

Rotas Críticas: Desatar nós para fazer laços

Critical Paths: Untied Ourselves to Bond

Marta Conte*; **Angela Ester Ruschel****; **Sandra Corrêa da Silva****; **Adriana Mengue Model*****; **Marília Silveira******; **Maria Cecília de Souza Minayo*******

Escola de Saúde Pública; **Universidade de Sao Paulo; ***Universidade Internacional da Paz; *Universidade Federal do Rio Grande do Sul; *****Fundação Osvaldo Cruz, martacte@terra.com.br**

Resumo

Palavras-chave

Violência
Rotas críticas
Saúde coletiva
Rede de atenção

Este artigo baseia-se na experiência desenvolvida em oficinas de escrita com a equipe do Ambulatório de Atenção às Situações de Violência do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre/RS. Esta atividade fez parte da pesquisa *A construção identitária na adolescência em contextos violentos na perspectiva da Clínica em Saúde Mental*. Relatamos o trabalho que precisa ser operado para fazer frente aos desafios no atendimento em saúde coletiva, diante da realidade da violência em um contexto de vulnerabilidades sociais. Analisamos através dos diários de bordo e discussões de casos as rotas críticas no atendimento à problemática da violência, na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade. Ressaltamos a importância de associar a escuta implicada à análise institucional em um trabalho que precisa ser construído como desejo e pactuado entre instituição, equipes e rede de serviços que acolhem pessoas que vivem em contextos violentos.

Abstract

Keywords

Violence
Critical Routes
Public Health
Caregiving Network

This article is based on the experience developed in writing workshops with the staff of the Attention to Violent Situations Ambulatory in the Presidente Vargas Children Hospital, in Porto Alegre / RS. This activity was part of the research called, "Adolescent Identity Construction in violent contexts in view of the Mental Health Clinic". Among the themes covered are the institutional demands, the critical paths of care, the problem of violence and involvement with acceptance in the perspective of integral and intersectional approach. We analyzed "The Observing Diaries" of the authors and the case discussions. We point out the difference between what is required to be undertaken and what is possible in practice, highlighting the importance of linking listening implied to the institutional analysis in a project that needs to be built as desired agreement between institution, staff and service network that welcome people who live in violent contexts.

Introdução

Este trabalho conjuga os resultados da pesquisa *A construção identitária na adolescência em contextos violentos na perspectiva da Clínica em Saúde Mental*¹ com o relato da experiência da equipe do Ambulatório de Atenção às Situações de Violência² do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

Conte, Marta; Ruschel, Angela Ester; Corrêa da Silva, Sandra; Mengue Model, Adriana; Silveira, Marília e de Souza Minayo, Maria Cecília (2012). Rotas Críticas: Desatar nós para fazer laços. *Athenea Digital*, 12(3), 285-294. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Conte>

¹ Essa pesquisa foi financiada pelo Edital 033 de 2008 do CNPq.

² Agradecemos a colaboração especial das psicólogas Jane I. H. Padilha e Tatiana G. Cardon que contribuíram com algumas importantes idéias aqui desenvolvidas.

A proposição para a atuação na linha de frente do sistema de saúde pública de nosso país desde o campo conceitual da saúde coletiva tem nos exigido uma imersão em situações complexas e difíceis de serem resolvidas, em um contexto de vulnerabilidades sociais: a falta dos serviços em rede; a sobrecarga de trabalho dos profissionais; investimentos insipientes na qualificação para atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. Assim, compartilhamos o duro trabalho que precisa ser operacionalizado pelos profissionais da saúde para dar conta dos desafios que essa realidade apresenta.

Neste artigo, duas vozes serão demarcadas: a dos profissionais que participaram de oficinas de escrita e a das pesquisadoras. Para a elaboração desse artigo, vários aspectos foram contemplados a partir das atividades desenvolvidas nesse Ambulatório. A experiência de trabalho, as discussões de casos, a percepção das diversas rotas críticas (Sagot & Carcedo, 2000) que envolvem situações de violência, mobilizaram o desejo de escrever. Diante disso, a escrita consolidou-se como prática no cotidiano do trabalho, através do diário de bordo (anotações de reflexões, angústias e impasses emergentes no cotidiano de trabalho) de cada profissional.

A escuta clínico-institucional da pesquisa: a importância da supervisão

Para falar da escuta clínico-institucional que se inseriu neste Ambulatório através da pesquisa, buscou-se como referência a proposta de supervisão clínico-institucional do Ministério da Saúde, demarcando a diferença entre a posição do pesquisador em uma pesquisa-intervenção (com função estabelecida pelos objetivos e tempo delimitados pela pesquisa) e a do supervisor clínico-institucional (escolhido por equipes de Centros de Atenção Psicossocial e que através de projeto concorre a edital com financiamento do Ministério da Saúde). Ao iniciar a pesquisa encontramos condições propícias de acolhimento na equipe, o que tornou possível, também, acolhê-la em suas dificuldades, potencialidades, tensões internas, sobrecarga de trabalho e, nesta via de mão dupla, foi-se construindo um ambiente favorável de intervenção e condições de trabalho para a pesquisa.

Consideramos “o contexto institucional, o serviço, a rede, a gestão e a política pública” (Ministério da saúde, 2011, para. 1) seguindo a proposta de supervisão clínico-institucional, e nesta abordagem o sentido clínico-institucional estava presente em todos os momentos da pesquisa, desde o contato com a instituição, com a equipe, nas discussões dos casos clínicos, assim como com outros profissionais ou serviços e os adolescentes atendidos pelo serviço. Nesse contexto, evidenciava-se a complexidade de contextualizar permanentemente a situação clínica, o foco do trabalho, diante das tensões entre setores e a dinâmica da rede e do território. Ao escutar, perguntávamos e problematizávamos a realidade que aparecia através dos casos discutidos. Inspirados na proposta do Brasil (2009), buscamos colocar em prática um diálogo entre as dimensões da política e da clínica. Coube-nos, como pesquisadoras, compreender esta dinâmica, contribuindo com um olhar dentro-fora, no andamento da vida do serviço, colaborando com a construção permanente do trabalho da equipe.

Outro aspecto que definiu o trabalho com esta equipe no contexto da pesquisa, foi identificar, a partir das discussões de casos clínicos, como estavam operando os princípios e diretrizes do SUS eleitos para o estudo, a saber: acolhimento, integralidade, interdisciplinariedade e intersetorialidade. Além disso, buscou-se ampliar “a construção dos conceitos operativos de *rede* – de serviços de saúde, de outras políticas intersetoriais, familiar, social, cultural, laboral – e de *território* – o lugar da vida do sujeito, suas características culturais, suas interações significativas” (Ministério da saúde, 2011, para. 3).

Nessa perspectiva, *sujeito, rede e território* articulam-se num projeto terapêutico singular, cujo objetivo final é ajudar o serviço e a rede a apoiarem o usuário e sua família na construção de uma autonomia possível. Buscou-se "vencer a dicotomia, que com frequência se instala entre as diretrizes gerais de uma política e a construção particular do cuidado clínico, levando em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular em um determinado território" (Ministério da saúde, 2011, para. 4). Outro aspecto que caracterizou a discussão de casos foi a harmonização das diversidades profissionais e teóricas, como condição para a composição de um trabalho em equipe, cujos conceitos compartilhados tomavam como referência o SUS e as Políticas voltadas à Saúde Mental e a Prevenção à Violência.

A nossa posição de pesquisadoras estava orientada pelo tipo de relação estabelecida com a equipe e com um trabalho a ser acompanhado (transferência de trabalho). Na transferência de trabalho há uma modificação no próprio estatuto da transferência (freudiana), operada por efeito da transferência analítica em relação à qual o pesquisador está submetido e que é proposta a partir de sua práxis (Nazar, 2006). A característica desse outro tipo de transferência é buscar fazer girar os discursos no contexto de pesquisa e intervenção, convocando cada sujeito a uma produção singular e, ao mesmo tempo, compartilhada, exigindo a desidealização do saber para alcançar a efetividade do trabalho em equipe. E a teoria da implicação, que entende que "enunciar não é denunciar, salvo quando nos desimplicamos, quando nos abstraímos da situação em questão, assumindo uma postura objetivista clássica" (Lourau, 2004, p. 240). René Lourau distinguiu cinco categorias para os múltiplos conteúdos a serem analisados no processo de pesquisa. As implicações, por ele chamadas de primárias, referem-se às "1) implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) com o local, organização em que se realiza a pesquisa ou a que pertença o pesquisador e, principalmente, com a equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. No plano das implicações secundárias o autor ainda aponta: 4) implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); e 5) implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa" (Paulon, 2005, p.23). Estávamos implicadas com a equipe, ao seu lado, oferecendo suporte nas fragilidades, reconhecendo potencialidades – nossas e da equipe – e "abraçando" desafios, sem confundir nosso lugar com o delas, isto é, não nos ocupávamos do que cabia somente à equipe dar conta. Na proposta da pesquisa-intervenção, que aqui colocamos em prática, "o que interessa são os movimentos, as metamorfoses, não definidas a partir de um ponto de origem e um alvo a ser atingido, mas como processos de diferenciação" (Barros & Passos, 2000, p.73).

A equipe recebeu a proposta da pesquisa com bastante abertura, e neste processo, o pensar sobre as práticas e a produção coletiva foi percebido como importante, pois esta equipe já havia publicado artigos e apresentado seu trabalho em diferentes espaços de formação e interlocução. Tudo isso facilitou o aceite do projeto, que veio junto com uma demanda: *os pesquisadores quando vêm aqui, fazem a gente escrever* – nos disseram em um dos primeiros encontros. A demanda da escrita foi incorporada como produção da pesquisa e assim, a cada discussão de caso, o profissional de referência era convidado a escrever sobre as situações do caso ou do trabalho que trazia ao grupo envolvido com a pesquisa.

O processo da escrita

*"A própria escrita se deu nas brechas"
(Entrevistado nº 1, entrevista pessoal, 20 de julho de 2010)³.*

³ Enumeram-se os entrevistados ao longo do artigo para manter o anonimato.

O tema disparador desse artigo foi escolhido durante um desses encontros, no qual emergiram problemas do cotidiano do serviço, da relação entre serviços do hospital e com a rede pública de serviços da cidade. Ao serem relatadas essas angústias, entre os aspectos que apareceram, elencamos principalmente: as dificuldades institucionais; a fragilidade da rede na retaguarda para o acolhimento e para a atenção integral às situações das pessoas envolvidas em contextos violentos; as dificuldades socioeconômicas e as vulnerabilidades sociais e emocionais.

A motivação para escrever esse artigo em conjunto, deu-se após a decisão da própria equipe de compartilhar o que havia escrito nos seus diários de campo. Ocorre, então, uma virada e a proposta inicial, de discutir casos, abre-se para o diálogo em torno, também, do processo da escrita e do cotidiano, a partir de um olhar compartilhado entre profissionais e pesquisadoras.

Chamou a atenção das pesquisadoras o fato de que os primeiros escritos surgiram pela necessidade de contar suas histórias profissionais, a inserção institucional, a história do Ambulatório, sua posição no Hospital e na rede da cidade. Tal processo pode ser entendido como uma apropriação de si mesmo na instituição, para poder então lançar-se ao mundo com novas ideias e propostas de trabalho. O espaço de escrita foi entendido e trabalhado como estratégia de cuidado de si, melhor dizendo: o necessário investimento no cuidado com o profissional cuidador. Esta equipe atende casos complexos, com histórias terríveis, vertiginosas. As pesquisadoras acompanhavam as estratégias construídas depois de lidar com essas histórias, perguntando-se sobre quais formas de cuidado eram implementadas por esses profissionais. Constatamos que elas se acolhiam, seja em conversas pelos corredores, seja pelas folhas brancas cujas linhas eram preenchidas pela ansiedade gerada após um ou outro atendimento ou alguma dificuldade institucional, mas também ao compartilhar o que precisavam revelar a partir da escrita.

A escrita foi tomada aqui como um espaço de parada-reflexão e de retomada. Em meio às demandas constantes de urgências e novos casos era preciso instalar um intervalo para a reflexão e, até mesmo, para perceber a produção de conhecimento nas práticas, sendo possível sistematizá-la e torná-la pública. Essa é a concepção própria para o que se entende como educação permanente em saúde a partir da Portaria nº1996 (Brasil, 2009), desde a qual o trabalhador assume um lugar de protagonismo e busca produzir conhecimento a partir das práticas em serviço, compartilhadas com as equipes, servindo, assim, para o empoderamento dos trabalhadores. A escrita permitiu, dessa forma, a visualização de problemas, potencialidades, limites e a percepção de novas estratégias para lidar com esse contexto.

O olhar da saúde coletiva voltado à violência: um breve histórico

A percepção das situações de violência na infância tornou-se visível nos anos 1960, a partir das campanhas de denúncias e notificações impulsionadas pela divulgação dos trabalhos de Kempe e seus colaboradores nos Estados Unidos, sobre a síndrome da criança espancada. No entanto, somente a partir da década de 1980 o fenômeno da violência na infância e adolescência passou a ser questionado e pensado na área da saúde (Ferrari & Vecina, 2002). Num primeiro momento, o lugar ocupado pela equipe de saúde era o de expectador(a), contabilizando e reparando os estragos provocados pelos conflitos sociais. Podemos constatar que a atenção à violência ocorreu de maneira fragmentada e progressiva, iniciando-se pela atenção dos epidemiologistas e psiquiatras, seguidos pelos pediatras (Minayo & Souza, 2003). Ao inserir e pensar a violência enquanto demanda de saúde, o setor passa a reconhecê-la como um problema complexo que causa agravos não somente à saúde, mas também na vida em sociedade. Nesse sentido, não pode mais ser considerada apenas como uma doença do agressor ou da vítima, centrada nos danos ao corpo biológico (Ministério da Saúde, 2002), mas deve ser

concebida como decorrente de contextos violentos e pensada nas diversas áreas de conhecimento, viabilizando o atendimento de forma integral e na rede intersetorial.

Na área da psicologia, as teorias psicanalítica e sistêmica contribuíram para o processo de compreensão e intervenção sobre o fenômeno da violência doméstica, *dessacralizando* a família e seus laços, abrindo, com isto, a possibilidade de questionamento e reflexão do que, até então, era entendido como pertencente ao âmbito privado. Os laços familiares passaram a ser percebidos como passíveis de se constituírem com características violentas, abusivas e com manifestações de condutas *fora da lei* (Perrone & Nannini, 2006). A percepção da existência de um padrão assimétrico nas relações entre as gerações — o chamado *padrão adultocêntrico* (Azevedo & Guerra, 1988) — possibilitou também que o conceito de infância fosse modificado. O novo entendimento da criança e do adolescente como *sujeitos de direito* e a valorização da infância enquanto etapa diferenciada, com necessidades específicas de atenção e cuidado (Ferrari & Vecina, 2002; Lei Federal nº 8.069), denotam algumas mudanças significativas impostas a esta temática. Nesta perspectiva, passa a ser indicado que crianças e adolescentes recebam proteção integral, a partir das diretrizes propostas pelas Conferências e Tratados Internacionais operacionalizadas por parcerias entre governo, sociedade civil e Conselhos de Direitos.

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (Ministério da Saúde, 2002) referenda esse novo entendimento, compreendendo tal fenômeno como algo que é construído social e historicamente, resultado “de um contexto de violência e com profundas raízes culturais” (p. 9). A construção desse marco teórico deu-se a partir da mobilização decorrente de um relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), realizado em 1993, que apontava a magnitude deste problema social, definindo uma série de estratégias diferenciadas em âmbito nacional, tais como:

A implantação de programas e a realização de pesquisas, campanhas, notícias e reportagens na mídia, criação de Bancos de Dados, programas de atendimento, prevenção, defesa e responsabilização, formação de agentes sociais, atuação de policiais especializados na área de proteção ao segmento infanto-juvenil, e monitoramento legislativo” (Ministério da Saúde, 2002, p. 9).

Dessa forma buscou-se integrar as diversas esferas do governo e da sociedade. Esse relatório provocou a conscientização e mobilização de importantes setores da sociedade civil, do executivo, legislativo e judiciário, da mídia e de organismos internacionais.

A demanda institucional, a história do serviço e a constituição da equipe: lidando com a rota crítica

Podemos situar fatos, movimentos e legislações para demarcar como esse tema foi se inserindo na agenda da saúde como política pública e, a partir da análise da implantação desse serviço de atenção às situações de violência, identificar algumas rotas críticas (Sagot & Carcedo, 2000).

Em 1998, ao ser implantado no município de Porto Alegre o Programa de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência, pela Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) assumiu o compromisso de prestar atendimento às mulheres, possibilitar o acesso à interrupção para as gestações decorrentes de estupro — aborto legal — e ser referência no atendimento de crianças e adolescentes. Tais atendimentos eram realizados pela equipe multidisciplinar do Ambulatório de DST/HIV e pelas emergências pediátrica e obstétrica. Na sua estrutura, o hospital já contava com dois outros serviços de referência no atendimento à violência: Comitê dos Direitos da

Criança e do Adolescente (CDCA) e Serviço de Atendimento Familiar (SAF). Ambos atuavam como suporte, também, à rede básica de saúde e aos Conselhos Tutelares. O CDCA, desde 1995, tinha por objetivo diagnosticar e encaminhar os casos de violência contra crianças e adolescentes identificados durante o período de internação e o SAF, vinculado ao Serviço Social, prestava atendimento familiar à comunidade, dedicando-se, também, a algumas situações de violência doméstica e sexual.

O hospital constituiu-se ainda, no ano de 2001, como um dos principais parceiros na implantação do Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI) com o objetivo de realizar uma escuta e um acolhimento mais humanizado para essas situações, o que produziu um aumento considerável da demanda de atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência. O CRAI é um serviço de referência estadual que tem parceria com diversas instituições, agregando equipes da saúde e de proteção. Neste serviço, onde existe um posto policial ligado ao DECA (Departamento Estadual da Criança e Adolescente) são efetuadas as perícias físicas e psíquicas por peritos ligados ao DML (Departamento Médico Legal). O foco do atendimento a crianças e adolescentes é o acolhimento de situações de violência sexual e a realização dos encaminhamentos necessários de saúde e de proteção. A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, ginecologistas e policiais civis.

Até aquele momento, os atendimentos eram realizados de modo isolado pelos diversos setores do hospital, pois não havia uma articulação entre os serviços ou entre os profissionais que recebiam os casos, ou ainda com a rede externa ao hospital. Tal situação era percebida como geradora de angústia por alguns profissionais, que se sentiam sobrecarregados por estas demandas e sem preparo técnico para lidar com a complexidade de tais casos.

Em 2003, uma nova proposta de trabalho foi sugerida por alguns profissionais da psicologia, designados para o atendimento da demanda da violência nos diversos serviços do hospital e o projeto “Ambulatório de Atenção às Situações de Violência” foi apresentado e aprovado pela Coordenação da Saúde Mental do HMIPV. Esse projeto consistia em formalizar a estruturação de uma equipe para o acompanhamento de mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e/ou sexual, referendando o compromisso da Instituição na atenção integral e humanizada às situações ligadas à temática da violência.

A equipe inicial contava com três psicólogas, que percebiam a possibilidade de constituir uma equipe multiprofissional e, assim, funcionar de modo mais articulado na atenção aos casos. Delineava-se uma frente de trabalho diferenciada, com espaço para discussão dos casos e construção de um entendimento dinâmico do fenômeno da violência. O objetivo era acompanhar o atendimento em saúde mental, através de um fazer integrado e qualificado, evitando, assim, a revitimização dos pacientes. A formação da equipe surgiu, também, para dar suporte aos profissionais, configurando-se como uma das estratégias de cuidado com os próprios trabalhadores. Entendeu-se ainda, que essa estruturação de trabalho poderia ser uma maneira de lidar com a impotência e a frustração, sentimentos tão presentes no cotidiano dos serviços que atendem situações de grande vulnerabilidade social.

A possibilidade de fortalecer o lugar de diferentes saberes na condução deste cuidado, com a inclusão na equipe de profissionais de várias áreas (serviço social, psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional) criou um espaço de apoio e discussão, não somente entre os profissionais da equipe, mas também, com os demais serviços de saúde, assistência social e proteção (abrigos, escolas, unidades de saúde) potencializando o trabalho em rede. A saída ou entrada de novos profissionais na equipe, sempre exigiu readequações na dinâmica de trabalho ou até nas modalidades do atendimento prestado.

A proposta de um trabalho em rede na perspectiva do hospital e transcendendo para uma rede ampliada partia da necessidade de compartilhar um mesmo código de comunicação, ou seja, a compreensão das diferentes formas de violência, suas causas e consequências formando uma sincronia ante a urgente demanda de intervenção nas situações de violência.

Outro aspecto relevante, desde o início do trabalho do ambulatório, foi a busca da equipe pela construção de parcerias com profissionais vinculados à pesquisa acadêmica, propiciando a produção de conhecimento através de teses e dissertações, bem como de outros trabalhos ou pesquisas relacionados ao tema da violência, tal como a pesquisa-intervenção. Desse modo, abriu-se caminho para a capacitação permanente da própria equipe, através das propostas de pesquisadoras e/ou Universidades com o hospital, motivando os profissionais para a realização da especialização em Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo (LACRI/USP). Essa formação foi fundamental para a estruturação das rotinas e dinâmica dos atendimentos, fortalecendo a importância do trabalho em equipe na atenção integral de cada caso. Assim, no ano de 2004, o Ambulatório de Atenção às Situações de Violência inseria-se na rede de referências de serviços do município. No seguimento do trabalho, a equipe passou a exercer outro importante papel, relacionado à capacitação de profissionais de diversas áreas da rede (saúde, educação, segurança, entre outras), na sensibilização e reconhecimento das manifestações associadas a este fenômeno.

Nesta trajetória, as reuniões de equipe para estudo e discussão dos casos, muitas vezes, ocorreram no enquadre de rede (reuniões ampliadas com os diversos serviços e/ou profissionais envolvidos na atenção ao caso a fim de facilitar o planejamento de ações, tais como: escolas, juizado, abrigos, postos de saúde, conselhos tutelares. Esses momentos demonstraram a importância da estruturação de um fazer coletivo e articulado entre os diversos atores envolvidos. A construção deste trabalho, as trocas de saberes, as capacitações da rede, o estudo permanente sobre a dinâmica da violência eram entendidos como pertencentes ao campo da atenção à saúde, fundamentais na constituição da atenção integral e humanizada ao usuário na perspectiva da saúde coletiva.

Na leitura das pesquisadoras, percebe-se que, no caminho percorrido individualmente pelos profissionais da equipe, mesmo que inicialmente não houvesse um interesse no atendimento da violência, uma implicação foi se consolidando em relação ao trabalho a ser feito. Cabe ressaltar que essa transformação em desejo de trabalho é sempre uma operação necessária quando se opta pelo serviço público, exigindo do profissional uma capacidade de adaptação e de acolhimento às demandas da saúde coletiva.

Outro aspecto que chamou a atenção no processo de construção deste trabalho está relacionado com a disponibilidade de escuta dos profissionais para uma demanda institucional existente. Para dar conta dessa necessidade de atendimento, o que poderia ser tomado como uma impossibilidade e se apresentava inicialmente como rota crítica, transformou-se em projeto de trabalho, preenchendo, em parte, uma lacuna que existia na rede de atendimento da cidade.

A concepção metodológica das Rotas Críticas (Sagot & Carcedo, 2000) usada no estudo do percurso de mulheres em situação de violência, e entendida como um processo construído a partir da sequência de decisões e ações realizadas, bem como das respostas encontradas na busca de soluções em situações de violência intrafamiliar, pode aqui ser agregada como possibilidade de pensar a construção deste trabalho. Diante da rota crítica ligada à falta de estrutura dos serviços, os profissionais podem imobilizar-se, queixando-se das carências, ou por outro lado, aproveitar as falhas e com inventividade preenchê-las criativamente na busca de diversos recursos.

Percebendo o emaranhado instituído...

A crescente busca por atendimentos provenientes das denúncias de violência doméstica contra crianças, adolescentes e mulheres, demanda uma organização diferenciada dos processos de trabalho e formas de cuidado por parte das instituições. Essa nova exigência pode ser entendida como reflexo de campanhas de conscientização e da mídia, ou, ainda, decorrente das novas legislações e, sobretudo, das mudanças que ocorreram na sociedade em relação aos direitos humanos e à cidadania.

Dessa forma, cria-se um descompasso entre a demanda da sociedade em relação às políticas de saúde e a capacidade técnica e estrutural de atendimento qualificado, onde os investimentos realizados mostram-se insuficientes, tanto quanto ao número de profissionais contratados, como pela própria remuneração e gestão do trabalho, principalmente no campo da saúde mental. Essa situação tende a desvalorizar os serviços e os profissionais, comprometendo a qualidade do trabalho, causando frustração e desmobilização, refletida inclusive na adesão e tipo de vínculo que o usuário estabelece com os profissionais ou com o local de tratamento.

Torna-se necessário repensar as práticas, aprimorando as técnicas de atendimento, a formação profissional e a proteção ao usuário do serviço de maneira integrada. A falta de condições estruturais mínimas, de espaço físico e materiais para o trabalho terapêutico também são questões cotidianas desse universo e, conseqüentemente, desse fazer. Parte disso pode contribuir para a intensificação de sintomas e dificuldades dos usuários, tendo em vista o momento de fragilidade e vulnerabilidade social e emocional no qual se encontram.

Outra dificuldade geradora de tensão e desgaste no trabalho realizado nos contextos ligados à violência está relacionada à exposição dos profissionais em audiências públicas, em que são convocados como testemunhas de acusação do réu (agressor), no intuito de responsabilizar suspeitos de abuso sexual, desqualificando, na maioria das vezes, o seu vínculo de cuidador da saúde das crianças e adolescentes vítimas. Não há, nesses casos, nenhum tipo de orientação ou apoio jurídico do Poder Público, cabendo ao profissional responsabilizar-se, pessoalmente, por qualquer ação decorrente dos processos. Em diversos momentos, o técnico se vê frente ao próprio agressor, não sendo garantido o direito de prestar as informações de forma reservada, criando riscos desnecessários, como intimidações e ameaças que ultrapassam o seu campo profissional. Poderia ser construída outra forma de colaboração e troca de informações, seja por relatórios, pareceres ou reuniões de discussão entre as várias instâncias, com resultados mais eficazes, eficientes e efetivos sem a exposição dos profissionais envolvidos. No entendimento de que os profissionais não devem eximir-se dessa convocação, deveria ser garantida a oitiva de forma privada, fato já previsto, mas nem sempre respeitado. Por isto que todos esses aspectos da dinâmica institucional podem produzir mal-estar e sofrimento.

Durante este trabalho, as pesquisadoras constataram na escuta e no acompanhamento da equipe do Ambulatório de Atenção às Situações de Violência, que apesar de todo o *emaranhado* e adversidades percebidas, estes profissionais têm uma representação positiva de seu trabalho. O mesmo já foi verificado em experiências de acompanhamento a equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), onde a significação positiva do trabalho pode ser constatada, apesar do desgaste e das dificuldades concretas da gestão pública, somadas à complexidade das tarefas clínicas realizadas e das demandas em saúde (Conte, 2011).

Considerações finais

A complexidade do trabalho na área da violência, a re-afirmação constante da importância e necessidade do fazer em equipe, o olhar ampliado do funcionamento institucional e social e uma flexibilidade crítica frente às necessidades de mudança potencializaram positivamente a capacidade de trabalho nas políticas públicas. Nesse sentido, a estruturação do Ambulatório de Atenção às Situações de Violência pode ser entendida como uma saída criativa para se lidar com as demandas de atendimento continuado, a partir do entendimento de uma necessária e maior articulação nessa área da atenção.

Deste relato depreendeu-se que a cada profissional cabe a mobilização de uma busca constante de recursos internos que permitam seguir trabalhando e, além disso, a percepção da fundamental importância de uma parceria entre equipes de trabalho de uma instituição e a gestão das diversas políticas públicas, para dar visibilidade ao tema e garantir a implementação dos princípios que regem o SUS, atualizados na ação dos diversos serviços.

Ainda ficou identificada a demanda da equipe por supervisão clínico-institucional, como algo a ser buscado no âmbito do hospital, visando dar seguimento aos pontos trabalhados no percurso da pesquisa.

É preciso fortalecer, no cotidiano dos serviços, o princípio da universalidade do acesso, o que significa que todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde, no caso, para serem acolhidos em relação às situações de violência. Para isso cabe a responsabilização das instâncias públicas pela saúde como bem de todos e direito de cada cidadão. Isso deve continuar a ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida (Brasil, 2006).

No entanto, devido ao crescimento das demandas relacionadas à violência e voltadas aos ambulatórios, e, por outro lado, os limites das equipes, por conta do número de profissionais, necessita-se pensar a violência como um problema de/para toda a rede. Neste sentido, já há ações de matriciamento visando à descentralização do atendimento da infância e juventude, nas diferentes regiões da cidade, pelas equipes da atenção básica e saúde mental, com respaldo dos programas assistenciais e sociais. Exemplo disto é a inclusão prioritária de famílias, vulneráveis socialmente, no programa bolsa família. E na área assistencial a criação de novas redes de cuidado, a partir da estruturação das equipes dos Centros de Atendimento de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Para concluir, constatamos que a percepção de diferentes emaranhados que, muitas vezes, podem configurar-se como rotas críticas a serem analisadas no âmbito das relações institucionais, demonstra que o cuidado terapêutico e sua dimensão de cidadania deve estar focado no sujeito, na rede e no território e não pode dissociar a dimensão da clínica e da política, buscando o auxílio da análise institucional. Isto se opera através de uma escuta sensível e implicada de cada profissional e, em especial, em um contexto de trabalho compartilhado pelas equipes que dialogam com outros setores da mesma instituição e com outros serviços da rede intersetorial da cidade.

Referências

- Azevedo, Maria Amélia & Guerra, Viviane Nogueira de Azevedo (1988). *Pele de asno não é só história... um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Rocca.
- Barros, Regina Benevides & Passos, Eduardo (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Brasil (2006). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2. Ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). *Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Conte, Marta (2011). A Supervisão Clínico-Institucional em um CAPSad do Rio Grande do Sul. *Revista Entre Linhas*, XI(54), 8-9.
- Ferrari, Dalka Chaves de Almeida & Vecina, Tereza Cristina Cruz (2002). *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora.
- Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho, 1990. Estatuto da criança e do adolescente.
- Lourau, René (2004). O campo sócio analítico. In Sônia Altoé (Org.), *René Lourau - analista institucional em tempo integral* (pp. 224-245). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, Maria Cecília de Sousa & Souza, Edinilza Ramos de (2003). *Violência sob o Olhar da Saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ministério da saúde (2002). *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil*. Brasília: SEDH/DCA.
- Ministério da saúde (2011). *Supervisão Clínico-Institucional*. Acessado em 12 de novembro de 2011, Disponível no site www.saude.gov.br
- Nazar, Maria Tereza Palazzo (2006). *Do trabalho de transferência à transferência de trabalho*. Acessado em 17 de setembro de 2006, no site www.escolalacanianana.com.Br/bbli/niterói/n1tereza.pdf
- Paulon, Simone Mainieri (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Revista Psicologia e Sociedade*, 17(3), 18-25.
- Perrone, Reynaldo & Nannine, Martine (2006). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Sagot, Montserrat & Carcedo, Ana (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)