

Artigo de Revisão

Violência contra a mulher: ação clínica na prevenção em saúde

Violence against women: clinical action in health prevention

Violencia contra la mujer: acción clínica en la prevención en salud

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v7i12.3695>

Ellen Fernanda Silva¹, Suely Emilia Barros Santos², Wanessa da Silva Gomes³, Ana Maria de Santana⁴.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a ação clínica de psicólogos voltada para a prevenção em saúde, ressaltando o fenômeno da violência contra a mulher. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica com o uso da estratégia PICO. Inicialmente, apresentamos uma compreensão sobre o sentido da clínica na perspectiva

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Doutorado em andamento pelo mesmo programa de Pós Graduação. Brasil.

² Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE – *Campus* Garanhuns).

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco (Fiocruz - PE). Professora Assistente da Universidade de Pernambuco (UPE – *Campus* Garanhuns).

⁴ Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professora da Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Pernambuco (UPE – *Campus* Garanhuns).

***Autor Correspondente:** R. do Príncipe, 526 - Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-900.

E-mail: ellenfernanda1@hotmail.com

Submetido: 09/08/2017

Aceito: 16/03/2019

fenomenológica existencial. Em seguida, informamos sobre prevenção em saúde no cerne da ação clínica psicológica voltada ao fenômeno da violência contra a mulher. Nessa perspectiva, ressaltamos a importância de repensar a prática psicológica em direção à prevenção de agravos ao sofrimento humano em situações de violência. A intervenção do psicólogo pode viabilizar o atendimento individual ou grupal às mulheres e aos seus familiares, no sentido de compreender e acolher o seu sofrimento e suas repercussões no viver cotidiano; bem como consolidar os laços sociais e comunitários.

Palavras-chave: Ação Clínica; Fenomenologia Existencial; Prevenção; Saúde; Violência Contra a Mulher.

ABSTRACT

It is a study about the clinical action of psychologists focused on health prevention, highlighting the phenomenon of violence against women. For this, a bibliographic review was performed using the PICO strategy. Initially, we present an understanding about the meaning of the clinic in the existential phenomenological perspective. Next, we report on health prevention at the heart of the psychological clinical action focused on the phenomenon of violence against women. In this perspective, we emphasize the importance of rethinking the psychological practice towards the prevention of aggravations to human suffering in situations of violence. The intervention of the psychologist can make individual or group care possible for women and their families, in order to understand and accept their suffering and its repercussions on daily living; as well as to consolidate social and

community ties.

Keywords: Clinical Action; Existential Phenomenology; Prevention; Health; Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

Este artigo é de caráter bibliográfico, tendo seus dados coletados no período de fevereiro a julho de 2017. A revisão de literatura sobre o tema foi realizada com o uso da estratégia PICO, uma ferramenta utilizada na prática baseada em evidências científicas que auxilia a construção da pergunta condutora e do levantamento bibliográfico. Assim, buscou-se solucionar problemas referentes à prática assistencial, ao ensino e à pesquisa¹, conforme tabela 1.

Tabela 1. Descrição da Estratégia PICO.

Iniciais	Descrição	Análise
P	Paciente, população ou problema	Ação clínica dos psicólogos
I	Intervenção, indicador ou interesse	Prevenção da violência contra mulher
C	Comparação ou controle	Incorporação da prevenção da violência contra mulher na ação clínica de psicólogos
O	Outcomes – Desfecho	Importância da prevenção da violência contra mulher na intervenção clínica de psicólogos

Dessa forma, este estudo foi guiado pela seguinte pergunta: Como acontece a ação clínica dos psicólogos na prevenção da violência contra a mulher? Em sua elaboração, foram realizadas buscas em bases de dados virtuais como SciElo, Portarias do Ministério da Saúde e literaturas especializadas a respeito da temática pesquisada. Para seleção do material a ser adotado, o estudo utilizou os seguintes descritores: ação clínica, prevenção, saúde, violência contra a mulher, autor de violência. Além disso, foram adotados critérios de inclusão como: ser de língua portuguesa, ter relevância científica e aderência ao tema em estudo.

A partir da revisão bibliográfica, visamos refletir sobre a ação clínica de psicólogos,

focalizando o tema da prevenção à saúde em articulação com estudos voltados para a violência contra a mulher.

Partindo da necessidade de ações interventivas, não compromissadas com perspectivas “psicologizantes”, mas com princípios ético-políticos e com a visão de que o psicólogo trabalha acompanhando o cliente no cuidar de si e do conviver com-outros, elegemos a perspectiva fenomenológica existencial como caminho a seguir nessa trajetória. Tal escolha deve-se ao fato de encontrarmos, nos pressupostos fenomenológicos, possibilidades de ampliar horizontes, mais originários, na busca de aproximar a Psicologia dos fenômenos clínicos que se apresentam na atualidade, no caso aqui a violência contra a mulher.

Importa esclarecer que, na fenomenologia existencial, a ação clínica configura-se como “[...] ação preocupada, atenta ao modo como o cliente vive o seu cuidar, a sua existência, a sua história”². É nos territórios sociais que nos deparamos com situações que demandam uma ação clínica de prevenção à saúde. É intervindo junto com os atores/autores sociais que um espaço clínico de cuidado pode se anunciar. Vale destacar que tomamos as ações interventivas como um modo de cuidado compartilhado em uma experiência vivida com-outros, a qual possibilita a inauguração de algo novo³.

Tomando como fio condutor a ação clínica do psicólogo, inicialmente apresentaremos um sentido de clínica a partir das contribuições da fenomenologia existencial. Em seguida, enfocaremos a questão da prevenção relacionada ao fenômeno da violência contra a mulher.

COMPREENDENDO O SENTIDO DA CLÍNICA EM UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL

Figueiredo⁴ realça que há desencontros quando se busca nomear o que vem a ser a clínica psicológica, bem como o saber-ofício do psicólogo clínico. Seria a clínica um lugar concreto (consultório) ou uma área de atuação? Qual a “identidade” do psicólogo clínico? É possível reconhecê-lo pelo seu referencial teórico? O referido autor nos diz que é um equívoco pensar a clínica a partir de um espaço físico, de uma

especialização ou mesmo de uma abordagem. Nessa direção, Sá⁵ convoca-nos a uma posição distante da ideia de tomar a clínica como uma aplicação técnica e a nos voltarmos para uma compreensão de clínica como atitude.

Pompeia e Sapienza⁶ realçam que, apesar da multiplicidade de perspectivas que revestem a clínica psicológica, vigora a tradição que associa Psicologia à psicoterapia. Nessa vista, é prerrogativa do ser-psicólogo atender o paciente individualmente em consultório e, por meio de seu saber, favorecer a cura para o sofrimento que se apresenta na situação clínica. Nessa tradição, visualizamos na experiência clínica demandas e contextos de práticas que requerem outros contornos e posicionamentos do psicólogo clínico, pondo em questão a insuficiência de teorias e de técnicas psicológicas, para responder as experiências de sofrimento que se apresentam no horizonte histórico atual.

Nessa direção, Figueiredo⁴ realça possibilidade de entender a clínica como “*ethos*”, comprometido com a escuta do interdito, do excluído. O clínico é, portanto, a própria “escuta de que o nosso tempo necessita para ouvir a si mesmo naquilo em que lhe faltam as palavras⁴”. Já Pompeia e Sapienza⁶ assinalam que a clínica pode ser vista como atitude, ação com-o-outro. Atitude é compreendida como “pró-cura”, diz da possibilidade de cuidar da existência em sofrimento, ao disponibilizar-se para acolher aquilo que chega e se mostra como demanda para o cuidado de si.

Nesse sentido, na perspectiva acima há uma mudança radical na compreensão de cura. Seu sentido passa a ser existencial e não mais submerso no naturalismo vigente em saúde, como tratamento, reparo, tentativa de abafar ou eliminar o sofrimento. Heidegger⁷ ilumina ao realçar que

[...] do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são ‘dotados de cura’ e guiados por uma ‘dedicação’. [...] A condição existencial de possibilidade de ‘cuidado com a vida’ e ‘dedicação’ deve ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico.

Partindo das considerações acima, podemos pensar a clínica enquanto atitude, modo como nos dispomos em situação com-o-outro (cliente) em uma escuta voltada para a criação de sentido. A atenção psicológica dirige-se, então, para a

compreensão do vivido, acompanhando a saga do cliente na tessitura do seu existir, acolhendo a alegria e a dor como presença no mundo.

Distanciando-se da visão tradicional, a fenomenologia existencial ressalta a cura como condição ontológica de ser cuidado. Nas palavras de Sá e Barreto⁸,

[...] para demarcar uma clínica de compreensão fenomenológica existencial, pode-se entender a atitude clínica como possibilidade do cuidado do psicólogo implicado no movimento de atenção ao cliente como existência, acompanhando-o na tarefa de apropriar-se daquilo que sabe pré-ontologicamente, possibilitando, na sua situação concreta e totalmente singular, que se compreenda e assuma o que ele é, em seu estar-lançado, e o que pode ser.

À luz dessa perspectiva, é possível afirmar que o sentido da clínica psicológica encaminha para a compreensão de que o psicólogo e seus clientes são coparticipantes na experiência clínica. Com efeito, estar implicado na ação clínica leva a pensar com Heidegger⁷ quando ele diz que não há neutralidade afetiva na compreensão e nos modos de estar junto ao outro.

Compreendemos que nos territórios comunitários, compreendidos como contextos situacionais, faz-se presente a possibilidade para o encontro entre cliente e psicólogo, onde o vínculo entre eles se constrói/manifesta como abertura à revelação da demanda de quem pede ajuda na elaboração de sentido ao que vive. Com esse pensamento, é preciso indagar onde e como se manifestam as demandas da clínica no âmbito da prevenção? Como os psicólogos transitam em busca de identificar, cartografar e intervir nos procedimentos de atenção em saúde?

Tais questionamentos levam-nos a indicar que é na vida cotidiana que as demandas para o cuidado de si se revelam. Desse modo, mostra-se incongruente refletir sobre uma ação clínica no viver cotidiano sem olhar para o seu atravessamento ético, político, educativo e estético. Entendemos que, ao transitarmos pela ética, ressaltamos o *ethos*, no sentido de morada, que nos leva a pensar que somos ser-com-os-outros-no-mundo em coexistência; na dimensão política, os acordos próprios do conviver se deixam anunciar, podendo ser inseridos no amparo clínico em situações de sofrimento; a dimensão educativa traz em seu

bojo a ideia de que é a narrativa da experiência que possibilita a construção do conhecimento; e a estética põe em evidência a criação³.

A tentativa de refletir uma clínica voltada para a prevenção no âmbito da saúde, requer do psicólogo clínico: conviver com as fragilidades das verdades absolutas; desmistificar uma clínica voltada para o tratamento e cura; questionar polarizações ou mesmo dicotomias - interno versus externo, natureza versus cultura; buscar romper com visões reducionistas das noções de saúde enquanto ausência de doença ou mesmo como bem estar.

A compreensão da saúde em sua dimensão situacional faz-nos pensar sobre as “práticas de cuidados” que demandam uma ação preventiva. A fim de uma melhor compreensão do modo como o cuidado está sendo visto neste estudo, remetemo-nos a Heidegger⁷ quando indica que o cuidado é constitutivo do ser homem, ou seja, ontologicamente homem é cuidado. Para o referido filósofo, há dois modos fundamentais de cuidado: o da “ocupação” no qual favorece um cuidado substitutivo, superprotetor, desresponsabilizando o outro da sua tarefa de ser cuidado; e o cuidado como “pré-ocupação”, cujo objetivo é acompanhar o outro no cuidar da tarefa intransferível de seu poder ser.

Partindo da possibilidade compreensiva sinalizada pelo pensamento heideggeriano, a atenção psicológica revela-se como atitude de inclinar-se ao sofrimento ante o seu desejo de ser escutado. Ao assumir essa atitude, deparamo-nos com três grandes desafios a serem questionados: a) a primazia de teorias que partem de premissas metafísicas, ancoradas no paradigma biomédico; b) a influência de conceber o humano como ser abstrato e a-histórico, voltando-se para a individualidade; c) a hegemonia do modelo médico para a compreensão de saúde⁹.

Frente a tais desafios, a prevenção em saúde emerge como um modo de atenção que precisa ir além de uma compreensão de saúde tradicional naturalista, em contraposição a ideia de binômio saúde/doença vigente nas práticas, ou mesmo de uma compreensão que considera a integralidade biopsicossocial. Realçamos a saúde e a doença como manifestações existenciais dos modos de ser humano, à luz de nossa ontologia de ser-no-mundo-com-outros, não analisadas

pelos referenciais externos/internos e teóricos¹⁰.

Ao falar de prevenção na área da saúde, é imprescindível remeter à noção de risco, compreendido em uma dimensão histórica e cultural¹¹. Podemos dizer que estar em uma situação de risco é encontrar-se em situação de sofrimento. Importa ressaltar que não se trata de falarmos em sofrimento “pessoal”, “individualizado”, mas de modos existenciais de ser-no-mundo-com-outros.

Lembramos, aqui, o diálogo apresentado no livro de Hillman e Ventura¹²:

Já se vão cem anos de análise, as pessoas estão cada vez mais sensíveis e o mundo, cada vez pior. Talvez seja a hora de encarar isso de frente. Ainda localizamos a psique, dentro da pele. [...] Estende-se um pouco aos sistemas familiares e ao ambiente de trabalho – mas a psique, a alma ainda permanece só *dentro* das pessoas e *entre* elas. Constantemente trabalhamos nossas relações, nossos sentimentos, nossas reflexões, mas observe quanta coisa fica de fora. [...] O que sobra é um mundo deteriorado. Por que a terapia não percebe isso? Porque a psicoterapia trabalha somente ‘dentro’ da alma. [...] As casas estão doentes, as instituições estão doentes, o sistema bancário está doente, as escolas, as ruas... [...] O mundo tornou-se tóxico. [...].

A partir da narrativa exposta, realçamos a importância de ampliar, no campo da prevenção em saúde, horizontes compreensivos que possam contribuir para uma atenção integrada às demandas. Percebemos que diversos aspectos atravessam as demandas que nos chegam, tais como desemprego, falta de saneamento básico, violência, fome, dificuldade no acesso à educação e a habitação, solicitando, assim, reflexões que venham a redimensionar práticas no campo da prevenção em saúde.

No Brasil, diversos espaços estão voltados para a prevenção à saúde, nos quais o psicólogo pode intervir, uma vez que há um “[...] aumento de profissionais da Psicologia nos campos articulados às políticas públicas¹³”. Nesses contextos/instituições, brota a possibilidade do psicólogo romper com a tradição individualizante da clínica, como diz Silva e Carvalhaes¹³,

Nas últimas décadas, as(os) psicólogas(os) vêm ocupando novos espaços de intervenção, sendo que, por vezes, observa-se a dificuldade destes profissionais entre seguir os modelos tradicionais de Psicologia ou

ousar experimentar e inventar novos modos de atuação, apostando na potência desta sensação de confusão como disparadora para interlocuções.

Por essa compreensão, torna-se imprescindível cartografar os contextos de intervenção clínica no âmbito da prevenção em saúde, uma vez que há uma imbricação entre o cartógrafo-psicólogo e a paisagem, na qual vai se criando história a cada movimento situado/contextualizado. A sugestão é que cada psicólogo clínico torne-se um cartógrafo. Segundo Morato¹⁴, “O cartógrafo quer participar, construir realidade. Seu movimento é de entrega para descobrir e inventar. Seu corpo é deixado vibrar nas várias frequências possíveis para encontrar sons, canais de passagem, carona para viver a existência”. Assim, na cartografia de cada psicólogo, a sua narrativa pode ser vista como “um dizer no fazer situado”¹⁵, pois, ao cartografar, cada um vai acompanhando os acontecimentos que se revelam através dos fenômenos desvelados no caminhar com-outros.

Apropriados da cartografia, os psicólogos clínicos deparam-se com mais um desafio: a criação da intervenção. Ressaltamos que, nesse momento, a palavra intervenção passa a ter, para nós, um novo sentido, a saber: ter invenção, inter-invenção. O “inter” diz do trânsito por entre humanos, fala da coexistência entre aqueles que são coparticipantes, de um encontro com-um-outro, chamando-nos à alteridade. A invenção apresenta-se, aqui, no sentido de ser um modo de pôr em curso o fenômeno que se revela na demanda narrada em cartografia, ou seja, um re-curso.

Ao olhar para a práxis do psicólogo, recorremos a Santana¹⁶, quando ressalta

[...] a urgência do psicólogo de sair do lugar que ocupa em saúde pública, visto como agente de saúde mental, para um outro que considere à peculiaridade de sua atenção, que é o de acompanhar o usuário no seu poder-ser si próprio assumindo a sua singularidade radical de estar sendo-no-mundo. Desse modo, a prática psicológica na instituição de saúde seria identificada como uma clínica que favorece ao usuário uma atenção na qual torna possível o apropriar-se quando comunica o acontecer de si, em diálogo consigo e com um outro que se dispõe a ouvir.

Diante dessa citação, somos instigadas a

caminharmos para compreender sobre o fenômeno da violência contra a mulher, agora como uma questão significativa em saúde pública que solicita uma ação clínica de psicólogos, contextualizada.

A PREVENÇÃO NA PSICOLOGIA CLÍNICA E O DIÁLOGO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS: FOCANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Segundo Mendes e Vaz¹⁷, a condição feminina vem sendo tema de estudo ao longo dos anos. Entretanto, para as referidas autoras, a mulher contemporânea continua sofrendo discriminação e violência, sendo alvo de fortes opressões, apesar de haver uma ampliação nos Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Criado em 1984 pelo Ministério da Saúde, o PAISM surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina, representando o primeiro passo para incluir o planejamento familiar nas ações de atenção a saúde da mulher¹⁸. Contudo, na grande maioria, as ações voltam-se para o enfrentamento da situação, devido ao alto índice de violência contra a mulher, no Brasil¹⁹. Desse modo, pensar a prevenção mostra-se como um caminho frutífero para encaminhar ações de empoderamento e fortalecimento das mulheres no reconhecimento e reivindicação dos seus direitos, e na promoção do cuidado de si-com-outros.

Vale ressaltar que a prevenção está geralmente ligada a uma política de Estado. Entretanto, antes de falar sobre as Políticas Públicas, recorremos a Arendt²⁰ quando afirma que “A política baseia-se na pluralidade dos homens. [...] A política trata da convivência entre diferentes”. A autora aponta-nos que, na esfera política, o homem é convocado a compreender seus modos de ser-no-mundo-com-outros, em coexistência. A ação política é da ordem da manifestação das negociações humanas, diz da pluralidade que somos – condição básica da ação e do discurso, aqui com duplo aspecto: igualdade e diferença. Nesse sentido, política na visão arendtiana informa sobre a pluralidade de seres singulares que somos.

Nessa vista, é possível afirmar que, na esfera pública, o testemunho reveste-se de fundamental importância, uma vez que a distinção em relação ao outro só é possível na pluralidade, legitimada pelo testemunho do outro, como diz Arendt²⁰. Nesse

sentido, ação entre homens é política, favorece a possibilidade da criação de algo novo, em que, no acontecer em movimento, acordos são realizados.

Após sinalizarmos sobre o ser político que somos, cabe esclarecer acerca das Políticas Públicas. Para Carvalho²¹, “[...] as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais e municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público”. Comungando dessa ideia das Políticas Públicas como campo de ação governamental, Souza²² afirma:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Ao partirmos do pressuposto de que a devida formulação e implementação das Políticas Públicas requer a participação dos governos em suas três esferas (municipal, estadual e nacional), podemos entender que é imprescindível o efetivo envolvimento e comprometimento de todo o público participante (sociedade civil e governo) na construção, planejamento, articulação, implantação, implementação e efetivação das Políticas Públicas. No entanto, muitas vezes, ao pensarmos sobre as Políticas Públicas vigentes que determinam as práticas de atenção no campo da prevenção em saúde, não conseguimos visualizar sua implicação com os movimentos revolucionários das lutas sociais, as quais retratam a necessidade, o desejo, a realidade de uma comunidade que evoca transformações.

A seguir, abordaremos as políticas públicas no Brasil com enfoque no fenômeno da violência contra a mulher. Entendemos que seja uma via significativa para uma discussão sobre a contribuição da clínica psicológica no campo da prevenção.

O mundo no pós-guerra privilegiou a noção de sujeito-cidadão em detrimento da família e comunidade, predominando uma visão individualista ao invés de uma visão de

homem como ser junto a outros. Encontramos ressonâncias desse modo de pensar no campo das Políticas Públicas no Brasil, o qual, nos anos 70, voltou sua atenção à mulher, enfocando questões de equidade como tema central da Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976-1985), bem como valorizando o Programa Materno-Infantil em 1975²³. Nos anos 90, priorizou as crianças a partir da promulgação do ECA (Lei 8.069/90), documento de direitos humanos em relação a população infanto-juvenil²⁴ e, apenas nos últimos anos, vem dirigindo-se para a família como um todo e a comunidade²⁵.

Focar em um público, crianças ou mulheres, por exemplo, isolado de seu contexto comunitário e familiar dificulta uma intervenção de cuidado contextualizada. Segundo Carvalho²¹, “[...] família e políticas públicas têm funções correlatas e imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos”. Desse modo, podemos compreender a importância dos serviços implementados pelas Políticas Públicas de lançarem, como propostas interventivas, ações de atenção voltadas tanto para a família, como para a comunidade²¹.

Importa ressaltar que, a partir da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) passou a propor uma política voltada para o cuidado da saúde mental, presente no próprio Sistema Único de Saúde – SUS e em seus princípios baseados na universalidade, integralidade e equidade. Para falar um pouco desses princípios, tomamos como base a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que diz:

Universalidade dos serviços - todas as pessoas têm direito ao atendimento independente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal. Integralidade da assistência - as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Isto faz com que as ações de promoção, prevenção e de recuperação formem um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. Equidade na assistência à saúde - todo cidadão é igual perante o SUS. Os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar cada necessidade. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais²⁶.

Dessa feita, realçamos o princípio da integralidade da assistência uma vez que ele evidencia ações voltadas à prevenção à saúde. Neste trabalho, especificamente, ressaltamos que a violência é reconhecida pelo SUS como um fenômeno que se mostra presente no Brasil, enquanto risco e vulnerabilidade social, o qual urge por ações de cuidado. Podemos visualizar essa realidade nas palavras de Souza¹¹: “Na maioria dos países desenvolvidos há mais tempo, e no Brasil, nos últimos 20 anos, as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes.”. Essa situação mostra-nos que o fenômeno da violência pode ser tomado como exemplaridade, reveladora da estreita relação entre questões sociais e problemas de saúde, pois é provocadora de inúmeros sofrimentos, podendo culminar na morte física.

Sabemos que toda Política Pública tem seu nascedouro em uma demanda da sociedade. No Brasil, desde a década de 80, vai se introduzindo o tema da violência no setor da saúde, mas é nos anos 90 que ocorre a articulação do fenômeno da violência à saúde. Desse modo, atendendo a solicitações e pressões, tanto da sociedade brasileira, como da internacional, em maio de 2001, nasceu a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, a qual é implementada pelo Ministério da Saúde, com o propósito de olhar para o fenômeno da violência como problema de Saúde Pública, tendo como marcos a promoção à saúde e a qualidade de vida²⁷.

Cabe salientar que os acidentes e as violências como assinala Souza¹¹ “vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças (CID) sobre causas externas”. Desse modo, é possível compreender o empreendimento do poder público em ampliar o seu olhar para o fenômeno da violência, formulando, em 2003, e implementando, em 2005, o *Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes*,

[...] formalizado pela Portaria n. 936 do Ministério da Saúde, de 18/05/2004, que dispõe sobre a estruturação da *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios*¹¹.

A partir dessa trajetória, como estratégia de intervenção das Políticas Públicas, encontra-se uma luta pela redução do risco de enfrentamento da violência. Os serviços de saúde constituem uma significativa porta de entrada das mulheres vítimas de violência, apontando para a importância da formação profissional na identificação e no acompanhamento dos casos de violência²⁸. Dentre os dispositivos essenciais para garantir o acesso às medidas de prevenção aos agravos advindos da violência, tem-se a notificação através da qual se torna possível tomar conhecimento do episódio sofrido pela mulher, dos tipos de violências vivenciadas, do local em que ocorreu, do provável autor de violência, além de possibilitar conhecer a realidade que envolve a questão. A partir da notificação, a mulher que sofreu a violência poderá ser encaminhada para os serviços de referência da rede de atenção à saúde. Entretanto, Ribeiro²⁸ assinala que, “Embora a notificação esteja prevista em leis e atos normativos, está claro que ainda não foi totalmente incorporada à prática de trabalhos dos profissionais que atendem a mulher em situação de violência”, apesar do Ministério da Saúde criar e publicar orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada²⁹.

Nessa perspectiva, surge um novo movimento na saúde pública, o qual busca prevenir os agravos à saúde, assinalando que “conhecer ou reconhecer os problemas e sua magnitude é um passo imprescindível para agir no sentido de equacioná-lo”³⁰. Diante do exposto e, pelo interesse de nos aproximar do fenômeno da violência contra mulheres, enfocando homens, autores de violência, realçamos a importância da ação clínica de psicólogos nas intervenções voltadas para essa demanda clínica.

Segundo Beiras³¹, em estudos apresentados à “Organização Mundial da Saúde em 2002, ficou estatisticamente comprovado a alta incidência de violência de homens contra mulheres”. Tomando o Brasil como referência, na década de 80, teve início a implementação de leis mais efetivas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher, bem como se iniciou a organização de equipamentos territorializados de proteção, tais como casas abrigo e Delegacia da Mulher.

No entanto, faz-se necessário ressaltar que intervenções com grupos de homens, autores de violência contra a mulher, nasceram nos Estados

Unidos na década de 80, com o objetivo de trabalhar a responsabilização desses indivíduos diante da violência vivida. De acordo com Beiras³¹, na década de 90, começou a replicar, na América Latina, essa proposta de investir no cuidado de homens autores de violência contra a mulher, sendo a Argentina o primeiro país a lançar proposta de trabalho com esse público.

Em 2006, foi sancionada a lei 11.340/2006 no Brasil, denominada como Lei Maria da Penha. Tal lei apresenta/recomenda uma possibilidade de intervenção junto a homens autores de violência³². Pela recente proposta, Beiras³¹ registra que “Este processo de mudança na legislação brasileira com relação a violência contra a mulher evidencia a necessidade de pesquisas que aprofundem questões ligadas a estas temáticas”. Ratificando essa constatação, Toneli *et al*³³ confirmam “a necessidade crítica de pesquisas sobre homem para um melhor entendimento desse importante problema de saúde pública”.

Diante dessas afirmações teóricas, refletimos que olhar para o fenômeno da violência contra a mulher, como questão de saúde pública, por si só, já aponta a necessidade de uma intervenção de prevenção em saúde. Uma intervenção que solicita ações transdisciplinares em equipe. Oliveira³⁴ evidencia a importância de um cuidado diferenciado por parte dos profissionais que lidam com a prevenção e/ou enfrentamento a violência. Esse cuidado não busca cristalizar o humano em uma posição que alimente um olhar preconceituoso, estigmatizado e/ou marginalizado:

[...] é importante que as pessoas envolvidas em situações de violência não sejam fixadas em lugares de ‘vítima’ ou ‘agressor’, uma vez que assim se cria a chance para que a voz de cada sujeito seja ouvida, bem como os descolamentos e deslocamentos que essa postura pode proporcionar³³.

Apoiadas nessa perspectiva que privilegia escutar cada participante que se encontra na situação de violência, encontramos em Beiras³¹ um modo possível de atuação do psicólogo, quando indica que esse profissional:

Trabalhará no acolhimento e criação de medidas de proteção à vítima, na construção de redes de apoio, no reconhecimento dos direitos da vítima, na responsabilização da violência quando o trabalho é com o(a) autor(a), no estancamento e prevenção de atos de violência e na escuta e no

reconhecimento da história individual de cada um dos envolvidos na situação problema.

O psicólogo que intervêm na prevenção à violência precisa ter um olhar ampliado e dirigido a todos os participantes em situações vividas. É necessário o distanciamento de um “olhar psicologizante”, uma vez que requer uma interface com questões diversas da existência, além de uma disposição para participar de uma rede de atenção e apoio da trama comunitária. Encontramos essa perspectiva na narrativa abaixo:

HILLMAN: Toda vez que temos que lidar com a agressividade em nossas rodovias, o tormento que são nossos escritórios [...] o crime as ruas, seja o que for, sempre que tentamos lidar com tudo isso procurando a terapia com a raiva e o medo que sentimos, estamos privando o mundo político de alguma coisa. E a terapia, na sua loucura, ao enfatizar a alma interior e ignorá-la do lado de fora, sustenta a decadência do mundo real. [...]

VENTURA: [...] Nosso conhecimento interior tornou-se mais sutil, ao passo que a habilidade para lidar com o mundo que nos rodeia *deteriorou*; talvez essa não seja uma palavra suficientemente forte – *desintegrou* é melhor¹².

As considerações até aqui mencionadas nos indicam a importância de pensar um modo de cuidado coparticipante e compartilhado quando lidamos com a situação de violência contra a mulher no campo da prevenção em saúde. Compreendemos que homens e mulheres precisam ser alvos de cuidado na intervenção clínica. Entretanto, segundo Marques³⁵, no Brasil ainda são escassos e pouco explorados os projetos/ programas dirigidos para o cuidado ao homem autor de violência contra a mulher. Entendemos que esse enfoque, apenas, na vítima de violência, revela-se como um modo incompleto de encarar e de agir frente a tal problemática. Incluir atores de violência nas propostas interventivas, além de prevenir futuras violações, demonstra um modo de atenção comprometido para com todos os envolvidos na situação de violência.

Importa enfatizar que essa “resistência” à violência não se dá em um plano individual. A intervenção do psicólogo ocorre em um encontro entre mundos – homens e mulheres em situação de violência, familiares, comunidade, profissionais de saúde. Nessa direção, a prática psicológica

revela-se como um comprometimento para com o humano; não na tentativa de nomear, encobrir ou tratar um sofrimento, mas no intuito de acolher e abrigar a fala que almeja expressão e acolhimento. Afinal, como aponta a Política Nacional de Saúde Mental,

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade³⁶.

Partindo da compreensão acima, é oportuno indicar que o fenômeno da violência vai além de uma experiência pessoal/privada; envolvendo, assim, a complexidade do viver cotidiano, o plural. Em tal direção, a atuação do psicólogo parte de uma perspectiva que questiona técnicas de saúde/doença “psicologizantes” na direção de uma intervenção que se aproxima da experiência cotidiana, lugar onde a vida mesma acontece.

Os profissionais de saúde, muitas vezes, põem em questão quais as situações que precisam ser vistas no cotidiano de sua *práxis* profissional. Comumente, sentem-se inseguros e surpreendidos, diante de uma demanda de violência doméstica/familiar, ao mesmo tempo em que são solicitados para uma ação inusitada, sem uma direção prévia do saber técnico-científico. O Ministério da Saúde informa que a atenção profissional nos espaços sanitários se constitui:

[...] na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. [...] é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática³⁶.

Sendo assim, importa cartografar os movimentos presentes nos territórios por onde transitam os profissionais de saúde. Nessa vertente, como diz Santos³, o trabalho é ético, uma vez que nos inclinamos às demandas que se dão na coexistência; estético por ser criado e recriado no encaminhar da experiência; educativo por ser tecido junto a outros; e político pela contribuição trazida no que concerne a modos de viver, a partir de acordos construídos conjuntamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto no presente artigo, é possível apontar que surgiu a possibilidade de repensar a questão da prevenção em saúde no cerne da atenção psicológica em âmbitos de intervenção permeados pela violência contra a mulher. Constatamos que a prevenção está atrelada a uma demanda própria de um contexto, de uma sociedade que requer ser acolhida em seus sofrimentos. Além disso, a intervenção clínica na situação de prevenção solicita a participação do psicólogo em uma rede interprofissional, bem como aponta para repensar uma *práxis* comprometida com a realidade social, alinhada a dimensões ético-políticas.

Como afirma Martinez³⁷, faz-se necessário “[...] discutir algumas implicações que o debate sobre o compromisso social da Psicologia tem para a formação dos psicólogos”. Ao trabalhar no âmbito da formação, será possibilitada a criação de uma nova geração de psicólogos, atentos a identificação e ao registro da violência como parte da rotina do seu saber-ofício de maneira a colaborar no processo de prevenção e assistência nesses casos. A partir dessa provocação, importa realçar que o trabalho do psicólogo demanda uma intervenção comprometida socialmente, de modo ético e político, convidando-nos a um diálogo com a sociedade/comunidade.

Segundo Figueiredo⁴, “*Ser-psicólogo* é também ocupar espaços e posições na história e na cultura de nossa sociedade e estar preparado para lidar com outras posições, para lidar com *alteridades*, o que nos remete à dimensão ética e política de nossa profissão”. Essa citação nos convida, mais uma vez, a olhar a *práxis* do psicólogo voltada para a prevenção e revela o quanto é preciso cuidar do ser-psicólogo. Nesse sentido, é oportuno apresentar o pensamento de Macedo, Nunes, Campezzato & Padilha³⁸ quando, referindo ao psicólogo, afirmam:

Será no campo da experiência que confrontará seus estudos, desenvolverá suas habilidades na resolução de problemas reais, experienciará estar diante do padecimento individual, familiar, grupal, e, principalmente, deverá pôr em ação uma postura eticamente adequada.

Nessa reflexão, vislumbramos que, na prevenção em saúde, a ação clínica diz respeito à

atitude de cuidado e de constituição de uma relação permeada pela alteridade e equidade. Desse modo, lembramos de Santos³⁹ quando afirma: “[...] não é importante questionar ou demarcar onde se efetivam as práticas profissionais, nem tampouco desde quem elas emanam, mas sim, como se realizam; em benefício de quem e quais as consequências históricas desse que-fazer”.

Essa compreensão salienta a importância de se assumir um compromisso ético-político com as mudanças requeridas pela população, que, como atores co-participantes, norteiam ações interventivas na procura de qualificar condições humanas e modos de viver com-outros. Como bem afirma Figueiredo⁴, “*ser-psicólogo*, independentemente das escolhas teóricas de cada um, implica em situar-se nos campos da epistemologia e da ética, não sendo jamais apenas um feixe de habilidades técnicas”.

Diante dessas reflexões podemos ver o quanto é necessário repensar a *práxis* psicológica, principalmente quando ela se volta para o campo da prevenção. Esse olhar instiga-nos a prosseguir questionando: até onde o psicólogo se dá conta de que sua prática psicológica voltada para a prevenção tem seus limites na realidade do cotidiano humano?

REFERÊNCIAS

1. Santos CMC, Pimenta CADM, Nobre MEC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am de Enfermagem*. 2007; 15 (3): 508-511.
2. Barreto CLBT. Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: da ontologia fundamental à questão da técnica. In: Barreto CLBT, Morato HTP, Caldas MT (Orgs.). *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica existencial*. Curitiba: Juruá Editora; 2013.
3. Santos SEdeB. “Olha!... Arru(A)ção!?...” A Ação Clínica no Viver Cotidiano: Conversação com a Fenomenologia Existencial. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, 2016.
4. Figueiredo LCM. Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes; 1996.
5. Sá RN. A psicoterapia e a questão da técnica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da UFRJ/Ed. 2002; 54 (4): 348-362.
6. Pompeia JA, Sapienza BT. Na presença do sentido: uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas. São Paulo: EDUC Paulus; 2004.
7. Heidegger M. *Ser e tempo*. 12a ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2002.
8. Sá RN, Barreto CLBT. A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas. *Estudos de Psicologia*. Campinas; 2011; 28(3): 389-394.
9. Spink MJP. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 4a ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2007.
10. Heidegger M. *Seminários de Zollikon*. trad. Arnhold G, Prado MFA, 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
11. Souza ER (org.). *Curso impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007.
12. Hillman J, Ventura M. *Cem anos de psicoterapia... e o mundo está cada vez pior*. São Paulo: Summus, 1995.
13. Silva RB, Carvalhaes, FF. *Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções*. *Psicologia & Sociedade*. 2016; 28 (2): 247-256.
14. Morato HTP. (org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
15. Santos SEB. *A experiência de ser ex-esposa: uma oficina sociopsicodramática como intervenção para problematizar a ação clínica*. Recife. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco; 2005.
16. Santana AM. *Contribuições da Fenomenologia Existencial à Prática Psicológica em Saúde*. Recife. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco; 2017.
17. Mendes RS, Vaz BJO. *O Movimento Feminista e a Luta pelo Empoderamento da Mulher*. *Gênero & Direito*. 2015; (03): 88-99.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004.
19. Senado Federal. *Panorama da Violência contra as Mulheres no Brasil*. N. 2. Brasília, Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência. 2018. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicado>

- res/relatorios/BR-2018.pdf.
20. Arendt H. O que é política? 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
 21. Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale MAF. (orgs.). Família: redes, laços e políticas públicas. 4a ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP; 2008.
 22. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre; 2006; 8(16), jul/dez, 2006. 20-45.
 23. Garcia PT. (Org.). Saúde da mulher. UNASUS/UFMA. São Luis. 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/.../Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf?
 24. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.
 25. Silva JS. Família e Políticas Públicas: uma questão social. In: Anais do XII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. Curitiba: UESB, 2015. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/21614_11430.pdf
 26. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
 27. Brasil. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: Política nacional de mordimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União. Brasília, n.96, 18 de maio de 2001. Seção 1e. 2001.
 28. Ribeiro ACP. Notificação de Violência: prática dos profissionais da rede pública que atendem a mulher em situação de violência. Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina; 2016.
 29. Brasil. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
 30. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2011.
 31. Beiras A. Grupos de homens autores de violência: possibilidades de intervenções diante das recomendações propostas na Lei Maria da Penha. In: Rovinsk SLR, Cruz RM. (orgs.). Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção. São Paulo: Vozes. 2009.
 32. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha: coíbe a violência doméstica e familiar contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2006.
 33. Tonelli MJF, Beiras A, Clímaco DA, Lago MCS. Por que pesquisar serviços destinados a homens autores de violência contra a mulher? In: Tonelli MJF, Lago MCS, Beiras A, Clímaco DA. Atendimento a homens autores de violência contra as mulheres: experiências latino americanas. Florianópolis: UFSC/CFH/NUPPE; 2010.
 34. Oliveira RC. O atendimento psicanalítico com autores de agressão. In: Gryner S, Ribeiro PMCM, Oliveira RC. Lugar de palavra. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à violência (NAV); 2003.
 35. Marques CG. Homens “autores de violência conjugal”: modernidade e tradição na experiência de um grupo reflexivo. In: Moraes AF, Sorj B (org.). Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira. Rio de Janeiro: 7Letras; 2009.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 37. Martinez AM. Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo. In: Bock AMB (org.). Psicologia e compromisso social. São Paulo: Cortez; 2003.
 38. Macedo MMK, Nunes MCT, Campezzato PVM, Padilha IP. A clínica-escola SAPP e o fazer Psicologia. In: Macedo MMK. (org.). Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009.
 39. Santos L. Formação, intervenções e políticas públicas: entre o instituído e instituinte. In: Tatsch DT, Guareschi NMF, Baumgarten ST. Tecendo relações e intervenções em psicologia social. Porto Alegre: ABRAPSO SUL; 2009.