



Revista Estudos Feministas

ISSN: 0104-026X

ref@cfh.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Hanada, Heloisa; Pires Lucas D'Oliveira, Ana Flávia; Schraiber, Lilia Blima
Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência
Revista Estudos Feministas, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 33-59
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38114363003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Heloisa Hanada
Universidade de São Paulo

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira
Universidade de São Paulo

Líli Blima Schraiber
Universidade de São Paulo

Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência

Resumo: Buscou-se identificar e analisar a inserção dos psicólogos na rede intersetorial de serviços para mulheres em situação de violência. Foram analisadas entrevistas com profissionais de serviços específicos da Grande São Paulo (policial, saúde, psicossocial, abrigo, orientações básicas). Os psicólogos estão presentes e são solicitados em todos os tipos de serviços. Têm lugar na capacitação e supervisão dos profissionais, além do atendimento às mulheres. Na assistência, nota-se grande diversidade de práticas, com frequente ajustamento das intervenções aos objetivos, à cultura institucional e à vocação assistencial dos serviços. Há uma relativa indefinição na especificidade do trabalho do psicólogo, o que pode representar impasses para uma melhor articulação em equipe e em rede, mas, por outro lado, também pode criar oportunidades para inovações na prática.

Palavras-chave: violência contra a mulher; psicólogos; relações interprofissionais; redes comunitárias.

Copyright © 2010 by Revista Estudos Feministas.

A assistência a mulheres em situação de violência

A violência contra as mulheres configura-se como um problema de alta magnitude, sobretudo a violência doméstica. Diversos estudos populacionais realizados em diferentes países, desde meados dos anos 1980, demonstram a alta prevalência da violência contra a mulher, sendo os principais agressores os parceiros íntimos (maridos ou namorados) e, em segundo lugar, os familiares.¹

¹ Lori HEISE e Claudia GARCIA-MORENO, 2002; e Líli Blima SCHRAIBER et al., 2002.

² SCHRAIBER, Ana Flávia Pires Lucas D'OLIVEIRA e Márcia Thereza COUTO, 2009.

Conforme assinala Schraiber,² a violência contra as mulheres configura-se também como um tema complexo e sensível tanto para o campo de pesquisa como o da intervenção. A característica sensível desse tema evidencia-se por ser objeto fugidio e instável quanto à sua delimitação para o trabalho de pesquisa e pelas dificuldades na sua visibilização, tanto na produção de pesquisa quanto na assistência. A violência configura-se como uma “dramática vivência de negação do humano”, evocando sentimentos de vergonha, humilhação, medos, que caracterizam a tensão e as dificuldades de falar sobre a situação vivida. Trata-se de uma experiência de violação de direitos e de conflitos interpessoais que envolve rompimentos nas relações de intimidade e confiança, permeados de julgamentos morais e modelos de masculinidade e feminilidade que desqualificam as mulheres no exercício de suas subjetividades. A complexidade do problema tem relação com suas múltiplas dimensões, caracterizando-se como objeto transdisciplinar. Exige, dessa forma, a composição de saberes diversos, pois os conhecimentos das disciplinas isoladas são insuficientes para compreender o problema. Há ainda incertezas, divergências e pluralidade na conformação da violência como objeto de pesquisa e de intervenção.³

³ SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2009.

O enfrentamento da violência contra as mulheres demanda, portanto, intervenções em diversos níveis da realidade social, desde o cultural, o institucional e o familiar até o individual.⁴ Isso se traduz em ações para a transformação de valores, com formulação de políticas públicas em todos os setores sociais, mudanças na legislação e criação de serviços de atenção às pessoas em situação de violência. Promover a assistência a mulheres em situação de violência é uma das ações de enfrentamento do problema de que tratamos neste artigo.

⁴ HEISE e GARCIA-MORENO, 2002; e SCHRAIBER et al., 2005.

Vale ressaltar que a criação de serviços eficazes na assistência aos agravos decorrentes e na prevenção das violências apresenta repercussões não só para as pessoas que sofrem violência, mas também para os profissionais dos serviços. Esses profissionais são instados a refletirem sobre seus valores e seu trabalho, adequando suas intervenções e postura profissional junto à sua clientela, a partir do momento em que a violência é evidenciada e reconhecida como um problema de intervenção que lhes compete. Além disso, ao expandir e publicizar os serviços voltados para o problema, a sociedade também reconhece que a violência contra as mulheres não é um problema privado, circunscrito ao âmbito familiar ou individual, inscrevendo o problema no âmbito dos direitos humanos e das políticas públicas.

No campo da assistência, faz-se necessária a integração de ações entre profissionais de vários setores assisten-

ciais. A violência demanda ações de saúde (para tratamento e prevenção dos agravos físicos, emocionais e de saúde sexual e reprodutiva), orientação e assistência jurídica (para situações de separação, disputa de guarda dos filhos, orientações acerca dos direitos sobre bens e ainda para situações que se configuram como crime), assistência policial (para denúncia de crimes, registro de queixas, proteção em situações de risco, retirada do agressor da casa), abrigo (nas situações de risco de morte para a mulher e/ou seus filhos), assistência social (para orientações sobre benefícios que auxiliem a melhoria na condição de vida e/ou que contribuam para o enfrentamento da violência) e psicossocial (para a elaboração da situação familiar violenta e a construção de novos projetos de vida e de padrão de relação afetiva).

Com necessidades tão diferenciadas, a violência contra a mulher, para ser trabalhada sob uma perspectiva integral, é um problema que demanda ações interdisciplinares, multiprofissionais e com atuação em rede intersetorial de serviços, conforme reconhecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

Las redes de acción contra la violencia intrafamiliar se han convertido en una estrategia y una línea de trabajo que nace de la concepción de que la violencia intrafamiliar es un problema social que involucra al conjunto de los sectores, tanto públicos como privados, así como de la sociedad civil, de los organismos de Iglesia, de las universidades y, en definitiva, de toda la comunidad para permitir una respuesta global, integral y multidimensional al problema y ya vimos como esa forma de organización social llamada "redes o coaliciones de acción" permite la flexibilidad necesaria para el involucramiento de diversos actores sociales en un sistema que puede responder más acertadamente a la complejidad de la violencia intrafamiliar, es decir una forma de abordar el problema no aislada, lo que permite la ejecución de tareas que se resuelven de manera complementaria y cooperativa.⁵

⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999, p. 15.

Muitos profissionais dos serviços que prestam assistência às mulheres que vivem essas violências – no Brasil e em outros países –, ainda que não compartilhem completamente dessa concepção, já atuam em equipes multidisciplinares e articulam suas ações com outros serviços. Por exemplo, um hospital que atende à violência sexual em geral conta com equipe médica, de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais e trata de encadear o seu trabalho com a assistência policial (Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM e Instituto Médico-

Legal – IML) e/ou com a assistência e orientação jurídicas. No entanto, o trabalho interdisciplinar, em equipe multiprofissional, e ainda mais em rede intersetorial, não é tarefa fácil de concretizar e apresenta-se como um dos desafios para as instituições e os profissionais.

No Brasil, protocolos e normatizações que orientam as ações assistenciais são recentes e provavelmente não estão completamente disseminados pelos serviços existentes. Esses documentos são instrumentos importantes na implantação de uma política pública, pois orientam as ações assistenciais dos serviços, estabelecendo diretrizes técnicas e políticas para a organização da assistência e para as intervenções.

A primeira norma técnica para o atendimento à violência sexual data de 1998 e inclui procedimentos para a realização do aborto previsto em lei. Até hoje foram feitas mais duas revisões dessa norma (em 2002 e 2005), além de um protocolo sobre violência intrafamiliar para serviços de saúde da atenção básica (2001). Em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) elaborou um protocolo para atendimento em casas-abrigo e, em 2006, publicou as Normas Técnicas de Uniformização para Centros de Referência e as Normas Técnicas de Padronização para Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher. Sobretudo os últimos documentos, elaborados pela SPM e que seguem as definições do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM, de 2004), estabelecem diretrizes políticas no atendimento das mulheres que sofrem violência e tentam superar as dificuldades de uniformização e padronização dos serviços, com definição dos lugares ocupados por serviço na rede intersetorial. Representam um passo importante para maior diálogo e articulação entre os serviços e maior efetividade no enfrentamento da violência de gênero.

Os desafios para os profissionais da assistência estão relacionados, em primeiro lugar, à falta de capacitação e à banalização da violência pelos profissionais, pelas instituições e pelas/os usuárias/os, que resultam muitas vezes na invisibilidade do problema nos serviços. Os profissionais em geral se deparam com inúmeras dificuldades na identificação, no acolhimento, na assistência e no encaminhamento das situações de violência, o que sinaliza, pelo menos, a necessidade de treinamento e supervisão sustentados e de boa qualidade. Diversos estudos demonstraram as dificuldades dos profissionais da Saúde,⁶ das DEAMs⁷ e de profissionais de outros tipos de serviços⁸ em identificar e prestar assistência às situações de abuso e/ou violência contra mulheres no Brasil e na América Latina. Em todas essas categorias de serviços, os diferentes profissionais se deparam com falta de capacitação no tema, limites para

⁶ Mary ELLSBERG, 1998; Lígia KISS, 2004; SCHRAIBER et al., 2002; e Cecília de Mello e SOUZA e Leila ADESSE, 2005.

⁷ Leila Linhares BARSTED, 1994; Eliane Reis BRANDÃO, 1999; Lia Zanotta MACHADO, 2002; e Kelly Cristina SILVA, 2002.

⁸ Montserrat SAGOT, 2000.

o trabalho, precariedade material e dificuldades e ambiguidades das mulheres em contar sobre e lidar com a violência sofrida. Podemos dizer que alguns dos obstáculos para uma melhor identificação e assistência a essas mulheres estão relacionados à dinâmica complexa e ambígua das relações conjugais violentas e com o não reconhecimento das agressões como violência de gênero e violação de direitos.

Se para as equipes de cada tipo de serviço o problema a ser enfrentado é parcial, com foco no que é específico do setor no qual estão inseridas, para as mulheres o problema é único. E, dependendo das suas necessidades, essas mulheres são obrigadas a percorrer diversos serviços, obtendo respostas insatisfatórias ou burocráticas, como demonstra o estudo realizado pela OPAS.⁹ Tanto esse estudo, realizado em 10 países da América Latina, quanto a pesquisa populacional brasileira coordenada por Schraiber e colaboradores¹⁰ demonstram que as instituições (especializadas ou não) ainda não oferecem assistência adequada e efetiva para as mulheres, fazendo com que a busca de ajuda institucional resulte em rotas sofridas, longas e, muitas vezes, ineficazes.

Para a superação do desafio de realizar um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, entendemos que é fundamental a construção de um projeto assistencial comum, com composição das ações especializadas e interação entre os agentes dos diversos serviços, numa relação dialogada a respeito do trabalho realizado e do trabalho pretendido.¹¹ Isso é necessário tanto no interior dos serviços, para as equipes multiprofissionais, como na rede de serviços intersetorial. O que também implica que profissionais e instituições tenham conhecimento sobre a compreensão e as delimitações do objeto de intervenção dos outros com quem pretendem compor e, dessa forma, construam um objeto integral compartilhado.

Consideramos que os serviços e os profissionais identificam necessidades de sua clientela, definem finalidades para sua intervenção e atuam em objetos parcelares, realizando no objeto integral (a violência contra as mulheres) recortes a partir do que consideram suas competências na assistência. A articulação intencional entre necessidades identificadas, objeto de intervenção, finalidade e instrumentos compõe a tecnologia assistencial.¹² Dessa forma, organizam seu trabalho de acordo com as áreas de conhecimento e setor social que lhes dizem respeito, utilizando os instrumentos técnicos de que dispõem e reconhecendo-os como próprios de seu campo de atuação e de suas especialidades profissionais. Com isso, os trabalhos dos diversos serviços, inseridos nos variados setores sociais, comporiam suas

⁹ SAGOT, 2000.

¹⁰ SCHRAIBER et al., 2005.

¹¹ Marina PEDUZZI, 1998.

¹² Ricardo Bruno MENDES-GONÇALVES, 1994.

intervenções, que podem incluir todas as pessoas envolvidas nas situações de violência (crianças, outros familiares, agressores). Porém, essa composição só se efetiva quando profissionais e serviços têm consciência do caráter parcelar de seu objeto e de suas ações na composição da atenção integral.

A dimensão da articulação das ações traduz-se como relações dadas entre ações que compõem uma mesma finalidade produtiva. Isso pode se dar pela finalidade organizacional, que obriga os trabalhos a, de algum modo, estabelecerem nexos produtivos entre si ou pelas relações necessárias existentes entre trabalhos parcelares, que compõem um dado trabalho coletivo na produção assistencial. Tem-se nessas situações uma articulação do tipo convencional dada pela divisão historicamente verificada de trabalhos que são obrigados a se compor para que a instituição em que se encontram consiga responder à sua finalidade social como dada instituição. Trabalho, aqui, é entendido como ação racional dirigida a fins, configurando-se como ação instrumental, regida por regras técnicas, e como ação estratégica, regida pela intenção de influenciar a definição da situação ou a decisão de outros trabalhadores com quem se relaciona.

Na dimensão da interação, o trabalho é agir comunicativo regido por normas consensuais, fundando-se no entendimento e no reconhecimento mútuo, com fins de coordenar consensualmente os planos de ação.¹³ Para a autora,

Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário.¹⁴

Para o conjunto de serviços voltados a situações de violência contra as mulheres, um dos desafios para profissionais e instituições é, portanto, compor, numa assistência integral, as linguagens diferentes, específicas a cada setor assistencial e a cada profissão. Outro desafio, intimamente relacionado ao primeiro, é superar os conflitos e as divergências quanto à concepção do objeto e às formas de intervenção, possibilitando a articulação integradora de ações assistenciais, ou seja, que as diferenças de compreensão não impliquem impasses, mas ações articuladas e complementares na assistência às mulheres.

A distinção sobre as diversas formas de compreensão do problema da violência de gênero é importante para

¹³ PEDUZZI, 2001.

¹⁴ PEDUZZI, 2001, p. 105.

uma reflexão sobre as diferentes práticas exercidas pelos profissionais que buscam interferir nas situações de violência. Isso acontece porque as intervenções dirigidas às mulheres ou às outras pessoas envolvidas na situação de violência são delineadas a partir da compreensão que os profissionais e os serviços têm sobre o fenômeno e as necessidades dessas pessoas. Consideramos ainda que a violência contra as mulheres configura-se como um objeto que exige dos profissionais consciência e clareza das próprias crenças, dos valores morais, dos modelos de gênero e de conjugalidade que os orientam, de maneira que julgamentos morais não interfiram negativamente na intervenção, prejudicando tanto o diálogo quanto a compreensão da usuária. Ao contrário, o convite ao diálogo acerca dos valores envolvidos e eventualmente discordantes é necessário ao trabalho. Nesse sentido, é um tema que evidencia a dimensão ética e moral implicada nas relações interpessoais de assistência. A técnica assistencial caracteriza-se, dessa forma, como técnica moral dependente, utilizando o termo cunhado por Schraiber.¹⁵

¹⁵ SCHRAIBER, 1997.

Sobre o trabalho do psicólogo

Observando o Guia de Serviços para Mulheres em Situação de Violência,¹⁶ desde sua primeira edição, em 1996, notamos que os psicólogos são profissionais presentes em todos os tipos de serviços da Região Metropolitana de São Paulo. Assim, a atuação desses profissionais não está restrita à área da Saúde, pois compõem equipes na assistência jurídica, nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, em Organizações Não Governamentais (ONG) diversas.

Para Brandão,¹⁷ as delegacias recortam na queixa das mulheres o que é passível de intervenção jurídico-policia, delimitando o que seria crime, recorrendo muitas vezes a encaminhamentos a assistente social, psicólogo ou igreja para o que identificam como sendo do âmbito social, psicológico ou espiritual. Assim como essas atividades extrapoliciais, as atribuições dos psicólogos nas delegacias estariam associadas às atividades de prevenção da violência, ou como atividades complementares ao trabalho estritamente policial, com vistas a um melhor atendimento, acompanhamento e encaminhamento da vítima.¹⁸ Porém, como aponta Brandão,¹⁹ os limites são difusos entre o que seria de competência do assistente social, do psicólogo, dos alcoólicos anônimos (AA), dos narcóticos anônimos (NA) ou da igreja. Parece, com isso, que as assistências psicológica, social, religiosa e moral estão confundidas no trabalho "extrapolicia", demonstrando desconhecimento das especificidades de cada um. Ainda segundo a autora,

¹⁶ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1996, 1999 e 2002.

¹⁷ BRANDÃO, 1997.

¹⁸ MACHADO, 2002.

¹⁹ BRANDÃO, 1997.

²⁰ D'OLIVEIRA, 2000; KISS, 2004; HEISE, ELLSBERG e GOTTEMOELLER, 1999; Claudia Maria PEDROSA, 2003; e SCHRAIBER et al., 2002.

²¹ KISS, 2004.

essa confusão ocorreria pelo caráter doméstico e familiar das principais queixas de violência contra as mulheres.

Alguns estudos apontam que as intervenções sobre as situações de violência, na área da Saúde, são compreendidas pelos profissionais como pertinentes aos cuidados de saúde mental (psicólogos ou psiquiatras), havendo uma prática de encaminhamento desses casos para esse setor ou esses profissionais.²⁰ Parece, assim, haver uma identificação, pelos profissionais de saúde, entre o tema e o trabalho do psicólogo.

Kiss,²¹ em seu estudo sobre a compreensão do problema por profissionais de saúde da Região Metropolitana de São Paulo, levanta que médicos, profissionais de enfermagem e gerentes, no geral, não reconhecem o problema da violência de gênero no cotidiano de suas atividades assistenciais. Essa invisibilidade se dá pela medicalização da violência, ou seja, desconsideram-se os aspectos sociais, ocorrendo uma redução para os sintomas e as lesões, a imputação de um estado patológico aos sujeitos envolvidos na situação de violência e uma leitura biomédica que recorre ao uso de medicação psiquiátrica para amenizar o sofrimento. A parcela do problema da violência que caberia ao profissional da saúde, principalmente ao médico, portanto, seria a de cuidar dos impactos físicos e biológicos. Quando pensam na assistência a outros aspectos, remetem ao psicólogo, ao assistente social e, algumas vezes, à delegacia ou ao advogado. Ao psicólogo, na perspectiva desses profissionais entrevistados, caberia promover ou resgatar a autoestima da mulher, acolher e orientar ou tentar promover o entendimento do casal.

No estudo *La ruta crítica de las mujeres afectadas pela violencia intrafamiliar en América Latina*, publicado pela OPAS em 2000, há resultados semelhantes ao da pesquisa de Kiss.²² A partir do relato das mulheres sobre a procura por ajuda, identificou-se que os profissionais médicos e de enfermagem têm visão biologicista e medicalizadora e que remetem as mulheres em situação de violência para o serviço social, psicólogo ou psiquiatra. Quanto aos psicólogos, concluíram que

[...] focam o trabalho nas manifestações e sintomas, e não nas "causas da violência", o que consideram uma intervenção "psicologizante", que "raras vezes" ajudam as mulheres maltratadas em seus processos de empoderamento e busca de justiça e soluções aos seus problemas de violência.²³

²² KISS, 2004.

²³ SAGOT, 2000, p. 33.

Cabe lembrar que a Psicologia é uma área do conhecimento e uma profissão recente – data do final do século XIX e começo do século XX – e nasce no contexto da

²⁴ Sobre a constituição do espaço psicológico e os modos de subjetivação contemporânea, ver *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*, de Luis Cláudio Mendonça Figueiredo (2002).

²⁵ Foram utilizados artigos de Annita de Castilho e Marcondes Cabral (1950), Lourenço Filho (1969), Plínio Olinto (1944) e Samuel Pfromm Netto (1981), organizados por Mitsuko Aparecida Makino Antunes (2004), no livro *História da Psicologia no Brasil – primeiros ensaios*.

²⁶ Edna Maria Severino Peters KAHHALE, 2002.

²⁷ Iray CARONE, 2003; FIGUEIREDO, 1991; e Maria Luisa Sandoval SCHMIDT, 1999.

concepção moderna e liberal de indivíduo.²⁴ No Brasil, as primeiras atividades e estudos estavam vinculados a Filosofia, Educação, Medicina – especificamente a psiquiatria – e Trabalho e datam do início do século XX,²⁵ sendo regulamentada como profissão em 1962.

Muitos autores falam da diversidade²⁶ e alguns, mais críticos, do ecletismo²⁷ das abordagens teóricas e de suas aplicações práticas como característica desse campo. Esses e outros autores consideram que há uma diversidade de objetos e concepções de mundo que convivem – nem sempre sem conflitos – no campo da Psicologia. No interior de cada campo de atuação – cujas fronteiras não são rigidamente demarcadas – convivem diferentes abordagens teóricas, que muitas vezes são opostas e implicariam práticas com diversidade similar, se não ainda maior.

Buscando contribuir para a efetivação da rede de serviços e para uma assistência mais integral, realizamos um estudo sobre a inserção dos psicólogos na rede de assistência específica para o problema, na Região Metropolitana de São Paulo, com o objetivo de descrever e compreender a inserção e a atuação desse profissional, ao mesmo tempo tão presente em todos os tipos de serviços dessa rede assistencial e com inserção bastante diversificada.

Metodologia

Para o estudo apresentado neste artigo, utilizamos parte do material da pesquisa *Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras*,²⁸ que a partir daqui denominaremos como *estudo sobre redes*. Essa pesquisa foi realizada em 2005 nas regiões metropolitanas de São Paulo, Recife e Porto Alegre e teve como objetivo mapear e descrever os serviços de diversos setores sociais que atendem a mulheres e meninas em situação de violência, identificando sua vocação assistencial, fluxos e interconexões, dificuldades e sucessos no trabalho em rede. Para isso foram entrevistados, com questionário semiestruturado, um profissional da assistência e um gerente de cada serviço específico no atendimento à violência contra mulheres e adolescentes. Nos 56 serviços com psicólogos, foram entrevistados 100 profissionais (gerentes e técnicos), dentre eles, 19 psicólogos. Na Região Metropolitana de São Paulo, para o levantamento inicial dos serviços, tomamos como base a edição de 2002 do Guia de Serviços *Mulheres em Situação de Violência*. Após a atualização dos serviços existentes, com as informações encontradas durante a pesquisa, elaboramos novo Guia de Serviços, publicado em 2005.²⁹

²⁸ D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2006.

²⁹ SÃO PAULO, 2005.

A partir dos resultados obtidos com as entrevistas em 109 serviços da Região Metropolitana de São Paulo, identificamos aqueles que contavam com atividades assistenciais realizadas por psicólogos (56 serviços). Com essa população de serviços, realizamos um mapeamento da distribuição e da inserção dos psicólogos nos serviços e na rede, utilizando as seguintes informações colhidas na pesquisa sobre redes: caracterização da equipe assistencial (quantidade, formação, função); descrição das atividades assistenciais em geral; descrição das atividades dos psicólogos; relatos da articulação do trabalho entre os diversos profissionais da equipe; e relatos da articulação do trabalho com outros serviços.

Resultados

Caracterizando os serviços por vocação assistencial

Os serviços estudados foram serviços específicos, voltados para o atendimento a situações de violência contra a mulher ou contra meninas. Alguns tinham foco na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a maioria direcionava suas ações para situações de violência doméstica contra mulheres adultas, e outros – especialmente os serviços de saúde –, para a violência sexual (ocasional e por estranhos, ou cometida no ambiente doméstico). Classificamos esses serviços conforme a vocação assistencial, que denominamos policial, jurídico, saúde, abrigo, psicossocial e orientações básicas, seguindo a classificação realizada na pesquisa sobre redes.³⁰ Para identificação das vocações assistenciais, utilizamos os dados fornecidos pelos entrevistados (gerentes e profissionais da assistência) sobre as atividades desenvolvidas, a equipe técnica e os objetivos do serviço.

Priorizamos a vocação assistencial de cada serviço, independente da vinculação institucional e do setor social a que pertence, pois a intenção foi fazer uma análise da rede de serviços da perspectiva do trabalho operado.

A categoria de serviços *policiais* foi composta, em sua grande maioria, de DEAMs, cujo objetivo era apurar e investigar crimes cometidos contra mulheres. Esses serviços desenvolviam principalmente atividades de registro de queixas, investigação e cumprimento de decisões judiciais. Alguns deles afirmaram realizar outras ações, como, por exemplo, atendimento psicológico e social, mediação para o casal, brinquedoteca, reunião dos alcoólicos anônimos, grupo de oração, palestras educativas nas comunidades.

Como serviços *jurídicos* foram classificados aqueles que procuravam garantir o acesso à justiça através de

³⁰ D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2006.

advogados. As atividades principais eram de ajuizamento de ações e acompanhamento de processos jurídicos. Tratavam principalmente de questões de direito de família (ações de alimentos, pátrio poder, guarda das crianças, casos cíveis ou de pensão alimentícia, investigação de paternidade, divórcio litigioso e consensual e outros). Muitos desses serviços ofereciam também orientação jurídica, atendimento social e, em alguns, mediação judicial e extrajudicial.

Os serviços classificados como de *orientação básica* foram aqueles que não ofereciam atividades de assistência especializada de longo prazo, mas orientações básicas sobre direitos e rede de serviços, baseando o trabalho na escuta e no acolhimento da história para elaboração de projetos e estratégias para o enfrentamento da situação de violência vivida. Em São Paulo, todos eram serviços de saúde, organizações não governamentais (ONGs) ou unidades básicas de saúde (UBS).

Os serviços que definimos como de *saúde* foram aqueles que centravam suas ações na assistência à saúde da mulher e possuíam médicos na equipe técnica. Em geral, organizavam a atenção com foco na violência sexual, realizando ações de profilaxia e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV (AIDS) e contracepção de emergência. Parte deles realizava também aborto previsto em lei. Alguns poucos serviços ainda desenvolviam outras atividades, complementares à assistência à saúde, como assistência jurídica; atendimento psiquiátrico; grupo de "ressocialização" com relação a trabalho, afetos, sexualidade; medicina chinesa; grupo de artesanato; articulação da rede de serviços para violência; e participação em grupo regional de violência sexual. Eram hospitais, ambulatorios e Serviços de Atendimento Especializado para as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (SAE), nos quais estavam incluídos os seis hospitais que realizavam também aborto previsto em lei. Na sua maioria eram programas inseridos nessas instituições e contavam com equipe específica, mas não exclusiva, ou seja, os profissionais também atuavam na assistência aos outros usuários do serviço.

Os serviços classificados como *psicossociais* foram aqueles que tinham, entre suas principais atividades, atendimento social e/ou psicológico com o objetivo de oferecer apoio, fortalecimento das mulheres e ampliação dos recursos pessoais e sociais/institucionais para o enfrentamento das situações de violência. As atividades desenvolvidas para a clientela eram diversas, por isso foram agrupadas por tipo:

– terapêuticas, de acolhimento ou apoio psicológico (atendimento clínico psicológico; grupos de autoajuda;

oficinas terapêuticas; terapia comunitária, mesmo que não realizada por psicólogos; e atendimento psiquiátrico);

- atendimento social (encaminhamentos a outras instituições; escuta e orientação sobre benefícios legais; e acompanhamento social);

- atividades de inclusão social (alfabetização e cursos ou oficinas profissionalizantes/de geração de renda);

- atividades de orientação, educativas e/ou de prevenção, em diversas áreas (orientação jurídica e oficinas de direitos, sobre saúde, sexualidade, gênero e violência), com seus usuários e/ou fora da instituição, com a comunidade; e

- orientação ou assistência jurídica.

Alguns serviços ainda realizavam outras atividades, como atendimento médico, perícia; atividades comunitárias de confraternização; atividades de mobilização política, em geral feministas; e atividades de supervisão, capacitação técnica e/ou assessoria no tema para outros profissionais ou instituições. Eram ONGs ou serviços públicos vinculados a secretarias diversas, como Coordenadoria da Mulher, Secretaria da Saúde, Secretaria de Assistência Social ou Secretaria de Desenvolvimento Social. A grande maioria deles era exclusivamente voltada para o atendimento a mulheres em situação de violência, na modalidade centro de referência. Alguns tinham foco na atenção à família, atendendo especialmente a crianças e adolescentes vítimas de violência. Dos 20 serviços psicossociais paulistas, um deles era uma unidade básica de saúde e os outros 19 serviços eram centros de referência para mulheres ou adolescentes em situação de violência.

As *casas-abrigo* eram os serviços estruturados para acolher e proteger mulheres em situação de risco de morte relacionado à violência doméstica. Tinham limitação de tempo de permanência e costumavam abrigar a mulher e seus filhos ainda crianças. Além de proteger, atender e abrigar, desenvolviam atividades que visavam à superação da situação de violência e vitimização. Todos eles realizavam atendimento social, que consistia em regularização de documentos; encaminhamentos para polícia, advogados, saúde, moradia, inserção no trabalho, na escola ou creche para os filhos abrigados; e acompanhamento dessa "reestruturação da vida". Muitos desenvolviam outras ações, como grupos "de reflexão", "socioeducativos" ou "oficinas temáticas" sobre a situação de violência, relacionamento familiar, sexualidade, gênero ou outros temas; atendimento ou acompanhamento psicológico; orientação ou assistência jurídica; cursos de capacitação ou geração de renda. Entre as atividades para a manutenção do cotidiano e da convivência na casa, estavam atividades lúdicas e/ou

OS PSICÓLOGOS NA REDE DE ASSISTÊNCIA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

educativas para as crianças; atividades de lazer – em geral artesanato – para as mulheres; e reunião coletiva para resolver conflitos entre as famílias abrigadas.

Sobre a Inserção dos psicólogos nos serviços

Pelas colunas *Geral* da Tabela 1, observou-se um aumento do número de serviços específicos na Região Metropolitana de São Paulo, de 85 em 2002 para 109 em 2005, com ampliação da participação dos psicólogos, especialmente nas delegacias.

Em 2005 os psicólogos estavam em todas as categorias de serviços, ainda que com menor participação nas delegacias e nos serviços jurídicos.

TABELA 1 – Comparação dos serviços específicos para assistência a situações de violência contra a mulher e daqueles com psicólogos na sua equipe técnica, em 2002 e 2005, por vocação assistencial

Serviços	Serviços c/ psicólogos	Geral	Serviços	Serviços c/ psicólogos	Geral
Abrigo	2	3	Abrigo	5	5
Jurídico	6	30	Jurídico	7	39
Orientações básicas	3	7	Orientações básicas	5	9
Policial	0	22	Policial	9	22
Psicossocial	12	13	Psicossocial	17	20
Saúde	10	10	Saúde	13	14
Total	33	85	Total	56	109

Porém, chama a atenção que nem todos os serviços psicossociais tinham psicólogos, apesar de a equipe dos centros de referência ter como base os psicólogos e os assistentes sociais. A propósito, quando da proposta de uniformização desses serviços, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em Norma Técnica para Centros de Referência de 2006,³¹ fez essa mesma indicação para a equipe mínima.

Os três serviços sem psicólogos tinham propostas assistenciais de fortalecimento das mulheres, como todos os serviços psicossociais, sendo o primeiro com ênfase nos aspectos de inclusão social e assistência jurídica, o segundo em atividades mais educativas e de fortalecimento individual e o terceiro em atividades de saúde sexual e orientações de direitos. Essas propostas estavam de acordo com o recorte que faziam sobre o problema da violência

³¹ SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2006b.

contra a mulher, direcionando as ações para clientela específica (mulheres em situação de violência doméstica, adolescentes em situação de risco social e prostitutas de baixa renda, respectivamente), organizando a assistência e as equipes de acordo com essas especificidades.

Somente um relatou a necessidade de psicólogo na equipe, porém, com a função de ajudar a mulher a admitir mais rápido que “está em situação de violência”. Aparentemente, os profissionais entrevistados desses serviços não compreendiam o trabalho do psicólogo como essencial para o trabalho desenvolvido. Mas desenvolviam trabalhos semelhantes aos outros serviços psicossociais que contavam com psicólogos (ver Tabela 2), evidenciando a dificuldade de delinear a especificidade desses profissionais.

Observou-se que os psicólogos tinham inserções diferenciadas, quase sempre em equipes multidisciplinares, com o trabalho ajustado à vocação assistencial das instituições, conforme apresentado na Tabela 2.

OS PSICÓLOGOS NA REDE DE ASSISTÊNCIA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

TABELA 2 – Caracterização dos serviços específicos com psicólogos, conforme atividades desenvolvidas e equipe técnica

Serviço	Vocação assistencial do serviço	Atividades do psicólogo	Composição da equipe
Abrigo	Abrigo e proteção a mulheres em situação de risco de vida, por violência doméstica.	Socioeducativas e de apoio (acompanhamento, orientação e reflexão) de caráter social, supervisão técnica para a equipe.	Psicólogo, assistente social, educadores, policial (guarda, investigador), advogado.
Jurídico	Assistência e orientação jurídica na área de família.	Mediação de conflitos, acolhimento psicológico como apoio ao trabalho jurídico.	Advogado, assistente social, psicólogos, mediadores.
Policial	Registro de ocorrência e investigação de crimes de violência contra mulheres.	Suporte emocional de urgência e orientação geral ou sobre direitos.	Policial (delegada, escrivã, investigadores), psicólogo, advogado, assistente social.
Pscossocial	Fortalecimento das mulheres e ampliação dos recursos pessoais, sociais e institucionais para o enfrentamento da violência contra a mulher.	Atendimento psicológico; atividades educativas, de orientação ou prevenção; grupos e oficinas diversos; atividades corporais; suporte e formação para profissionais.	Psicólogo, assistente social, psiquiatra, advogado, médico, educador.
Saúde	Assistência à saúde e psicossocial a mulheres em situação de violência, especialmente violência sexual.	Avaliação do comprometimento psicológico, acompanhamento para retomada da vida sexual, elaboração da situação de violência, acolhimento e orientação sobre DST.	Psicólogo, assistente social, médicos diversos, enfermagem.
Orientações básicas	Escuta e orientação sobre direitos, saúde da mulher e rede de serviços voltados para situação de violência.	Acompanhamento psicológico, orientação e acolhimento para situações de violência e saúde da mulher (sobre direitos e serviços da rede).	Psicólogo, assistente social, médico, enfermagem.

Sobre as equipes multiprofissionais

Os psicólogos estavam quase sempre inseridos em equipes com três ou mais profissionais de formações diferentes, o que sugere serem equipes mais complexas e pode indicar um trabalho multiprofissional e a presença de um projeto assistencial comum. Porém, a mera presença de várias especialidades profissionais não garante a articulação das ações nem a interação na equipe.

Dois serviços psicossociais foram exceções quanto ao aspecto da multiprofissionalidade, pois suas equipes se restringiram aos psicólogos. Nenhum deles pareceu sentir falta de outras categorias profissionais, por razões diferentes. Um deles atuava como serviço de referência para alguns serviços jurídicos, no trabalho de saúde mental especializado em violência sexual incestuosa; o outro fazia a articulação multiprofissional por meio de serviços diversos da rede específica para situações de violência e da rede mais geral de serviços assistenciais. A partir disso, podemos pensar que, para efetivamente realizar a articulação de assistências diversas, não é tão importante ter uma equipe multiprofissional no interior do serviço. Mais relevante parece ser a clareza na delimitação do objeto de intervenção da equipe e da compreensão do lugar ocupado pelo serviço na rede de assistência.

Sobre as atividades do psicólogo

Em relação às atividades realizadas pelos psicólogos, podemos ver uma diversidade de intervenções. Apesar de a grande maioria – com exceção dos abrigos e dos serviços jurídicos – realizar atividades clínicas ou de psicoterapia, elas tinham caráter diferenciado, como mostramos na Tabela 2. O trabalho clínico tradicional foi a atividade assistencial mais constante nos serviços, com variações no formato (atendimento individual, em grupo, família, casal). Notamos variações também quanto ao foco da assistência, que acompanhava a vocação assistencial dos serviços onde se inseriam. Algumas atividades desenvolvidas pelos psicólogos eram compartilhadas com assistentes sociais, educadores e outros profissionais, como o trabalho mais geral de fortalecimento, orientação sobre direitos e sobre os recursos sociais, triagem e atividades lúdicas e/ou de relaxamento.

Nos serviços *policiais*, a proposta era de apoio emocional, com caráter de acolhimento de urgência. Em alguns, os psicólogos também prestavam orientação sobre direitos e sobre as consequências formais e legais da denúncia, auxiliando na decisão de fazer ou não o boletim de ocorrência, além de fazerem os encaminhamentos externos, que não se restringiam aos serviços de saúde mental.

Pelos relatos das policiais entrevistadas, em geral, os psicólogos acolhiam situações identificadas com “pessoas angustiadas”, “fragilidade”, “urgências” ou “pessoas que precisam de apoio emocional”, “para as pessoas se conhecerem e trocarem informações”, “para conversarem, desabafarem”. Somente uma delas associou a demanda das mulheres por “conversa” com a necessidade de melhoria do atendimento das próprias policiais. Isso

evidencia a dificuldade delas quanto às tarefas de escuta e acolhimento e a consequente identificação dessas tarefas com o trabalho do psicólogo. Dessa forma, os psicólogos parecem ser chamados a preencher uma lacuna importante da capacitação das policiais, que é do acolhimento, da escuta qualificada, ou seja, do atendimento humanizado. Ao deslocar essas tarefas para o psicólogo, também pode acontecer outro deslocamento com relação à queixa das mulheres: a queixa policial, que se configura como crime e violação de direitos, poderia passar a ser tratada como problema individual e privado, de âmbito subjetivo e, com isso, descaracterizar a queixa como crime ou não realizar a demanda de intervenção policial. O que poderia ser uma articulação dessas dimensões do problema da violência de gênero corre o risco de transformar-se em desqualificação dessa mesma violência como objeto para a polícia e para a justiça. Lembramos que o fortalecimento dessas mulheres também ocorre pelo reconhecimento dos seus direitos e das agressões como violência.

Também observamos essa dificuldade de realizar um atendimento humanizado e a identificação do acolhimento com as atribuições dos psicólogos nos serviços jurídicos.

Os serviços *jurídicos* estudados se diferenciam dos outros pelo fato de que os psicólogos realizavam principalmente a mediação, uma prática compartilhada com outros profissionais e, de certa forma, de apoio a procedimentos jurídicos, por tratar-se de procedimento de intermediação entre as partes com o intuito de realizar acordos jurídicos consensuais, na tentativa de superar os conflitos conjugais e não efetivar ações judiciais litigiosas. Configurou-se nesses serviços, então, outra prática, bastante diversa da tradicional prática clínica, mas que não é específica do psicólogo, nem de qualquer outra profissão, sendo operada por profissionais de diversas formações, desde que treinados.³²

No entanto, em alguns serviços o psicólogo fazia atendimento restrito a orientações, informações e esclarecimentos sobre a demanda jurídica, um trabalho que pode, a nosso ver, ser realizado por todos os profissionais, na perspectiva do atendimento humanizado, com acolhimento e escuta qualificada.

Dos 32 serviços jurídicos que não tinham psicólogos, a grande maioria (30 serviços) não reconhecia a violência contra a mulher como um problema para o seu serviço, apesar de grande parte de sua demanda ser de Direito de Família, indicando que ainda é atual a análise de diversas autoras sobre a banalização desse problema no aparato jurídico e sobre a resistência do setor em incorporar as questões de desigualdade de gênero.³³ Esses serviços articulavam ações em rede praticamente só com o sistema jurídico-policial,

³² Malvina Ester MUSZKAT, 2003.

³³ BARSTED, 1994; Carmem Hein de CAMPOS, 2003; MACHADO, 2002; e SILVA, 2002.

suas equipes eram compostas somente de advogados e descreviam seus objetivos pela assistência jurídica para a população de baixa renda.

Nos serviços de saúde voltados para as situações de violência sexual, o trabalho do psicólogo tinha o caráter de avaliação do impacto emocional e acompanhamento ou elaboração da situação de violência, alguns com foco na retomada da vida sexual pela mulher.

Porém, havia diferenças entre esses serviços. Naqueles que não realizavam aborto, os psicólogos desenvolviam, geralmente, atividades iguais a de outros profissionais da equipe, no acolhimento, na orientação e na profilaxia de DSTs, além das atividades clínicas específicas (psicoterapia, acompanhamento, orientação, diagnóstico). Já nos sete serviços que realizavam também o aborto legal, os psicólogos desenvolviam basicamente avaliação ou diagnóstico do que definiram como comprometimento psicológico relacionado à violência ou à gravidez de risco e acompanhamento ou psicoterapia no modelo ambulatorial. Um deles ainda fazia avaliação para a Justiça e orientação aos pais, quando a violência sexual era cometida contra crianças.

A descrição das atividades assistenciais das equipes e os relatos dos casos atendidos indicaram que os serviços de saúde (hospitais e ambulatorios) centravam o atendimento a mulheres em situação de violência nos casos de violência sexual por estranhos, com ênfase nas ações biomédicas, quais sejam, a profilaxia de HIV/DST e gestação indesejada. A violência doméstica contra mulheres apareceu entre as demandas dos serviços, porém com menor intensidade e, em geral, tratava-se de violência física por companheiros. A violência sexual por parceiros parece ter sido praticamente invisível. Um serviço chegou a afirmar que não atendia à violência doméstica por não ter pessoal qualificado.

Nos serviços de orientações básicas, também unidades de saúde, observou-se que a assistência a mulheres em situação de violência era bastante diferenciada dos demais serviços de saúde. Eram unidades básicas e ONGs que desenvolviam atividades de orientação e acolhimento da situação de violência, com possibilidade de acompanhamento psicológico. Atendiam basicamente a situações de violência doméstica contra mulheres e crianças e tinham um fluxo específico para o atendimento a situações de violência. Os psicólogos realizavam atividades de orientação sobre a situação de violência, os direitos, as instituições e os serviços da rede, às vezes em conjunto com outros profissionais, além do trabalho específico de acompanhamento psicológico ou psicoterapia (individual ou em grupo). Esse trabalho próprio e exclusivo foi nomeado

pelos entrevistados como atendimento de saúde mental, sugerindo não ser assistência específica, com direcionamento para as situações de violência, mas atendimento psicológico semelhante ao de unidade básica de saúde da rede geral.

Como nos hospitais e ambulatorios grande parte dos casos atendidos provavelmente era de abuso sexual ocasional e perpetrado por desconhecidos, pareceu nos serviços de atenção primária que a violência doméstica contra as mulheres (física e sexual) teve algum reconhecimento. No entanto, foram poucas as instituições, todas de orientação básica (três UBS e duas ONGs), que se estruturaram para atender a essa demanda, no município de São Paulo.

Nos serviços *psicossociais*, os psicólogos realizavam atividades clínicas de toda ordem, além de atividades sociais e educativas, com diversos graus de reflexão política e de gênero nessas práticas. Com exceção do que denominaram como atendimento psicológico, as outras atividades desenvolvidas não eram exclusivas dos psicólogos, sendo realizadas solitariamente ou em conjunto com outros profissionais (assistentes sociais, terapeutas alternativos e terapeutas ocupacionais), como grupo de autoajuda, grupo de terapia comunitária, terapias alternativas, grupo de saúde da mente, grupo de autocuidado. Essas atividades também tinham o objetivo de fortalecimento das mulheres e de "resgate da autoestima" e não havia informações de como (e se) eram articuladas com as atividades específicas desenvolvidas pelos psicólogos.

Em alguns desses serviços ainda os psicólogos desenvolviam atividades de formação ou suporte para os profissionais da equipe ou de outros serviços da rede, atendendo para o conhecimento sobre as particularidades das situações de violência de gênero, doméstica e/ou intrafamiliar e também para a reflexão sobre os papéis de gênero, as discussões de casos, o acolhimento do impacto emocional, as angústias e as dificuldades no trato com as situações de violência atendidas. Essas atividades também não eram específicas do psicólogo e, em alguns serviços, eram desenvolvidas por outros profissionais. A realização de capacitação e supervisão para a equipe interna ao serviço e para outros serviços da rede reafirma o lugar desses serviços como centros de referência, não só como local para encaminhamentos, mas também para a formação continuada dos profissionais.

Nos *abrigos* estudados, os psicólogos realizavam atividades socioeducativas e de apoio (acompanhamento, orientação e reflexão), de caráter mais social, muitas vezes dividindo a tarefa com assistentes sociais. O atendimento clínico em Psicologia era realizado fora da instituição,

encaminhado em geral para uma UBS. Em todos os abrigos era claro o projeto comum da equipe, de superação da situação de risco e de promoção da autonomia da mulher. A organização do trabalho assistencial nesses abrigos demonstrou articulação entre as ações dos diferentes profissionais da equipe, evidenciando também a importância da articulação com serviços da rede geral para a realização dos objetivos de reestruturação da vida cotidiana, promoção de autonomia e superação da situação de violência doméstica.

Conclusões

O psicólogo foi um profissional presente e solicitado em todas as categorias de serviços da rede específica da Região Metropolitana de São Paulo. Esse profissional era chamado para prestar assistência às mulheres, às crianças, aos adolescentes, aos casais e às famílias que sofreram violência de gênero, doméstica e/ou intrafamiliar e também para atuar na capacitação e na supervisão dos profissionais da rede específica.

As capacitações e as supervisões não se configuram como tarefas específicas de determinada especialidade profissional e visam aperfeiçoar o trabalho assistencial. Pensamos que não é um trabalho específico e exclusivo do psicólogo, sendo imprescindível ter conhecimento e experiência no tema. No entanto, os psicólogos podem contribuir com a condução dessas atividades de formação e especialmente com a supervisão, já que na sua formação clínica desenvolvem recursos para lidar com o sofrimento emocional da sua clientela e para distinguir e trabalhar com os afetos implicados na relação terapêutica. Especificamente para as situações de violência de gênero, lembramos que a capacitação e a supervisão remetem à discussão sobre a dinâmica das relações familiares/conjugais violentas e à reflexão e consciência das próprias concepções e valores de gênero. A clareza sobre seus valores e concepções possibilita um maior domínio da técnica assistencial. Além disso, muitos dos trabalhos desenvolvidos propõem intervir nos padrões de relacionamento familiar/conjugal, o que implicaria transformações nas concepções e nos modelos de gênero dos usuários. Para fazer isso sem perder a dimensão ética e moral da relação assistencial, entendemos que é necessário ter se questionado anteriormente, cuidando inclusive das situações de violência e de conflitos vividos relacionados à desigualdade de gênero.

Compartilhar o saber teórico e prático da Psicologia com a equipe poderia, portanto, ser um dos elementos específicos do trabalho do psicólogo com a violência, no

âmbito da supervisão. Isso efetivaria o apoio entre a equipe não só no que diz respeito à solidariedade no trabalho e nas decisões conjuntas, mas também nos aspectos técnicos da intervenção. Nesse sentido, isso valeria para todos os profissionais, cada um compartilhando, nos espaços de capacitação e supervisão, o que teria de específico na sua formação na construção de um saber comum a respeito da violência contra as mulheres, o que facilitaria e incrementaria o trabalho de equipe e a assistência a essas situações de violência.

As atividades assistenciais desenvolvidas pelos psicólogos nos serviços paulistas estavam associadas às finalidades de fortalecimento das mulheres, promoção de autoestima e autonomia, reflexão e elaboração da situação de violência, superação da condição de vitimização, mudança nos padrões de relacionamento familiar e/ou conjugal, apoio emocional, redução de ansiedade (desabafo), acolhimento do sofrimento, orientação e esclarecimento das necessidades e intermediação do diálogo entre o casal.

Cabem aqui algumas considerações a respeito da autoestima e do fortalecimento das mulheres, termos bastante utilizados pelos profissionais entrevistados. Fortalecimento das mulheres, na perspectiva feminista, refere-se a um processo mais amplo do que o "resgate" ou o "fortalecimento" da autoestima, que se restringe à valorização de si, na dimensão individual. O termo *empowerment*, na concepção feminista, remete a mudanças sociais e culturais, lembrando que as relações interpessoais em todos os níveis sociais são relações de poder desiguais de gênero. *Empowerment* corresponderia ao fortalecimento das mulheres, no sentido da redistribuição de poder em favor delas, sendo necessárias mudanças na ideologia patriarcal e nas estruturas das instituições sociais (família, classe, religião, processos educacionais e suas instituições, mídia, serviços e práticas de saúde, leis e códigos civis, instituições governamentais) que reforçariam e perpetuariam a discriminação de gênero e iniquidades sociais.³⁴ Observando os relatos, viu-se que o termo "fortalecimento" foi, muitas vezes, reduzido à dimensão individual, assemelhando-se e, algumas vezes, confundindo-se com o "fortalecimento da autoestima". Dessa maneira, o problema da violência de gênero pareceu tornar-se individualizado e psicologizado, com compreensão reduzida do trabalho possível do psicólogo no fortalecimento e na emancipação dessas mulheres e no enfrentamento à violência vivida.

Em todas as categorias de serviços notamos grande diversidade de práticas entre os psicólogos: atividades clínicas, sociais, educativas, de orientação, mediação de conflitos. No geral, como é tradicional entre os psicólogos,

³⁴ Srilatha BATLIWALA, 1994.

as atividades que foram consideradas próprias e exclusivas desse profissional foram aquelas essencialmente clínicas, individuais ou em grupo. As exceções foram os abrigos e os serviços jurídicos nos quais a atuação do psicólogo não era clínica e não havia delimitação clara entre as atividades do psicólogo e de outros profissionais da equipe (no caso das atividades socioeducativas e da mediação).

Observamos aplicações e composições diferenciadas das ações dos psicólogos com o trabalho da equipe, conforme a vocação da instituição e do setor (Justiça, Segurança Pública, Saúde, Assistência Social). As diversas atividades realizadas conjuntamente com outros profissionais ou articuladamente a eles demonstraram possibilidade de atuação psicológica para além da psicoterapia, abrindo espaço para novas práticas mais integradas com as ações da equipe e seus objetivos. Foi frequente a inserção dos psicólogos em atividades de orientação, educativas e sociais, exercidas por outros profissionais ou em conjunto com eles (principalmente por assistente social, mas também por educadores, arte-terapeutas, terapeutas alternativos, advogados e policiais). Considerando que o psicólogo ainda é popularmente associado ao trabalho clínico, liberal e autônomo e que nem sempre é associado aos trabalhos em equipes multiprofissionais para além da saúde mental, entendemos que essas características podem representar práticas novas que abrem espaço para reflexões importantes sobre a assistência psicológica.

Também observamos que atividades identificadas, em alguns serviços estudados, como trabalho próprio do psicólogo não eram consideradas dessa forma por outros. As atividades terapêuticas em grupo, por exemplo, também eram realizadas por assistentes sociais ou educadores, como os grupos de autoajuda, de terapia comunitária, de reflexão sobre gênero e violência e de oficinas terapêuticas. As atividades de acolhimento e escuta (denominadas como acolhimento, triagem, orientação) estavam presentes em quase todos os serviços e eram realizadas também por assistentes sociais, policiais, advogados ou mesmo profissionais administrativos treinados para o primeiro atendimento. Especificamente com relação ao acolhimento e à escuta, lembramos que se trata da humanização do atendimento e devem realmente dizer respeito a todos os profissionais que prestam assistência direta à clientela. A identificação dessas atividades com o trabalho do psicólogo só evidencia as dificuldades dos profissionais em geral de lidar com a dimensão interpessoal e com o sofrimento alheio.

Essas diferenças entre o que é considerado trabalho próprio do psicólogo poderiam indicar um trabalho conjunto,

com tarefas compartilhadas entre diversos profissionais de formações diferentes. Porém, parecem indicar mais uma indefinição do lugar e dos afazeres do psicólogo e o pouco conhecimento sobre as possibilidades de intervenção desse profissional. Possivelmente também refletem a diversidade e os conflitos internos ao campo da Psicologia, que carece de definições mais claras de suas práticas não clínicas.

Os resultados também indicam ser necessário discutir as diferenças do atendimento psicológico a depender da vocação do serviço. Com relação aos abrigos e aos serviços psicossociais, alguns entendiam o trabalho do psicólogo, no interior do serviço, mais pelo seu caráter social e educativo, recorrendo a ele como profissional clínico necessário em algumas ocasiões – quando remetiam à rede de saúde geral para seguimento em psicoterapia. Para estes, o trabalho de superação da situação de violência e da vitimização, da promoção de autonomia, da mudança no padrão de relacionamento conjugal e familiar e do fortalecimento pessoal e como sujeito de direitos passava pelo trabalho educativo sobre as determinações de gênero, apoio social e incremento na condição social e econômica, que promoveriam maior autonomia e exercício da cidadania. Isso indica que o atendimento clínico tradicional, não específico para situações de violência, poderia articular-se com a assistência específica e ser desenvolvido na rede geral de saúde. Porém, não é consenso e caberia a discussão entre formuladores de políticas, profissionais da assistência e gerentes dos serviços sobre a necessidade da especificidade desse atendimento. Nesse sentido, entendemos ser importante discutir as competências do psicólogo especializado nas situações de violência e do psicólogo não especializado, presente nos serviços de saúde da rede geral, ou seja, como compor o trabalho na rede especializada em violência e na rede geral.

Consideramos que é importante definir melhor os objetivos e as intervenções do atendimento psicológico, pois as divergências e as indefinições poderiam trazer prejuízos ao diálogo entre os profissionais e à articulação de um projeto assistencial integrado e comum a toda a equipe técnica e à rede.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino (Org). *História da Psicologia no Brasil – primeiros ensaios*. Rio de Janeiro: UERJ; Conselho Federal de Psicologia, 2004.
- BARSTED, Leila Linhares. "Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas". *Cadernos Cepia*, Rio de Janeiro, p.1-61, 1994.

- BATLIWALA, Srilatha. "The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action." In: SEN, Gita; GERMAIN, Adriene; CHEN, Lincoln (Eds.) *Population Policies reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Harvard Series on Population and International Health: Harvard University Press, 1994. p. 127-150.
- BRANDÃO, Eliane Reis. *Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Ciências Humanas e Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- BRANDÃO, Eliane Reis. "Violência conjugal e o recurso feminino à polícia". In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloisa Buarque (Orgs.). *Horizontes plurais*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Ed. 34, 1999.
- CAMPOS, Carmen Hein de. "Juizados especiais criminais e seu déficit teórico". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 155-170, jan./jun. 2003.
- CARONE, Iray. *A Psicologia tem paradigmas?* São Paulo: Fapesp; Casa do Psicólogo, 2003.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária*. 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo entre três capitais brasileiras*. Relatório de pesquisa. Ministério da Justiça: SENASP, abr. 2006.
- ELLSBERG, Mary (Coord.). *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia domestica?* Nicarágua: Red de Mujeres contra la Violencia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica de la Facultad de Medicina UNAN-Leon, 1998.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio Mendonça. *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1991.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio Mendonça. *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo: Escuta, 2002.
- HEISE, Lori; ELLSBERG, Mary; GOTTEMOLLER, Megan. "Ending Violence Against Women." *Population Reports*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, series L, n. 11, Dec. 1999. Population Information Program.
- HEISE, Lori; GARCIA-MORENO, Claudia. "Intimate Partner Violence." In: KRUG, Etienne et al. (Eds.). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 91-121.

- KAHHALE, Edna Maria Severino Peters (Org.). *A diversidade da Psicologia: uma construção teórica*. São Paulo: Cortez, 2002.
- KISS, Ligia. *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais*. 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.
- MACHADO, Lia Zanotta. "Eficácia e desafios das delegacias especializadas no atendimento às mulheres: o futuro dos direitos à não violência". In: CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER, 2002, Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Ministério da Justiça. Relatório final da Pesquisa Nacional sobre as condições de funcionamento das delegacias especializadas no atendimento às mulheres. Disponível em: www.cfemea.org.br/pdf/pesquisadeams.pdf. Acesso em: 10 mar. 2010.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica n. 8).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 2. ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao aborto: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- MUSZKAT, Malvina Ester (Org.). *Mediação de conflitos – pacificando e prevenindo a violência*. São Paulo: Summus, 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes o Coaliciones de Acción en Violencia Intrafamiliar*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San Jose, Costa Rica, 1999. (Serie Género y Salud Publica).
- PEDROSA, Claudia Maria. *Mulheres em situação de violência: o discurso dos profissionais de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.
- PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 1998.

- PEDUZZI, Marina. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- SÃO PAULO. *Rede de serviços – assistência a mulheres e adolescentes em situação de violência*. São Paulo: Ministério da Justiça; FMUSP, 2005.
- SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países)*. Organización Panamericana de la Salud/Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher. *Plano Nacional Diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES; SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Norma técnica de padronização – delegacias especializadas de atendimento à mulher – DEAMs*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2006a.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. *Norma técnica de uniformização – centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006b.
- SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. "Ecletismo e dogmatismo na adesão às teorias psicológicas". *Interações: estudos e pesquisas em Psicologia*, v. IV, n. 7, p. 19-41, jan./jun. 1999.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. 1997. Livre-docência em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 1997.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. "Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde". *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Unesp, 2005.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. "Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. s205-s216, 2009. (Suppl. 2).
- SILVA, Kelly Cristina. "As DEAMs, as corporações policiais e a violência contra as mulheres: representações, dilemas e desafios". In: CNDM, 2002, Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Ministério da Justiça. Relatório

- final da pesquisa nacional sobre as condições de funcionamento das delegacias especializadas no atendimento às mulheres. Disponível em: www.cfmeda.org.br/pdf/pesquisadeams.pdf. Acesso em: 10 mar. 2010.
- SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila (Orgs.). *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Mulheres em situação de violência: guia prático de serviços*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – CFSS; Centro de Saúde Escola S. B. Pessoa; Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1996.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Mulheres em situação de violência: guia prático de serviços*. 2. ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – CFSS; Centro de Saúde Escola S. B. Pessoa; Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1999.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Mulheres em situação de violência: guia prático de serviços*. 3. ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – CFSS; Centro de Saúde Escola S. B. Pessoa; Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2002.

[Recebido em janeiro de 2008
e aceito para publicação em abril de 2009]

Psychological Assistance and Violence against Women

Abstract: The aim of this research was to identify and analyze the insertion of psychologists into the network of services assisting violence against women. Interviews with psychologists working for specific services in Greater São Paulo (police, health, psychosocial assistance, shelter, basic assistance) were analyzed. Psychologists are present and their work is requested in all types of services. Their work consists in training and supervising other professionals, as well as assisting women. There is a great diversity of practices, with frequent adjustment of the interventions to the objectives, institutional culture and assistance vocation of the services. There is a relative impreciseness in the psychologists' work, and this can stand as a barrier to better team and network integration. However, it can also create opportunities for innovations in practices.

Key Words: Violence against Women; Psychologists; Interprofessional Relations; Community Network.