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. (FOUCAULT, 1996, p. 244 *apud* ZANELLO, 2020, p. 55).

A partir da interrelação entre estes elementos os dispositivos de gênero funcionam como máquinas, destinadas a conformar, regular, orientar, controlar e determinar formas de ser e pensar dos sujeitos. Para Foucault (1996 *apud* Zanello, 2020) esta rede de elementos que compõem o dispositivo se aplica em três dimensões: saber, poder e subjetividade. Na dimensão do saber estão os códigos linguísticos, as representações culturais e as produções de verdade. Na dimensão do poder, os dispositivos atuam em linhas de força e tensões. E quanto à subjetividade, há aí o processo de produzi-las, ao mesmo tempo em que os sujeitos também reiteram os dispositivos, de maneira não-passiva. Por isto é que as pessoas assumem estas normas e identidades de gênero, no próprio processo de assujeitamento, de maneira “livre”, legitimando os dispositivos em um movimento dialético. Estes argumentos conversam com o postulado por Butler (1990) quanto às performances de gênero, que enquanto atos dos sujeitos, ao se padronizarem criam uma ilusão de substancialização, provocando o efeito social de gênero, portanto não sendo estático. Em Butler, “a linguagem que se refere aos corpos ou ao sexo não faz apenas uma constatação ou uma descrição desses corpos, mas, no instante mesmo da nomeação, constrói, ‘faz’ aquilo que nomeia, isto é, produz os corpos e os sujeitos” (LOURO, 2001, p. 548).

Com estas concepções, Zanello (2020) propõe que os dispositivos de gênero podem atuar produzindo sofrimento psíquico a homens e mulheres, ao mesmo tempo em que servem como fatores de proteção em alguns casos, considerando que os dispositivos são privilegiados a cada gênero e, portanto, impelem a formas de ser e agir específicas, tomadas como “naturais”. Argumenta que para as mulheres – ou corpos lidos como femininos - há o imperativo dos dispositivos amoroso e materno, enquanto que para os homens o dispositivo da eficácia se desdobra nos valores de virilidade laborativa e sexual.

Retomando os conceitos de masculinidades hegemônicas, subordinadas, cúmplices e marginalizadas de Connell e Messerschmidt (2013) podemos verificar que embora os homens estejam remetidos aos dispositivos de eficácia, este assujeitamento não se dá de maneira homogênea, no meio social. A interpelação às performances dentro de parâmetros pré-estabelecidos é diversa, por vezes negadas a uns, a depender do contexto social. Temos para a masculinidade hegemônica um “homem de verdade”, enquanto que as masculinidades periféricas teriam menos valor social. Assim, de acordo com os valores reforçados a partir das

ideias capitalistas, como o trabalho, a heteronormatividade, o embranquecimento e a agressividade temos um pacote masculino hegemônico, um “ideal a perseguir”, mesmo que as condições para isto não sejam as mesmas para todos os homens.

Para os homens, como para as mulheres, a educação se faz por mimetismo. Ora, o mimetismo dos homens é um mimetismo de violências. De violência inicialmente contra si. A guerra que os homens empreendem em seus próprios corpos é inicialmente uma guerra contra eles mesmos. Os índices de suicídios, em homens, no Brasil serem bem maiores do que os números entre as mulheres, diz-nos muito disto. Depois, numa segunda etapa, é uma guerra com os outros (os outros, são mulheres, a comunidade LGBTQ+ e, os homens negros). (WELZER-LANG, 2001, p.463).

Percebemos que o debate sobre as diversas formas de fazer masculinidades é inserido no Projeto Ágora, em consonância com o analisado por Andrade (2014), que diz que os trabalhadores desta área acreditam na alteridade como boa forma para balizar comportamentos. O autor esclarece que “não é autoajuda”, ou seja, por entender que a abordagem não serve à culpabilização e à individualização da questão da violência, mas sim a ampliar para as dimensões históricas, políticas e culturais da violência coletivamente junto a estes homens. Podemos ver um exemplo desta perspectiva na expressão do participante 2:

*Aí eles têm graus de visão, tem alguns que são bem mais conservadores, eles acham que é assim eu que mando e você me obedece e é isso aí, é assim que ele pensa, foi assim que ele foi criado assim. E aí tem outro que é mais flexível, aí um começa a corrigir o outro, isso é interessante. (Part. E2, grifo nosso).*

Ao tomar o conceito de gênero como inscrito nos significados sociais e partilhado por meio de interações entre homens e mulheres, os participantes apostam na reconstrução de relacionamentos sem violência, a partir de sua desnaturalização realizada por reflexões coletivas e horizontais. O desenvolvimento do trabalho do Instituto Noos, que realiza também intervenções com mulheres, realiza grupos mistos e mantém facilitadoras na composição das equipes, mostra que os trabalhos voltados a HAV têm se estruturado cada vez mais para um debate social mais ampliado e democrático:

Acreditamos não ser recomendável estimular o estabelecimento de hierarquias entre seus membros, principalmente entre os(as) facilitadores(as) e os demais, sob risco de reforçarmos os já cristalizados desequilíbrios de poder entre as diferentes configurações de gênero presentes em nossa sociedade. O respeito pela diversidade de vozes e sua inclusão nos encontros reflexivos é outra pedra angular da metodologia. Acreditamos que ela é o próprio motor para a abertura de novos significados e onde reside a principal finalidade dos(as) facilitadores(as). Por último, a ideia de que nos constituímos na linguagem, cujos significados são dados de forma consensual, também nos é muito importante. Dado o caráter temporário, transitório e contingente deste jogo de significações, estas são passíveis de serem reformuladas. Do contrário, não poderíamos almejar as mudanças que tanto desejamos (BEIRAS; BRONZ, 2016, p. 37).

Para o participante E2, o comportamento violento muitas vezes é transmitido intergeracionalmente (concepção também encontrada no Grupo da Rede de Saúde Mental), e considera que a responsabilização de HAV perpassa a ampliação do olhar para o ato de agressão e o desenvolvimento da empatia com a vivência de mulheres:

*A gente vai até onde a gente consegue ver, a gente pode chegar até a minha visão, as minhas palavras, mas eles não estão mentindo, [...] eles chegam assim “Não eu senti raiva, eu só dei um empurrão, e pra ele é só um empurrão mesmo, ele não tá querendo enganar alguém, ele realmente acha que foi só um empurrão e a lei está fazendo um estardalhaço por isso, então o caminho vai mostrar pra ele que não é só isso. Não é só uma mensagem no WhatsApp “Vou te matar”, “Vou te dar uma bala da cabeça”, “esses dias eu falei que ia dar um tiro, mas ela nem sabe qual arma eu tenho”. Mas pra quem tá escutando [...] Quando eles começam a refletir sobre o que eles fizeram e o que as mulheres sentiram naquele momento. Que também é violência, que pra eles não é violência. E o interessante é que eles não são mentindo, não são tentando enganar, eles acham realmente que não é violência foi assim que eles foram criados, tão bem criados. (Part. E2, grifo nosso).*

O expressado está em consonância com o recomendado por especialistas com trabalhos com HAV, que indicam que além do trabalho com a socialização masculina, o grupo não pode perder de vista a garantia de direitos das mulheres:

É fundamental que iniciativas estejam alinhadas à ideia de equidade de gênero, ao desenvolvimento de empatia com as vivências das mulheres e ao fortalecimento dos direitos humanos, no lugar de focar exclusivamente na experiência de homens entre homens e sua felicidade, sem relacionar com as vivências e empatia com as mulheres. (BILLAND, 2016 *apud* BEIRAS; BRONZ e SCHNEIDER, 2020, p. 62).

Entretanto, mesmo com a consideração desta variedade de posições de masculinidades, alteráveis, identificamos que ao inserir os homens nos grupos, os facilitadores também realizam na “segunda acolhida” dos participantes uma análise preliminar a fim de seleção, para o bom andamento do grupo. Acreditamos que há o cuidado, por parte dos coordenadores, com a observância da assunção da masculinidade hegemônica nos integrantes para que o grupo não reforce violências e que se possa ter condições à responsabilização e reflexão coletiva:

*A gente tenta entender o que que é um pouco da demanda deles, identificar de novo se eles têm vontade e perfil pro grupo, porque não é todo mundo, depende da situação de violência, do momento de vida, da saúde mental daquele momento. E outra é a própria conexão como um fator importante da masculinidade, né? Que é não mostrar a falta de poder, mostrar a falta de virilidade (inaudível) potentes. Então... Se abrir e tocar em alguns pontos ou refletir sobre as fragilidades seria mostrar um pouco da sua baixa-guarda. Mostrar que você não é perfeito, mostrar fragilidade frente a outros homens, que isso é sempre difícil. (Part. E3, grifo nosso).*

Assim como a discussão sobre masculinidades não pressupõe um homem só, genérico, com a complexificação das lutas feministas ao longo do tempo, o sujeito das mulheres também não permaneceu o mesmo. Ao passo que avançamos da discussão do homem como categoria universal e a mulher sendo “o outro”, “o negativo linguístico” em Beauvoir, podemos avançar das categorias binárias homem-mulher, agressor-vítima a partir da perspectiva *queer* em Butler e em outros estudiosos pós-identitários, ao identificarmos que a matriz heterossexual e de dominação masculina impõe enquadre e controle a todos, com múltiplas violências por vezes camufladas.

A análise de Beauvoir levanta implicitamente a questão: mediante o ato de negação e renegação posa o masculino como uma universalidade descorporificada e é o feminino construído como uma corporalidade renegada? A dialética do senhor e do escravo, aqui plenamente reformulada nos termos não recíprocos da assimetria de gênero, prefigura o que Irigaray descrevia mais tarde como a economia significativa masculina, a qual inclui tanto o sujeito existencial como o seu Outro. (BUTLER, 2003, p. 31).

Aproveitamos da desconstrução derridiana *queer* proposta por Louro (2001, p. 548), que pretende atingir os discursos binários, demonstrando não só a “interdependência e fragmentação entre os polos” como afirmação de um e negação de outro, mas desestabilizando as categorias, mesclando suas características dadas a priori e desmantelando sua fixidez. A demonstração da instabilidade das categorias de gênero, ao mesmo tempo em que perturba a ordem social, mostra os processos pelos quais elas são naturalizadas. Portanto, Louro (2001, p.550) nos traz que ao plantar problemas, mais do que oferecer soluções, sua pedagogia *queer* não se pautaria em “meramente contemplar uma sociedade plural”, mas esbrachar o jogo político e as disputas presentes no regime que institui as subordinações. Na fala deste participante podemos ver como há o interesse ampliado nos temas em discussões com HAV, frutífero ao debate das variadas dimensões das políticas de poder:

*E aí a gente explica pra eles que (inaudível) a gente entende que nesse momento a Lei acaba sendo mais rígida com ele, mas que por causa de uma parcela é preciso. E outras pessoas tão passando o mesmo que eles e a gente quer escutar a parte deles, de como eles vêem esse fenômeno da separação, da violência, da conjugalidade, da lei interferindo, sabe? Aí eles se interessam porque eles querem falar disso (Part. E2, grifo nosso).*

Concluimos com a compreensão de que, em intervenções psicossociais, trabalhar a existência das categorias homens, mulheres, feminilidades e masculinidades sem desestabilizar as relações de poder, instituições de verdades e os dispositivos de gênero pode reforçar padrões binários acerca das dinâmicas sociais da violência de gênero.

Considerar a masculinidade e os homens objetos específicos dos estudos da masculinidade acarreta consequências teóricas e políticas sérias. Teoricamente, ao

trabalhar a partir de uma divisão ingênua entre masculinidade e feminilidade, não incorpora as severas críticas das políticas de identidade, a complexificação do estudo de objetividade e a centralidade das reflexões sobre as relações de poder que configuram os objetos que se relacionam diretamente a sexo, a gênero ou a ambos. (MEDRADO; LIRA, 2008 *apud* BACCIN, 2020, p.76).

A pedagogia *queer* proposta por Louro (2001), fundamentada na resistência às normas, introduz variações, desconstruções, desvios e reapropriações de modos de fazer gênero em sociedade. Aposta-se no fortalecimento da crítica feminista pós-identitária no âmbito dos trabalhos com HAV, a fim de complexificar os objetos das reflexões e ações, ampliando a participação de diferentes corpos e utilizando do gênero como campo multidimensional em que se questione e desnaturalize dominações, poderes e violências.

Destacamos algumas avaliações positivas do Projeto *Ágora* no sentido de reestabelecimento de laços sociais, no que diz respeito à confiança da mulher vítima de violência ao parceiro que é submetido ao grupo e de vinculação destes homens ao Projeto e desejo de compartilhamento da experiência:

*Os homens que passaram por aqui, todos qualificaram muito bem, a gente vai, eu digo isso não só porque eles falaram, mas são várias coisas, vários motivos. Boa parte das mulheres é que depois do grupo, retiram a medida protetiva, a relação com o filho lá, conseguiram se acertar lá, judicialmente, ou seja, mudou alguma coisa, se elas voltaram a confiar neles é porque alguma coisa mudou ali. [...] Ele se dispõe inclusive, a gente falou "Olha, vai começar um grupo daqui há um mês, se alguém se dispõe a participar de um encontro pra poder falar como é que foi, sempre tem vontade assim, eles gostam, eles querem participar e contar como é que foi. (Part. E2, grifo nosso)*

Desta forma, avaliamos que as ações do Projeto *Ágora* vêm intervindo em processos de subjetivação de homens autores de violência e contribuindo com a transformações nos relacionamentos sociais cotidianos intra e intergêneros, ao trabalhar normas e dispositivos de gênero associados, mesmo que não trabalhem de maneira aprofundada os desdobramentos psíquicos destes processos.

#### 6.3.1.1.2 Grupo Online

Com o surgimento da pandemia do novo coronavírus e a recomendação das autoridades sanitárias ao isolamento social, o Projeto *Ágora* readaptou sua metodologia de trabalho de GRG ao formato online. Questionamos os facilitadores sobre sua percepção do funcionamento do grupo nesta modalidade, em seus aspectos da dinâmica grupal, da adesão e do acesso. Nesta nova configuração os participantes avaliam vantagens e desvantagens.

É importante destacar que diante deste panorama inédito mundial, ainda carecemos de conhecimento acumulado quanto a estas experiências, entretanto, organizações que intervêm com homens já têm compartilhado sobre os desafios encontrados na metodologia adaptada ao meio tecnológico, inclusive a partir da experiência do próprio Projeto Ágora (BEIRAS, BRONZ, SCHNEIDER, 2020).

Quanto ao acesso, os participantes são unânimes em conceber que houve ampliação deste, por conta da dificuldade de deslocamento de HAV que havia para o grupo presencial e que acarretava em desistências, conforme relato do participante 3. Nesta fala de outro facilitador, ao pensar nas regiões da grande Florianópolis, ele reconhece o ganho em relação aos encontros presenciais:

*A maioria que vem é de Florianópolis, mas não existe impedimento que seja de São José, por exemplo, né. Principalmente agora que tá virtual, então existe essa condição também. A questão de ser remoto, isso tem facilitado um pouco pra que a demanda se ampliasse um pouco em termos de território, né. Mas a grande maioria são homens de Florianópolis. Porque por conta disso também né, porque quando a gente se deslocar, às vezes o deslocamento fica muito grande né, aí ele acaba não participando por conta disso, então com o virtual tem facilitado pra quem tem aí uma boa conexão, uma boa internet pra poder participar. (Part. E1)*

Os facilitadores observam que os homens que são encaminhados ao Projeto Ágora têm acesso a *smartphone*, mas pontuam como fragilidades as interrupções decorrentes de conexão de rede e a dificuldade de encontrar um local privativo para participar do grupo, a fim de manter o sigilo. O mesmo ponderamento é levantado pelos profissionais da área que têm desenvolvido grupos online:

Apesar de, segundo a Agência Brasil numa reportagem de 26 de maio deste ano, 134 milhões de brasileiros terem acesso à Internet, já sabemos, pela experiência, que muitas vezes as pessoas não conseguem encontrar um espaço com a privacidade necessária, bem como as conexões muito frequentemente se mostram instáveis, acarretando desde a impossibilidade de acessar os encontros virtuais, passando por quedas sistemáticas do sinal, até a impossibilidade de transmitir a imagem, tendo que limitar a participação por intermédio do áudio. (BEIRAS; BRONZ; SCHNEIDER, 2020, p. 63).

Porém, em geral, isto não é percebido pelos entrevistados como um grande problema, constatando mais benefícios do que obstáculos, e assim o Projeto decidiu manter o formato online. É importante destacar que se trata de uma realidade local, na região sul do país, em que há maior acesso a bens e serviços por parte da população. Este cenário contrasta com o constatado nos relatos de facilitadores que desenvolvem grupos na região de São Paulo, Rio de Janeiro e, que atualmente ampliam a participação para homens de diversos locais do Brasil devido ao alcance que a internet proporcionou na divulgação do grupo e também ao diferente

critério de acesso, considerando que é um grupo de homens sem vinculação a qualquer instituição. Portanto, se pensarmos na realidade nacional, fatalmente, o acesso a computadores, celulares e internet reduz significativamente, o que vulnerabiliza também a possibilidade de ampliação para a participação de homens de distintas classes sociais. Estes facilitadores concluíram que:

as experiências apresentadas encontram semelhanças importantes relacionadas ao acesso de novos homens, mas também a exacerbação dos efeitos de desigualdades de acesso digital no país, ampliando desigualdades sociais e de redes de apoio para muitos. (BEIRAS; BRONZ; SCHNEIDER, 2020, p. 73)

Além dos reveses quanto à conectividade, os participantes também discorrem sobre alterações percebidas na dinâmica do grupo *online*, quanto aos vínculos estabelecidos e à manutenção da proposição reflexiva. A exposição das próximas falas busca esclarecer o entendimento do participante 3 sobre os processos que mudam com relação ao envolvimento de HAV em grupo e sua permanência ao ciclo todo do Projeto:

*A gente tá desenvolvendo uma metodologia pra tentar deixar, que é a partir da metodologia do NOOS, mas tentar adaptar ao modo online com relação a não só a plataforma, mas o tipo de dinâmica, já que muda né? O processo... Tem muita coisa a tentar (inaudível) encaminhar uma forma reflexiva, mas que não dá para ser feita. Alguns grupos têm ido bem, há um outro tipo de engajamento necessário, que é (inaudível) de uma sustentação virtual, por meio de WhatsApp, isso facilita muito engajamento e um sentimento coletivo. O grupo como já tá (inaudível) bastante, mas tem sido surpreendentemente bom, porque o problema que a gente enfrentava era a desistência deles, pessoalmente. Se entra e continua umas três sessões, a gente vê e continua até o final, mas é difícil engajar e engatar duas ou três sessões. Até pra engajamento (inaudível) modo online facilitou, a gente acaba sendo um auxiliar tecnológico em algumas horas” (Part. E3, grifo nosso).*

Por esta fala, pudemos perceber que o engajamento de HAV é possível no modo *online*, mesmo com o que poderiam ser obstáculos como a obrigatoriedade de participação e a escassez de contatos físicos frequentes entre os participantes. Com esta perda, as dinâmicas interacionais mudam, mas acompanham os modos de se relacionar contemporâneos a partir da virtualidade, o que pode se associar também ao percebido por Beiras, Bronz e Schneider (2020) em sua experiência. Estes autores deram-se conta de que os homens parecem se sentir mais à vontade para relatar temas íntimos no modo *online*, possível por uma sensação de “proteção por trás das telas”.

Ainda com considerações sobre a diferença do modo presencial e *online* no processo grupal e reflexivo, o participante 3 acrescenta:

*Eu acho que perde algo do presencial, que era muito presente, que era também uma... Envolve uma relação no sentido de já que eles chegavam, tinham não só uma relação na sala de espera ali. Depois eles sentiam mais parte do grupo e mais conectados*

*com os outros participantes. Mas eu acho que facilitou no sentido de até o modo de reflexão mudou um pouco, antes a gente era meio que mediador de meio que da socialização masculina como forma entre eles a gente conseguia ver como que eles reagiam e conseguir intermediar mais diretamente. E pelo modo online, por causa do vídeo, eu sinto que eles entram mais às vezes em um pequeno monólogo e a gente faz passar a bola um pro outro, assim, sabe? (inaudível) contato cruzado às vezes, o que às vezes facilita mas perde um pouco do que é uma proposta em grupo" (Part. E3)*

Em comparativo ao encontrado no relato de Beiras, Bronz e Schneider (2020, p.67) acerca destes processos reflexivos, articulados à necessidade de manutenção da ordem e respeito pela voz de todos, os facilitadores têm observado a importância de cuidados especiais, percebendo que “acabava por ocorrer menos debate em alguns momentos, se comparado ao presencial, e mais monólogos reflexivos, ou seja, as interrupções e os tempos reflexivos podem ser distintos do presencial”. Ao mesmo tempo em que foi preciso adaptar acordos de convivência com relação às interrupções das falas, o efeito disto parece produzir tais monólogos percebidos, necessitando de manejo para que o grupo não se tornasse uma “roda de partilha e não mais um grupo reflexivo” (BEIRAS; BRONZ; SCHNEIDER, 2020, p.66). Com isto, a diferença na “espontaneidade e fluidez” fica visível e torna-se um desafio a dispersão dos homens entre uma sessão e outra. De qualquer maneira, o recomendado pelos especialistas é que as estratégias e adaptações sejam sempre discutidas e tomadas no âmbito do grupo com o intuito de ampliar a interação, sem desconsiderar os desconfortos que o modo online pode implicar aos participantes.

Em conclusão, fica evidente que os profissionais estão cientes que não há reprodução exata do ambiente presencial no modo *online*, mas percebem que algumas características podem ser mantidas, se os condutores do grupo seguirem como norte as perspectivas filosóficas e teóricas que sustentam a metodologia, principalmente no que diz respeito a “processos reflexivos, perguntas reflexivas e especialmente o exercício da escuta” (BEIRAS; BRONZ; SCHNEIDER, p. 66).

Embora não se possa realizar uma avaliação definitiva sobre a vantagem de um formato em detrimento do outro, com risco de se configurar em uma análise prematura, considerando que o desenvolvimento de grupos online ainda produz dados preliminares, com a experiência já observada, segundo o participante 1 já há a discussão sobre a implementação de um modelo híbrido:

*Então a gente tá entendendo que tá funcionando bem, e talvez seja até uma proposta de possibilitar as duas né, tanto o presencial/físico quanto o não-presencial/remoto. Dar essa possibilidade pros homens também, aqueles que puderem, que aí tem essa outras possibilidade. A gente amplia daí a possibilidade de acesso. (Part. E1, grifo nosso).*

As reflexões sobre os desdobramentos de modelos *online* ainda precisam ser amadurecidas, e com isto os especialistas problematizam a necessidade de encontrar espaços seguros para discussões delicadas e complexas que envolvem gênero. Com a necessidade de manejar os casos que surgem neste contexto, Beiras, Bronz e Schneider (2020, p. 73) enfatizam:

É preciso também avaliar como proceder em casos e discussões que mobilizam muito emocionalmente alguns sujeitos nestes encontros. Como proceder para acionar a rede de apoio local presencialmente? É preciso investigar em cada local as possibilidades de acesso institucional e estratégias de atenção focada a estas pessoas, evitando problemas maiores da distância física.

#### 6.3.1.1.3 Critérios de Saúde Mental

A partir da questão levantada acima, inauguramos a subcategoria em que os facilitadores descrevem critérios que definem o público-alvo do Grupo Reflexivo de Gênero e as situações em que os HAV precisam ser encaminhados para a rede de atendimento. Dentro do que interessa ao nosso estudo, identificamos que certas demandas de saúde mental identificadas nos HAV se tornam critério de exclusão ao GRG, quando haveria então os encaminhamentos ao CAPS e a outros serviços de saúde mental para um acompanhamento especializado conforme orientado pela SPM (2011). Buscamos entender junto aos facilitadores quais são estes obstáculos de participação ao grupo, alguns já descritos brevemente na literatura. Em geral, foram citadas ocasiões de sofrimento emocional agravado, como situações decorrentes de luto por perda do relacionamento, de tentativa de suicídio, “estresse excessivo” ou em uma avaliação mais diagnóstica em que o profissional relatou “uma outra estrutura de Personalidade”, na qual talvez podemos depreender sobre aquilo que foge da classificação da neurose e se configure como Transtornos de Personalidade, psicoses, ou de outros transtornos em situações de crise.

Estes tipos de avaliações são realizadas geralmente na entrevista denominada “segunda acolhida”, depois que os homens já foram encaminhados ao Projeto e em que os facilitadores explicam o funcionamento do grupo, compreendem se o mesmo atende às necessidades do homem naquele momento e se há condições para reflexão. Como entrevistamos também um facilitador responsável pela “primeira acolhida”, os resultados foram semelhantes. Neste primeiro procedimento de contato com HAV a partir da Medida Protetiva, cabe ao profissional - psicólogo policial - avaliar a gravidade da violência e realizar este “diagnóstico” inicial: “*Se é, caso a violência que ele cometeu foi alguma coisa muito fora do comum assim, enfim, com*

***uma outra estrutura de Personalidade a gente já não dá conta, a gente dá uma triada." (Part. E2, grifo nosso)***

Não ficou explícito qual o procedimento adotado nestes casos, mas da mesma forma que a acolhida do Projeto Ágora pode ter como consequência o encaminhamento para a rede pública de saúde, na acolhida policial o participante também define critérios para acionar a rede. Temos outro exemplo:

*Teve um que a demanda emocional dele era muito forte tal, e que ele tinha... Não aceitava a separação, era recente e tinha dois filhos pequenos. E eu encaminhei pra Rede Pública pra, pra terapia individual mesmo. Achei que ele não tava preparado pra esse momento, ia acabar prejudicando a reunião dos outros, o objetivo da reunião. Ele precisava de uma, uma intervenção mais focal mesmo. Esse é um caso. De modo geral, eles são encaminhados. (Part. E2, grifo nosso).*

As condições emocionais para reflexão em um formato de GRG parecem compor um critério para indicação ao grupo, mas que não é definitivo, ou seja, mesmo que o Projeto identifique sofrimento que represente um dificultador à reflexão, ainda assim há a possibilidade do encaminhamento para a rede e posterior participação no grupo. Em uma experiência de GRG no dispositivo do CREAS, o facilitador relata uma indicação ao grupo que inicialmente não teve êxito, e, portanto, reforça a importância desta avaliação qualificada:

*Uma vez veio um homem que tava com um, tinha passado, tinha tentado suicídio e aí ele foi acolhido né, na Saúde Mental e aí ele, mesmo assim ele veio participar do grupo. Então quê que a gente fez, a gente acabou, é, validando a participação dele no grupo e o grupo não funcionou direito por conta disso. Né, porque não tinha lidado ainda com a questão da, do luto de ter perdido essa companheira, né. Não necessariamente ela foi embora, foi embora da cidade. Então, e desse luto ele não tava dando conta, não tava entendendo ainda que isso também fazia parte da, né, do comportamento dele, do modo que ele lidava com as situações. Então o grupo não funcionou direito. Então a gente tem que pensar justamente isso. Ainda ele tava ainda no processo de, né, de luto. Então ter colocado ele no grupo foi um equívoco nosso. "Ah, vamos colocar porque a gente dá conta". E a gente não deu conta. Que a todo momento ele trazia essa questão do luto, e da perda, tudo mais. Que era injusto que ele tinha que tá ali e ela tinha ido embora, então por quê que ele tava ali, né. Então a gente tirou ele do grupo, falou: "óh, então você vai participar no outro grupo, você continua fazendo então seu atendimento lá no Ambulatório de Saúde Mental, e depois você volta". E aí depois ele voltou no segundo grupo que ele participou, já foi assertivo. Então essa é a importância de entender que se tá em algum sofrimento emocional, dificilmente ele vai cair no campo da reflexão sobre a sua masculinidade, né, ele vai tentar, vai ficar nesse lugar de, bom, sofrimento mesmo e de como, por quê que ele tá ali, se ele tá sofrendo. (Part E1, grifo nosso).*

Pelo que pudemos perceber, quando a saúde mental é entendida pelo viés do sofrimento, os CAPS podem ser acionados, em uma perspectiva que se dicotomiza ao trabalho reflexivo desenvolvido no grupo. Entretanto, em outra situação exposta, verificamos que também é possível que HAV sejam encaminhados para a rede de saúde depois do grupo, visto que a participação reflexiva pode funcionar como uma "base" conforme diz o participante 3,

em que as reflexões propiciam que as demandas possam ser suscitadas. Este processo é percebido como positivo e como resultante das reflexões produzidas no GRG, em que os homens se tornam mais aptos a reconhecer suas necessidades de saúde, por exemplo, e organizar formas à sua reivindicação.

*Isso são os casos às vezes que a gente não consegue angariar no grupo, mas (oralmente) a gente sente que sempre tem um papel pro grupo, em grande parte ao menos quando não é muito específico, é muito mais saúde mental e muito menos de casos de violência, de masculinidade. Alguns a gente percebe "nossa, essa pessoa parece que tá precisando de uma terapia", acho que o grupo não seria pra ela e ela já tem uma outra forma de se relacionar, ou ao sentir à vontade pra se colocar no meio dos outros, geralmente não seria possível, a gente encaminha pra esses... E a gente faz essa verificação e tenta enviar pra esses possíveis lugares. Mas a maior parte a gente consegue ver que tem muita atividade dentro do grupo, porque parte do grupo é pra tocar nisso. Sobre o que que significa cuidado dentro da própria masculinidade. O que que é cuidar de si e o que que é cuidar de uma relação. E por que que tem índices tão grandes (inaudível) porte ou uso de drogas em público que essa falta é de proposital. E isso é sempre tocado. E eles entendem que a necessidade um pouco de conversar com as pessoas e entenda seus próprios sentimentos, como expressar isso, redes de apoio, é... Formas de relacionamento tanto com mulheres, quanto com homens que já estão meio fechadas. Então tudo isso fazem eles acho que sustentarem, dar uma certa base. A partir dali, quando há necessidade a gente pensa: "o que que vocês gostariam?", então tem alguns que falam: "eu gostaria de continuar um grupo tipo esse e tentar formar um grupo entre essas pessoas", então continua... A gente deixa, tenta auxiliar, mas deixam eles tentarem. Ah, se eles quiserem continuar, pode continuar nisso. Alguns "ah, muito legal, não tem outra forma de grupo, alguma outra coisa que dá pra fazer", eles tentam entender, encaminhar pra rede ou por algum atendimento individual ou com alguma clínica social. (Part. E3).*

De qualquer maneira, os facilitadores colocam que estas situações são raras, sendo em geral privilegiado que o homem participe do grupo, pois, conforme vimos pela fala do participante 3, dentro dos temas reflexivos trabalhados também se permite promover saúde e ampliar possibilidades de cuidado dos homens a si e aos outros. O mesmo entrevistado comenta que alguns grupos chegam a se direcionar mais para a discussão destes temas relativos à saúde, saúde mental, uso de álcool e drogas e cuidado, a partir das sugestões temáticas dos participantes ou por se mostrarem presentes nas falas de maneira indireta.

Em uma etnografia realizada por Lopes (2016, p. 100) com um grupo de HAV, o autor encontrou situações semelhantes. Ele identificou que havia um esforço dos condutores para incluir os temas de “saúde do homem, paternidade responsável, alienação parental e violência intrafamiliar”, que se constituíam como “temáticas evidentemente mais estranhas” ao cotidiano dos homens, portanto não vinham de maneira espontânea como demandas dos participantes. No entanto, em sua observação estes temas acabavam por reverberar e serem discutidos a partir das narrativas pessoais, de maneira mais informal inclusive nos intervalos ou no esgotamento dos temas centrais daquele grupo, que eram a “Lei Maria da Penha” e “relações de gênero”.

No caso do Projeto Ágora, percebemos que estes temas referentes à saúde, como o autocuidado, expressão de emoções e cuidado no relacionamento conjugal são acolhidos e podem direcionar o grupo, por serem inerentes ao trabalho no que se refere ao próprio propósito da reflexão sobre masculinidades e violência de gênero:

*Tem essa pauta assim, de algumas coisas, tocar diferentes entre homens e mulheres, tentar pensar o seu próprio histórico, cultural, a relação de gênero, daonde que veio, formas de socialização, indiferença sobre, quase sempre a gente fala sobre as dinâmicas sobre o cuidado, a saber como que são as formas de expressão, aonde vai... quais são as ferramentas que o homem usa pra se expressar, ou quais são as noções que ele usa pra colocar no mundo, então são as formas de tentar cuidar dessa noção. Então passa pela raiva, (inaudível). Tocar nesses assuntos, ou de... deles. Mas no sentido de ser produtivo, muitas das vezes o homem vai nessa direção e fala "eu tô num novo momento da minha vida, ou falar deixei de me cuidar na relação conjugal, agora eu mudei, a cuidar de mim". Antes não cuidava? Por que que não cuidava? Qual que é a relação com o parceiro. Você cuidava dela? Isso era uma forma de cuidado? Era um cuidado recíproco? O que que são cuidados, né? E o que que seria saúde nesse processo. E o que que daria pra fazer pra implementar uma saúde mais integral. (Part. E3).*

A presença de temas que levantam a reflexão sobre a saúde mental de homens e mulheres nos faz defender que as práticas que ocorrem com HAV e àquelas tradicionalmente realizadas nos espaços da Saúde Pública têm muito a se complementar. Realizando a leitura de Zanello (2020) sobre o “caráter contextual de fatores gendrados que podem ser considerados em certos momentos da vida como fatores de risco, e em outros, como fatores de proteção à saúde mental, e vice-versa” (p.274) é possível perceber que estas análises críticas sobre os sofrimentos apresentados podem dialogar com o trabalho de combate à violência.

Assim, ao se questionar uma prática reificadora no campo da saúde mental, que acaba por coisificar a “doença” e reduzir o sujeito a um corpo biológico (assim como a compreensão prevalente na cultura reduz as diferenças de gênero a mecanismos biológicos e hormonais), a análise das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates, uma vez que destaca aspectos gendrados da experiência do sofrimento psíquico. (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011; ZANELLO, 2014<sup>a</sup> *apud* ZANELLO et al., 2015 p. 240).

Nos exemplos descritos pelos nossos entrevistados sobre suas práticas com os homens, nem sempre pudemos definir, de maneira acurada, se as propostas reflexivas não acabavam por serem intervenções clínicas, dadas as complexidades dos questionamentos e possíveis reverberações nos sujeitos. Zanello (2020, p.274) amplia as possibilidades de intervenção psicossocial aliadas à perspectiva de gênero, ao dizer que

A perspectiva de gênero tanto pode ser usada como instrumento de resgate identitário (com sujeitos em grave crise ou desorganizados psicologicamente), quanto como desconstrutora de “verdades/valores” gendrados aprisionantes (e invisíveis), ajudando a nomear o mal-estar (consequente) e criando novas possibilidades de vir-a-ser.

Já sobre a discussão dos critérios de saúde mental e a lógica implicada nesta avaliação, não encontramos muitas referências. Há alguns grupos que fazem esta menção, por exemplo, na lei nº 2229/2015 de Taboão da Serra/SP que institui o Programa “Tempo de Despertar”, citada por Banin e Beiras (2016, p. 531) como uma iniciativa municipal que tenta trazer maior “legitimidade e estabilidade aos serviços grupais para homens autores de violência”, e que aborda estes critérios de maneira mais evidente, ao trazer o público-alvo:

homens com inquérito policial e/ ou processo criminal em andamento no Poder Judiciário da Comarca de Taboão da Serra”, excluídos os que “estejam com sua liberdade cerceada; sejam acusados de crimes sexuais; sejam dependentes químicos com comprometimento; sejam portadores de transtornos psiquiátricos; sejam autores de crimes dolosos contra a vida. (LEI nº 2229, 2015, p. 1, *apud* BANIN; BEIRAS, 2016, p. 531).

Se nos voltarmos aos mapeamentos nacionais de serviços de atenção a HAV realizados em 2014 por Beiras e em 2020 por Beiras, Martins e Hugill, encontraremos também interconexões com o setor saúde. Nestes mapeamentos, além de outros fatores, os autores buscaram investigar a metodologia, o público-alvo, o acesso, e os encaminhamentos que ocorriam entre a rede e cada organização mapeada. No relatório do mapeamento de 2014, identificamos que em alguns casos há encaminhamentos provenientes dos serviços de saúde aos grupos com HAV e em um Programa o próprio grupo é realizado no espaço da UBS, trazendo uma relação estreita entre saúde e o trabalho com HAV. Com relação aos encaminhamentos realizados pelos Programas com HAV a outros serviços, os CAPS são bastante citados, bem como outros serviços de saúde governamentais, mas também clínicas sociais, grupos de apoio A.A. e N.A. e atendimentos psicológicos/psiquiátricos privados. Algumas organizações esclarecem que realizam estes encaminhamentos também na entrevista preliminar, mas não fica claro se há consequente exclusão do homem ao grupo e quais os critérios definidos para encaminhamento. A discussão de temas relativos à saúde no interior das reflexões grupais é explicitada em quase todos eles.

Na metodologia do Instituto Noos, uma situação relacionada à saúde mental é citada como barreira à participação no grupo, também de maneira excepcional: “Em segundo lugar, podem haver entraves para que a pessoa participe dos encontros reflexivos, como problemas de compatibilização de agenda e até, de forma bastante rara, problemas de saúde, como uma grave situação de alcoolismo” (BEIRAS; BRONZ, 2016, p. 35). Este critério também é posto por um dos facilitadores entrevistados, enfatizando a capacidade do Projeto para acolher a demanda:

*A gente já marcou também como uma condição: não pode ser dependente pra participar do grupo. [...] Primeiro para um acompanhamento na Saúde Mental do que vir aqui, porque a gente não vai dar conta, porque vão vir várias questões de dependência que a gente não vai dar conta de trabalhar num grupo reflexivo de gênero, né. (Part. E1).*

#### 6.3.1.1.4 Álcool e outras Drogas

Compilamos em uma subcategoria própria os assuntos relacionados a álcool e drogas, pois embora o abuso de substâncias seja considerado critério de exclusão do GRG, isto não significa que o tema não atravesse o grupo de diferenciadas maneiras e estas demandas deixem de existir. Obtivemos dados quanto a percepção dos facilitadores sobre a associação do uso de álcool e drogas com a violência, seu aumento na pandemia, a abordagem do tema no GRG, e estratégias intersetoriais para atenção ao problema.

Um dos facilitadores, com experiência em um grupo para HAV que ocorre desde 2017 e faz parte de sua atuação no CREAS, consegue perceber a diferença entre homens que vinham encaminhados ao GRG antes e durante a pandemia, com relação ao uso de álcool e drogas:

*É, e isso assim, tem aumentado mais nos... por conta da pandemia. Né, tem assim, aparecido mais violência de gênero e aí com uso, um abuso assim, do álcool assim, muito grande. Mais do álcool. Então a gente tem notado isso também, né. a gente tem notado isso, a gente não sabe ainda quais são os efeitos pós-pandemia, mas os homens que vinham antes da pandemia eram mais, não tinha tanto assim, questão de substância, né, uso excessivo de substância psicoativa, e depois da pandemia deu uma acentuada. (Part. E1, grifo nosso).*

Esta tendência já é observada globalmente, e recentemente a OMS publicou recomendações de saúde à população com relação ao consumo exagerado de álcool, enfatizando que a violência praticada por homens é piorada com o abuso de álcool, ao mesmo tempo em que para mulheres que vivenciam situações de violência o aumento também pode ser observado, como estratégia para lidar com a situação. (COPENHAGEN, 2020)

Sobre as ocorrências de violência que chegam ao Serviço Público e aos Grupos Reflexivos, um dos entrevistados afirma que percebe o aumento do consumo de álcool e outras drogas na pandemia também pela mulher, porém sem estabelecer as relações dicotômicas presentes no discurso da OMS entre vítima e agressor e sobre as funções de seu uso diferenciadas por gênero:

*E não somente ele, mas também como a companheira também, consumindo também. Né, então, lógico que é mais os homens do que as mulheres, mas tem aparecido mais mulheres também que a briga foi porque os dois beberam demais, e aí, numa discussão, cometeram, né, um tentou agredir o outro.” (Part. E1).*

Buscando ampliar o que sabemos sobre o aumento de abuso de álcool e drogas para toda a população no período de pandemia, para uma compreensão multidimensional, trazemos a revisão narrativa de literatura realizada por Silva et al. (2020), em que relacionaram o crescimento da violência doméstica ao abuso de álcool e drogas do casal, mas também à instabilidade econômica e ao enfraquecimento das redes de apoio da mulher provenientes do isolamento social, da restrição realizada pelo cônjuge e da desassistência dos serviços envolvidos no enfrentamento à COVID-19. Todos estes elementos são percebidos por meio da revisão como fatores precipitadores ou intensificadores da violência doméstica. Outros indicadores são apresentados pela literatura investigada pelos autores como as tensões decorrentes do aumento do trabalho doméstico feminino, da cobrança delas em direção ao homem para o sustento familiar, e da ansiedade com relação à contaminação da doença. Portanto, o estudo mostra que estes dados iniciais apesar de guardar semelhanças com elementos percebidos em outras catástrofes e crises mundiais, também apresentam peculiaridades que precisam ser pormenorizadas, uma vez que a produção de conhecimento nesta área ainda representa uma análise situacional e preliminar.

Ainda hoje o papel específico do uso de álcool e drogas na violência não é possível de ser determinado, fazendo com que as suas explicações causais careçam de exatidão. (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014). Em 1998, Minayo e Deslandes reuniram estudos a fim de discutir a complexidade metodológica utilizada para a investigação, prevenção e intervenção em saúde pública nos contextos de uso de substâncias e violência, trazendo provocações ainda importantes de serem feitas. Segundo as autoras, uma das questões problemáticas nos estudos é inferir se na abstinência aqueles episódios de violência não aconteceriam. Também já enfatizavam que o papel de seu uso por parte das vítimas e sua relação com os diferentes tipos de violência, como a sexual, são sempre fatores pouco estudados e com resultados diversos nos estudos epidemiológicos, que dependem na maior parte das vezes dos “locais específicos, sob normas e regras específicas de determinados grupos e diante de expectativas que alimentam e são alimentadas dentro desses grupos” (MINAYO, DESLANDES, 1998, p.38). Sobre estas associações, dentro de sua experiência, o participante 1 também assume uma posição de desconhecimento:

*Só que assim, a questão do álcool, ela sempre, a gente sempre tá na dúvida se ele, é, consumiu o álcool pra bater ou se ele bebe e acaba batendo. Isso a gente ainda tá no campo, assim, meio nebuloso, assim, que a gente não conseguiu entender ainda. Se ele bebe pra ter coragem e agredir ou se ele bebeu e acabou agredindo, né. Então a gente ainda fica meio nebuloso nesse campo, assim. (Part. E1).*

Outros estudos mais recentes têm discutido as práticas de saúde e os discursos presentes nos serviços que atendem homens com problemas com consumo de drogas. Moraes e Montenegro (2014) abordam o tema recorrente da imposição de limites, autoridade e da reafirmação das normas como formas de controle presentes nas práticas dos profissionais de saúde, em sua associação com gênero. A necessidade de manter os serviços funcionando, sem violência ou desobediência às regras são características que tornam a equipe de saúde vigilante, que não se limitam à manutenção da ordem dos serviços, mas se traduzem como intervenções terapêuticas que predizem comportamentos, normatizam e controlam os homens usuários dos serviços, tidos como incontroláveis. Por serem vistos como agressivos e terem estes comportamentos ampliados pelos usos de drogas, e por vezes visto como exagerados, “a saúde acaba sendo a via de domesticação e medicalização dos homens” (MORAES; MONTENEGRO 2014, p.60), desconsiderando que o não-cumprimento das regras também é uma forma de “não deixar-se dominar” dos homens. Nesta perspectiva, os autores recomendam a inclusão da perspectiva de gênero, assim como da dimensão do prazer e a perspectiva da redução de danos à uma abordagem integral em saúde que permitam atentar para uma variedade de experiências de sujeito e atender suas necessidades, e também para reduzir as moralidades presentes nas práticas de saúde e de promoção de estilos de vida saudáveis.

A pesquisa de Hernández (2015) também traz um olhar sobre familiares de grupos de alcóolatras anônimos, em que conceitos tradicionais de família e de masculinidades são modificados, o que paradoxalmente acaba por tornar os homens que fazem uso abusivo de drogas e suas famílias mais criativos em suas formas de existência. O autor, ao analisar os discursos hegemônicos na saúde e na família (a ideia de doença por exemplo e de manutenção da ordem familiar, com papéis naturalizados e de gênero ligados ao uso de drogas) discute as visões sexualizadas de doenças e a reprodução de instituições de preservação de “família saudável”. Segundo o autor, os homens exercem práticas que resistem ao patriarcado, mas que se tornam invisíveis. Ao mesmo tempo, por vezes também adotam discursos hegemônicos de doença por exemplo, como maneira de subverter e ressignificar a si mesmo.

Frente a crescente demanda e complexidade do tema percebidos tanto no meio acadêmico como nos espaços interventivos, e pensando na necessidade de ações locais, acreditamos na articulação interestorial com organizações que tenham histórico de atendimento a esta população, seja na Saúde ou em outras Políticas em que os usuários apresentem esta demanda. Um dos entrevistados aponta a potencialidade da avaliação que diferencia uso recreacional de dependência, que é realizada pelo CREAS ao fazer acolhida de HAV para indicar ao GRG e/ou encaminhar à rede:

*Então, quando chega aqui no CREAS com essa demanda, que daí CREAS é diferente do Ágora né, porque o juiz vai mandando e a gente que faz a acolhida e faz os encaminhamentos. Porque aqui, é... Senão me engano não tem psicólogo no TJ. Se tem, não tá atuando. E aí é a gente que faz a acolhida e faz daí então os encaminhamentos pra rede. Todos eles têm um histórico de bebida e são poucos que tem, possuem uma dependência, né. Embora a gente não faça diagnóstico, a gente sabe pelo tanto de tempo que a gente atua, que alguns sintomas e algumas características são importantes sim, que é, que eles trazem. (Part. E1).*

Se tomarmos esta experiência como modelo, podemos ver que os dispositivos comunitários que operam pela lógica da efetivação dos direitos, como são os CREAS, tem este espaço privilegiado de articulação intersetorial, em comparação aos dispositivos judiciários, que podem se configurar em espaços atravessados primordialmente pelas normas em descolamento às realidades locais.

Ao mesmo tempo, respeitando a complexidade da questão de uso de álcool e drogas na sociedade e na socialização masculina, e ainda a especificidade do tratamento oferecido pelos CAPS, o facilitador acredita que em casos nos quais se pode identificar uma situação de abuso de substâncias, caracterizando dependência, o Projeto Terapêutico de acompanhamento seria mais indicado. Ele diferencia este percurso realizado pela saúde do acompanhamento do CREAS, que, considerando a saúde um direito, tem como função mobilizar a sua garantia:

*Por isso que a gente encaminha pro CAPS porque, quando é dependência né, virou uma dependência, que a gente funciona melhor. Porque ele não dá conta daí, daí nossa vista não dá conta né, que a gente não faz nenhum Plano Terapêutico com o, né... Nenhum percurso terapêutico, a gente faz um percurso de defesa e garantia de Direito. [...] Todos eles têm um histórico de bebida e são poucos que tem, possuem uma dependência, né. (Part. E1).*

Com este cenário, as estratégias intersetoriais entre CAPS e CREAS para atenção ao problema de uso de álcool e drogas já estão sendo desenhadas. Consideramos pertinentes os rumos das discussões realizadas naquele contexto e que poderiam ser replicadas, a fim de potencializar os resultados ao enfrentamento da violência contra mulheres:

*Como é que a gente vai poder trabalhar isso de modo articulado, senão vai todo mundo pro CAPS AD, e vai precisar de 3, 4 CAPS AD pra ajudar a gente, né, se aumentar muito como tem aumentado. Nossa proposta é essa, trabalhar com a rede e talvez em vez de encaminhar todo mundo pra lá, que os 3 primeiros, ou os 4 primeiros encontros, a gente tá pensando né, os 4 primeiros encontros sejam com psicólogo ou com a equipe do CAPS AD aqui no CREAS. Pra fazer a contenção pra depois a gente começar com o grupo reflexivo realmente. (Part. E1)*

Até o momento, os dados que apresentamos referem-se às percepções do participante que tem trajetória na rede psicossocial de atendimento, que tem por função também realizar encaminhamentos à Saúde. No Projeto Ágora, outros participantes contam das suas

experiências sobre o tema de uso de substâncias ligados à violência, e referem que o Projeto já recebeu homens com estas características: *“Já, a gente já abrigou sim. Pessoas que já tinha encaminhamento do... que já tinha encaminhamento do... Tanto pro projeto Agora quanto pro CAPS AD, é... E teve gente que a gente sentiu que saiu desse trabalho e logo depois ia pro grupo.”* (Part. E3). Este fluxo citado não foi percebido como impeditivo de participação do homem ao grupo. Segundo o facilitador as propostas reflexivas puderam ser efetivadas a fim de construir novos sentidos de práticas de cuidado masculinas. E é possível que estes encaminhamentos prévios tenham favorecido para que não tenha sido necessário manejar nenhuma situação de abuso de substâncias no grupo:

*Nunca a gente chegou com um caso que a gente teve que fazer o atendimento individual, tirar a pessoa do grupo, às vezes toca ou às vezes conversa, mas é mais sobre isso (inaudível) uma ferramenta dentro da possibilidade da masculinidade de tentar (inaudível) um cuidado. Ou... Muitos deles tocam como "tô muito bem, tranquilo, sou uma pessoa muito da paz, mas quando eu bebo, eu fico assim" e aí se utilizar disso pra gerar discussão e falar "o que que é, o que que tu procura, porque que bebe, quais são outras formas disponíveis, como que você se sente, que emoção que às vezes é difícil sentir, antes de beber* (Part. E3, grifo nosso).

Em outro momento o mesmo facilitador também afirma que nem sempre o tratamento destas questões é possível, principalmente no grupo online, pois os acordos de convivência normalmente adotados, em que os participantes não devem ir alcoolizados para o grupo, podem não ser respeitados, pois *“não garante que a pessoa não tá com um copo de cerveja do lado, ou coisas mais.”* (Part. E3) O participante 2, por sua vez, também não demonstra experiência regular com encaminhamentos que visassem atender o problema com álcool e outras drogas, e para ele, tanto nas situações de acolhida, como no desenvolvimento de grupos com HAV no espaço da Delegacia, há uma certa invisibilidade da demanda: ***"Até hoje nunca apareceu nenhum aqui drogado ou alcoolizado. E eles, nunca eles bebem, né, não usam droga e tal, máximo eles bebem socialmente, o que eles falam é isso."*** (Part. E2, grifo nosso)

A partir deste relato podemos realizar um comparativo com o sugerido pelos trabalhadores da saúde mental, de que homens podem sentir-se “vigiados” pelos profissionais considerando o instrumento do prontuário eletrônico e seu imaginário de acesso pelo Poder Judiciário. É possível deduzirmos que o espaço policial, responsável por acolher as denúncias de violência, também possa ter um efeito semelhante em HAV que viessem a falar de seu padrão de uso de substâncias. É na trama dos entraves e potencialidades destas relações socioinstitucionais que buscamos discutir com os participantes suas percepções sobre encaminhamentos e acolhimento de HAV na Rede de Saúde Mental.

### 6.3.1.1.5 HAV na Rede de Saúde Mental

Os encaminhamentos entre a Rede de Saúde Mental e o Projeto Ágora são conhecidos pelos facilitadores, mas normalmente têm sido disparados mais pela Justiça ou pela Delegacia, após a primeira acolhida. Identificamos que estes fluxos ainda não são tão frequentes, e na percepção dos profissionais é preciso haver um investimento para que eles se definam melhor. Portanto, alguns dos dados apresentados nesta subcategoria vão se alinhar a este processo de construção, em suas potencialidades e dificuldades.

Quanto ao acolhimento desta demanda pela Rede de Saúde Mental, o participante 1 acredita que a criação de grupos com HAV sobrecarregaria a rede, e que este tipo de encaminhamento poderia trazer a ligação causal entre violência e problemas de saúde mental. Portanto o mais efetivo para ele seria o encaminhamento daqueles que porventura necessitassem de atendimento especializado em Saúde Mental. Esta discussão se deu num contexto em que o participante defende a oferta de GRG no CREAS:

*Que aí as demandas de saúde mental sejam encaminhadas, pra não sobrecarregar também a rede de saúde mental, também. Né, então, não que a Assistência Social não esteja sobrecarregada, mas, que né, se sobrecarregar ainda mais pra fazer mais um grupo ainda, para além sendo que não necessariamente, a violência não necessariamente tá ligada a uma questão de saúde mental, né, que esse homem não necessariamente tem algum problema de saúde mental que ele vai cometer a violência. (Part E1).*

Este tensionamento de se associar o trabalho com HAV ao atendimento psicológico ou ao atendimento de Saúde Mental é descrito na metodologia do Noos (2004), o que ajuda a compreender as estratégias políticas de adoções de determinadas metodologias e fluxos institucionais:

O que se queria não era tratar psicologicamente os agressores, pois a patologização da violência lhes conferiria o status de enfermos, eximindo-os de qualquer responsabilidade pelo comportamento violento e aí sim, nesse caso, as vítimas seriam, mais uma vez, relegadas a segundo plano. Nem se pretendia acusá-los e incriminá-los por seus atos. Para isso já havia a polícia e a justiça. Em linhas gerais, o programa consistia na formação de grupos de reflexão, concebidos como espaços propícios à assunção de responsabilidades, à ampliação do autoconhecimento, à vocalização de experiências e valores associados à subjetividade masculina, à expansão de horizontes, à transformação da auto-imagem e ao reenquadramento das perspectivas individuais. Em duas palavras, um processo de “ reflexão responsabilizante ”. Nem a medicalização indulgente, nem o confronto inquisitório, mas uma oportunidade, para que os homens pudessem se comprometer em construir, com suas parceiras, presentes ou futuras, relações mais cooperativas e solidárias, a partir do reconhecimento da violência praticada. (ACOSTA; FILHO; BRONZ;2004, p. 9).

A sobrecarga da Rede também é referenciada pelo participante 2 na região da Grande Florianópolis, que traz o contraponto de que, mesmo os encaminhamentos individuais realizados a partir da primeira acolhida da Delegacia não têm obtido efetividade. Observamos

neste caso a tendência de encaminhamento à rede de saúde para psicoterapia individual, o que concretamente, também apresenta empecilhos. A morosidade e a rotatividade dos profissionais são os principais obstáculos sublinhados pelo facilitador ao atendimento integral, principalmente quando se trata de um público-alvo que não tem o hábito de buscar à Saúde. Selecionamos três enunciados do entrevistado nos quais estes obstáculos são descritos:

*Então mais encaminhamento vai levar no mínimo 1 mês pra ele ser chamado, até lá ele já, já é agendado e ele não vai e quando é agendado, e também tem um problema assim, a rotatividade dos profissionais, [...], então eles começam seguir o tratamento e daí de repente muda o profissional e tem que começar tudo de novo, [...] isso vai acabando fazendo como que ele perca a adesão, na verdade. [...] Os homens não pedem, raramente. Só um que pediu até hoje. [...] Nos grupos, tem como validade bem grande, a terapia individual a gente tenta oferecer, mas eles não aderem, não adianta. (Part. E2, grifo nosso).*

O afastamento dos homens aos serviços de saúde é identificado em diversos estudos deste setor, e muitas vezes é explicado pela dificuldade de acesso devido ao tempo de espera e aos horários disponibilizados pelos serviços dentro do “horário comercial” (BRASIL, 2008). Buscando enfrentar o desafio da pouca procura dos homens pelos serviços de saúde, mesmo quando encaminhados, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em um primeiro documento que aborda seus princípios e diretrizes em 2008. Trata-se de uma Política exclusiva na América Latina, sendo o segundo país a elaborar um setor de Saúde do Homem (MENDONÇA; DE ANDRADE, 2009).

A Política, entretanto, mesmo com seus esforços de apresentar índices de morbimortalidade masculina na sessão “Diagnósticos” e associa-los a determinantes socioculturais, “não concebe a saúde masculina a partir de um escopo mais integral” (MENDONÇA; DE ANDRADE, 2015, p. 217). Em primeiro lugar, sua construção não teve participação de homens organizados, partindo muito mais dos referenciais das Políticas de Saúde da Mulher, que sofrem intensas reivindicações das mulheres desde a década de 80 (TONELI; MÜLLER, 2015). Em segundo, ainda se centra em um homem universal, mesmo que cite a importância de considerar diversas masculinidades e que tenha como base o conceito de masculinidade hegemônica. E em terceiro, o sujeito homem a quem se destina a Política se circunscreve predominantemente a partir de sua dimensão biológica. (CARRARO, RUSSO, FARO, 2009).

Carrara, Russo e Faro (2009, p.661) trazem algumas contribuições para discutir o processo de medicalização do homem que se precipita com esta Política. Se precipita, pois podemos dizer que é fruto também de um processo em que

a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde - antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos.

As interpelações realizadas aos homens na Política também passam por politizar o homem a partir da sensibilização sobre sua vulnerabilidade e “só então é possível medicalizá-lo. Neste caso, consciência política, ‘protagonismo’ e medicalização aparecem como indissociáveis” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 674).

Sobre a eleição do objeto principal de atenção da Política, o campo dos direitos reprodutivos e sexuais, visto sua predominância no texto, os autores indicam que nesta seção do documento não há menção à saúde, configurando mais em uma “agenda política, afirmando a necessidade da implementação dos direitos sexuais e reprodutivos dos homens. A linguagem dos direitos se impõe, e a categoria “saúde” não é mencionada” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 670). A associação à saúde sexual, por outro lado, aparece vinculada a atenção e prevenção à disfunção erétil, bem como esta fica em evidência em outras articulações políticas que se ligam à implementação da área da Saúde do Homem. Ficou perceptível que “dentre os vários perigos letais que rondariam os homens, a disfunção erétil foi o agravo escolhido para fundamentar campanhas e esclarecimentos sobre a Política” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 665). Nestas campanhas a potência sexual é retratada como o indicador de saúde a ser reestabelecido, associando-se aos ideais da masculinidade hegemônica que a Política, contraditoriamente, pretende combater.

Entre os formuladores e incentivadores da Política, além da urologia, os autores enfatizam outras associações médicas “sobretudo, aquelas relacionadas aos problemas mais comumente identificados como “masculinos” (cardiologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia)” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 666) que participaram de um momento importante em uma audiência pública relativa ao IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem. Analisando o percurso da implementação da Política e suas campanhas posteriores, bem como os atores interessados em sua efetivação, a saber, em especial, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), os autores discutem primeiramente a diferença entre os investimentos da medicina nos corpos femininos e masculinos, considerando que a ginecologia se institucionalizou no fim do século XIX, enquanto que a andrologia, como ciência da saúde homem ainda não alcançou representatividade ou avançou em generificar o homem. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009)

A Política busca estruturar os três eixos da Saúde do Homem: violência, exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2008). Todavia, ao compreender o processo sociopolítico em que estas grandes áreas se delineiam à Política, percebe-se que o tema da violência é pouco explorado.

A leitura do documento nos leva à conclusão de que a política de aproximação com o Ministério da Saúde e os formuladores de políticas públicas empreendida pela SBU foi bem-sucedida, já que a preocupação com a saúde sexual (explicitada, por exemplo, no objetivo de “estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas”) ultrapassa em grau de importância, pelo menos no documento, outros problemas possíveis, dentre os quais poderíamos citar, além da violência, os relacionados à saúde mental. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 673).

Embora a Política seja voltada para o público masculino, concepções sobre o sujeito mulher também aparecem em seu texto, nos quais a mulher é descrita como aquela que lutou pelos seus direitos e também aquela que cuida da família, que é porta de entrada por levar o homem aos serviços de saúde e para que eles reconheçam seus problemas, inclusive de violência. Com isto, o dispositivo familiarista é denunciado por Toneli e Müller (2015, p. 202), e o gênero na Política torna-se iluminador “da matriz heteronormativa, da verdade do sexo e propulsor das engrenagens biopolíticas”.

Carrara, Russo e Faro (2009, p. 672) também apontam que a análise sobre a hierarquização de gênero e as relações de poder também ficam ocultas na representação restrita do homem “relapso com sua saúde”, pois não evidencia que a busca por serviços de saúde também pode significar que

para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visíveis enquanto “homens” significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. Perderiam assim a posição de representantes universais da espécie e arriscariam a perder também suas prerrogativas na hierarquia de gênero.

No intuito de avaliar a percepção de homens sobre a existência da Política, Mendonça e De Andrade (2010) realizaram um estudo com usuários de um serviço de saúde de Vitória/ES. Verificaram que alguns homens acham que uma Política específica a eles seria reforçar o preconceito e as diferenças de gênero, embora desconhecessem que já existe uma Política para Mulheres. Outros consideram vantajoso para o homem se sentir mais à vontade, principalmente para procurar serviços médicos, em uma perspectiva biológica do atendimento de saúde. Estes achados dialogam com a análise de Toneli e Müller (2015), sobre o movimento exógeno realizado pela Política e apontam para a necessidade de incluir os homens nas Políticas de Saúde Mental, pouco discutida pelo Estado, ultrapassando a ficção medicalizante primeiramente realizada. Toneli e Müller (2015) citam Butler (1998, p.18) “não há uma política que represente

um sujeito estabelecido a priori, porque ‘nenhum sujeito é seu próprio ponto de partida’”. Com isto, lembramos também aqui a fala do profissional de saúde, que apontou que suas ações com grupos exclusivos de homem não tinham nenhuma associação com a área técnica do Setor de Saúde do Homem, o que nos faz questionar que atores estão sendo contemplados pelo Estado e o abismo que isto representa ao enfrentamento da violência no âmbito da Saúde Mental.

#### 6.3.1.1.6 Síntese da categoria 4

A Saúde Mental é vista como um assunto a ser abordado e discutido pelos HAV, de maneira reflexiva. Portanto, é um tema que está associado à metodologia do Projeto, mas se identificado como forma de demanda pode requerer atendimento “mais focal” (sic) e significar a exclusão (não-definitiva) do HAV do formato de Grupo Reflexivo e consequente encaminhamento para a Rede de Saúde Mental. O abuso de Álcool e Drogas segue a mesma lógica, é marcado como critério de exclusão ao GRG, ao mesmo tempo em que pode tornar-se tema de reflexão no campo da masculinidade. Particularmente à demanda de AD, os participantes apontam dificuldades quanto ao seu manejo, pois esta pode se tornar invisível, e enfrentam problemas quanto à sua observação nos Grupos Online. Ainda, percebem uma acentuação do problema com álcool e outras drogas para homens e mulheres na pandemia e atentam para a necessidade de construção de estratégias intersetoriais que ampliariam a atenção integral, como encontros iniciais em parceria com o CAPS AD para posterior desenvolvimento do grupo. Entretanto, a sobrecarga da Rede de Saúde Mental aparece como obstáculo ao atendimento integral. Também dialogamos com a Política de Saúde do Homem, que se mostra ainda pouco eficiente em fomentar o debate socialmente ampliado sobre a violência de gênero dentro do campo da Saúde Mental.

#### 6.3.1.1.7 Interfaces categoria 4

Quadro 10 – Interfaces da Categoria 04 - Violência, Saúde Mental e Projeto Ágora.

<b>Dificuldades</b>	<b>Potencialidades</b>
Há diferenciações entre o método reflexivo e as abordagens psicoterapêuticas, embora o grupo tenha acolhimento e escuta e também possa ter efeitos terapêuticos.	Na metodologia reflexiva os facilitadores abordam o cuidado e a saúde mental de homens e mulheres em sua associação com as normas de gênero, o que pode ser utilizado em outras intervenções psicossociais.
Grupos realizados pelo meio virtual apresentam dificuldades de interrupção de conexão, privacidade, abordagem dos acordos éticos de convivência, na reflexão coletiva.	O método grupal é uma forte ferramenta de reflexão coletiva sobre as normas de gênero, relações de poder e condutas violentas, que favorece a construção da equidade de gênero.
Pandemia acentua problemas de saúde mental, principalmente relacionadas ao abuso de álcool e drogas, situações nas quais os participantes conferem ao CAPS o melhor atendimento.	Grupos realizados de modo virtual facilitam o acesso de HAV, provocam sentimento de pertencimento por meio de grupos de <i>Whatsapp</i> .
Grupo ligado à Justiça dificulta a visibilidade da demanda de álcool e drogas.	Há “critérios de saúde mental” que fazem com que homens sejam encaminhados à Rede de Saúde Mental e depois retornem ao grupo. E também o trabalho reflexivo pode ajudar os homens a reconhecerem suas necessidades de saúde mental. Estes dados apontam para a complementariedade das ações.
Fluxos pouco definidos e pouco frequentes entre a Rede de Saúde Mental e o Projeto Ágora. Também ainda vistos pela ótica da especialidade e dos atendimentos individuais.	Articulação intersetorial como aposta para atender à crescente demanda de saúde mental e violência, com objetivo de abordagem complexa que supere lógicas causais.
Sobrecarga da Rede de Saúde dificulta intersetorialidade e efetivação dos encaminhamentos	
Política de Saúde do Homem pouco desenvolvida, principalmente com relação ao eixo “violência”.	

Fonte: A Autora.

### 6.3.2 Categoria 5 – articulação com a justiça

No que se refere ao Projeto Ágora, verificamos que a iniciativa tem se articulado ainda muito mais ao Poder Judiciário que ao Poder Executivo e seus órgãos de administração direta. Nesta categoria apresentamos o conjunto dos dados da visão dos facilitadores do Projeto sobre o trabalho com homens autores de violência em articulação com a Justiça, que envolve

encaminhamentos ao Grupo Reflexivo de Gênero, a Medida Protetiva, a Mediação Policial e também a Rede de Saúde Mental.

### 6.3.2.1 Subcategorias

#### 6.3.2.1.1 Medida Protetiva e Obrigatoriedade

Esta subcategoria versa sobre a compreensão dos profissionais sobre os desdobramentos da obrigatoriedade de participação de HAV no Projeto Ágora vinculada à Medida Protetiva. Quanto à adesão de HAV, no sentido de comparecimento, o participante 2 informa que a intimação a partir da Medida Protetiva, por si só, não garante a adesão dos homens. Mas que ao realizar a busca ativa, e entrar em contato diretamente com os homens, a adesão de participantes aumenta. A via da Justiça comumente é o que liga os homens a outros serviços de atendimento, como na rede de saúde conforme aponta Cruz, Espíndula e Trindade (2017). Todavia, a obrigatoriedade de comparecimento ao Tribunal e o esclarecimento sobre o grupo reflexivo de gênero em um primeiro momento não são suficientes para surtir um efeito de responsabilização em HAV. Tanto na primeira acolhida policial, como na chegada ao grupo, os participantes 2 e 3, percebem esta dificuldade com a responsabilização: *"Então já é uma punição antes de qualquer investigação, então eles não recebem isso muito bem, a gente como policial a gente consegue reverter isso daí"* (Part. E2). *"E aí sempre tem aquela dupla desresponsabilização. Que é, eu fiz, mas não foi tão grave ou é grave, mas eu não fiz."* (Part. E3)

Em estudo com um grupo de homens autores de violência, previamente já citado, Lopes (2016, p. 239) contribui ao pensar a responsabilização de HAV sobre os crimes cometidos, com a percepção de que

Nesse sentido, na contramão de avaliações que indicam que os autores de violência doméstica não reconhecem seus atos como violências, talvez seja interessante perscrutar seus argumentos e, a partir disso, considerar que muitos daqueles, na verdade, questionam não as situações de violência, a vulnerabilidade de mulheres, a LMP etc., mas a produção contextual de determinadas mulheres como vítimas e, de modo consequente, a produção de normativas e regulações de proteção social destinadas às essas. Se o ruído em torno de vítima e autor está relativamente mapeado pela literatura acadêmica, ainda que sua transmutação à administração seja mais morosa ou complicada, é fundamental estar atento às moralidades acionadas que conduzem a esse somido, ouvindo o que eles dizem, pois esse talvez seja o caminho mais profícuo à identificação de formas eficazes de enfrentar esse problema.

A primeira estratégia apontada pelos facilitadores para melhorar a participação ativa dos homens em sua responsabilização após a aplicação da Medida Protetiva têm sido as acolhidas, portanto questionamos mais os entrevistados sobre como eles percebem estes momentos. O participante 2 esclarece que busca realizar o acolhimento de maneira presencial e como exerce a função de policial, costuma apresentar-se também como psicólogo, realizando uma desassociação ao que poderia configurar como uma abordagem coercitiva, a fim de criar uma atmosfera convidativa.

*Há uma diferença bem grande de quem é entrevistado por telefone e quem é pessoalmente. Quem é entrevistado pessoalmente a maioria segue, né, o grupo. E quem é entrevistado por telefone... Não, geralmente não aparece lá. [...] Essa busca ativa facilita, consigo agendar um dia pra eles vim e esse dia facilita. É, essa intimação é bem mais agressor do que ligar e falar "Olha aqui é o (participante 2), eu não falo como policial eu falo "Olha eu sou psicólogo, preciso conversar contigo. (Part. E2, grifo nosso).*

O percurso da intimação, sozinho, também é colocado pelo participante 3 como insuficiente para o entendimento da proposta pelos homens. Desta forma, no âmbito do grupo ainda é preciso continuar os esforços de responsabilização, o que implica na discussão entre o Projeto Ágora e o Tribunal de Justiça sobre a adequação da obrigatoriedade. Ele descreve esta via de encaminhamento como “ambígua”, considerando que inicialmente a vinculação à punição gera principalmente medo nos participantes, em contraposição ao buscado pelos facilitadores, de “descontrair”, “baixar a guarda” e que os homens se vejam “implicados, com vontade de ter o grupo”:

*A gente conversa bastante com o TJ no sentido de entender se vale a pena ou não ser obrigatório. Porque por muito tempo queria repetir a lógica jurídica de punição e obrigatoriedade e de punição. Então, a gente tentar evitar isso pra criar um outro tipo de espaço, mas a gente percebia que sempre tinha um desengajamento que até eles entenderem que talvez "putz... Eles foram enviados do TJ", então a primeira coisa que eles têm medo é "o juiz vai saber das coisas que eu falo aqui", a gente tenta descontrair um pouco eles e... Ou tem... Eles ainda veem como punição, porque vem de uma medida protetiva, né? [...] Então, só depois de um tempo, de algumas vezes no grupo que começa a baixar a guarda e eles se começam a veem implicados naquilo, com vontade de ter o grupo e vê (como o grupo é bom) pra eles, mas a gente tá tendo essa conversa atualmente ainda... ainda é ambíguo, pra estabelecer se é, merece ou não ser obrigatório. (Part. E3, grifo nosso).*

A vinculação direta entre a participação no grupo e o processo penal também apresenta outros problemas percebidos no curso do andamento do GRG. Em duas entrevistas, observamos que tanto as ações dos juízes como de outros personagens podem interferir no trabalho de um Grupo Reflexivo de Gênero. A primeira fala diz respeito à experiência do participante 1 com

facilitação de grupo que ocorre no CREAS em outro município, mas que revela como a associação judicial interfere nas atividades do grupo.

*Porque a gente entende que às vezes trava um pouco o grupo por conta disso. Porque na metade do grupo o juiz chama o homem pra audiência e às vezes já tá.. Por ele estar participando do grupo acaba ou arquivando ou... E aí o homem deixa de participar, né. (Part. E1, grifo nosso).*

Esta segunda fala refere-se ao Projeto Ágora, e observamos que ao mesmo tempo em que a interferência do advogado pode aumentar a adesão ao grupo, o significado desta sua ação também reforça a associação do GRG à noção de pena, que se cumprida, poderia significar uma atenuação da resposta criminal. *“Porque muitas vezes é porque, **porque o advogado aconselha “olha participa que o juiz vai te olhar com melhor olhos assim, no teu caso”, então eles acabam vindo**”* (Part. E2, grifo nosso).

Nestes casos, é possível interpretar que a prioridade parece ser o processo judicial e não a “reabilitação e reeducação”, como se a conclusão do mesmo salvaguardasse a possibilidade de reincidência ou então, admitisse que aquela violência nunca ocorreu e que nenhum trabalho de reflexão fosse necessário. Os operadores do Direito nestes casos, não parecem preocupar-se com a qualidade do trabalho desenvolvido no Projeto Ágora. A sugestão do participante 1 para superar este problema seria que o homem participasse das sessões pré-estabelecidas do grupo, para depois haver a audiência. Acreditamos que, desta forma, a articulação intersetorial garantiria que o foco do trabalho poderia obter mais consistência, no sentido de ampliar a responsabilização para a reflexão coletiva sobre as normas de gênero e as violências, do que ficar restrita à responsabilização penal individual.

Estas dificuldades já são bastante discutidas pelos especialistas que trabalham com este público. Em Panorama Nacional das intervenções com HAV, Beiras, Nascimento e Incrocci (2019. p. 271) referem que:

O estranhamento dos próprios HAV que participam dessas iniciativas em discutir questões relacionadas às relações de gênero faz com que eles se recusem a trabalhar as temáticas elencadas ou desistam de participar dos programas. Além disso, convivemos com uma perspectiva patriarcal e machista no âmbito jurídico, o que influencia a percepção de juízes e outros operadores da Justiça, que muitas vezes não compreendem a necessidade dessas intervenções, mostrando o quão importante é realizar sensibilizações, capacitações e reflexões críticas com esses atores (BEIRAS; BRONZ, 2016; SOUZA, 2017).

Em depoimento, autores que trabalham com grupos reflexivos de gênero também explicam que na experiência de trabalho do Instituto Noos a transição da demanda voluntária para a intervenção judicial como pena alternativa complexificou o próprio processo de facilitação, já que a figura dos facilitadores também poderia ser confundida com “um braço da

justiça, dificultando a identificação dos usuários com a proposta da iniciativa” (BEIRAS; BRONZ; SCHNEIDER, 2020, p. 64). Neste mesmo relato, os pesquisadores e facilitadores falam da experiência do MEMOH, um grupo reflexivo para homens interessados em contribuir para a equidade de gênero, e que se caracteriza por uma “horizontalidade das relações e a ausência de uma voz institucional julgadora do certo e errado” (p.69). Nesta proposta, os próprios homens desempenham papéis de liderança, de maneira alternada, a fim de evitar uma hierarquia.

Com a proposta de diminuir a hierarquia presente a partir da vinculação do trabalho com HAV à Justiça, sem ao mesmo tempo negá-la, e de maneira que se possa conduzir à reflexão crítica, os facilitadores do Instituto Noos indicam:

Em primeiro lugar, se destaca o relato quase unânime dos homens sobre o tratamento recebido por eles ao longo do processo jurídico, o que denota a pouca disposição dos operadores da justiça em “escutar o lado deles”. No limite, a percepção é de que eles já entram no processo penalizados. Quando de fato são condenados, tal noção é potencializada e refletida no grupo. Se torna muito mais difícil a diferenciação entre a função da justiça e a proposta de nosso trabalho com conseqüente resistência a ela. Ainda se precisa refletir melhor sobre esta característica, mas desde já podemos pensar que, nesta situação, os homens acabam esperando que o grupo adquira um caráter mais instrutivo, sobretudo no que se refere ao processo jurídico no qual se encontram submetidos e a como se conduzir nos relacionamentos futuros. Isso pode acabar subvertendo nossos pressupostos de trabalho na medida em que a metodologia procura estimular o debate ao invés de “trazer ensinamentos”. Por outro lado, as pesquisas sobre o trabalho com homens encaminhados pela justiça sugere que os mesmos não procuram ajuda durante as crises com suas parceiras íntimas, o que está em consonância com a ideia de que os homens devam ser fortes e independentes. Nesse sentido, recomenda-se que, pelo menos inicialmente, a dupla da facilitação assumam uma postura mais ativa e de referência para os usuários (Antezana, 2012). (BEIRAS; BRONZ, 2006, p. 14).

Do ponto de vista interventivo, são variadas as possibilidades de compreender como a obrigatoriedade e a vinculação ao processo penal e à Lei interferem nos processos dialógicos e reflexivos do grupo. Billand e Paiva (2017, p. 2979) argumentam que os facilitadores de GRG para empenharem uma função cooperativa precisam ter em consideração “a posição minoritária dos pontos de vista feministas no campo das masculinidades”. Reiteram que a simples defesa pró-feminista ou a imposição pelos profissionais de comportamentos adequados e dos pontos legais não são capazes de estabelecer diálogos, pois há a legitimação moral da violência entre os homens, que resistem a tais pontos de vista. Normalmente, estas condutas adotadas reproduzem a lógica hierárquica e mesmo que haja um comportamento aprendido, ou mudanças de discurso, atitudes e representações, este (relativo) sucesso prático não necessariamente provoca transformação nas relações de poder entre homens e mulheres. Referem:

Numa hipótese pessimista, diversos autores sugerem que, em vez de representar um progresso rumo à equidade de gênero, a diminuição da violência observada no processo de algumas intervenções indicaria apenas que os homens conseguem evitar

denúncias, ou ainda, que aprimoraram seu controle sobre as mulheres, inclusive usando as técnicas de negociação e habilidades discursivas ensinadas no âmbito dos programas. (BILLAND; PAIVA, 2017, p. 2981).

Considerando o reconhecimento necessário da perspectiva feminista como uma posição minoritária, os autores supracitados afirmam que é preciso entrar nos jogos de linguagem masculinos, que “os técnicos precisam trabalhar a partir de uma posição social paritária e, ao mesmo tempo, *minoritária*” (BILLAND; PAIVA, 2017, p.2984). Adicionam ainda, que a proposta grupal, em oposição à intervenção judicial individual, é uma ferramenta que permite que os homens, ao compartilhar suas experiências de “infelicidade” marital e de frustrações associadas ao não-cumprimento dos papéis de gênero, possam deixar de ver seus casos como isolados, analisando a semelhança também nos comportamentos femininos, citando por exemplo a observação coletiva do ganho de poder da mulher, que desestabiliza a relação e legitima a violência para estes homens. A partir daí os autores acreditam que os homens podem desenvolver curiosidade sobre

as análises sociais e históricas das relações de gênero trazidas pelos facilitadores. No entanto, o grupo só se apropria dessas análises na medida em que os saberes teóricos e acadêmicos vêm complementar e consolidar os saberes práticos oriundos dos relatos de experiências pessoais, em vez de pretender desqualificar e substituí-los: isto significa que os facilitadores mantêm a posição minoritária que ocupam no grupo. (BILLAND;PAIVA, 2017, p.2985).

De maneira complementar à promoção da equidade de gênero, estas propostas acabam por favorecer dinâmicas de cuidado entre os homens, que passam a incentivar os pares ao rompimento de ciclos de violência, a não permanecer nos relacionamentos e se prejudicarem, tanto no que se refere ao relacionamento com aquelas mulheres, como à denúncia (BILLAND; PAIVA, 2017).

Desta maneira, fica evidenciado que o contexto psicossocial não pode ser negado, como frequentemente o é nas intervenções baseadas na lógica jurídica e de segurança pública. Pensando nestes fatores, Billand e Paiva (2017, p. 2986) também sinalizam a importância da articulação com as propostas de “empoderamento” às mulheres e que as intervenções em saúde também compreendam eticamente a interdependência entre o trabalho com homens e mulheres. Não raramente os profissionais também precisam ter em conta que há a incompatibilidade entre os “projetos de felicidade” de homens e mulheres nas situações de violência, e que precisam ser manejadas e interpretadas à luz da perspectiva de gênero.

Enfim, nossas observações enraizam-se no contexto de uma articulação particular entre a intervenção junto a homens e intervenções junto a mulheres. Os resultados sugerem que é necessário dialogar com os homens (ou melhor, entre homens), para que ampliem sua consciência acerca do desencontro entre suas experiências pessoais e as expectativas que orientam suas relações com mulheres – ou ainda, precisamos

criar espaços de socialização onde homens possam refletir sobre o fracasso dos seus projetos de felicidade (patriarcais), frustrados pelos ganhos de poder das mulheres.

Para que esta contextualização psicossocial, entretanto, possa ser realizada, a rede intersetorial precisa estabelecer mecanismos de fluxos comunicacionais entre os diferentes pontos de atendimento ao homem. Os encaminhamentos entre as instituições, para não expressarem apenas “uma somatória de intervenções, com serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial” (SCHRAIBER et al., 2012, p. 237) precisam ser igualmente qualificados. Na próxima subcategoria, os facilitadores do Projeto Ágora relatam sobre os problemas percebidos nos encaminhamentos realizados pelo sistema de Justiça.

#### 6.3.2.1.2 Problemas no Encaminhamento de HAV

Como já explicamos, nos fluxos estabelecidos entre Tribunal de Justiça, Delegacia e Projeto Ágora, são previstos momentos de acolhimento aos homens sob Medida Protetiva para explicação sobre o grupo, identificação da adequação do perfil, para que os encaminhamentos sejam realizados. Com foco nestes fluxos iniciais, buscaremos explicitar as dificuldades percebidas pelos profissionais do Projeto Ágora e também como vêm enfrentando estes problemas e sugerindo melhorias.

O primeiro problema percebido no fluxo entre Tribunal de Justiça e a Delegacia, no caso do município de São José/SC, diz respeito à qualificação das informações. O participante 2 declara que não recebe muitos dados sobre o homem encaminhado pelo TJ, precisando buscá-los nos registros da Polícia e diretamente com o envolvido para realizar a acolhida de maneira qualificada.

*Não, não tem informação alguma. Vem só um e-mail com os nomes e contato, ponto. Aí a informação, se a gente né, quiser informação geralmente, eu vou saber só com quem eu vou conversar. A gente olha no sistema da Polícia, a gente sabe qual foi o Boletim de Ocorrência que gerou todo o procedimento. (Part. E2).*

A partir desta triagem inicial há o encaminhamento para o grupo, e também, depois deste processo não há outras articulações, ou maiores diálogos. O profissional desenvolve sua atividade de triagem de maneira separada à intervenção do grupo e/ou ao atendimento judicial. É importante situar que este procedimento foi estabelecido no período de pandemia, quando os grupos deixaram de ocorrer na Delegacia. Então, o participante 2 ficou responsável por esta triagem e perdeu contato com o que ocorre depois desta fase. O profissional também indica que há outro psicólogo na Delegacia que realiza esta ponte, mas não trouxe maiores informações se

o diálogo estabelecido é maior. Se por um lado, é importante que o profissional que realiza esta triagem tenha experiência de facilitação de GRG, por outro, questionamos se não há perdas no que se refere a esta forma de encaminhamento segregada.

*Uma vez encaminhado a gente não, eu perco o contato. Geralmente são 12 encontros, 1 x por semana, com um 1h e meia de duração, mais ou menos. Então, é, uma vez que eu encaminho, eu só sei se eles completaram ou não. Essa a informação que eu acabo tendo. (Part. E2, grifo nosso).*

Embora o profissional acreditasse que haveria dificuldades de receber os homens na Delegacia para esta acolhida, considerando o estigma associado ao espaço, ao inverso, ele percebeu alguma vinculação ao equipamento e adesão ao grupo quando o acolhimento é realizado de forma presencial. Ele descreve que os homens acabam retornando à Delegacia, entrando em contato para tirar dúvidas, estabelecendo um canal de comunicação aberto.

*É porque eles vêm com todo um estigma né, de só ser chamado pela Delegacia da Mulher já, pra eles já é um estigma bem grande. [...] Por se tratar de uma Delegacia, sabe, de chamá-los para vir aqui, entrar na Delegacia da mulher, pra eles é uma vergonha. Homem aqui dentro é autor, não tem dúvida ou ou é policial ou é autor. [...] Como eles já vieram aqui, sabem onde vir, eles aparecem aqui. [...] Mas todos eles ficam abertos a retornar aqui caso precise. Tanto que alguns voltam, porque eles querem declaração de que participaram, que foram... [...] Então eles tão sempre ligando e perguntando como é que tá essa situação, da participação deles.” (Part. E2, grifo nosso).*

Para elucidar a fala do participante 2, é importante dizer que alguns destes contatos de HAV com a Delegacia ocorriam pois após a finalização do grupo os homens precisam de Declaração de comparecimento para informa-lo ao Fórum, o que acaba sendo solicitando ao policial que realiza a triagem, pelo tempo de espera de informação do Projeto Ágora ao Tribunal de Justiça. Em decorrência destes problemas operacionais, os homens parecem ter como referência instrutiva a própria Delegacia.

*É porque o contato entre o Fórum tava demorando um pouco pra chegar. Entre a UFSC e o Fórum. Entre o Ágora e o Fórum. E alguns deles queriam essa Declaração pra passar pro Delegado. Então por isso que nunca sabiam quando que vai, quem vai mandar, como é que vai ser, quem vai mandar, tirar essas dúvidas que às vezes ficam. (Part. E2, grifo nosso).*

Estes tipos de contatos, mesmo que eventuais, nos parecem boas oportunidades de vinculação destes homens à Rede de Enfrentamento, em que a função de instrução e apoio, de maneira qualificada, podem favorecer o engajamento ao objetivo proposto. Observamos que nestes atendimentos cotidianos, ao não se resumir ao papel investigativo, as Delegacias conseguem se configurar em espaços de acolhimento e escuta aos casos de violência de gênero (Rifiotis, 2015). Acreditamos nesta multiplicidade de abordagens aos sujeitos envolvidos na violência de gênero. Segundo Rifiotis (2015, p. 292),

se há mérito em voltar, nesse momento, às práticas de justiça da Delegacia da Mulher é justamente o de sublinhar que a pluralidade de formas e instâncias é fundamental no campo da intervenção social na luta contra a violência contra as mulheres.

Por outro lado, para os facilitadores do Projeto Ágora, também houve algumas perdas neste processo de encaminhamentos, que resultavam na não adesão de HAV à proposta. Pelo que o participante 3 avaliou, em conjunto com a equipe, os homens sob Medida Protetiva não estavam acessando o Projeto. Para ele, a diferença entre os homens denunciados e encaminhados provocava estranhamento, uma vez que boa parte dos HAV poderia se beneficiar do grupo, que é relativamente aberto a todos os tipos de homens, conforme citamos, sendo a exclusão uma situação rara. Segundo o facilitador, foi identificado que havia “dispersão” nos encaminhamentos realizados diretamente do Tribunal de Justiça ao Projeto Ágora, no fluxo de HAV de Florianópolis/SC, portanto, questiona:

*A gente tá pensando em como melhorar, aonde que tá um pouco do problema, né? Será que eles não tavam triando direito, não tavam chegando? Os encaminhamentos estavam errados? Ou eles não sentiam que faziam parte do grupo? Ou era no grupo que eles não queriam (inaudível). E aí eu acho que tinha algo que... Apareceu nos números que era no próprio encaminhamento e que ali dispersa um pouco. (Part. E3, grifo nosso).*

Com esta redução do número de encaminhamentos/acessos em relação ao número de homens denunciados e submetidos a Medidas Protetivas, os facilitadores, em contraposição ao discutido sobre a obrigatoriedade de comparecimento ao GRG e sua associação à lógica punitivista, têm refletido se não seria válido instituir esta obrigatoriedade, neste primeiro momento em que o Projeto precisa se consolidar e chegar aos homens.

*A gente percebia que às vezes, apesar de chegar muita gente no TJ, o número de participação no grupo chegava a ser menos 10 por cento e tá atravessado por várias questões, chegava até a gente só por esse filtro inicial, mas por encaminhamento, por pessoal atendendo o telefone ou por ela (nos achar). Então a gente tá pensando como que seria isso e aonde seria essa obrigatoriedade. Porque atualmente a obrigatoriedade tá em ir no TJ pra conversar com os psicólogos. (Part. E3, grifo nosso).*

Observamos que a rede intersetorial sempre se constitui em dinâmica mobilidade, e que ao momento inicial, ainda apresentava entraves. Com a discussão promovida entre os atores envolvidos, os fluxos podem ultrapassar o estabelecimento de meras ações instrumentais para o desenvolvimento de ações mais sinérgicas ao cumprimento do objetivo de enfrentamento à violência de gênero.

### 6.3.2.1.3 Diálogo com o Tribunal de Justiça

De uma maneira mais geral, os facilitadores do Projeto explicam nesta subcategoria suas percepções sobre a comunicação com o Tribunal de Justiça de Santa Catarina e que o diálogo tem se estabelecido de maneira positiva. Os participantes buscam a realização de reuniões periódicas e contatos constantes, desta forma, a parceria tem apresentado boa efetivação.

Considerando que a parceria que originou o Projeto *Ágora* vem da articulação com o Tribunal de Justiça, os participantes 2 e 3 acreditam que esta manutenção dos atores envolvidos favorece o diálogo, aos momentos em que os entraves são percebidos e também nos espaços de reuniões estabelecidos de maneira sistemática.

*Eu acho que é bom que já tá com a conversa faz alguns anos. Então, alguns participantes a gente funciona... (inaudível) tem uma boa relação com o projeto, com o Adriano. Então, isso facilita o diálogo. [...] A gente tenta manter um contato direto com o TJ e com o juiz na vara. A gente tenta fazer reuniões constantes, né? Se a gente sentiu alguma coisa ou a cada seis meses fazer uma reunião, pra só assimilar e entender como que tá o fluxo deles. (Part. E3, grifo nosso).*

A manutenção dos profissionais do Tribunal de Justiça, professores e pesquisadores da UFSC e facilitadores do Projeto *Ágora*, se efetivada a longo prazo, pode representar forte ponto que indica a potencialidade desta ação, em um movimento de contramão dos Programas realizados nacionalmente, que sofrem barreiras à sua sobrevivência:

A implementação de programas voltados para HAV ainda enfrenta fortes entraves, dificultando sua operacionalização e manutenção. Identificamos que a vinculação com órgãos públicos da área de segurança e da Justiça se mostra como uma das grandes dificuldades na sua realização. Uma vez que mais da metade dos programas analisados possui algum vínculo governamental (n=21), estes terminam por se sujeitar às condições políticas e econômicas vigentes, o que acaba por restringir a atuação das instituições que os propõem. Dentre as dificuldades elencadas, destacamos: o estabelecimento de prazos para a realização das intervenções, dificultando sua continuidade após o término dos contratos; a restrição no financiamento em função desse marco temporal pré-determinado; a falta de espaço físico adequado; as transições na gestão pública, que afetam a continuidade das atividades; e a falta de políticas públicas que orientem os órgãos públicos sobre a necessidade dos programas como forma de medida protetiva. Se, por um lado, é desejável que as políticas públicas assumam a tarefa de organizar e disponibilizar esses programas, por outro, a inconstância da Administração Pública coloca em risco sua continuidade e efetividade. (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019, p. 271).

Este processo é considerado essencial para a consolidação do Projeto *Ágora* em uma Política de enfrentamento à violência contra mulheres que se mostre mais expressiva, capilarizada e consistente. O participante 1 vê de maneira bastante positiva os fluxos comunicacionais estabelecidos até o momento:

*O diálogo é uma constante, tem uma boa articulação com o TJ, tem uma boa articulação com a Delegacia e isso a gente percebe nos fluxos de encaminhamento, no modo como os encaminhamentos chegam, então o diálogo tá sempre, sempre aberto. Até porque os atores que compõem a rede têm se mantido né, então ao se manter eles seguem um diálogo aberto, um diálogo de comunicação, de :“olha, eu acho que tá travando aqui, a gente pode melhorar aqui, ‘vamos’ tentar fazer isso aqui de um jeito diferente, não precisa ser tanto assim”. Então é pensar um pouco disso, assim. E quando a gente tem... Por isso que é importante né, que a gente fala de ter um plano de carreira pros servidores, porque ao se manter ali, né, a gente consegue ir organizando, a gente consegue ir compreendendo melhor a Política, a gente consegue ir ajustando ela melhor às demandas da população, a gente participa da construção da demanda, então o diálogo funciona bem mais fluido, ele... A comunicação é bem mais assertiva do que se ficar todo semestre mudar... “Não, agora não é mais o Psicólogo tal, agora é outro psicólogo. Agora não é mais a Assistente Social tal, agora é outra Assistente Social”. Então essa permanência mantém os fluxos comunicacionais muito atuantes. Eu sinto que esse diálogo tem funcionado muito bem entre o TJ e o Programa Ágora, né. E entre a Delegacia e o Programa Ágora também. É, tenho sentido bastante potência no que tem acontecido assim, enquanto troca de informações, de tecer diálogos, essas questões, assim, mais fluidas. Tenho sentido essa potência, assim. (Part. E2, grifo nosso).*

Com esta fala, podemos dizer que os problemas de hierarquia que dificultam o diálogo, percebidos pelos profissionais do CAPS com relação à Justiça, não se reproduzem com os facilitadores do Projeto Ágora. Na percepção destes, a articulação com o TJ tem sido construída com debate. Pensando na concepção de rede que Schraiber et al. (2012, p. 242) conceituam, na próxima subcategoria buscaremos discutir como a mediação policial pode se constituir em uma medida que potencialize os efeitos do enfrentamento à violência, a partir das experiências do participante 2. Para os autores referidos, a rede

é horizontal, monta tramas diversas de acordo com as necessidades dos casos e a partir do conhecimento de seus agentes, sem comando único, também não tem porta de entrada e fluxos sistematizados. O mesmo ator pode participar de várias redes simultaneamente. Em suma, o conceito de rede refere-se aos atores e a seus vínculos, assim como aos canais pelos quais passam informações e conhecimentos; o que pode ser aplicado ao estudo dos serviços e seus fluxos ou conexões.

#### 6.3.2.1.4 Mediação Policial

Considerando os fluxos e o histórico do Projeto Ágora de articulação com a DPCAMI, percebemos que além da parceria com o TJSC, o apoio entre estas organizações trouxe dados ao nosso estudo que resultaram em uma subcategoria especial: a mediação policial, que não se faz aos pares em que ocorrem a violência, mas com os homens que a praticam, em especial filhos que agredem suas mães. Por buscarmos agregar a percepção de facilitadores, que inevitavelmente não se limita ao trabalho no âmbito do Projeto Ágora, mas trazem conhecimento de outras instituições da Rede de Enfrentamento que também realizam interface com a Rede de Saúde Mental, optamos por esta inclusão. Aqui discutimos a percepção do

participante 2, a partir de seu trabalho em uma instituição de polícia judiciária onde realiza atendimento a mulheres vítimas de violência e também de homens autores, em um formato que chamaremos de “mediação policial”, termo utilizado no trabalho de Rifiotis (2015) ao descrever esta atividade policial que não tem como resultado a queixa-crime.

Devido ao trabalho de atendimento de proteção a um público variado, aqueles considerados do grupo vulnerável a violências (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), a DPCAMI tem acesso a casos de violência de gênero não restritas à conjugalidade. Buscando integrar a realidade do atendimento às mulheres vítimas de violência e de seus agressores nas variadas formas, consideramos importante abordar os dados apresentados pelo participante 2:

*As mulheres elas pedem bastante pra gente conversar com eles, uma vez que elas entram aqui, elas não querem nem trazer problemas [...] muitas vezes de filho que tá agredindo as mães, aí várias vezes eu faço essa conversa, eu ligo pra eles, mas elas não querem fazer boletim, não querem expor os filhos, elas chegam assim de coração partido assim, elas não querem fazer nada, mas elas querem que aquilo pare e aí diversas vezes eu me proponho a ligar pros filhos e chamá-los. [...] E conclusão, ah é a polícia eles já sentem uma repressão policial, já ficam mais atentos, mas em conversa eles percebem que não era esse o objetivo, né? E que duas deixas, a gente conversa explicando que a mãe dele tá sofrendo e que não é assim que a coisa funciona, (incompreensível), ela não quer que ele saia de casa, que e perguntar qual é a diligência, o que que tá contando que essas coisas tá acontecendo e também dizer pra ele que ele que a gente tá sabendo, olha a gente tá sabendo que isso tá acontecendo e é nosso telefone, espero que isso não se repita, vocês entrem num acordo e (incompreensível). (Part. E2, grifo nosso)*

Na percepção do entrevistado estas denúncias de violência não chegam a se formalizar, o que pensamos que talvez ocorra por se tratar de situações em que o dispositivo de gênero materno também esteja em cheque para tais mulheres. Desta forma, o participante 2 considera importante esta ação em que se coloca à disposição de mulheres, realizando o monitoramento da situação, ao mesmo tempo em que conversa e se coloca vigilante para HAV. “Isso, a gente liga pra eles, elas não tão desamparadas, sozinhas, elas têm telefone, ainda que que eu saiba elas não vão ligar” (Part. E2).

Rifiotis (2015), em texto no qual discute a judicialização das relações sociais a partir de uma releitura de trabalhos etnográficos na Delegacia da Mulher de João Pessoa (realizados antes da promulgação da Lei Maria da Penha) focaliza o processo que chama de “mediação policial”. Constatou que naquela Delegacia havia um baixo percentual de inquéritos instaurados, pois haviam outras atividades importantes na instituição que não tinham como prioridade a “judicialização estrita”. Nestas situações as mulheres solicitavam intervenção da Delegacia, em alguns casos dos quais nem sempre havia redutibilidade à categoria “violência de gênero”, mas nos quais consideravam que a atuação policial poderia ser positiva. O autor salienta que a variedade e complexidade dos casos não é exclusividade da Delegacia da

Mulher, mas que a recepção concreta destas demandas encontrava um lugar especial nesta instituição. “Afim, são as mulheres vitimizadas que procuram a delegacia, e a recepção de suas queixas abre importantes portas para o acesso à justiça, e, sobretudo, à de-singularização das suas experiências de ‘violência de gênero’” (RIFIOTIS, 2015, p.275).

Nestes espaços de mediação configurava-se a possibilidade da controvérsia, em que estavam presentes “conselhos”, “sustos”, a busca da coerência e da conciliação, ou em alguns casos, a função da delegada consistia em arbitrar sobre os conflitos. Era um trabalho bastante valorizado pelas mulheres atendidas, que demandavam não só à delegada, mas também em meio às conversas informais com agentes policiais e aos depoimentos no atendimento psicológico e com a assistente social (RIFIOTIS, 2015).

O autor discute esta demanda de “ordem privada”, em que a reclamante “procurava valer-se da autoridade policial para obrigar o seu agressor a admitir o erro e a renegociar a relação entre eles” (RIFIOTIS, 2015, p.278) atentando para a irredutibilidade da complexidade de casos de violência de gênero ao campo jurídico e a impossibilidade de limitar a polícia como uma “simples correia de transmissão entre os conflitos interpessoais e o campo jurídico” (RIFIOTIS, 2015, p. 285). Rifiotis (2015) empreende que mesmo que atualmente tenhamos a importância de situar a violência de gênero como um crime de ação pública, estes terceiros atores nas situações de violência e assimetria das relações de poder entre os gêneros seguem sendo solicitados a atuar na vida privada. Com esta consideração, não podemos negar que práticas de mediação seguem existindo, colocando em cheque os dilemas entre a moralidade pública e a moralidade privada, que invariavelmente estarão presentes nas ações em qualquer área de intervenção.

De modo geral, os procedimentos observados na Delegacia da Mulher operam mostrando o caráter aparente da fronteira que organizaria a distinção entre questões públicas e privadas. Pode-se afirmar que a Delegacia da Mulher atua descortinando o caráter público das relações de gênero, mostrando publicamente a vida pregressa do acusado e da vítima, e instituindo um lugar para a intervenção de um terceiro na figura da delegada. Se por um lado, o rompimento de uma imaginada fronteira público-privado pode abrir caminho para a afirmação do caráter político das relações de gênero, por outro, especificamente no campo do processamento jurídico, ela pode significar uma forma de intervenção e/ou controle sobre a qual cabe também uma reflexão crítica. (RIFIOTIS, 2015, p. 286).

Nos casos de situações de violência em casais, o participante 2 percebe que a procura pela Delegacia se dá em um momento em que já há o desejo de ruptura de vínculos. Os casos de mediação policial nestas situações são menos frequentes, e também não são indicados, segundo o profissional, pois a maior parte das mulheres lança mão do atendimento na Delegacia para solicitar o afastamento do HAV:

*E aí por alguma, sei lá por alguma estrutura de saúde, de classe social sei lá, não querem sair de casa ou não querem que ele saia, porque muitas vezes ele é o provedor da família inteira, elas pedem uma mediação pra conversar, pra conversar com ele (incompreensível). Mas também não é a maioria não, a maioria já chega aqui já tá saturado, ela já que é mais é expulsar de casa do que qualquer outra coisa. (Part. E2, grifo nosso).*

A própria fala do entrevistado, que associa o não-rompimento das relações violentas pela mulher a “alguma estrutura de saúde, de classe social”, nos remete ao questionamento sobre o acesso aos direitos destas mulheres e as formas em que os aparatos do Estado articulam suas ações para o enfrentamento da violência nas frentes de trabalho com mulheres e com homens. No âmbito do atendimento das delegacias, alguns autores têm atentado para a falta de espaço de escuta aos homens, o que dificulta o trabalho de prevenção dos casos de violência contra as mulheres e a promoção da equidade de gênero (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008 *apud* CRUZ; ESPÍNDULA; TRINDADE, 2017). Os resultados obtidos em particular com o participante 2 apontam que a implementação do Projeto Ágora, o trabalho de acolhida e os processos de mediação têm contribuído para a ressignificação dos espaços tradicionalmente coercitivos da Delegacia para HAV. Beiras, Nascimento e Incrocci (2019), ao sugerir diretrizes que possam qualificar o trabalho com HAV, citam Montero e Bonino (2010) para frisar a necessidade de diálogo entre os programas com HAV e outros serviços e políticas para as mulheres. Acrescentamos que o diálogo passa pela reflexão crítica sobre as ações empenhadas, sem perder de vista a dimensão política dos atores sociais envolvidos no enfrentamento à violência de gênero. “Afinal, trata-se de pensar como operam os atores, como se dá a tradução da normatividade em contextos específicos e como dispositivos legais (institucionais) limitam e, ao mesmo tempo, oferecem um quadro no qual emergem sujeitos em ação” (RIFIOTIS, 2015, p. 285).

#### 6.3.2.1.5 Síntese da categoria 5

Embora haja diálogo e fluxos já instituídos com o Tribunal de Justiça, em que a comunicação tem se mostrado positiva, os profissionais ainda percebem problemas quanto à qualidade e à quantidade dos encaminhamentos (em relação ao número de Medidas Protetivas), quando estes são feitos diretamente do Fórum. A permanência de HAV durante todo o curso do GRG também sofre obstáculos, quando o encerramento do processo judicial faz os homens desistirem do grupo. Interferências de advogados quanto ao comparecimento de HAV no GRG também contribuem à lógica punitiva, que não é favorável ao trabalho reflexivo, segundo os

facilitadores. A acolhida policial, na outra via historicamente instituída (em São José), adiciona um tensionamento no contato com os HAV, por ocorrer no espaço da Delegacia de Proteção à Mulher, entretanto, tem surtido efeitos positivos ao passo que imprime uma personalidade e esforços ao encaminhamento, o que se configura muitas vezes como um local de referência, mesmo que instrutiva e eventual -aos homens. A mediação policial também se mostrou uma ferramenta que pode complementar o trabalho de responsabilização de HAV em sua ampliação de sentidos, além das medidas punitivas. O cenário de baixa adesão ao Projeto Ágora, no entanto, faz os profissionais considerarem o comparecimento obrigatório de HAV ao GRG, por via da Justiça, ao mesmo tempo em que percebem que este procedimento favorece uma visão punitiva que vai de encontro às prerrogativas e condições ao método reflexivo, porém, para a consolidação e efetivação do Projeto, percebem que ainda é preciso lançar mão destas estratégias.

#### 6.3.2.1.6 Interfaces categoria 5

Quadro 11 – Interfaces do Grupo 02, Categoria 05 - Articulação com a Justiça

Dificuldades	Potencialidades
Obrigatoriedade da intimação ao Fórum após a Medida Protetiva, por si só, não garante a adesão, nem a responsabilização de HAV.	A obrigatoriedade, por via da Justiça, no momento em que o Projeto Ágora ainda está no início de suas atividades pode ser necessária para aumentar a adesão.
Audiências em que o processo judicial do homem é extinto e que ocorrem no meio do percurso do GRG, fazem com que este não compareça mais ao grupo.	O Projeto Ágora pensa em pactuar a participação no GRG antes das audiências.
Advogados incentivam a participação no GRG para que o “juiz veja melhor o processo penal”, favorecendo a associação entre pena e a proposta do grupo e dificultando a responsabilização de HAV.	Acolhida Policial e facilitadores do Projeto Ágora buscam estabelecer vínculos menos hierárquicos com HAV.
Encaminhamentos realizados pelo TJSC têm pouca informação sobre os homens. A partir da acolhida policial, também não há mais diálogo entre a DPCAMI e o Projeto Ágora.	Diálogo entre TJSC e Projeto Ágora, por outro lado, é ponto positivo para superar estes entraves. A manutenção dos mesmos atores nesta articulação favorece o constante contato.
São poucos encaminhamentos ao Projeto Ágora, se comparado ao número de Medidas Protetivas.	Mediação Policial é uma ferramenta utilizada nos casos de filhos que violentam mães. A Delegacia também têm se constituído como espaço de referência – ao menos instrutiva e de maneira eventual – aos HAV.

Fonte: A autora.

### **6.3.3 Categoria 6 – perspectivas do trabalho em rede no enfrentamento à violência**

Nesta categoria encontramos as outras interfaces do trabalho do Projeto Ágora com a rede intersetorial de enfrentamento à violência, incluída a Política de Saúde, a partir das percepções dos facilitadores do Grupo Reflexivo de Gênero.

#### 6.3.3.1 Subcategorias:

##### 6.3.3.1.1 Intersetorialidade em construção

No que se refere à intersetorialidade entre o Projeto Ágora e a rede de enfrentamento à violência os participantes ainda demonstram maior contato com a Justiça. Na categoria anterior, sinalizamos como o diálogo é maior com o Tribunal (juízes, psicólogos e assistentes sociais jurídicos), enquanto que a articulação com a Delegacia do município de São José, que realiza a primeira acolhida de homens deste município e os encaminha ao Projeto Ágora, não é tão visível. Nenhum dos entrevistados relatou qualquer articulação com outros pontos da rede que atendessem mulheres, como a DPCAMI da Capital, por exemplo. Portanto, a integração do trabalho “em rede com serviços voltados para mulheres e famílias” recomendada aos Programas com HAV por Beiras, Nascimento e Incrocci (2019, p. 272) ainda é inexistente.

Entretanto, como entrevistamos o psicólogo policial da DPCAMI-São José, optamos por integrar algumas de suas falas sobre sua prática neste contexto, mesmo que não correspondam à sua atuação como facilitador do Projeto Ágora, mas com a intenção de amplificar a discussão da intersetorialidade da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, na qual a Delegacia da Mulher é fundamental. Também consideramos estes dados pertinentes à construção da intersetorialidade que se pretende com o Projeto Ágora e as Políticas Públicas. Portanto gostaríamos de situar primeiramente que sobre as redes que poderiam ser instituídas regionalmente, com parcerias intermunicipais da Grande Florianópolis, o participante 2 conta que não tem diálogo com serviços que compõem a rede de enfrentamento em Florianópolis.

Por sua vez, em São José, no cotidiano de atendimento às famílias em situação de violência, o participante 2 refere que os contatos entre a rede existem, porém são eventuais e dependem da necessidade dos casos atendidos. Vejamos a fala do entrevistado 2, em que cita maior contato com os CRAS e o Conselho Tutelar (componentes do Sistema de Defesa e

Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente institucionalizado pela Resolução de 2006 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA):

*Não saberia te dizer, a articulação que eu tenho com a Rede na verdade é quando a gente troca informações, que assim tem uma família que eu sei que ela me contou que passou pelo CRAS da região tal, então entro em contato com o CRAS pra solicitar alguma informação sobre aquela família, mais no Conselho Tutelar na verdade. Pra saber se a família passou por lá, preciso de endereço, de nome, pra eles ver que eles ajudou bastante, que assim (incompreensível) a Rede e tal, algum contato ou algum familiar do sistema, mas só assim, quando precisa, quando tá faltando alguma coisa no atendimento a gente faz encaminhamentos, não pense que tem lugar, apenas que tem grupos vários. (Part. E2, grifo nosso).*

Nesta última frase, o participante refere-se a grupos formados por profissionais da rede que se comunicam pelo aplicativo *WhatsApp* quando precisam realizar encaminhamentos a alguns serviços ou solicitar informações referentes aos casos atendidos na DPCAMI. O profissional relata que não há reuniões constantes com espaços criados para estas discussões. Mas citou uma iniciativa com função educativa de prevenção à violência sexual, em que a rede se reuniu e trabalhou em escolas, incluindo os profissionais da Política de Saúde:

*Um projeto que tem um ciclo de palestras na, na rede pública pro pessoal do CAPS, do CRAS, do PAEFI, do DEP e nós da segurança e até do Ministério Público acabam entrando e a todos os profissionais é rodar as escolas falar o que cada um faz e falar da violência sexual de como é e como denunciar, a gente fez um palestra só. (Part. E2, grifo nosso).*

Já sobre sua percepção da Rede de enfrentamento à violência contra a mulher, o participante refere que tem conhecimento principalmente das instâncias judiciárias e de Segurança Pública, cuja articulação tem mostrado efetividade no que diz respeito à proteção e garantia dos direitos das mulheres:

*O Ministério Público, Delegacia da Mulher e a Polícia Militar (incompreensível) eu tenho conversado com as mulheres que que (incompreensível), tem sido bem efetivo, inclusive o atendimento da, da PM que é o que elas precisam, uma vez que elas tem a medida, que elas tem (incompreensível), elas tem direto ligar pra PM, não precisa ligar pro 190, tem que explicar, CPF tal, rua tal, ela já liga pra quem (incompreensível) pro atendimento ser bem rápido. (Part. E2, grifo nosso).*

Portanto, segundo o participante, a Medida Protetiva de Urgência tem garantido celeridade e proteção às mulheres em situação de violência, uma vez que estas não precisam utilizar o canal nacional de atendimento 190, no qual precisariam passar pelos protocolos deste serviço, e que não são voltados ao atendimento especializado à mulher. Mesmo que o canal seja voltado para um socorro rápido, na visão do profissional o contato direto com a Polícia Militar de São José tem sido mais efetivo.

De maneira paralela, o Projeto Ágora tem recebido alguns HAV de São José e de Florianópolis, como já indicamos. Todavia, quanto às outras Políticas das quais estes homens poderiam se beneficiar, ou cujas ações poderiam se integrar ao Projeto Ágora de alguma forma, os participantes revelam que a intersetorialidade ainda se mostra bastante frágil. As falas dos entrevistados 1 e 3 conferem esta fragilidade à implementação recente do Projeto. Para o participante 3, ainda há distância entre o Projeto e a Rede de enfrentamento:

*Mas eu percebo que é distante, é um grupo ainda que a gente ainda tá tentando se formar e mostrar a importância de ter esse lugar, a conseguir expandir. Então, eu sinto que ainda falta essa comunicação, e que a gente não sabe, a partir dessa comunicação é difícil saber ainda como que a gente pode ajudar e o que que eles podem nos ajudar. Acho que ainda falta um certo contato maior, é algo que a gente tenta manter, mas ainda sinto que é prejudicado. (Part. E3).*

Depreendemos desta fala que este facilitador percebe que há necessidade de comunicação no momento atual para que o Projeto Ágora conheça a rede e fique conhecido, a fim de pactuar possibilidades de cooperação. Como este participante não está inserido em nenhum órgão estatal de atendimento público, ele percebe que outros facilitadores do Projeto buscam mais a discussão e efetivação desta integração:

***Eu, diretamente, não tenho tanto, porque não é tanto a minha função, assim. Mas eu vejo que tem outros profissionais ali dentro que, tanto que trabalha no - chegou a conversar com o (participante 1), alguma coisa? Com o trabalho no CREAS, outros trabalham em outros lugares, outros tem uma noção diferente da rede. E... que exercem mais alguma certa função nisso, de fazer a conexão entre delegacia, entre CREAS. (Part. E3, grifo nosso).***

A questão do recente convênio que formalizou o Projeto Ágora nos parece coerente à indicação de uma intersetorialidade frágil dos nossos informantes. Por outro lado, não podemos deixar de pensar que se uma rede de enfrentamento à violência em um município se fizesse estruturada e articulada, já deveria ser de conhecimento das outras Políticas a existência deste tipo de trabalho exclusivo e inédito em Florianópolis. As ações que se podem empenhar são inúmeras e a rede precisa ser tecida de maneira a incluir esta iniciativa do eixo combate à violência contra as mulheres, conforme a SPM classifica e atenta para integração desde 2011.

Um dos entrevistados, por ter vínculo profissional com uma instituição pública que compõe esta rede em outro município, mostra-se consoante com nossa expectativa. O participante 1 defende a necessidade de maior comunicação e conhecimento das redes de atendimento (de saúde mental, de assistência social, por exemplo) e enfrentamento, para o encaminhamento adequado, preocupando-se principalmente com o pós-grupo do Projeto

Ágora. Ele entende que desta forma o homem poderia ser inserido de fato na rede a fim de atender necessidades que permanecem ao final do grupo:

*Eu, vou falar assim, que eu compreendo aí sendo mais psicólogo que atua com Políticas Públicas, do que necessariamente psicólogo que participa do Projeto Ágora. Eu compreendo que pode melhorar. Acho ainda que tá muito frágil ainda essas questões dos encaminhamentos, por exemplo: Quando acaba o Projeto, né, a passagem do homem pelo Projeto, às vezes tem algumas demandas ainda que ele precisa trabalhar, umas demandas de Saúde Mental, algumas vezes uma questão de acesso à direito e tudo mais que a gente precisa ainda ter isso mais claro pra gente, né, esse fluxo como é que é, pra onde que encaminha, qual é a porta de entrada. Se é a Saúde Mental, a porta de entrada de Saúde Mental em Florianópolis é a UBS? Né? Quando a gente tá falando de acesso a direitos, por mais que seja uma questão de violência, a porta de entrada é o CRAS? [...] Então, mas esse fluxo assim pós-grupo ainda é uma coisa que me deixa ainda um pouco inquieto, né, eu acredito que a gente precise ainda avançar bastante ainda de fazer com que a rede que talvez não dialogue tanto, comece a dialogar, né." [...] Então a gente precisa resolver algumas questões ainda, e hoje tá muito mais focado na metodologia do que necessariamente nos fluxos né, de encaminhamento pós-grupo e, lógico que, mesmo na rede pública a gente também tem essas fragilidades. (Part E1, grifo nosso).*

Embora esta seja uma preocupação de todos os entrevistados, a articulação intersetorial também enfrenta o desafio implantado pela pandemia de COVID-19. Da mesma forma como os entrevistados da Saúde Mental, este foi um dado apresentado pelos facilitadores do Projeto Ágora. Em virtude do pouco contato com a rede que pudesse ter sido muito prejudicada pela ocorrência da pandemia, os facilitadores tecem algumas considerações sobre este contexto, porém não apresentaram dados suficientes que justificassem a criação de uma nova subcategoria. Vamos ao menos apresentar dois efeitos apontados pelos entrevistados. Um deles diz respeito à interrupção do projeto de ciclo de palestras em escolas da rede de enfrentamento à violência sexual de São José, conforme indica o participante 2: "E aí na sequência a gente fez mais uma reunião em grupo e a pandemia parou tudo, a gente não conseguiu fazer mais nada." (Part. E2)

Outro dificultador que a pandemia de COVID-19 e suas medidas sanitárias impôs à articulação intersetorial da rede de enfrentamento à violência de gênero é a escassez de oportunidades de diálogo do Projeto Ágora com outros atores da rede, segundo relata o participante 1:

*E eu acho que a gente vai levar um tempinho ainda, por conta também, por conta da pandemia, às vezes fazer isso presencial fica muito mais fácil de ter isso muito mais tranquilo. Consegue marcar reunião com a rede né, fazer com que a rede dialogue, converse, tudo mais. Mas enquanto tiver a pandemia a gente entende que vai continuar um pouco assim, né. (Part. E1, grifo nosso).*

A pandemia de COVID-19 torna-se um novo elemento de fragilização da rede, diminuindo a frequência de reuniões e contatos entre as instituições. Percebemos com estes dados que a perspectiva de atendimento intersetorial de HAV que visa potencializar as ações da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres está no horizonte de futuro do Projeto *Ágora*, apesar dos desafios atuais. Esperamos que com este trabalho, os profissionais e gestores das Políticas Públicas sintam-se incentivados a construção desta rede, cuja fragilização já parece estar colocada mesmo antes do nascimento do Projeto *Ágora*, conforme vimos pelo relato dos profissionais de saúde mental. Refletimos junto aos fundadores de Grupos Reflexivos de Gênero sobre as múltiplas redes que podem ser acionadas a atuarem em conjunto:

No caso da violência intrafamiliar e de gênero, quais seriam os atores sociais nela envolvidos, ainda que potencialmente? Restringindo-nos ao recorte da violência contra as mulheres, teremos os seguintes atores: a família nuclear, a família extensa, os amigos, a vizinhança ou comunidade, o policial da delegacia de mulheres, os serventuários da justiça, o defensor ou advogado, o promotor, o juiz, o legislador, o médico do pronto-socorro e os profissionais do centro de atenção à mulher. Podemos categorizá-los em cinco tipos de rede: a familiar, a comunitária, a de segurança pública, a de justiça e a de saúde. Imbuídos do espírito de articulação e conexão da ótica sistêmica e da metáfora de redes, ressaltamos que esses cinco subsistemas aqui mencionados formam uma rede de redes, que necessita também, por sua vez, que aqueles que a compõem a mantenham devidamente ativada. (ACOSTA; FILHO; BRONZ, 2004, p. 18).

Se a intersetorialidade com a Rede de atendimento é vista como frágil, podemos imaginar que uma atenção integral aos HAV tampouco esteja perto de ser efetivada. Na categoria seguinte trazemos a percepção dos facilitadores do Projeto *Ágora*, que mesmo com poucos contatos com a Rede, já percebem a descontinuidade do atendimento ao homem.

#### 6.3.3.1.2 Descontinuidade no Atendimento

Considerando todo o contexto apresentado, os facilitadores também analisam como percurso de HAV na rede se apresenta descontinuado, o que poderia ser melhorado tanto pelos esforços do Projeto *Ágora*, como pelos contatos entre a rede. O tema da descontinuidade é um desdobramento da subcategoria anterior. Observamos que desde o encaminhamento ao pós-grupo, aparecem lacunas que fazem com que as demandas do homem não sejam atendidas, desta forma não há um trajeto evidente destes sujeitos na Rede de enfrentamento. Ainda, a falta de interação entre os serviços da Rede não permite que a integralidade da atenção a estes casos seja construída.

Os encaminhamentos realizados a partir da primeira acolhida, como por exemplo, quando o homem é encaminhado a serviços de saúde pelo entendimento de que tem uma

“demanda emocional muito forte” (Part. E2) e, portanto, não participam do grupo, são pouco dialogados. O entrevistado 2 refere que não recebe informações após o encaminhamento:

*É feito... A gente encaminha pra eles e solicita urgência no atendimento. Mas é outro caso que **também perco o contato. Se ele chegou a ser atendido, se ele não chegou... Não chego a saber.** (Part. E2, grifo nosso).*

No caso dos encaminhamentos ao Projeto Ágora, o mesmo participante relata que também não tem informações sobre o trabalho realizado no grupo, sabendo apenas que o homem finalizou o Projeto ou então o atendendo em situações em que ele próprio procura a Delegacia. No caso da Política de Saúde, mesmo com a solicitação de urgência, o profissional não recebe qualquer retorno. Desta forma entendemos que há brechas para que este homem possa ser inserido na Rede, mas as barreiras de comunicação estabelecidas entre os profissionais e as instituições não contribuem à intersetorialidade.

Quanto à participação no Projeto Ágora, os facilitadores informam que os homens também os tomam como referência, muitas vezes solicitando serviços e trazendo demandas as quais se têm pouco a fazer, conforme o participante 3:

*Isso eu acho que é uma coisa que ainda dá pra melhorar. **Por a gente ainda ser iniciante é difícil a gente fazer um acompanhamento muito contínuo. Às vezes eles procuram a gente e a gente se coloca à disposição. No WhatsApp pra eles procurarem e várias vezes eles procuram. "Ó, aconteceu algo (inaudível) jurídico". Aí a gente fala "putz, isso não é com a gente e a gente tenta falar: é bom falar com o T.J. Aí passa o número". Ou fala " Ah, tô com um problema de novo, eu não sei muito o que fazer, tem algum outro grupo pra participar?", aí "ó, vai começar um daqui há três semanas, você gostaria? É outro grupo, mas uma dinâmica meio parecida". E... Às vezes eles procuram "ó, tô procurando um psicólogo, não sei muito bem onde conseguir.** (Part. E3, grifo nosso).*

Com estas duas falas, observamos que os homens acabam por tomar alguns “serviços ou então profissionais-referências” construídos a partir da mobilização em torno do Grupo com HAV, o que corrobora com o pouco espaço de atendimento a estes homens nas políticas e na Rede de enfrentamento. Sem lugares ou equipes de atendimento de referência dentro dessa rede, os homens parecem procurar aqueles com os quais se inaugura algum espaço de atenção às suas necessidades. Se as políticas sociais, como a Assistência Social e a Saúde, têm se caracterizado como espaços femininos conforme demonstrou a percepção de nossos informantes, ainda nos parece uma longa caminhada até que homens possam se ver implicados a participar da construção de equidade de gênero por meio de seu envolvimento na Rede de enfrentamento à violência.

Entretanto, como sinalizamos, a intersetorialidade está no horizonte de futuro do Projeto Ágora, ainda configurada sob uma construção inicial. Portanto, a descontinuidade da

atenção ao homem na Rede percebida pelos entrevistados não quer dizer que já não se tenham pactuações mínimas, representadas por parcerias e contatos com alguns órgãos apoiadores.

#### 6.3.3.1.3 Parcerias e Contatos de Rede

Os participantes descrevem nesta subcategoria as potencialidades das parcerias estabelecidas e dos contatos entre instituições que facilitam a intersetorialidade no atendimento de HAV. Ao mesmo tempo em que estas conexões representam potencialidades, os participantes também indicam fragilidades, uma vez que os contatos são muitas vezes personalizados e dependem da posição e possibilidades de agência dos atores sociais.

As principais parcerias, evidentemente, são as realizadas com a Justiça e a Segurança Pública, que encaminham os homens na via instituída desde o início do Projeto. O participante 3 refere estes caminhos consolidados e problematiza que por enquanto não há como haver outras parcerias de encaminhamentos ao grupo:

*É porque acho que varia ainda, por ser um dos poucos grupos que atualmente existem, (inaudível) encaminhar, e acontece mais pelas **facilidades das parcerias que já existem entre o projeto, a UFSC, e o TJ e a delegacia de São José, porque... E acaba sendo o único jeito de eles saberem aonde encaminhar, o que fazer com esses homens, provavelmente é um dos poucos jeitos, um dos poucos lugares de atendimento, então é claro que a maior parte é vindo de um dos dois. É raro não vim ou do TJ de... De Florianópolis ou da delegacia de São José, esses são os dois órgãos que já fazem o apoio. (Part. E3, grifo nosso).***

Todavia, como o grupo é fruto de uma iniciativa também de pesquisadores e dos facilitadores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), parece haver alguma visibilidade dentro da universidade ao trabalho que é realizado pelo Projeto Ágora e também a partir dos contatos pessoais estabelecidos na instituição. Com isto, o participante 3 sinaliza que já há interesse de algumas pessoas em encaminhar homens ao grupo, em que demandas extrajudiciais já podem ser percebidas:

*Direto tem pessoas da UFSC que perguntam "ô, tô atendendo um cara que parece ter relação de violência de gênero, vocês atendem?" (inaudível) essa dúvida, é bom a gente poder entender um pouco do caso, saber... Já que o grupo é uma base vindo de uma medida protetiva, né? (Part. E3).*

A vinculação à UFSC também aparece como potencialidade, no sentido da parceria que se pode estabelecer com o Serviço de Atenção Psicológica do Departamento de Psicologia (SAPSI), que por sua vez também tem redes instituídas de encaminhamentos, principalmente com Clínicas que realizam atendimento psicológico a custo social ou gratuito na cidade de

Florianópolis. O SAPSI parece se configurar, pela fala do participante 3, como uma possibilidade alternativa ao atendimento na rede pública assistencial. A referência à descontinuidade do atendimento aparece de maneira recorrente no discurso do entrevistado 3, atentando para a saturação das redes para atendimento, tanto das redes do SAPSI como as redes governamentais:

*A gente tem alguns encaminhamentos possíveis, dependendo do vínculo que ele teve com a instituição, a gente tenta fazer mais uma ou outra acolhida e entender o (inaudível) que a gente poderia ajudar, pra tentar se tornar um pouco melhor. A partir daí, entender as preferências deles pra saber se conseguiria encaminhar pra rede básica de saúde, pra ver o que que ele consegue procurar ali, entender um pouco se ele conhece o território dele ou se tem necessidade inclusive talvez passar pra algum outro (inaudível) já que trabalha com SAPSI, eles têm uma rede, né? De encaminhamentos de psicologia, já que a gente já sabe que essa rede já tá, já faz atendimento social já tá bem cheia, a gente sabe que a rede pública... Então às vezes é difícil ter um acompanhamento mais contínuo. (Part. E3).*

Podemos ver os esforços de facilitadores do Projeto Ágora ao tentar conferir alguma integralidade no atendimento de HAV, a qual encontra muitas barreiras. Outro problema percebido é a dificuldade dos facilitadores exercerem esta função de articulação, considerando as próprias atividades de origem (facilitação) e seus vínculos profissionais fora do Grupo. É importante destacar que o vínculo dos facilitadores ao Projeto Ágora é voluntário, o que pode precarizar as condições de manutenção destes atores e na ampliação de seus trabalhos. Este é o caso do participante 3, que expressa sobre a articulação do trabalho em rede:

*É essencial, é um trabalho muito importante, mesmo que a gente queria que tivesse mais disso, mas a gente não sabe muito bem, é... Como estabelecer ainda, sabe? Não tem um profissional que fique só nisso, ou que pense em como articular, tudo intermediado com outras atividades.” (Part. E3)*

Utilizando um exemplo de encaminhamento à Rede de Saúde Mental, que o participante 1 realiza na sua experiência em outro município, percebemos como os contatos entre os atores da rede fortalecem a efetividade do atendimento. O caráter de urgência empregado por este entrevistado (assim como colocou o participante 2 quando encaminha da primeira acolhida), aparece como uma ferramenta que busca se antepor à saturação das redes de assistência e também aos fluxos comumente distribuídos na saúde:

*Então, esse trabalho em parceria com a rede é o que funciona melhor. Não dá pra ficar esperando, é, ter uma vaga, ter um né, um lugar pra atender, a gente já sabe que quando a gente encaminha a gente já coloca como prioridade, né. Até porque envolve uma defesa da vida, né, que os direitos de, quando esses homens, é, cometem uma violência onde eles estão né, agindo contra a vida. É, então não dá pra ficar esperando. “Ah, vamos esperar pra ver se ele, se ele melhora”, né. Então ele já vai pra um acompanhamento especializado mesmo, né. Não precisa passar necessariamente pela UBS, ele já vai direto, já recebe essa acolhida logo de cara. (Part. E1, grifo nosso).*

Esta fala também nos faz refletir sobre a questão da urgência e os critérios de risco aos quais as redes de saúde mental costumam ficar limitadas. Como pudemos ver, no CAPS de Florianópolis o risco de suicídio, possivelmente atravessado pelo saber médico tradicional que associa o fenômeno sempre diretamente aos transtornos mentais (BOCCARDI, 2018), é colocado como primordial em um contexto também de saturação do equipamento e barreiras para novas ações. Entretanto, a gravidade da violência de gênero não parece ainda ser um ponto de encontro na discussão que envolveria ao CAPS e à Rede de Saúde Mental poder ampliar suas possibilidades de ação com HAV. O exemplo do participante 1 pode ser um indicativo de como as redes podem ser instituídas a fim de empreender integralidade às ações e maior proteção aos direitos das mulheres.

Entretanto, os contatos pessoais entre os atores da rede ao mesmo tempo em que são forte potencialidade à efetividade da assistência de homens e mulheres, carecem de processos formalizados que favoreçam condições para a consolidação de suas ações. Schraiber et al. (2012) ao analisarem as tramas de serviços que prestam assistência a mulheres vítimas de violência observam o mesmo padrão de pessoalidade, mesmo em redes já historicamente construídas. Em seu estudo, os autores observam que mesmo com a quantidade de serviços e atores mais ampliada, a rede de assistência a mulheres vítimas de violência também costuma ser pouco institucionalizada e depende muito mais de contatos pessoais:

Finalmente, queremos enfatizar que se aspectos positivos já encontrados devem ser ampliados e reforçados, o conjunto maior de questões reside nos problemas a serem superados para a efetivação da rede. Podemos sintetizá-los nas questões de: 1) vínculos, objetivos e culturais (linguagens) institucionais diversos; 2) autonomia completa dos setores; 3) pequeno reconhecimento mútuo e muita desconfiança entre os setores; 4) fluxos baseados em conhecimento de pessoas – relações pouco institucionalizadas; 5) triagens mais que encaminhamentos: livrar-se do caso, sem proposta assistencial específica; 6) fragilidade dos serviços – instabilidade das políticas de governo e das gestões. (SCHRAIBER et al., 2012, p.251).

A baixa institucionalidade e visibilidade ainda conferida ao Projeto Ágora dentro da rede de enfrentamento é apontada pelos facilitadores como um desafio à intersetorialidade. Na próxima subcategoria discutimos junto aos entrevistados, como ainda não há “lugar para o Projeto Ágora na rede”.

#### 6.3.3.1.4 O lugar do Projeto Ágora na Rede

Os resultados desta subcategoria apontam que a (falta de) localização do Projeto Ágora na composição da Rede e a ausência de divulgação sobre o mesmo dificultam a consolidação

do trabalho, tanto para ampliar o acesso de HAV, como para efetivação do Projeto em sua articulação intersetorial.

O participante 3 expressou o que identificamos a partir das entrevistas com os profissionais do CAPS: a invisibilidade do Projeto na rede de enfrentamento à violência, o que se associa à pouca institucionalização do Projeto frente a rede e a população, e à inexistência de um fluxo preciso entre o grupo de HAV e as demais instituições.

*(A gente)Tenta entender um pouco mais e encaminhar, mas normalmente ainda tá bem iniciante, porque sinto que a **grande parte da rede ainda não sabe que a gente existe e também a gente não faz muito exatamente totalmente parte da rede pública de saúde, né? Então, maior parte dela não sabe e a gente também não recebe muitos encaminhamentos diretos.** (Part. E3, grifo nosso).*

A sensação de “não ser parte da rede” que o participante 3 referiu na entrevista, junto a esta fala, para nós representa ainda o resultado da construção, que é inicial e está em curso, dos significados atribuídos a um trabalho com HAV dentro da própria rede de enfrentamento à violência. Relembrando os dados dos profissionais do CAPS, percebemos que este lugar do trabalho com HAV é realmente desconhecido e é significado a partir das experiências locais de atendimento de saúde daqueles profissionais, sem articulação real com o Projeto *Ágora*.

Sobre estes sentidos de trabalhos com HAV dentro da rede de enfrentamento, o participante 3 confirma suas precariedades, pois percebe o despreparo de profissionais e da própria rede para identificar uma atuação possível, atribuindo também a dificuldade de atendimento ao “homem em sofrimento em geral”:

*Sim, se pudesse desde o CRAS, o CREAS, a delegacia, sempre gostariam de saber o que fazer. [...] Ninguém sabe lidar direito ou que fazer com ele, que é o homem autor de violência. Ou um homem em sofrimento em geral que chega na rede, é difícil, né? Porque na hora que chega ali, saber o quê que dar, o quê que precisa, e o quê que a rede consegue ofertar. (Part. E3).*

Podemos relacionar a escassez de sentidos de trabalho com HAV dentro da rede de enfrentamento (e os setores que pouco se vêem como parte desta) à resposta social que ainda vemos em prioridade, a punitiva, já discutida no âmbito deste trabalho. Romeu Gomes cita a autora Quiroga (1993, p.21 *apud* GOMES,1997, p. 94).para atentar a importância de socializar a discussão sobre a violência de gênero, sob a qual existem “espaços escondidos das quais a sociedade pouco conhece e neles atua apenas por formas convencionais e repressivas”

Neste depoimento, o participante 1 traz uma fala bastante representativa da presente subcategoria, quando questiona sobre a localização institucional do Projeto *Ágora* em relação ao restante da rede, da qual também destacamos a visibilidade de seu projeto ético-político. O

entrevistado se refere à localização, que podemos chamar de simbólica, mas também à física, cujas estruturas implicam em estabelecer fluxos que assegurem a articulação da rede de enfrentamento à violência.

*Mas enquanto Projeto a gente pensar onde que o Projeto se encaixa, pensando a rede de atendimento de Florianópolis, por exemplo. Onde é que ele se encaixa, se encaixa entre a Saúde e a Assistência Social? Se encaixa só dentro da Assistência Social, porque é o Creas que vai atender as demandas de violência? E os homens que cometeram violência por conta do uso excessivo de alguma né, de alguma substância psicoativa ali, então a gente atende, não atende, só atende depois de passar pelo CAPS? [...] Qual é o melhor lugar pra um Projeto Agora acontecer, por exemplo, numa cidade? (Part. E1, grifo nosso).*

O participante 3 acrescenta que a vinculação do Projeto à Universidade ainda faz com que este se caracterize como **“algo mais próximo a um Projeto de Extensão ou um projeto relacionado a UFSC”**. E questiona: **“É diferente, né? A posição que ocupa.”** (Part. E3, grifo nosso). Concordamos com o entrevistado de que mesmo que a vinculação do Projeto seja governamental, partindo da parceria entre Universidade e o Poder Judiciário, o Projeto ainda não alcança representatividade na Rede de Enfrentamento à violência, pois não corresponde a um programa governamental legitimado e incluído em alguma política específica. Esta tendência de vinculação governamental é observada nos dois mapeamentos nacionais de Programas com HAV, e os autores que o realizaram acenam como é comum que intervenções com estas características tendam a ter o caráter judicial “nos encaminhamentos que delineiam os objetivos dos programas” (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019, p. 269), o que percebemos que no caso do Projeto Ágora, acaba dificultando o acolhimento de encaminhamentos da rede e diálogos mais amplos com outros setores, no momento. Sendo assim, os facilitadores ainda concebem a intersetorialidade a qual o Projeto está inserida de uma maneira circunscrita a “uma rede menor”, e que sua articulação interinstitucional dependeria também da ampliação da equipe e sua valorização:

*Porém, ainda não ser parte da rede, se fosse parte da rede um pouco maior, talvez a gente conseguiria ter mais gente trabalhando com isso, em tempo mais integral, mas já que é todo mundo (participar), ou, no meu caso, voluntariado, já tinha formado, então isso precariza bastante. (Part. E3, grifo nosso).*

Dentre as missões do Projeto Ágora, de maior articulação com a rede, os facilitadores também vislumbram que as iniciativas com HAV possam se multiplicar. Na próxima subcategoria incluímos estas perspectivas, a fim de contribuir para a visualização da potencialidade de alcance deste trabalho numa perspectiva intersetorial.

### 6.3.3.1.5 Ampliação do Trabalho com HAV

Esta subcategoria versa sobre as percepções que são consenso entre os participantes da pesquisa deste grupo da necessidade de ampliação do trabalho com HAV. Os facilitadores tratam esta implementação como dever do Estado e ao mesmo tempo discutem quais Políticas preferenciais para a execução. Inicialmente, o entrevistado 3 acredita que na Rede de Florianópolis esta ampliação passaria primeiro pelo fortalecimento do Projeto Ágora, que poderia vir a aumentar o acesso de HAV por meio de outras vias de encaminhamento:

*Pra se formar um grupo forte, pensar algo meio consistente. Ver o que dá e o que não dá. Depois implementar, expandir um pouco, no sentido de expandir todas as conexões e entrar em contato com a rede pra explicar o nosso processo e ficar mais aberto o encaminhamento. (Part. E3, grifo nosso).*

Entrando no campo das políticas governamentais, um dos facilitadores também sugere que os grupos poderiam continuar ocorrendo por “profissionais terceirizados” ou “profissionais”, mas que a capacitação para que estes trabalhos se multiplicassem deveria ser papel do Estado. Acreditamos que este é outro forte ponto que pode auxiliar na ampliação do trabalho com HAV, apostando em espaços de capacitação e trocas de experiências na Rede da Grande Florianópolis, tendo em conta tanto o que o próprio Projeto Ágora poderia contribuir à rede como o inverso. *"Mas eu acho que deveria ter **mais grupos né, que que toda a estrutura que Estado, Prefeitura, Ministério Público (incompreensível), deveriam se juntar pra qualificar profissionais terceirizados, sabe, oferecer cursos pra profissionais.**" (Part. E2, grifo nosso).*

Como parte das reflexões já realizadas pelo facilitador 1 a partir de sua experiência de GRG no CREAS, o mesmo defende que este equipamento seria o apropriado para o desenvolvimento de grupos deste caráter, em função do trabalho próprio da Política de Assistência Social no fortalecimento de vínculos comunitários em situação de vulnerabilidade e violação de direitos. Este é um debate importante de ser feito, colocando em evidência as missões e públicos das Políticas a qual HAV podem ser atendidos.

*Eu defendo, eu tenho defendido que seja o CREAS, né, que são as demandas de violência, contudo, não somente o CREAS né, mas que o CREAS seja o lugar pra acontecer o grupo, mas que ele consiga articular a rede pra que as outras demandas possam ser atendidas também. [...] Eu entendo que a Assistência Social seria o lugar justamente por isso, né, trabalha com o vínculo né, então, vínculo com o território, o vínculo familiar, o vínculo comunitário, então, esses vínculos todos precisam aí tá, ser, estarem sendo pensados, então, que seja na Assistência Social, né. (Part. E1, grifo nosso).*

As intervenções com HAV têm sido mais emergentes no setor da assistência social, conforme o levantamento nacional de 2019 realizado por Beiras, Nascimento e Incrocci. Segundo os autores, o crescimento de Programas ligados a “redes de assistência social” tem consonância com o apontamento da Lei Maria da Penha sobre a participação de homens nestes serviços. Discutem também, que mesmo contrário a orientação da SPM na instituição da “Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres” de que estes serviços fossem ligados “aos tribunais de justiça estaduais e do Distrito Federal ou ao executivo estadual e municipal (Secretarias de Justiça ou órgão responsável pela administração penitenciária)” (SPM, 2011, p.66), estudos da área recomendam a vinculação com outros órgãos governamentais.

O Instituto Noos, com seu histórico de atendimento de HAV tanto em demandas voluntárias como pela via judicial, reconhece a importância de ambas as atuações e também estabelece como prioridade aprofundar a discussão sobre as expectativas da Lei Maria da Penha sobre os centros de educação e reabilitação de agressores. Ainda, em sua perspectiva de ampliação dos grupos promovidos pelo Instituto, manifestam:

a organização quer dar um passo à frente e impingir um caráter de prevenção primária aos grupos reflexivos de gênero, tornando-os um recurso para evitar que o primeiro episódio de violência ocorra. Nesse sentido, é necessário que a metodologia seja aplicada em variados contextos, como escolas, unidades de saúde, ambientes de trabalho onde a inserção de mulheres ainda é incipiente (como no caso da construção civil), empresas, entre outros. (BEIRAS; BRONZ, 2016, p. 14).

Sem perder de vista a discussão sobre as ações de cunho educativo, preventivo, reeducador ou reabilitador presentes nas políticas e normativas quanto ao trabalho com HAV - e que merecem aprofundamento crítico -, o Projeto Ágora tem se mostrado consoante às organizações que tradicionalmente trabalham com o enfrentamento da violência de gênero, ao propor que estas intervenções sejam proliferadas, mas sempre a partir de um “olhar feminista, construcionista e pós-estruturalista”. Deixamos aqui a visão do participante 1 sobre o desejo de difusão do Projeto Ágora:

*Mas a proposta é que seja, cada município tenha o seu Programa, o seu Projeto ou um Serviço Público atendendo. Então essa é uma das grandes missões do Projeto Ágora, assim, que ele sirva de modelo para os outros municípios, não só em termos de Santa Catarina mas a nível de Brasil também, né, que tenha esse olhar feminista, construcionista, pós-estruturalista, que entende a violência não só como né, uma agressão e algo da natureza dos homens, mas que ele possa ser desconstruído e que possa ser um projeto ético também. Essa é a proposta assim, uma das missões é essa. [...] Inclusive um dos efeitos já do Ágora foi que em Criciúma, uma colega nossa que participa do Ágora, conseguiu conversar com uma vereadora e eles aprovaram lá uma lei que coloca uma condição pro município ofertar grupos para os HAV. (Part. E1, grifo nosso).*

Imbuídos do espírito de elaborar pactuações com as redes de enfrentamento à violência de gênero, nossos informantes também relacionam outras ações que poderiam ser adicionadas ao panorama atual da Rede da Grande Florianópolis. Seleccionamos na próxima e última subcategoria as propostas dos facilitadores, a fim de trazer mais contribuições práticas para que esta rede comece a se configurar com a inclusão do Projeto Ágora.

#### 6.3.3.1.6 Outras Ações Possíveis

Em complementariedade ao que é exposto como necessidade e urgência no âmbito dos serviços já estruturados na Rede da Grande Florianópolis, os participantes indicam possibilidades de ações que possam reforçar o enfrentamento à violência contra a mulher. Destacamos neste quadro as possíveis atuações elencadas pelos facilitadores, as quais em seguida descreveremos:

Quadro 12 – Sugestões de ações Grupo 02 - Rede de Enfrentamento

<b>Outras ações possíveis</b>
Criação de uma Comissão Intersetorial
Conselhos de Direito que articulem demandas de HAV
Grupos Reflexivos de Gênero para mulheres
Ações Intersetoriais nas escolas como forma de prevenção
Desjudicialização (que serviços possam encaminhar quando não há Medida Protetiva)

Fonte: A autora.

**a) Comissão Intersetorial e Conselhos de Direito:** estas propostas foram levantadas pelo participante 1, ao pensar órgãos que pudessem ser responsáveis pela articulação das demandas de HAV em diferentes políticas e a construção da rede que inclua o Projeto Ágora. Na seguinte fala ele exprime este questionamento: *"Será que precisa fazer uma **comissão**, né [...] Será que encaminha então pra algum, pra **algum Conselho de Direito**, né, pra poder fazer essa **amarração**, então é **um pouco disso assim que a gente ainda tá meio nebuloso**, assim."* (Part. E1, grifo nosso)

**b) Ações Intersetoriais nas escolas como forma de prevenção:** já apontamos anteriormente neste trabalho a ação realizada pela rede do município de São José envolvendo a Saúde, Assistência Social, Educação e Segurança Pública. Destacamos esta ação corroborando também para ampliação dos sentidos dos trabalhos realizados em instâncias tradicionalmente repressivas.

Nestas duas últimas ações observamos a percepção do facilitador psicólogo policial da Delegacia da Mulher sobre a ampliação também de seu trabalho. Este fator coaduna com o apresentado pelos seguintes autores:

As mulheres denunciadoras e a população, em geral, ao demandarem da Polícia Civil outras ações que extrapolam sua competência formal e legalmente constituída (ou suas atribuições), demandam, ao sistema de segurança pública, novas expectativas. Com isso, a Polícia é chamada a se tornar partícipe de um “amplo projeto de educação para a cidadania”, reivindicado por diferentes atores sociais, nos últimos anos, superando a idéia de segurança pública como restrita ao combate à criminalidade e aos processos de educação formal ou tradicionalmente concebidos. (NOBRE; BARREIRA, 2008, p. 145).

**c) Grupos Reflexivos de Gênero para mulheres:** esta também é uma proposta que originou da percepção do facilitador 2 sobre as demandas levantadas por HAV após a finalização do atendimento do Projeto *Ágora*.

*E sugeriram até inclusive, alguns que voltaram pras esposas, sobre ter um grupo também para as mulheres que né? Eles buscam, mas a outra parte continua igual e isso acaba de repente desandando, mas esse feedback a gente tem pedido pra eles e, né? (Part. E2, grifo nosso).*

É importante mencionar que embora os homens devam ser principais alvos na desconstrução dos sistemas machistas que sustentam suas práticas de violência de gênero, as mulheres também se beneficiam de intervenções de desconstrução de normas sociais baseadas no gênero que tenham por base um viés feminista. O Instituto Noos relata eficácia nas intervenções com mulheres, e que “apesar de a metodologia ter sido originalmente pensada para ser utilizada com homens, 193 mulheres também foram atendidas através dos grupos” (BEIRAS; BRONZ, 2016, p. 11). Os facilitadores desta organização alertam que mesmo com as relevantes conquistas sociais de mulheres, os altos índices de violência contra elas justificam que as discussões de gênero também ainda sejam direcionadas ao público feminino.

**d) Desjudicialização:** esta possível ação parte da experiência de um dos entrevistados sobre as pactuações que estão sendo discutidas no âmbito do outro GRG que facilita no CREAS. No município em questão, o participante 1 deve conversar com o Poder Judiciário para que os encaminhamentos de HAV ao grupo não se limitem às Medidas Protetivas de urgência. O informante acredita na potencialidade e esforços da Rede para o encaminhamento ao grupo, incluindo a Política de Segurança Pública para os casos que não são judicializados, e a própria Assistência Social. Segue sua fala, que traz indicativos de outras formas de tecer redes para além da resposta criminal ou das medidas de cunho repressivo:

*A gente já vai conversar com uma nova juíza pra ela, pactuar com ela né, pra ser algo da rede e não somente nosso, então também envolver Delegacia e tudo mais. Não necessariamente precisa passar pelo TJ, mas que a Delegacia possa identificar também e encaminhar direto pro CREAS, pra não judicializar tudo, né. Então a gente tá agora também pra organizar isso. Que antes só vinha do TJ. Do TJ, e agora a gente vai ver essa questão da Delegacia, e os próprios atendimentos do CREAS também, encaminhar. Pra não ficar somente demanda judicial. (Part. E1, grifo nosso).*

#### 6.3.3.1.7 Síntese da categoria 6

A perspectiva do trabalho em rede para atendimento de HAV aparece para os facilitadores como reforçador ao enfrentamento à violência contra a mulher, apesar das barreiras percebidas. A rede que já é frágil, na visão dos profissionais, encontra barreiras comunicacionais e institucionais, ampliadas pela pandemia de COVID-19. A necessidade da ampliação e consolidação do trabalho com HAV, tomado como responsabilidade do Estado, é consenso entre os profissionais do Grupo Rede de Enfrentamento. Ainda, indicam como potencialidade o estabelecimento de ações intersetoriais e de controle social e a necessidade de aproximação da Rede de Saúde, com indicativos à desjudicialização dos acessos de HAV ao Projeto Ágora.

#### 6.3.3.1.8 Interfaces categoria 6

Quadro 13 – Interfaces do Grupo 02 - Categoria 06: Perspectivas do Trabalho em Rede no Enfrentamento à Violência.

<b>Dificuldades</b>	<b>Potencialidades</b>
A intersetorialidade está em fase inicial, com diálogo mais próximo com a Justiça. Nem a Delegacia ou outros serviços da rede de enfrentamento estão com muito contato com o Projeto.	Parcerias que surgem dos contatos pessoais dos facilitadores e dos casos atendidos. (SAPSI e CAPS AD, por exemplo).
Descontinuidade do atendimento de HAV na rede percebidas desde os encaminhamentos até o pós-grupo.	Medida Protetiva de Urgência e contato direto com PM de São José/Sc tem sido efetiva na proteção de mulheres vítimas de violência.
Facilitadores com vínculo voluntário e equipe reduzida dificultam o trabalho intersetorial que se poderia realizar a partir do Projeto Ágora.	Facilitadores com vínculos institucionais em Políticas Públicas fora do projeto mostram-se mais atinentes à discussão da intersetorialidade.
Pandemia de COVID-19 dificulta diálogo da rede e interrompe projetos intersetoriais já instituídos de prevenção à violência.	Encaminhamento do Projeto Ágora para a rede com a solicitação de urgência pode ser uma ferramenta para priorizar atendimentos de HAV que coloquem risco de vida à mulher.
Projeto Ágora ainda não “é parte da rede pública maior”, considerado pelos facilitadores ainda como parte de uma rede menor vinculada à Justiça.	Manutenção dos atores sociais envolvidos na Universidade, Projeto Ágora e Poder Judiciário facilitam o diálogo.
Saturação da rede pública para atendimento psicossocial.	Discussão intersetorial para localização simbólica e física do Projeto Ágora, para ampliar sentidos atribuídos ao trabalho com HAV dentro da Rede de enfrentamento e incluir a Saúde como componente desta rede.
	Sugestões de ações intersetoriais e que dão indicativos a atuações extrajudiciais.
	Projeto Ágora tem como horizonte de futuro realizar maior articulação intersetorial, ampliando acesso de HAV, multiplicando o trabalho e servindo de modelo a outros municípios (que já teve êxito em uma experiência).

Fonte: A autora.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo postulamos como objetivo geral compreender as perspectivas de profissionais que trabalham com homens autores de violência e de profissionais da Rede de Saúde Mental em Florianópolis/SC acerca das interfaces possíveis no enfrentamento à violência de gênero. Nos dedicamos, a partir de nossa pesquisa bibliográfica e com nossas perguntas exploratórias, mais especificamente aos aspectos que dificultam a articulação entre o trabalho com HAV e a rede de saúde mental, e também àqueles que os participantes e nós concebemos como potentes.

Então descrevemos as interfaces ao longo da apresentação dos resultados de nossa pesquisa, e marcamos suas potencialidades e dificuldades ao final de cada categoria em uma tabela elaborada com a finalidade de pontuá-las mais evidentemente. Restou observar quais dificuldades e potencialidades são percebidas como comuns e quais são dissonantes, com a intenção de obter pontos de encontro e desencontro entre as percepções dos atores sociais que compõem as duas frentes de ação que foram foco do nosso estudo. E com isso tentar construir estratégias sobre em quais pontos devemos investir para ações mais articuladas de enfrentamento à violência contra mulheres. Gostaríamos principalmente de enfatizar as interfaces a partir das quais conseguimos construir pontes entre as frentes de ação estudadas e em suas relações com outros setores, cuja interlocução também não pudemos descartar nesta pesquisa.

A primeira interface mais aceita e reconhecida pelos dois grupos foi o próprio tema da violência, encarada como objeto de intervenção da Política de Saúde e transversal às demais políticas sociais. Observamos que este ponto foi positivo pois acompanhou a intenção da SPM e da Lei Maria da Penha de transversalizar a questão da violência de gênero. Entretanto, a Rede de Enfrentamento instituída pela SPM também visava caminhar para um objetivo comum a partir da responsabilização de HAV em serviços historicamente não habituados a tratar da temática. E como já nos sinalizava Schraiber e D'Oliveira (1999), pelo fato da violência contra mulheres não obter um locus próprio de atenção na rede intersetorial, as visões sobre o fenômeno certamente serão heterogêneas nas distintas instituições que com ela atuam. Foi o que observamos em nosso estudo, pois apesar da admissão da violência contra as mulheres como problema de saúde pública, a perspectiva de gênero não é amplamente adotada pelos profissionais de saúde, e estes pouco se reconhecem como Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres.

Relembrando os dados apresentados, no caso dos agentes da Saúde Mental que foram nossos informantes, para eles a violência (generalizada na sociedade, no Estado e nas famílias) é marca nas histórias de vida dos usuários do CAPS, como constituinte de transtornos mentais, presente nas demandas e aparece em decorrência dos sofrimentos vividos. Mas quando falamos de violência de gênero, o discurso se mantinha praticamente inalterado, com pouca menção às relações de poder entre os gêneros e as normas sociais que compõem e fundamentam nossa ordem de gênero atual e desigual.

Por outro lado, saindo das concepções e indo para o campo das ações, observamos que a violência de gênero surgiu como forte elemento de ação no CAPS, mas basicamente a partir da atenção à vítima, o que está em consonância com outros estudos apresentados e com o avanço das conquistas feministas. No CAPS a mulher vítima de violência é visível nos múltiplos espaços do Serviço, tem voz e ressonância nas discussões intersetoriais, principalmente quando precisa de proteção ou passa por situação de abrigo (ela e seus filhos). É por isto que a Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres também só é reconhecida por meio do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CREMV) e da Casa de Passagem para Mulheres Vítimas de Violência, com quem o CAPS mantém mais diálogo. Sobre este aspecto também encontramos que os serviços especializados de enfrentamento à violência contra a mulher, já consolidados no município, têm visibilidade, o que acaba por ofuscar outras ações de enfrentamento instituídas em outros serviços da rede de enfrentamento, que têm dialogado pouco, e pelo próprio CAPS, por exemplo. Ressaltamos neste equipamento os resultados encontrados que se alinham aos postulados pela SPM, com interface positiva com a Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial: as parcerias externas, grupos exclusivos de homens com olhar desmedicalizante, grupos que servem de apoio a mulheres e mobilização/posicionamento da equipe frente a situações de violência contra mulheres e contra os homens autores destas violências.

Considerando que as ações voltadas ao público masculino no campo da Saúde são extremamente raras, salientamos a relevância de tal iniciativa, pois nosso estudo revelou que a partir da lógica de conceitos próprios da saúde, como o compartilhamento dos sofrimentos e experiências de cuidado em grupo, em associação com orientações sobre os direitos das mulheres, podemos dizer que ações de enfrentamento com HAV foram empenhadas no âmbito do CAPS, mesmo que a atividade não fosse voltada para este propósito específico.

Porém, um dos pontos relativos à articulação estatal nos casos de violência contra a mulher, principalmente em uma perspectiva de justiça, foi considerada pelos profissionais como tardia, e que contribui à revitimização da mulher, que muitas vezes acaba por sofrer mais danos

em vez de tê-los minimizados. Buscamos a partir da reflexão sobre as violências que sofrem as mães e usuárias do CAPS fortalecer a ideia da necessidade de intervenção com HAV, para que nossas ações como Rede de Enfrentamento não sigam sendo meramente paliativas e reiteradas no mesmo ponto, com baixa resolutividade. Como outros estudos frequentemente apontam as rotas críticas realizadas pela mulher na rede de enfrentamento, configuradas por idas e vindas, com repetição das mesmas queixas e dificuldade de rompimento do ciclo de violências, ao longo do trabalho buscamos defender o fortalecimento das intervenções com HAV para o efetivo combate ao problema (MOCHNAZ, 2009; SCHRAIBER et al., 1999).

Entretanto, como ponto de desencontro levantado, observamos que a discussão sobre as masculinidades e sua relação com a violência de gênero não é difundida no CAPS. O estudo mostrou que a categoria gênero é percebida entre os profissionais de saúde em algumas situações: nos sintomas apresentados pelos usuários do CAPS diferenciados por gênero, na distribuição do acesso aos espaços de saúde e a violência, por sua vez, ainda é generificada na figura da mulher. Os sentidos de masculinidades como gênero próprio ficam mais visíveis nos relatos dos profissionais nos casos de abuso de álcool e outras drogas associados à violência e na oferta de trabalho exclusivo aos homens, como é o exemplo do Grupo Psicoterapêutico (exclusivo) de homens abordado no presente trabalho e apontado como forte potencialidade.

Sugerimos a partir de nossas discussões com autores que relacionam as normas de gênero com os discursos e as práticas de saúde, que o olhar sobre o abuso de álcool e drogas possa ser menos preconceituoso, considerando-o como preditor ou precipitador em determinadas situações, mas não como a solução para os problemas de violência. O olhar de gênero também não pode ser utilizado como justificativa para diferenciação sexo-genérica. Programas que levem em conta o trabalho do CAPS em sua interface com a violência contra a mulher em perspectiva de gênero podem ser de grande contribuição à crescente demanda percebida por nossos informantes.

De maneira geral, o estudo também revelou que a atuação com HAV no CAPS a partir das percepções dos profissionais, partia principalmente de reflexões hipotéticas sobre um horizonte de futuro (com possíveis encaminhamentos do Projeto Ágora), ou de construção desta demanda, invisível no CAPS até o momento. O desconhecimento de alguns dos profissionais do CAPS (os quais entrevistamos) sobre o Projeto Ágora também marca a invisibilidade da interface do atendimento de HAV, ao mesmo tempo em que consideramos que a sua implementação recente tem grande justificativa para este aspecto. Com a fragilidade evidenciada quanto ao pouco conhecimento da rede de enfrentamento, sugerimos que reuniões

periódicas sejam planejadas com o intuito de promover os primeiros passos de construção de uma Rede que considere intervenções com HAV.

Sobre a construção de espaço para atendimento de HAV na Rede de Saúde Mental, obtivemos respostas oscilantes dos profissionais. Por alguns profissionais esta possibilidade não foi bem recebida, principalmente se se tratassem de demandas judiciais, e também atribuíram o papel preventivo e educativo a outros pontos da RAPS, com a lógica de níveis de complexidade do SUS em alguns momentos evidenciada. Os aspectos educativos, mesmos quando apontados por nós como recomendações para o trabalho com HAV tiveram pouca reverberação como possibilidade de intervenção no CAPS. Assim, a lógica reabilitadora, focada nos danos e agravos de saúde, própria de dispositivos de saúde mental acompanhou a proposta de possibilidade do atendimento de HAV, que foi pensada em alguns momentos principalmente pela reabilitação dos comportamentos destes sujeitos e pela desnaturalização das violências praticadas. Ao nosso ver, a ideia de reabilitação foi ponto de tensionamento da articulação do trabalho com HAV na Rede de Saúde Mental, pois pode haver uma concepção errônea, já que segundo Andrade (2014) não há o que ser reabilitado em uma sociedade machista, em que as desigualdades existem desde o nascimento e das ideias de ser “homem” e “mulher” em nosso processo de socialização. Há o que ser habilitado, transformado e principalmente destruído nas normas e opressões ligadas ao sistema de gênero. Entretanto, a lógica reabilitadora utilizada para pessoas em sofrimento psíquico no CAPS, com sintomas e comportamentos considerados desviantes do meio social, é facilmente transposta ao possível atendimento de HAV, pela ausência de uma perspectiva crítica das relações de gênero.

Ainda nos baseando em Andrade (2014), realizamos a ressalva de que a violência como sintoma também pode existir, mas há de haver o cuidado com a individualização da temática, e que o tratamento não pode desviar do real problema, que é a lógica patriarcal e machista, para que estes homens não virem “bodes expiatórios” e a solução encontre-se em modelos psicopatologizantes. A lógica de reflexão coletiva sobre as normas de gênero empreendida no Projeto Ágora é abordada por nós como uma ferramenta potente de enfrentamento à violência a ser ampliada para outras intervenções psicossociais.

Como um ponto conclusivo podemos dizer que a baixa conexão entre os programas públicos que abordam especificamente homens autores de violência contra mulheres e o campo da saúde descrito por Billand (2016) coadunou com nossos dados, pois percebemos que os profissionais se questionam pouco sobre este trabalho enquanto não há atribuições normativas ou regulatórias mais contundentes que imponham este trabalho à saúde mental. Em nossa pesquisa esperamos que tenhamos contribuído no sentido de trazer mais atenção ao tema e

provocar que talvez HAV já estejam no CAPS, mas sem o olhar dos profissionais sobre a violência de gênero, estas detecções possivelmente fiquem mais difíceis.

Com estas observações pudemos concluir que a visão crítica, relacional e complexa para o sistema que sustenta a inequidade e a violência de gênero ainda escapa das discussões estabelecidas dentro do CAPS, embora o tema seja crescente na observação dos profissionais. A complexidade e o olhar para o HAV começam a ser construídos a partir do gerenciamento de casos reais que merecem atenção do CAPS, mas pontuais, em iniciativas importantes e exclusivas de grupos de homens que possam se ver generificados, ou a partir de parcerias externas, mas sem um projeto político específico de ação mais coletiva. Nos perguntamos se há no CAPS o reconhecimento da violência, dos sintomas e dos serviços de maneira generificada, é momento de avançarmos sobre os olhares crítico à ordem de gênero e aos homens autores de violência e suas masculinidades. Sugerimos a partir destes resultados a continuidade dos trabalhos de rede que possam auxiliar na constante capacitação de agentes de saúde.

Com relação aos aspectos intersetoriais, encontramos algumas fragilidades com relação à formação de profissionais de saúde considerando a realidade a que os serviços estão submetidos, como um todo. No caso do CAPS em Florianópolis, apontamos que as equipes estão trabalhando com quantitativo reduzido, e precisando se limitar às crises e urgências em uma rede saturada. A pandemia acirrou estas dificuldades. Aliado a estes aspectos também levantado pelos profissionais o pouco investimento e incentivo à capacitação, portanto observamos que o cenário se compõe com poucas condições de que a clínica em saúde mental seja cada vez mais ampliada, no sentido de estabelecer projetos coletivos ético-políticos.

O CAPS situado em uma rede sobrecarregada, tem como marcas em seu público-alvo e seu escopo de ações a lógica da especialidade e da gravidade, o que pode levar à institucionalização no sentido manicomial do próprio CAPS. Precisamos constantemente recordar que a luta antimanicomial passa por despatologizar sujeitos e nos voltarmos aos sistemas e dispositivos que produzem sofrimento psíquico, dentre eles os dispositivos de gênero e de saúde. Apontamos ao longo do trabalho, dialogando com a autora Zanello (2020) como os dispositivos de gênero também são fortes mecanismos de poder e controles dos corpos lidos como femininos e masculinos, a partir de um sistema binário, machista, racista e heteronormativo. Concordamos com os seguintes autores, que embasaram uma linha de pensamento similar à nossa:

Apesar de resultados exitosos, a experiência dos Centros de Atendimento Psicossocial tem se restringido, principalmente, aos chamados “transtornos mentais clássicos”, incluindo aí a dependência química. Pouco diálogo se percebe entre os CAPS e o atendimento a homens autores de violência, o qual tem sido desenvolvido prioritariamente por organizações não-governamentais e Delegacias da Mulher. Além

disso, é preciso notar que as mudanças nos serviços de “saúde mental” têm ignorado, na maioria dos casos, a discussão sobre as relações de gênero. Deixam, portanto, de considerar a interveniência dos aspectos da socialização e das identificações de gênero na produção e configuração dos sofrimentos e no envolvimento dos homens com episódios de violência. Ao falarmos em promoção à saúde, a partir de uma perspectiva psicossocial, nos referimos a um processo complexo de construção cotidiana, intersubjetiva do ser humano em relação aos seus sentimentos, seu corpo, sua sexualidade e seus modos de ser. É neste contexto mais amplo que buscamos a relação entre violência e saúde. (MEDRADO; MÉLLO, 2008, p. 81).

Não podemos deixar de enfatizar que o CAPS II – Ponta do Coral tem um público vinculado ao serviço, fruto da forte atuação de profissionais na luta antimanicomial e na defesa da Reforma Psiquiátrica. As equipes de referência também foram sinalizadas como potencialidades que fortalecem o cuidado em saúde mental no território. Mas a falta de investimento, o sucateamento da política de saúde mental, sugerem a ausência de sustentação de projeto ético-político governamental que busque enfrentar o problema da violência contra as mulheres em sua articulação com a Saúde Mental. E assim ficamos submersos nas realidades, já duras de cada serviço, de maneira fragmentada, ao ponto em que não avançamos nem como Rede de Atenção Psicossocial, nem como Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Concordamos com De Oliveira Boccardi e Rodrigues (2021, p.13), sobre o CAPS II:

Dadas as fragilidades da RAPS na região, carente de leitos de hospitalização integral em hospitais gerais e de outros dispositivos que favoreçam a desinstitucionalização de fato, o CAPS representa o principal mecanismo de efetivação da Reforma Psiquiátrica no município. Tal tarefa exige ainda muitas mudanças no processo de trabalho, passando pela qualificação da dimensão clínica (em sentido estrito e ampliado), pela crítica radical aos modelos individualistas (biomédicos, psicologistas e morais) em saúde mental e pela integração de usuários, familiares, equipe técnica e gestores no ordenamento políticas públicas de saúde no município e na transformação social – ao mesmo tempo condição de possibilidade e meta da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Parafraseamos Granja e Medrado (2009, p.32) ao nos perguntar: “O que não foi ampliado? A compreensão da violência ou o conceito de saúde?”. Nos parece que ambos precisam ser melhor inter-relacionados no campo assistencial. Embora entre as concepções dos profissionais há admissão da importância da rede de saúde se comprometer com o enfrentamento e com o atendimento de HAV, ainda não se sabe traduzir a clínica ampliada em práticas efetivas. A missão institucional da Política de Saúde parte do princípio de que todos são sujeitos de cuidado, mas este pressuposto pode entrar em confronto quando os homens autores de violência passam a se inserir no atendimento da Rede. A Política Nacional de Saúde Integral do Homem tem avançado pouco em promover acesso aos homens aos serviços de saúde com atendimento integral e possibilidades de reflexão sobre as violências que cometem, com poucas diretrizes que norteiem intervenções mais resolutivas.

Outra provocação que realizamos é a simplificação que pode ocorrer neste contexto, do conceito da própria RAPS. Será que ela somente comporta os serviços de Saúde? Os profissionais que representam o setor de saúde mental entrevistados por nós apontaram para dificuldades de comunicação entre os diferentes setores.

Quando passamos para a segunda frente de ação estudada representada pelos profissionais do Projeto Ágora, observamos que seus vínculos, profissionais em outras Políticas, auxiliam na percepção do sujeito (HAV) em articulação com outros setores, visto que as experiências profissionais dos participantes dão pistas sobre possibilidades intersetoriais. O grupo de entrevistados chamado de “Rede de Enfrentamento” mostrou-se coeso em suas missões de enfrentamento e homogêneo em suas concepções, o que se explica por um lado pela especificidade da atuação ao qual estão inseridos, por outro talvez por ainda não sofrerem os ataques e retrocessos às quais as políticas sociais estão constantemente submetidas.

Os obstáculos à intersetorialidade percebidos para o grupo da Rede de Enfrentamento aparecem principalmente em decorrência da implementação recente do Projeto Ágora, mas também da ausência de espaços estruturados de acolhimento de HAV dentro da rede de atendimento psicossocial. A consequência da ausência destes espaços, a não ser por encaminhamentos individuais e pela lógica da especialidade (CAPS II e CAPS AD) traz alguns apontamentos sobre as dificuldades de efetivar a intersetorialidade. Há a intenção de ações mais articuladas pelos facilitadores do Projeto Ágora, embora esta ainda se resuma aos encaminhamentos individuais, de demandas “especiais” e com pouca frequência.

O abuso de álcool e drogas, por exemplo, nos pareceu a demanda mais difícil de ser manejada, tanto no CAPS como nas intervenções com HAV. Embora os seus critérios de exclusão do Grupo Reflexivo de Gênero sejam tão marcados como para outros casos de demanda de saúde mental acentuada, sua visibilidade pode não ser tão possível. Isto apareceu nos dois grupos de entrevistados, pela estigmatização ligada ao abuso de álcool e drogas e pelas lógicas de controle costumeiramente adotadas nas instituições estatais, que fazem com que homens “escondam” esta demanda.

Sobre as práticas coercitivas e punitivas os participantes foram unânimes em buscar a desassociação destas às suas intervenções, embora com o Projeto Ágora isto não seja sempre possível e ainda precisem lançar mão de estratégias que obriguem os homens a participação no GRG, por exemplo. Uma das questões que todos os profissionais entrevistados levantaram é: “De que forma podemos empreender ações de responsabilização e construção de equidade de gênero, para além de atitudes policialescas e coercitivas?”. Neste aspecto ambos os grupos de profissionais questionam os modos de produção de justiça e o aspecto punitivo associado às

intervenções psicossociais de enfrentamento à violência, apostando em mecanismos extrajudiciais e no diálogo entre a rede intersetorial a fim de uma atenção integral e contínua de HAV.

No âmbito da intersetorialidade entre Justiça e Saúde Mental, até o momento não foram identificados projetos de enfrentamento à violência contra a mulher que envolvessem os dois setores. Isto foi reforçado a partir do apontamento de que não observamos encaminhamentos de homens autores de violência ao CAPS II, e em contrapartida, há muitos casos compartilhados de perdas de guarda de filhos de mulheres vítimas de violência, a partir dos quais se mantém pouco diálogo na visão de alguns participantes. Para eles também há poucos espaços de discussão, atribuído à saturação das demandas tanto das instituições judiciárias como de saúde mental. Por parte dos profissionais de saúde, há também uma espécie de recusa nos “tratamentos impostos” pela Justiça, percebidas por eles como contraproducentes ao tratamento em saúde mental e como pouco qualificados, portanto, buscam não questionar com os usuários os motivos das demandas judiciais e dos delitos cometidos. Desta forma, a complementariedade e articulação não são potencializadas nestes casos, e novos sentidos de justiça social não parecem ser construídos.

Vimos que a articulação com a Justiça foi melhor recebida pelo Projeto Ágora, pela sua vinculação de origem e pelo bom estabelecimento de diálogo com os operadores de direito. Mas alguns participantes também percebem problemas nas vias de encaminhamento que envolvem o setor Justiça e interferências no processo do grupo, que provocavam diminuição da adesão de HAV. Os dados sugeriram que o judiciário precisa avançar em sua função de transformação social, com esforços ainda iniciais de construção de sentidos mais complexos e intersetoriais de atendimento aos homens autores de violência.

A necessidade da construção de sentidos complexos de atendimento a HAV foi apostada por nós a partir das noções de integralidade e intersetorialidade. Estes conceitos que remetem à ideia de rede foram fio-condutor do nosso trabalho, o que nos ajudou a ampliar e multiplicar, principalmente para a Saúde, também a noção de cuidado e promoção de saúde mental nesse ínterim. Argumentamos, com autores da área da saúde mental, que a mudança do paradigma na saúde pública do “controle técnico das doenças” para a ideia de atenção integral, e na Saúde Mental, para a perspectiva da Atenção Psicossocial poderia embasar o atendimento de HAV na Rede de Saúde Mental, de maneira menos normativa.

Concordamos com Granja e Medrado (2009, p.33) de que:

A centralização, seja no âmbito do setor saúde, seja na justiça e segurança pública, se apresenta como dissonante da perspectiva da integralidade e, por conseguinte, como

obstáculo para a ampliação do entendimento tanto da saúde quanto da violência de gênero.

Mas observamos que mesmo que as noções de integralidade, cuidado e saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial sejam amplamente reconhecidas no campo da saúde, o setor ainda parece ter bastante presente o olhar biomédico, enquanto outras Políticas, convocadas a outros tipos de fazeres, já avançam no atendimento de homens autores de violência. Isto nos faz questionar que tipo de sujeito ainda persiste na Saúde, que a Assistência Social, por exemplo, parece conseguir deslocar. Obtivemos tais compreensões pensando nas políticas preferenciais para o atendimento de HAV, nas quais um de nossos participantes argumenta em favor da Política de Assistência Social, mencionada pelos profissionais de Saúde ao lembrar dos serviços especializados de atendimento à mulher vítima de violência. Lembramos a pesquisa de Cruz, Espíndula e Trindade (2017, p. 562) em que constatou:

A ausência de discussão acerca dos cuidados e intervenções dirigidas à saúde integral do homem, autor de violência de gênero, é ostensiva. As ações em saúde sugeridas para esse usuário não condizem com a preocupação com a atenção integral, mas aludem a uma intervenção psicoterápica, visando amansar esse homem/monstro ou conscientizá-lo sobre os erros que está cometendo.

Ainda pensando nas fusões entre as práticas de saúde e as intervenções psicossociais com HAV, percebemos também que as ações em saúde não são limitadas ao setor. Na condução do Grupo Reflexivo de Gênero percebemos que embora haja distinções entre métodos terapêuticos e reflexivos, há a discussão de temas relativos à saúde e os facilitadores mostraram-se como agentes capazes de desenvolver ações em saúde quando olham para os homens como sujeitos com direito ao cuidado. Portanto acreditamos que as intervenções psicossociais estabelecidas historicamente nos âmbitos destes programas também podem ser aportadas à rede de saúde mental.

Apontamos como a abordagem reflexiva e as intervenções em saúde mental podem se complementar e serem interdependentes, características imprescindíveis para o atendimento instersetorial no enfrentamento à violência como preconizado pela SPM (BRASIL, 2011). O que a abordagem reflexiva do Projeto Ágora pode vir também a contribuir, em nossa visão, é impactar a rede pública de serviços de que os homens que estão violentando neste território podem refletir coletivamente sobre suas masculinidades e opressões e buscarem novas formas de se relacionar com as mulheres.

Consideramos a parceria estabelecida entre o Projeto Ágora e o Poder Judiciário de Santa Catarina como um avanço no sentido da ressonância dos trabalhos interventivos com HAV com perspectiva feminista de gênero no poder público. Acreditamos que o trabalho com

HAV, ao passo em que ainda não foi institucionalizado, – o que não quer dizer que prescinde de formalização e diretrizes - pode encontrar espaços de potência nesta rede. A potencialidade de trabalhos que nascem das organizações da sociedade civil, aliadas ao ativismo social, e a pesquisadores da área, pode representar uma esperança, frente ao estacionamento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher que incluam intervenções com HAV. Mas salientamos que ao mesmo tempo, o Projeto Ágora não pode ser considerado salvação, pois como relatou nosso entrevistado “ninguém sabe muito o que fazer com o homem autor de violência”.

Este tipo de trabalho, portanto, não pode ser centralizado no Projeto Ágora, pois corre o risco de permanecer isolado e desobrigar o Estado e as outras instituições a se reconhecerem como responsáveis pelo enfrentamento à violência contra a mulher. D’Oliveira e Schraiber (2006) citadas por Mochnacz (2009, p.49) alertam de que serviços exclusivos, no âmbito da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, “aumentam a qualidade da apreensão da demanda e potencial respostas, mas por outro lado, tendem a desobrigar o restante dos serviços (não exclusivos) a um tratamento diferenciado e específico para a questão”.

As fragilizações do Projeto Ágora não decorrem apenas da parceria recém-firmada que o originou e de sua implementação em etapas iniciais, mas também na precariedade do arranjo institucional em que se encontra o Projeto, com características de voluntariado. Até o momento as vinculações possibilitam que seus atores se mantenham, mas coloca em risco sua possibilidade de ampliação.

Gostaríamos também de elencar que na realidade dos serviços públicos intrassetoriais, grandes pontos de articulação observados neste trabalho mostraram-se fragilizados no momento. Os “encaminhamentos” ainda são os mecanismos interssetoriais e intrassetoriais mais utilizados, e em alguns aspectos carecem de zelo pela sua qualificação, o que por vezes sobrecarregam os serviços demandados, na contramão do que pode constituir o cuidado integral. Os encaminhamentos por sua vez, sozinhos, não são suficientes para garantir um sentido de responsabilização a HAV, necessitando de esforços mais consistentes em direção à diminuição da violência contra mulheres. Os espaços de discussão inter e intrassetoriais são pouco formalizados e com pouco o atravessamento do debate sobre o homem autor de violência.

Queremos avançar de ações que sejam corretivas ou “ambulatoriais” (para usar um termo próprio da saúde), para estratégias que de fato representem um combate à violência, a partir da intervenção com os próprios autores em direção a equidade de gênero. Sem a inclusão de todos os atores sociais que possam contribuir ao enfrentamento, com perspectiva crítica e

debate ampliado, que considere o contexto macro e micro e mobilize-se em rede, continuaremos com ações pontuais e isoladas.

Inspirados nas sugestões dos próprios agentes envolvidos no enfrentamento à violência de gênero entrevistados neste trabalho, ressaltamos como indispensáveis: que as pactuações interinstitucionais continuem sendo feitas, que se estabeleçam responsabilidades pela articulação, que os espaços de acolhida policial sejam discutidos, que os Conselhos de Direito sejam mobilizados e atuantes, e que os setores formalizem espaços de discussão e de luta, com uma agenda contínua de debate e reflexão que contemple os envolvidos (homens, mulheres e instituições da Rede de Enfrentamento à violência). Ainda, esperamos que as ampliações de concepções, e que a intersectorialidade não permaneça só no plano normativo e das teorias, que tenham um tratamento mais aprofundado e detalhado, com intensos e sérios debates que visem superar as fragmentações históricas.

Em suma, pretendemos reforçar que nem a justiça e a segurança pública em seus processos de intimação e de aplicação da lei, ou os trabalhos reflexivos ou as ações em saúde são sozinhas efetivas. Esperamos que os sentidos possam ter sido compartilhados na expectativa de coletivizarmos o debate e construirmos àqueles próprios a nossa rede local, e que os elos construídos incluam a política de saúde mental, que tem muito a contribuir com uma sociedade mais livre e equânime.

Um dos limites percebidos no estudo foi a composição dos participantes e dos Serviços a quais buscamos entrevistados. A categoria profissional que predominou foi da Psicologia, e na Rede de Saúde Mental, obtivemos o aceite apenas do CAPS II, trazendo um recorte específico deste ponto de atenção e possivelmente, de uma perspectiva psicológica. Apesar deste fator, tanto no Grupo da Rede de Saúde Mental, como no Grupo da Rede de Enfrentamento, os participantes carregam experiência em variadas esferas das Políticas Públicas, o que nos trouxe dados mais amplos ao contexto local. Com esta consideração, recomendamos que novas pesquisas sejam realizadas com outros profissionais da rede de saúde, que aprofundem os temas aqui abordados e evidenciados.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLY, Yanne. Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar social para a loucura?. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SOCIOLOGIA & POLÍTICA UFPR*, n. I. 2009, Curitiba.
- ACOSTA, Fernando; FILHO, Antônio Andrade; BRONZ, Alan. **Conversas homem a homem**: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, v. 3, 2004.
- ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. **Agravos à saúde mental dos homens envolvidos em situações de violência**. São Paulo, 2012 Dissertação (Medicina) - Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03092012-100819/publico/FernandoPessoaAlbuquerque.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.
- ALVES, Tahiana Meneses. Interfaces entre gênero e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das ciências sociais e humanas: foco nas experiências subjetivas. **Gênero**, Niterói, v. 18, p. 155-177, 2018. n. 2. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31313>. Acesso em: 21 out. 2021.
- AMADO, Roberto Marinho. **Os serviços de educação e responsabilização para homens autores de violência contra as mulheres**: uma análise de quadros interpretativos, modelos de intervenção e atores. Coimbra, 2014 Tese (Sociologia) - Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/43576976.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no sus e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatica-no-sus-e-a-luta-por-uma-sociedade-sem-manicomios/16707?id=16707>. Acesso em: 21 out. 2021.
- ANDRADE, Leandro Feitosa. Grupo de homens e homens em grupos: novas dimensões e condições para as masculinidades. *In: BLAY, Eva Alterman (Coord.). Feminismos e Masculinidades*: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher. 1 ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p. 173-224. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/Feminismos\\_e\\_masculinidades-WEB-travado-otimizado.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/Feminismos_e_masculinidades-WEB-travado-otimizado.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.
- AZEVEDO, Mariana; MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Homens e o Movimento Feminista no Brasil: rastros em fragmentos de memória. **Caderno Pagu**, Campinas, v. 54, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xdt6YwKxhCtkpskQHwBY3Qv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.
- BACCIN, Adriana Nolibos. Masculinidade hegemônica e violência de gênero(s): diálogo introdutório entre Simmel e Teoria Queer. *In: MONTEIRO, Solange Aparecida de Souza (Org.). A diversidade e as questões políticas, históricas e culturais*. Ponta Grossa: Atena, 2020. cap. 6, p. 67-78. Disponível em: <https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoPDF/31267>. Acesso em: 21 out. 2021.

BACCIN, Adriana Nolibos. Masculinidade hegemônica e violência de gênero(s): diálogo introdutório entre Simmel e Teoria Queer. *In: MONTEIRO, Solange Aparecida de Souza (Org.). A diversidade e as questões políticas, históricas e culturais*. Ponta Grossa: Atena, 2020. cap. 6, p. 67-78. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/31267>. Acesso em: 21 out. 2021.

BANIN, Samantha Alflen; BEIRAS, Adriano. A categoria homem nas políticas públicas e leis brasileiras. **Psicologia em Estudo**, Florianópolis, v. 21, p. 523-535, 2016. n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i3.32256>. Acesso em: 21 out. 2021.

BARSTED, Leila Linhares. A convenção de Belém do Pará, a Lei Maria da Penha e o atendimento a homens agressores. *In: TORNQUIST, Carmen Susana (Org) et al. Leituras de Resistência: Corpo, violência e poder*. Florianópolis: Mulheres, v. 2, 2009, p. 419-427. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/public/storage/ebooks/October2020/10102014-025218leiturasvol2.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

BASTOS, Kárita Rachel Pedroso. **Adolescente autor de ofensa sexual: características, responsabilização e significado das medidas socioeducativas**. Brasília, 2020 Tese (Psicologia) - Universidade de Brasília. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38694/1/2020\\_K%c3%a1ritaRachelPedrosoBastos.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38694/1/2020_K%c3%a1ritaRachelPedrosoBastos.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

BEIRAS, Adriano *et al.* Políticas e leis sobre violência de gênero - reflexões críticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 36-45, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/tBkTLBnvDDMgKT4N4C8qsYy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

BEIRAS, Adriano. **La (de) construcción de subjetividades en un grupo terapéutico para hombres autores de violencia en sus relaciones afectivas**. Barcelona, 2012 Dissertação (Psicologia Social) - Universitat Autònoma de Barcelona. Disponível em: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117621/ab1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 out. 2021.

BEIRAS, Adriano. **Relatório Mapeamento de Serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. Disponível em: [https://nusserge.paginas.ufsc.br/files/2021/06/Relatorio-Mapeamento-SHAV\\_site.pdf](https://nusserge.paginas.ufsc.br/files/2021/06/Relatorio-Mapeamento-SHAV_site.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

BEIRAS, Adriano; BRONZ, Alan. **Metodologia de grupos reflexivos de gênero**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2016. Disponível em: [https://margens.paginas.ufsc.br/files/2020/06/Metodologia-Noos\\_\\_PDF-final.pdf](https://margens.paginas.ufsc.br/files/2020/06/Metodologia-Noos__PDF-final.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

BEIRAS, Adriano; NUERNBERG, Adriano Henrique; ADRIÃO, Karla Galvão. Estudos de gênero na Psicologia Brasileira – perspectivas e atuações da terceira geração. **Athenea Digital**, v. 12, p. 203-216, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4154807.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

BILLAND, Jan; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2979-2988, 2017. n. 9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nB7rdSM5H69JtBRz7NkjG6N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

BILLAND, Jan Stanislas Joaquim. Como dialogar com homens autores de violência contra mulheres? Etnografia de um grupo reflexivo / Jan Stanislas Joaquim Billand. – São Paulo, 2016. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

BOCCARDI, Diogo de Oliveira. **Viver não é preciso**: discursos sobre o suicídio no século XXI. Florianópolis, 2018 Dissertação (Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/206223/PPSM0053-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 out. 2021.

BOCCARDI, Diogo de Oliveira; RODRIGUES, Jeferson. Processo de trabalho e produção do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial: um relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 10, 2021. n. 8. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17475/15591>. Acesso em: 21 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL/SPM – Proposta para implementação dos serviços de responsabilização do agressor. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/servico-de-responsabilizacao-do-agressor-pos-workshop.pdf> Acesso em 31 mai. 2019.

BRASIL/SPM - Norma Técnica de Uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. **Brasília**, 2006. BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília; 2006.

BRASIL. Lei nº 90009, 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília; 1995.

Brasil Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2009.

Brasil Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Brasília; 2011.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. 21 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 659-678, 2009. n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/c43gm3yRYdDsCMGRZfjLrHM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

CAVALCANTE, Amanda Livia de Lima. **Antes eu deixava a vida me levar, agora sou eu quem levo minha vida: sentidos de responsabilização produzidos por adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa**. Fortaleza, 2019 Dissertação (Psicologia) - Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/43239>. Acesso em: 21 out. 2021.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüttnner da; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência: definições e tipologias**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes\\_Tipologias.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

Conselho Estadual de Direitos da Mulher. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina Bancada Feminina. Pacto Estadual Maria da Penha do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

Copenhague: WHO Regional Office for Europe; Alcohol and COVID-19: what you need to know; 2020.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, p. 241-282, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 21 out. 2021.

CRUZ, Suzyelaine Tamarindo Marques da; ESPÍNDULA, Daniel Henrique Pereira; TRINDADE, Zeidi Araújo. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, p. 555-567, 2017. n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220314>. Acesso em: 21 out. 2021.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, p. 187-198, 2012. n. 28. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

DELZIOVO, Carmem Regina; OLIVEIRA, Caroline Schweitzer de; LACERDA, Josimari Telino de. **Redes de atenção à violência por parceiro íntimo**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13950/1/MOOC-Viol\\_Reddes.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13950/1/MOOC-Viol_Reddes.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

DEMARCHI, Karina Adriani. **A rede de enfrentamento de violência contra mulher: a percepção de profissionais acerca das ações** desenvolvidas. Florianópolis, 2019 Dissertação (Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215038>. Acesso em: 21 out. 2021.

ELEUTÉRIO, Júlia Melim Borges. A superação da violência contra a mulher através da desconstrução da cultura machista: feminismo pra que?. *In: 13º MUNDOS DE MULHERES & FAZENDO GÊNERO 11*. 2017. Anais eletrônicos [...] Florianópolis. Disponível em: [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455198\\_ARQUIVO\\_TRABALHOCOMPLETO-ASUPERACAODAVIOENCIACONTRAAMULHERATRAVESDADESCONSTRUCAODACULTURAMACHISTA.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455198_ARQUIVO_TRABALHOCOMPLETO-ASUPERACAODAVIOENCIACONTRAAMULHERATRAVESDADESCONSTRUCAODACULTURAMACHISTA.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

FERNANDES, Laís Vargas; SERRA, Artemis Soares Viot. “Perdi a guarda do meu filho!” A interferência dessa questão no tratamento de saúde das mulheres na UNIPRAD. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 17, p. 127-154, 2018. n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v17i1.8655205>. Acesso em: 21 out. 2021.

FITTIPALDI, Adriana Quintas. **Construindo uma cultura de paz: a abordagem Gestáltica como um instrumento**. Brasília, 2007 Dissertação (Psicologia) - Universidade de Brasília. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3230/1/2007\\_AdrinaQuintasFittipaldi.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3230/1/2007_AdrinaQuintasFittipaldi.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Coordenadoria Municipal de Políticas para Mulheres. Câmara Técnica de Elaboração, Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Políticas para Mulheres. I Plano Municipal de Políticas para Mulheres. 2012.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3 ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

FRENK, J. **La nueva salud pública**. In: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 75-93 (Publicación Científica, 540).

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf). Acesso em: 10 jan. 2017.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; MENANDRO, Leila Marchezi Tavares; ULIAN, Rafaela Soares da Silva. Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória / ES. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 16, p. 27-46, 2016. n. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18397/9612>. Acesso em: 21 out. 2021.

GOMES, Romeu. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 93-100, 1997. n. 2. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tcJtdtVS9hVzcSkkC7kCjNw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

GONÇALVES, J. P. B. G.. As contribuições da noção de interseccionalidade e dos estudos feministas pós-coloniais para o campo das intervenções com homens autores de violência doméstica contra as mulheres.

*In:* BEIRAS, Adriano (Org.); NASCIMENTO, Marcos (Org.). **Homens e violência contra mulheres: pesquisas e intervenções no contexto brasileiro**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2017.

GONÇALVES, W. A. Método Grounded Theory: Um norte teórico segundo o estado-da-arte do último biênio. **Revista Conbrad**. Maringá, v.1, n.2. p. 117-134, 2016

GRANJA, Edna; MEDRADO, Benedito. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, p. 25-34, 2009. n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100004>. Acesso em: 21 out. 2021.

HERNÁNDEZ, Fernando Zarco. Significados da masculinidade em grupos de ajuda mútua para familiares de alcoólatras no México. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 24, p. 56-65, 2015. n. 53. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/146/108>. Acesso em: 21 out. 2021.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org) *et al.* **Tratado de saúde coletiva: Revista e Aumentada**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. cap. 18, p. 615-634.

LOPES, Paulo Victor Leite. **Homens autores de violência doméstica: relações de gênero, formas cotidianas de governo e processos de formação de Estado**. Rio de Janeiro, 2016 Tese (Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/semu/wp-content/uploads/sites/26/2019/10/4-TESE-Antropologia-Homens-autores-de-viol%C3%A4ncia-dom%C3%A9stica.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, p. 541-553, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/64NPxWpgVkt9BXvLXvTvHMr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

MEDRADO, Benedito *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 179-183, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>. Acesso em: 21 out. 2021.

MEDRADO, Benedito *et al.* Homens jovens do contexto do cuidado: Leituras a partir da paternidade na adolescência. *In:* ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira (Org.); ALVARENGA, Augusta Thereza de (Org.); VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa (Org.). **Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos**. 1 ed. São Paulo: EDUSP, 2005. cap. 11, p. 241-263.

MENDONÇA, Vítor Silva; DE ANDRADE, Angela Nobre. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. **Psicologia Política**, Florianópolis, v. 10, p. 215-226, 2010. n. 20. Disponível

em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 35-45, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011>. Acesso em: 21 out. 2021.

MOCHNACZ, Sidneia. **Caracterização do atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica pela rede intersetorial de serviços**. São Paulo, 2009 Monografia (Gestão em Saúde: Administração Hospitalar e Saúde Pública) - Centro Universitário Ítalo Brasileiro. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/semu/wp-content/uploads/sites/26/2019/10/24-MONOGRRAFIA-Characteriza%C3%A7%C3%A3o-do-atendimento-%C3%A0-mulheres-vitimas-de-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-pela-Rede-Intersetorial-de-Servi%C3%A7os-TCC.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

MORAES, Maristela; MONTENEGRO, Marisela. Autoridade e imposição de limites: atributos necessários à atenção à saúde de pessoas que consomem drogas?. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 57-63, 2014. n. 48. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/50/35>. Acesso em: 21 out. 2021.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. **Prevenindo conflitos sociais violentos em tempos de pandemia**: garantia da renda, manutenção da saúde mental e comunicação efetiva. Repositório do Conhecimento do IPEA. Brasília, 2020. 26 p. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9836/1/NT\\_27\\_Diest\\_Prevenindo%20Conflitos%20Sociais%20Violentos%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9836/1/NT_27_Diest_Prevenindo%20Conflitos%20Sociais%20Violentos%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

MOTTA, Luiz Eduardo. Direito, estado e poder: poulantzas e o seu confronto com Kelsen. **Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, p. 7-25, 2011. n. 38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000100002>. Acesso em: 21 out. 2021.

NOBRE, Maria Teresa; BARREIRA, César. Controle social e mediação de conflitos: as delegacias da mulher e a violência doméstica. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 20, p. 138-163, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222008000200007>. Acesso em: 21 out. 2021.

OLIVEIRA, João Manuel de; COSTA, Carlos Goncalves da; CARNEIRO, Nuno Santos. Problematizando a humanidade: para uma psicologia crítica feminista queer. **Annual Review of Critical Psychology**, Porto, p. 59-77, 2014. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/70830>. Acesso em: 21 out. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil.

In: GIOVANELLA, Lígia (Org) *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 15.

PEDROSA, Claudio Henrique. **Cuidado? sim; olhar de gênero? não**: os sentidos do cuidado no Caps em documentos técnicos do Ministério da Saúde. São Paulo, 2006 Dissertação (Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17154>. Acesso em: 21 out. 2021.

RIFIOTIS, Theophilos. Violência, Justiça e Direitos Humanos: reflexões sobre a judicialização das relações sociais no campo da "violência de gênero" . **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 45, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201500450261>. Acesso em: 21 out. 2021.

ROTHMAN, E.; BUTCHART, A.; CERDÁ, M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. Geneva: WHO. 2003.

RUIZ, Vicky Lopez (Coord.); BERNALDEZ, Javier Padilla (Coord.). **Salubrisimo o barbarie**: un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. 1 ed. Atrapasueños, 2017.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1177-1182, 2009. n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>. Acesso em: 21 out. 2021.

SANTOS, Cecília MacDowell; MACHADO, Isadora Vier. Punir, restaurar ou transformar?: Por uma justiça emancipatória em casos de violência doméstica. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 146, p. 241-271, 2018. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80908/1/Punir%20restaurar%20ou%20transformar.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 3, p. 13-26, 1999. n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>. Acesso em: 21 out. 2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 12, p. 237-254, 2012. n. 3. Disponível em: [https://repositorio.usp.br/single.php?\\_id=002387203](https://repositorio.usp.br/single.php?_id=002387203). Acesso em: 21 out. 2021.

SCHWANDT, Thomas A.. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.. **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. 1 ed. SAGE Publications, 1994. cap. 7.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, p. 71-99, 1995. n. 2. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 21 out. 2021.

SEIDLER, Victor. La violencia: ¿el juego del hombre? . *In*: RODRÍGUEZ, Juan Carlos Ramírez (Coord.); VÁZQUEZ, Griselda Uribe (Coord.). **Masculinidades**: el juego de género de los hombres en el que participan las mujeres. 1 ed. Madrid: Plaza y Valdés, 2009. cap. 6, p. 113-129.

SILVA, Andrey Ferreira da *et al.* Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3475-3480, 2020. n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16132020>. Acesso em: 21 out. 2021.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, São Paulo, v. 35, p. 278-283, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/278-283/pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

SOARES, Ana Carla Carvalho. **Os Desafios no Atendimento à Mulher em Situação de Violência**: Uma análise a partir do Centro de Referência da Mulher (CREMV) em Florianópolis. Florianópolis, 2015 Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133022>. Acesso em: 21 out. 2021.

SOARES, B.. Apresentação: Os homens do Século XXI. *In*: ACOSTA, Fernando *et al.* **Conversas homem a homem**: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, v. 3, 2004.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras *et al.* Por que pesquisar serviços destinados a homens autores de violência contra mulheres?. *In*: TONELI, Maria Juracy Filgueiras (Org) *et al.* **Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres**: experiências latinoamericanas. Florianópolis: UFSC, 2010, p. 11-25.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; MÜLLER, Rita Flores. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e suas engrenagens biopolíticas: o uso do conceito de gênero como regime de luzes. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 27, p. 195-202, 2015. n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1477>. Acesso em: 21 out. 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, p. 203-220, 2014. n. 44. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 21 out. 2021.

VIVEROS, Mara. Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades: Dilemas y desafíos recientes. *In*: RODRIGUEZ, Juan Carlos Ramírez (Coord.); VÁZQUEZ, Griselda Uribe (Coord.). **Masculinidades**: el juego de género de los hombres en el que participan las mujeres. 1 ed. Madrid: Plaza y Valdés, 2009. cap. 2, p. 25-42.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. 1 ed. Brasília: ONU Mulheres, 2016. 79 p. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

WARREN, Carol AB. Qualitative interviewing. **Handbook of interview research: Context and method**, v. 839101, 2002.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, p. 460-482, 2001. n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>. Acesso em: 21 out. 2021.

YUNES, Maria Angela Mattar; SZYMANSKI, Heloísa. Entrevista reflexiva & grounded-theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. **Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, p. 431-438, 2005. n. 3.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. 1 ed. Appris, 2020.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20-21, 2011. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>. Acesso em: 21 out. 2021.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 27, p. 238-246, 2015. n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>. Acesso em: 31 mai. 2019.

ZUMA, Carlos Eduardo *et al.* Violência de gênero na vida adulta. *In*: NJAINE, Kathie (Org.); ASSIS, Simone Gonçalves de (Org.); CONSTANTINO, Patricia (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2007. cap. 9, p. 149-185.

ZWIELEWSKI, Grazielle *et al.* Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. **Debates em psiquiatria**, v. 10, p. 30-37, 2020. n. 2. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/36/24>. Acesso em: 21 out. 2021.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **1 INFORMAÇÕES GERAIS:**

*1.1 Nome*

*1.2 Idade*

*1.3 Sexo de nascimento*

*1.3 Naturalidade 1.4 Escolaridade*

### **2 INFORMAÇÕES TRABALHO:**

*2.1 Histórico de trabalho/trajetória profissional*

*2.2. Cargo atual*

*2.2.1 Tempo de trabalho no cargo atual*

*2.2.2 Território/população abrangidos pelo Serviço*

*2.2.3 Horário de funcionamento do Serviço*

*2.2.4 Composição da equipe técnica do Serviço e respectiva carga horária*

*2.2.5 Atividades ofertadas pelo Serviço*

### **3 ROTEIRO PARA PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

- 3.1 Como você percebe a distribuição do acesso da população masculina e feminina ao seu Serviço?
- 3.2 Existe alguma proposta de grupo exclusivo para homens no seu Serviço? Você já atendeu algum homem autor de violência contra a mulher em seu Serviço?
- 3.3 Você pode descrever essa experiência de atendimento a HAV no seu serviço?
- 3.4 Se o seu Serviço identifica um homem que comete violência contra a mulher, o que é feito? Existe um protocolo para este tipo de situação?
- 3.5 Como você percebe a inserção de HAV na rede de saúde mental?
- 3.6 Você considera que esse atendimento a HAV tem uma perspectiva de cuidado integral e intersetorial?
- 3.7 Como você percebe (se considerar que existe) a relação entre saúde mental e a violência contra a mulher?

- 3.8 Como você percebe (se considerar que existe), a relação entre abuso de álcool e outras drogas, saúde mental e violência contra a mulher?
- 3.9 Você conhece a rede de enfrentamento à violência contra a mulher no seu município?
- 3.10 Por fim, quais dificuldades e potencialidades percebidas nestas interfaces entre programas com HAV e a rede de saúde mental?

#### **4 ROTEIRO PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA**

- 4.1 Como os HAV acessam o seu serviço? (Demanda espontânea/Encaminhamento da rede pública de atendimento/Justiça/Segurança Pública/Outros). Como você percebe esta forma de encaminhamento?
- 4.2 Formato do trabalho: trabalho grupal ou não, aberto ou não, quais profissionais envolvidos, qual a metodologia empregada, base epistemológica, critérios de seleção, frequência dos encontros, forma de avaliação, e como você enxerga esta ação.
- 4.3 Você pode me contar mais da sua experiência de atendimento a estes homens?
- 4.4 Há fluxos estabelecidos de atendimento a HAV no seu serviço e com a rede pública?
- 4.5 Quando percebem necessidade de encaminhamento para saúde (no que diz respeito à saúde mental dos homens) encaminham de que forma (como por exemplo: através de documento, ligação, usuário fica responsável por ir.)
- 4.6 Como você percebe (se considerar que existe) a relação entre saúde/sofrimento mental e a violência contra a mulher?
- 4.7 Como você percebe (se considerar que existe), a relação entre abuso de álcool e outras drogas, saúde/sofrimento mental e violência contra a mulher?
- 4.8 Você considera que esse atendimento a HAV tem uma perspectiva de cuidado integral e intersetorial?
- 4.9 Por fim, quais dificuldades e potencialidades percebidas nestas interfaces entre programas com HAV e a rede de saúde mental?

**APÊNDICE B – TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada: “Interfaces entre o trabalho com homens autores de violência e a rede de saúde mental: frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero”.

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se você deseja participar do estudo.

1. Esta pesquisa está vinculada ao projeto de Mestrado Profissional da Acadêmica Bárbara Almeida da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa será conduzida por mim, Bárbara Almeida da Silva, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivânia Jann Luna, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.
2. O objetivo desta pesquisa é compreender as perspectivas de profissionais que atuam em programas com homens autores de violência e profissionais de CAPS em Florianópolis acerca das interfaces possíveis no enfrentamento à violência de gênero. Mais

especificamente, visa descrever as potencialidades e dificuldades do diálogo intersetorial entre o campo da saúde mental e os programas com homens autores de violência.

3. A sua participação envolve responder a uma entrevista realizada pela pesquisadora, com algumas perguntas pré-estabelecidas, porém com liberdade de surgirem novos temas ao longo do processo. Você terá o tempo que considerar necessário para responder ao roteiro de entrevista. Entretanto, estima-se que o tempo para esta etapa durará cerca de 45 minutos. Desta forma, o risco que envolve sua participação resume-se ao cansaço de responder a entrevista. Não haverá qualquer prejuízo laboral com a participação na pesquisa. De qualquer maneira, caso você se sinta desconfortável, poderá desistir a qualquer momento, sem apresentar justificativa, também sem implicar em nenhuma forma de prejuízo laboral. Se você se sentir mobilizado (a) emocionalmente e houver necessidade, a pesquisadora lhe encaminhará aos serviços de apoio psicológico, dentre os quais, estão o Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC), que é gratuito, portanto sem qualquer custo para você.
4. Não estão previstos benefícios diretos pela sua participação na pesquisa, nem benefícios financeiros. Contudo, ao realizar a entrevista, você estará contribuindo para a elaboração de discussões e propostas práticas importantes sobre o tema.
5. Informamos que a pesquisa não fará uso de qualquer tipo de imagem ou qualquer outro procedimento que possa lhe expor. A sua identificação será mantida em sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. *Utilizaremos, para fins de registro das entrevistas, um gravador de voz se você permitir. Caso não aceite a gravação, utilizaremos um caderno de anotações. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa. Suas respostas e relatos serão mantidas em pleno anonimato. Nesse sentido, os nomes dos participantes serão substituídos por codinomes, preservando sua identidade. Caso ocorra a quebra de sigilo involuntário e não intencional, por solicitação de ordem judicial/legislativa ou por risco de furto/invasão dos materiais guardados pelas pesquisadoras, as consequências serão tratadas conforme legislação legal vigente.*

6. Os dados coletados serão transcritos e utilizados somente para esta pesquisa e serão guardados por um período de 5 (cinco) anos pelo pesquisador e após este período serão descartados. Os resultados do estudo poderão ser publicados em periódicos ou eventos científicos. No caso de publicações, o seu anonimato será preservado.
7. Em caso de dúvidas ou qualquer incômodo relacionado à pesquisa, você poderá fazer contato com a pesquisadora Bárbara Almeida da Silva, por meio do seguinte telefone: (48) 99945-7465 e/ou do e-mail [almeidabarbarapsi@gmail.com.br](mailto:almeidabarbarapsi@gmail.com.br).
8. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e também pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis. A mesma segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que visa garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O CEP tem a função de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você tiver algum questionamento ético sobre a pesquisa ou considerar que está sendo prejudicado(a) de algum modo, você pode entrar em contato com o CEPSH-UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e/ou pelo email: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br) ou ainda pessoalmente no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.
9. Você não terá nenhum custo financeiro em participar desta pesquisa. Entretanto, caso tenha prejuízo financeiro em decorrência direta de sua participação nesta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento.
10. Em caso de dano pessoal diretamente causado pelo procedimento proposto neste estudo, você tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.
11. Caso você aceite participar da pesquisa, serão fornecidas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que serão rubricadas e assinadas por você e por mim como pesquisadora, ficando uma via comigo e outra via com você.

### **Certificado do Consentimento**

Eu,

\_\_\_\_\_ ,  
CPF \_\_\_\_\_ declaro que fui suficientemente esclarecido(a) a respeito das informações que li ou que foram informadas através da leitura deste termo, descrevendo o estudo “Interfaces entre programas com homens autores de violência e a rede de saúde mental: frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero”. Ficou claro para mim qual o propósito do estudo, o procedimento realizado, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que posso desistir da mesma a qualquer momento. Deste modo, opto por livre e espontânea vontade em participar dessa pesquisa.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_