

## **Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial**

### **Assistance to women in situations of violence - the plot of the services to the intersectorial network**

**Lilia Blima Schraiber; Ana Flavia Pires Lucas d'Oliveira; Heloisa Hanada; Ligia Kiss**

Universidade de São Paulo, liliabli@usp.br

#### **Resumo**

##### **Palavras-chave**

Violência contra a mulher  
Redes  
Direitos humanos e sociais

Este texto traz uma reflexão acerca da atenção ofertada para mulheres em situação de violência. A concepção que norteia esta proposta é a da atenção integral e da atuação em rede pelos serviços, trabalhando em uma abordagem integrada e inclusiva. A discussão analisa as políticas públicas para o enfrentamento das violências contra a mulher, apresenta dados empíricos acerca do mapeamento da rede de serviços realizado em três capitais brasileiras e aponta fragilidades e perspectivas na organização dos serviços em rede a partir da adoção do princípio dos direitos humanos e sociais.

#### **Abstract**

##### **Keywords**

Violence against women  
Networks  
Human and social rights

*This text presents a reflection about the care offered to women in situations of violence. The concept behind this proposal is that the comprehensive care and services networks working in an integrated and inclusive approach. The discussion analyzes the public policies to confront the violence against women, presents empirical data on the mapping of network services performed in three Brazilian cities and points out weaknesses and perspectives in the organization of network services from the adoption of the principle of human and social rights.*

#### **Introdução**

O propósito do presente estudo é o de refletir acerca da atenção ofertada às mulheres em situação de violência por serviços e instituições pertencentes a diferentes setores de atuação na sociedade. A perspectiva adotada é a de uma atenção integral, em que os serviços estejam pautados em trabalho de equipes com abordagem interdisciplinar e desempenho multiprofissional, além de uma integração intersectorial. Nesse sentido, não só no interior de cada serviço, mas entre os serviços de um mesmo setor de assistência, assim como entre os distintos setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência, espera-se que o trabalho se dê de modo interligado, para que a um conjunto dado de serviços se possa atribuir a qualificação de 'rede'.

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

embora voltados para atuarem em casos de violência, efetivam seus desempenhos em torno de problemas percebidos como individualizados e distintos entre si. Assim, não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar.

Na configuração de uma 'rede', ao revés, pretende-se que exista articulação entre as ações particulares de cada serviço, o que somente ocorrerá quando houver uma produção assistencial que é minimamente partilhada pelos diferentes serviços, para o que há que ter definições institucionais que dialoguem entre si, serviços organizados em dinâmicas de atendimento que também, de algum modo, devem convergir para aspectos compartilhados dessa assistência, assim como há que se ter comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos.

Desse modo, compartilhar intervenções assistenciais é vital para a constituição de atuações em redes. A rede será o modo de funcionamento em que cada serviço irá reforçar e acrescentar ações promotoras de um projeto de intervenção que seja, de algum modo, um projeto assistencial que os diferentes serviços tenham em comum. Como se discutirá mais adiante, o que, efetivamente, esses serviços já poderiam estar partilhando, do ponto de vista de uma primeira convergência ou um princípio comum, está dado pela proteção e cumprimento dos direitos humanos e sociais. Essa referência de direitos deve reger a prática realizada em todos os serviços de uma rede voltada para prevenir casos de violência e atuar contra sua existência e aceitação. Os direitos humanos e sociais são, nesse sentido, o princípio que rege o modelo de atenção às mulheres em situação de violência e em torno do qual muitas propostas assistenciais podem ser compartilhados em rede. Afinal, em termos das políticas públicas, este princípio dos direitos humanos e sociais, e a necessidade de seu reconhecimento na esfera pública, historicamente se traduziram na proposição de inúmeros serviços no âmbito da sociedade.

## **Violência contra mulheres, as políticas públicas e a rede de serviços**

---

A partir do final dos anos 1970, com a instauração do nascente processo de redemocratização, inicia-se no Brasil um movimento de descentralização e participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas (Farah, 2004). Durante a década de 1980, a partir da convergência do movimento social de mulheres e do feminismo, que exercem pressões sobre o Estado para que haja investimentos em Políticas Públicas com recorte de gênero, são criados os primeiros serviços específicos para a atenção a mulheres em situação de violência. Nas últimas três décadas, assistimos no Brasil a um grande aumento destes serviços, ao lado de intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, do incremento na produção de conhecimento científico sobre o tema, do surgimento de Conselhos da Condição da Mulher e das Coordenadorias da Mulher em administrações estaduais e municipais e da assinatura pelo país de diversas Conferências Internacionais comprometendo-se a combater a violência contra a mulher.

No entanto, apesar do avanço representado por essas iniciativas de organização e distribuição social de serviços voltados à violência contra a mulher, muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito tanto à qualidade da assistência oferecida em cada serviço quanto à articulação dos serviços entre si. Estes serviços fazem parte de dispositivos governamentais e não governamentais e se distribuem em diversos setores de prestação de assistência (saúde, policial, jurídica, assistência social), compondo um grande mosaico, mas ainda pouco inter-relacionado.

Uma investigação realizada pela Organização Panamericana da Saúde em 10 países sul e centro americanos — *La Ruta Crítica de Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar* (Sagot, 2000) —

analisou as decisões tomadas por mulheres em situação de violência intrafamiliar e o caminho construído pelas ações efetivadas (definido como 'rota crítica') e mostrou como a peregrinação pelos diferentes serviços pode tornar-se penosa. As atitudes negativas dos profissionais e as respostas institucionais inadequadas foram consideradas importantes fatores inibidores da rota crítica, enquanto a informação precisa e de qualidade foi identificada como fator facilitador da rota, embora tenha acontecido mais raramente. Situação similar também se verificou para o contexto brasileiro (Meneghel, 2009).

Além da qualidade da assistência em cada serviço, estudos recentes têm demonstrado a importância da maior articulação entre os serviços, evitando, assim, uma fragmentada compreensão das trajetórias ou acesso limitado para o leque de ofertas possíveis em cada caso. No Brasil, temos um acúmulo maior de estudos voltados às esferas jurídico-legais ou policiais do problema, como os estudos da legislação e o das delegacias de defesa da mulher (Brandão, 1998; Campos, 2002; Pasinato & Santos, 2008), que mostram como as demandas das mulheres em situação de violência doméstica vão além, ou não se encaixam, na redução do problema à ocorrência de um crime, embora os setores jurídico e policial participem da estratégia de intervenção mais antiga e divulgada. Existem demandas de atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche, escola, saúde, abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, enfim, um mundo de necessidades derivadas do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania e da conseqüente alta vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto grande de agravos. O despreparo dos profissionais das delegacias de polícia, mesmo daqueles que trabalham nas delegacias de defesa da mulher, quanto ao acolhimento destas demandas diversas, acaba por prejudicar a efetividade de seus próprios serviços, que muitas vezes constituem a primeira opção de busca por ajuda por parte das mulheres. Com isto, perde-se a oportunidade de trabalhar pela efetiva garantia dos direitos dessas mulheres.

Algumas iniciativas já estão sendo tomadas, no sentido das políticas públicas: a Secretaria de Políticas para as mulheres possui, ligada à subsecretaria de enfrentamento à violência, uma coordenação geral de fortalecimento das redes de atendimento às mulheres, que articula e coordena ações dos Ministérios do Desenvolvimento Social, Saúde e Justiça. Existe também um movimento de constituição de redes locais integradas, através de reuniões regulares e fóruns de profissionais de serviços específicos (Rede Mulher de Educação-UNIFEM, 2003) e da publicação e divulgação na Internet de diversos guias de referenciamento intersetorial. (Faculdade de Medicina da USP – FMUSP, 2011).

Embora a importância do fortalecimento dessas iniciativas seja reconhecida pelos diversos atores que influenciam e participam desse cenário (agências multilaterais, governo, movimento social e universidades), a avaliação destes serviços é ainda bastante incipiente (Whaten, 2003) e o estudo de sua articulação ainda mais raro, o que seria fundamental para estudar e delimitar redes sociais.

O termo "rede social" surgiu nos anos 1950 (Wasserman & Faust, 1994), mas o estudo dessas redes ganhou maior impulso apenas a partir dos anos 1970, conformando um campo bastante fragmentado, com uma série de aproximações teóricas e metodológicas. Há atualmente um consenso a respeito da inexistência de uma teoria de redes sociais, enfatizando-se a utilidade do conceito para teorias sociais diversas (Marteletto, 2001). Em comum, os estudos sobre redes tratam de atores e seus vínculos ou relações (Marteletto e Silva, 2004), sendo o enfoque nas relações priorizado em relação ao enfoque dos atributos individuais. Dessa perspectiva, as redes (e as relações que as constituem) são também pensadas a partir dos fluxos de informações, objetos e pessoas que nela transitam. A rede é uma proposta de prover atenção do tipo horizontal e sem porta de entrada definida. Assim, por qualquer ponto que inicie seu percurso, a mulher encontrará, no interior das particulares 'vocações' assistenciais de

cada setor de prestação do serviço, a mesma valorização e desenvolvimento de seus direitos, concretamente realizados, porém, nas distintas especificidades de cada setor social.

Por outro lado, sempre que os serviços atuam apenas como somatória ou justaposição de intervenções, o que tomaremos mais como 'trama' de serviços do que como 'rede', essa configuração assistencial reforça a 'rota crítica' das mulheres. Nesta, as decisões das mulheres de buscar por apoios são, em geral, já tardias ou ambivalentes e ao encontrarem assistências isoladas, com respostas que podem ser parciais ou em direção diversa de suas demandas, tendem a interromper suas rotas. A assistência existente, portanto, tende a tornar-se dissuasiva ou impeditiva do próprio percurso, no lidar com a violência, em direção a um potencial 'sucesso prático' – conceito que voltaremos a considerar mais adiante. Essa forma de atuação dos serviços reitera, de certa forma, a banalização das violências e, ainda que, em tese, representem os direitos das mulheres, o resultado da atenção produzida termina por reforçar o contrário: a ausência desses direitos.

Nesse sentido são cruciais as indagações: por que os serviços atuam mais como trama de agregados? Como poderiam atuar em rede?

Para discutirmos essa questão, primeiro, situaremos nosso ponto de vista: o da produção dos cuidados em uma atenção integral. É importante reter que, menos do que um exame das dificuldades de ordem social, comunitária, familiar ou mesmo individual no acesso a essa assistência, o que vamos considerar é a perspectiva da sua produção em ações reparadoras da violência e em ações preventivas ou promotoras da vida sem violência para as mulheres.

Ao ser uma prestação de serviços assistenciais, a rede intersetorial de assistência às mulheres em situação de violência, é, a nosso ver, uma questão que pode ser examinada em distintos planos de aproximação, tal como definido por Lilia Blima Schraiber (1995) a propósito do estudo da produção assistencial no setor saúde. Um primeiro plano é o das políticas públicas, enunciadas pelo Estado brasileiro em textos de leis, normas técnicas, regulamentações, etc. Neste plano revelam-se os direitos que são valorizados e como o são, quais as responsabilidades do próprio Estado quanto a esses direitos e seus efetivos cumprimentos, com previsão de sanções em caso de violação dos mesmos, bem como a previsão de setores sociais que farão frente ao provimento de serviços nessa direção.

Outro plano é o da organização da produção e distribuição dos serviços na sociedade, isto é, do planejamento e gestão do conjunto de instituições prestadoras dos serviços. Esses serviços implementam e desenvolvem as políticas públicas e os direitos ali afirmados. Neste plano, portanto, os enunciados políticos devem ganhar vida em medidas e ações específicas de desenhos de estruturação de serviços. Isto envolve a delimitação dos locais em que serão desenvolvidas essas ações, com a definição das instituições prestadoras dos serviços assistenciais, e a delimitação de seus modos funcionamento, prevendo-se as necessidades de profissionais e de recursos materiais, de modo a permitir acesso e boa qualidade dos serviços prestados e distribuídos de forma equânime no território nacional.

Por fim, outro plano, ainda, é o da ação assistencial propriamente dita, plano em que situamos esta nossa aproximação da questão da rede intersetorial. Este é o plano em que os outros dois, o das políticas enunciadas e o dos serviços organizados e distribuídos em cada setor social, revertem-se em cuidados oferecidos para as mulheres. Cuidados que são efetivamente realizados pelos profissionais existentes nesses serviços, isto é, pelas equipes de diversos ramos profissionais de atuação atinentes a cada um dos setores envolvidos, no imediato contato com as mulheres que buscam sua atenção assistencial por estarem em situação de violência.

Este plano da ação assistencial e produção dos cuidados dirá respeito, portanto, ao modo como as mulheres conseguem acessar tais cuidados e ao modo como eles são desenvolvidos em razão dos processos de trabalho profissional concretamente operados no interior das instituições. É o plano que articula, então, as demandas das mulheres e as respostas a essas demandas por parte dos serviços e de seus profissionais. Essas respostas não só representam o que as instituições (serviços de cada setor) definem como os objetivos de suas intervenções, ou seja, qual modalidade de atenção deve ser prestada, mas, sobretudo, representam o agir dos profissionais, nos modos com que eles articulam, ao realizarem seus trabalhos cotidianos nesses serviços, aqueles objetivos institucionais com seus específicos e particulares conhecimentos, suas técnicas, os meios ou instrumentos de que dispõem para efetivar tal atenção, e a forma de abordar os sujeitos que serão o alvo (o objeto) de suas intervenções: as mulheres em situação de violência. Vale dizer, os profissionais em seus processos de trabalho é que realizarão, por meio dos cuidados e medidas específicas que conseguem produzir no dia-a-dia dos serviços, e de modo mais ou menos completo, ou mais ou menos satisfatório, os direitos políticos e a valorização ética das mulheres como cidadãs e sujeitos sociais.

A instituição deve ter claro quais são seus objetivos assistenciais e repassá-los aos seus profissionais, ademais orientando, supervisionando e facilitando o cumprimento desses objetivos. Do mesmo modo que os profissionais, por sua vez, devem conseguir projetar uma intervenção que, apoiada em seus conhecimentos e instrumentos específicos de ação profissional, alcance aqueles objetivos assistenciais para a particular demanda que cada caso, ou na atenção em grupo, cada agrupamento de casos, lhes apresente. E para tal, devem ser bem qualificados em suas formações profissionais específicas, bem como participarem das atualizações, supervisões, monitoramentos e toda e qualquer modalidade de educação permanente em seus ramos profissionais que a instituição e, pensando agora em redes, a rede intersetorial possa lhes oferecer.

Além disso, os objetivos assistenciais não podem ser definidos para cada serviço ou setor de produção individualmente, pois nesse plano do trabalho profissional, a atenção integral a mulheres em situação de violência, define-se como aquela que compartilha projetos assistenciais e interage para conseguir realizá-lo, integrando os serviços.

O caminho que conduz a esta integração esbarra, porém, na diversidade interna dos conhecimentos estruturados em disciplinas específicas, assim como dos compromissos e projetos profissionais, muitas vezes respondendo a interesses corporativos bastante particulares em cada campo de ação/atuação. O conceito de núcleo, de Gastão Wagner Souza Campos (2000) aborda essas especificidades, chamando a atenção para a identidade social interna a áreas de saber e prática profissional. Compreender essa diversidade dos núcleos pode ajudar a pensar as aproximações e afastamentos entre as diferentes vocações e projetos assistenciais presentes no caso da atenção a mulheres em situações de violência.

Lidar com essas mulheres, em razão da própria complexidade de determinação e amplo leque de variação das situações de violência, seja em função dos tipos e gravidade de atos sofridos, ou de agressores envolvidos, requer assistências diversas e complementares, demandando atenção em rede para produzir respostas eficientes. Além disso, o modo como cada mulher em situação de violência lidará com essa situação também responde a outras ordens de complexidade, dados pelos contextos sociais, comunitários ou familiares em que estão vivendo essas mulheres, em conexão com as possibilidades e limites individuais com que cada mulher reconhecerá e contornará suas vulnerabilidades.

Assim sendo, outra importante especificidade da rede é que, embora ofereça distintos serviços existentes, ela é plástica, reúne serviços por meio do percurso efetivo dos casos. Não é, tal como

mencionado antes, sempre o mesmo conjunto de serviços e em igual fluxograma de uso; não é uma estrutura fixa, mas move-se, recompondo-se em diversos desenhos de serviços utilizados no espaço e no tempo; monta arranjos ou diagramas diversos, a partir das necessidades dos casos e das resoluções elaboradas em conjunto com os agentes. Tampouco possui uma ordem de entrada e encaminhamentos, tal como um sistema hierarquizado de assistências. Ao contrário, como já dito, é horizontal, não tendo comando único, nem porta de entrada e fluxos definitivos. Além disto, o mesmo serviço pode estar em várias construções de redes, como é o caso, por exemplo, dos serviços de atenção a pessoas com HIV/AIDS e que também participam da rede de atenção à violência sexual.

Desse modo, no presente estudo adotamos uma perspectiva teórica e conceitual pautada na abordagem das relações que os profissionais estabelecem com seus trabalhos na produção cotidiana dos serviços, o que também se traduz em determinadas relações que esses profissionais estabelecem entre si e com as mulheres que os procuram. Valorizamos, portanto, a dinâmica dos processos de trabalho realizados em contextos particulares de produção assistencial nos serviços. Esses processos são abordados tanto como ações assistenciais que resultam de cada uma das específicas e particulares intervenções dos profissionais, quanto como ações interativas entre os profissionais, ou o agir comunicativo presentes nos serviços (Peduzzi, 1998; Peduzzi & Schraiber, 2006). Ressalte-se que tais relações serão, neste texto, examinadas em maior detalhe que a relação entre os serviços e as mulheres que os procuram, ângulo da questão já bem explorado em estudos como os da rota crítica das mulheres (Meneghel, 2009).

Diante desse amplo conjunto de questões relativamente aos serviços e às práticas profissionais, e levando em conta a complexa variedade das demandas das mulheres para lidarem com suas situações de violência, adotamos também uma composição interdisciplinar de estudos como referências conceituais para interpretarmos os desafios atuais concernentes à rede intersetorial.

De um lado, estão os estudos sobre violência de gênero contra as mulheres e os enfrentamentos dessas situações de violência (Brandão, 1998; Castro & Casique, 2008; Heise; Ellsberg & Gottemoeller, 1999; Kiss & Schraiber, 2011; Lima & Santos, 2009; Massuno, 2002; Meneghel, 2009; Schraiber, d'Oliveira, Couto & Figueiredo, 2005). Destas referências extraímos os diversos agravos à qualidade de vida e saúde das mulheres em situação de violência, bem como a violação de seus direitos, reprodutivos, sexuais e como cidadãs a serem valorizadas na vida social de modo mais equânime da perspectiva crítica de gênero. São provenientes dessas produções mencionadas nossas afirmações quanto ao leque variado de necessidades sociais a serem respondidas pelos diversos setores de prestação de serviços à sociedade, bem como a concepção de que tais necessidades possuem em comum as situações de desigualdade de gênero que enfrentam as mulheres e que resulta em vulnerabilidades — conceito tomado a José Ricardo Mesquita Ayres (2009) — que são específicas à violência. Constituem essas vulnerabilidades: a aceitação das agressões como parte de um 'destino' das mulheres; a crença de que esse destino é exclusivamente da vida privada e não teria a ver com a esfera pública da sociedade, em que se situam as leis ou a proteção à saúde, por exemplo; a conseqüente banalização das violências como situações a que não seria importante ou oportuno demandar qualquer intervenção (assistência); e a naturalização dos comportamentos violentos dos homens como essência masculina a que não se pode mudar pela cultura. A essas vulnerabilidades se somam outras, relativas à dependência econômica e sócio-cultural por parte das mulheres, envolvendo a ausência de autonomia financeira, suportes para a educação dos filhos, contextos comunitários ou mesmo crenças religiosas imperativos da conjugalidade, etc., além da pouca informação e domínio sobre os direitos humanos e das mulheres.

Esse conjunto de vulnerabilidades, a que se pode chamar vulnerabilidades de gênero, responde por comportamentos dessas mulheres ao lidarem com suas situações de violência tais como a dificuldade

em revelar ou falar da violência sofrida, os sentimentos de vergonha e de medo, a descrença em apoios externos ao núcleo familiar, receios quanto ao sofrimento e desamparo dos filhos, etc.

Essas são questões importantes de serem lembradas no presente estudo, tendo em vista que, na relação que estabelecerão estas mulheres com os serviços, muitas delas serão não só impeditivas da abordagem direta das situações de violência, como alegam tanto as mulheres quanto os profissionais, como produzirão expectativas por vezes antagônicas de resposta a demandas das mulheres por parte dos serviços, o que já tem sido apontado por essa literatura para as delegacias de polícia (Brandão, 1998), assim como para as unidades básicas de saúde (Kiss & Schraiber, 2011). Trata-se de desencontros entre o afazer dos profissionais, vinculado à vocação assistencial dos serviços, e o que é, efetivamente, o carecimento dessas mulheres, ou seja, o que elas deveriam modificar em suas vidas, mas que nem sempre é expresso ou perguntado pelos profissionais, nas demandas trazidas pelas mulheres e exploradas no encontro assistencial pelos profissionais. Esse desencontro produz uma assistência conflituosa e truncada, longe de uma atenção integral, em relações usuárias - serviços que deveriam promover encontros para a promoção da saúde ou da segurança pessoal em melhor qualidade de vida. Desencontros similares já foram estudados por referência a questões de gênero invisíveis nos serviços de saúde (d'Oliveira, 2000; Figueiredo, 2008; Schraiber et al, 2010), não necessariamente envolvendo casos de violência, mas que certamente ampliam as problemáticas condições de atenção integral a estes.

De outro lado, para considerarmos especificamente os serviços, seus profissionais e as relações estabelecidas no cotidiano de suas atuações e cotejarmos se estas representam ou não uma rede de serviços, adotamos outra produção da literatura como referências, que são tanto estudos sobre atuação em rede (Emirbayer & Goodwin, 1994; Kiss, Schraiber & d'Oliveira, 2007; Leocadio & Libardoni, 2006; Njaine, Assis, Gomes & Minayo, 2006), como adaptações da teoria do trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994; Peduzzi, 1998; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996) e releituras para a questão da violência de gênero das necessidades e demandas da atenção integral e do cuidado em saúde (Ayres, 2009; Campos & Mishima, 2005; Cecilio, 2001; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1996).

Desse conjunto de referências teórico-conceituais pretendemos extrair reflexões sobre as necessidades assistenciais das mulheres em situação de violência e suas traduções em demandas aos serviços de diferentes setores, sobre o que disso entendem e fazem os profissionais nos contextos cotidianos dos serviços e as potencialidades destes, em termos de limites e possibilidades já existentes, de atuarem em rede intersetorial.

Iniciemos pela questão da geração das demandas aos serviços e a circularidade oferta-demanda. Demandas aos serviços feitas por mulheres usuárias representam o movimento dessas mulheres em busca de satisfazer necessidades da vida em sociedade, que são necessidades originárias de carecimentos ocorridos na vida cotidiana, em função do modo como se vive, e, pois, dependentes de contextos de classe social, raça, etnia ou situação de gênero. Daí constituírem necessidades sociais, isto é, necessidades de caráter social e que podem ser atinentes, por exemplo, à saúde, em razão dos adoecimentos (a ausência ou carência da saúde ou de corpo saudável para seguir trabalhando ou respondendo às atribuições cotidianas). Dizemos, assim, que as necessidades são carecimentos percebidos como situações passíveis de serem sanadas, condição em que se transformam em necessidades reconhecidas pelos sujeitos sociais, no caso, pelas mulheres que, por isso, buscam satisfazê-las.

A demanda apresentada aos serviços de saúde já se configura, enquanto expressão da necessidade de recuperação de adoecimentos ou de prevenção destes, na linguagem do próprio serviço, ou ao menos

em uma comunicação que efetivamente já interage com os profissionais do serviço. Em outros termos, as mulheres ao buscarem os serviços de saúde, qual seja a assistência à sua saúde, fazem-no dirigindo aos profissionais solicitações na cultura própria dessa assistência à saúde. Por isso, trazem questões e termos medicalizados ou passíveis de redução à tradição biomédica das práticas de recuperação e de prevenção, redução que constitui a base tradicional das atuações profissionais no setor saúde. O mesmo ocorre nas respostas que serão oferecidas pelos profissionais às demandas das mulheres e, nisto, o modo como se organiza a oferta de assistência à população acultura a todos nessa tradição, reproduzindo-a e conformando o perfil de uso e procura dos serviços de saúde nos padrões dessa oferta.

Acreditamos que a circularidade oferta-demanda ora explicitada para o setor saúde, desenvolve-se em todos os setores sociais de prestação dos serviços, sendo a base pela qual, em cada um dos setores, os profissionais reconhecem, dentro de sua cultura profissional, se a demanda caberia, ou não, ao seu escopo de atuação. Isso delimita, por exemplo, até onde na visão dos profissionais, caberia nas situações de violência vividas pelas mulheres uma intervenção do tipo policial e quando esta deve mudar para uma intervenção do tipo jurídico. Com isso afirmamos que, diante dos diversos setores de prestação de serviços e de suas vocações assistenciais, que são os âmbitos ou escopos já dados de atuação de cada qual, já existem determinadas ofertas organizadas de assistência e cuidados (policial; jurídica; médica-sanitária; psicológica, etc.) e que respondem a necessidades igualmente já definidas (de segurança; de direitos legais; de saúde física e mental, etc.).

Nesse sentido, uma intervenção que seja transversal aos serviços já existentes e que seja inter-setores deve ainda ser criada e desenvolvida, requerendo uma nova organização dos serviços. Esta criação, a que chamamos de 'contexto instaurador de necessidades' (Schraiber & Mendes-gonçalves, 1996), permite a proposição de novas necessidades, gerando outras demandas ou respondendo às demandas existentes de modo diverso ao tradicional: nas questões das desigualdades de gênero, por exemplo, essa nova resposta dos serviços, por meio de ações não tradicionais dos profissionais, pode constituir situações de maior equidade de gênero, respeitando e implementando direitos humanos e sociais das mulheres, e, mesmo, buscando intervenções estimuladoras da emancipação das mulheres. Em certo sentido pode-se entender que essa instauração de necessidades dá visibilidade, no plano da ação profissional, a carecimentos que foram tornados invisíveis pelos saberes disciplinares que regem as intervenções assistenciais específicas, como é o caso, por exemplo, do saber biomédico que invisibiliza questões da desigualdade de gênero ou mascara questões das desigualdades dos direitos. Analogamente, a redução da violência a um crime ou a um transtorno mental produz invisibilidade das demais faces do problema: a ética, a política, a cultural etc.

No campo da Saúde, com base em propostas da Saúde Coletiva, a integralidade como modalidade assistencial — na atenção integral à saúde das mulheres — é conceito que permite formular contextos instauradores de necessidades, sendo a incorporação da perspectiva crítica de gênero e da perspectiva dos direitos humanos e sociais, alguns desses novos dispositivos a configurar no modelo assistencial da atenção integral. Além disso, levando-se em conta a produção teórica em torno ao trabalho em saúde e ao trabalho em equipes na assistência à saúde, pode-se, expandindo-se a atenção integral para as atuações em rede intersetorial, abordar esse trabalho em rede como dependente de três princípios organizadores nucleares, reafirmando o que foi antes mencionado: o da articulação das ações profissionais, em que há atuações profissionais específicas que devem ser mantidas, mas de modo interconectado; o da interação dos profissionais, organizando-se o trabalho nos serviços de modo a que haja efetiva comunicação entre seus profissionais; e o da integração entre os serviços enquanto instituições de diferentes setores.



Assim, a rede representa a interconexão objetiva das ações que se completa com trocas intersubjetivas que não são de caráter pessoal privado, mas sobre questões das intervenções e da produção dos trabalhos. Para isto, será necessário que os profissionais tenham percepção acerca da complementaridade de seus trabalhos e estejam partilhando uma proposta de intervenção, um projeto assistencial em comum, e não se atenham a um isolamento ou independência de cada qual. Postula-se, ao contrário, que os profissionais, para agirem comunicativamente e em acordo quanto a determinado projeto de atenção integral, atuem de modo interdependente, o que deve ser amparado, gerencialmente e pela organização dos serviços e da rede, com a implantação de canais concretos de comunicação e circulação de informações.

A intersetorialidade resulta, pois, de diálogos e trocas que atingem as práticas técnicas e também os saberes que as regem, ou seja, como dito antes, resulta de interdisciplinaridade e da composição de trabalhos multiprofissionais. Contudo, neste processo não se pode perder de vista a importância dos próprios trabalhos especializados ou específicos de cada setor ou de cada ramo profissional. A garantia destes deve ser buscada, porém, em um modelo assistencial que permita a mútua colaboração entre esses trabalhos, em que seus agentes efetivamente se disponham em relações de intersubjetividade e não de isolamento. Por consequência, poderíamos definir como características do trabalho em rede a serem ainda conquistadas, em reorganizações do trabalho tradicional dos profissionais nos serviços, as seguintes: a valorização dos trabalhos específicos e particulares com complementaridade entre os trabalhos especializados; a possibilidade de uma autonomia profissional específica no interior da interdependência entre atuações; a descentralização e compartilhamento da tomada de decisão assistencial; e a construção de projetos assistenciais comuns, na referência dos direitos humanos e sociais, como norma-guia das atuações particulares a cada setor e a cada vez que a rede é acionada pelas mulheres.

Foi com essa perspectiva teórico-conceitual até aqui desenvolvida que realizamos mapeamentos de serviços já existentes, em determinadas localidades e períodos, buscando observar quais profissionais estavam presentes nesses serviços e como se davam seus processos de trabalho, para compreender de que modo esses serviços operavam em seus cotidianos, com o objetivo de identificar desafios atuais do trabalho em rede.

## **Mapeando a potencial rede de serviços: um diagnóstico de situação**

---

Para um determinado diagnóstico de situação dos serviços que atendem mulheres em situação de violência desenvolvemos pesquisas empíricas para São Paulo, no período 1999-2000 (Kiss, Schraiber & d'Oliveira, 2007), em 2005, para 3 capitais do Brasil: São Paulo, Recife e Porto Alegre (d'Oliveira & Schraiber, 2005). Neste último, as redes metropolitanas contavam com 127 serviços em São Paulo, 40 em Recife e 39 em Porto Alegre.

As pesquisas consideraram as especificidades das intervenções produzidas por campos disciplinares particulares e também por setores de produção social particulares, partindo da idéia de reconhecer os distintos conjuntos de serviços existentes, em termos de suas vocações assistenciais e de seus fluxos e interconexões, identificando potenciais e obstáculos de seu funcionamento em rede. Não se pretendeu avaliar os serviços, mas identificar e analisar como e se eles se relacionavam no atendimento à violência contra a mulher.

O principal critério para selecionar os serviços foi o de terem porta aberta para o atendimento específico a mulheres em situação de violência. Partimos de listas ou guias de serviços anteriores, que foram complementados durante a pesquisa de campo. Do ponto de vista metodológico, buscamos principalmente compreender o que Suely Ferreira Deslandes (1997) denominou “rede de relações internas e externas”, abordadas pela voz dos profissionais atuantes nos serviços e que, assim, permitiu compreender as conexões dos profissionais de cada serviço com outros atores sociais e suas experiências de atuação em estruturas e processos que constituem as práticas institucionais. Também nos valem, nas visitas aos serviços, de breves registros da observação de seu funcionamento, complementando as entrevistas com seus profissionais.

Levamos em conta para cada serviço e em cada um dos setores investigados, tempo de existência, características dos usuários(as), volume e tipo de demanda, equipe assistencial, conjunto de ações assistenciais realizadas e dinâmicas internas de funcionamento, sendo essas informações a base com a qual definimos as vocações assistenciais do serviço, com determinados tipos de ações realizadas e tipos de conexões entre elas. Já as características relacionais de cada serviço com os demais foram consideradas a partir das informações de: encaminhamentos, internos e/ou externos, e formas de captação ou recebimentos de casos vindos de outros serviços; percepção de cada um dos profissionais acerca de seu trabalho e dos demais da equipe de seu serviço; percepção acerca dos trabalhos desenvolvidos pelos outros serviços e pelos profissionais desses outros serviços de modo individualizado pelas áreas específicas de atuação; opinião sobre qual seria a percepção dos outros serviços sobre os serviços em que trabalhavam e sobre seus trabalhos particulares; e informações sobre a ocorrência de reuniões ou seminários conjuntos, acesso a Guias ou outros instrumentos de informações sobre os outros serviços e qual uso se fazia desses instrumentos.

Em diálogo com o estudo da Rota Crítica (Sagot, 2000), buscamos identificar, a partir dessas informações, os elementos propiciadores e os obstaculizadores do seu funcionamento em rede, ou seja, elementos relativos tanto à articulação das ações realizadas, quanto à comunicação entre os profissionais.

Podemos dizer que, de um modo geral, em termos das vocações assistenciais, os serviços se apresentam em três tipologias: quanto à abrangência de sua atuação (ou o campo de competência), quanto à clientela e quanto ao setor social.

Relativamente à abrangência de atuação, identificamos serviços que podemos considerar como ‘especializados’, tal quais os centros de referência, e que se situam em diversos setores, mas pertencem a cada um deles, como por exemplo, hospitais voltados para atender casos de violência sexual e aborto legal. Em geral, o que encontramos são centros desse tipo no interior de hospitais que pertencem ao setor saúde, mas que, no âmbito do centro, são recursos de intervenção especializada e de referência para outros serviços que atendem mulheres em situação de violência. Outra modalidade de serviços, dentro da abrangência de atuação, são aqueles a que chamaremos de ‘específicos’, tais como as delegacias de defesa da mulher ou similares, ou os de orientações jurídicas, ou os que prestam assistência social isolada ou combinada com a assistência psicológica, entre outros. Esta modalidade de abrangência de atuação, a de serviços ‘específicos’, foi assim considerada em razão de serem serviços já voltados para vítimas de violência e, portanto, com essa especificidade, mas não constituem unidades de referenciamento, sendo ao revés, quase sempre um das portas de entrada para centros de referência. Por fim uma terceira modalidade de abrangência de atuação são os serviços que se podem chamar de ‘gerais com ações específicas’, tais como unidades das redes de um mesmo setor e que atuam também, mas não primordialmente, no atendimento a casos de vítimas da violência, ainda que

realizem algumas ações voltadas a esses casos. Exemplos dessa modalidade são as Unidades Básicas de Saúde, ainda que nem todas se envolvam com ações voltadas a casos de violência, os centros de referência para DST/AIDS e os serviços de assistência jurídica.

A importância do reconhecimento dessas distintas abrangências de atuação está na possibilidade de melhor explorar o potencial de cada tipo de serviço. É relevante que uma unidade básica de saúde possa já realizar algumas ações para a atenção às mulheres em situação de violência, sem que tenha que se transformar ou em um centro de referência ou no pólo oposto, e não realizar sequer o reconhecimento desse tipo de problema e demandas correlatas entre suas usuárias. Será mais relevante, ainda, que ao atuar em algumas ações para atender essas mulheres em situação de violência, o serviço o faça articulando estas ações ao usual programa de saúde das mulheres. Assim, não perderá sua atuação enquanto serviço usual da rede básica do setor saúde e não deixará de acolher casos de violência de modo articulado as outras demandas dessas mulheres. Claro está que essas atuações não serão suficientes para abordar as situações de violência em todas as suas especificidades, para o que as unidades básicas de saúde podem contar com os serviços específicos e os centros de referência especializados. De modo análogo, pode-se perceber a grande importância das ações voltadas às mulheres em situação de violência no interior das varas da família, do setor judiciário. Só assim, a atenção a casos de violência articular-se-á de modo transversal entre setores, circulando entre e articulando serviços gerais com ações específicas, serviços específicos e os especializados.

Quanto à clientela usual, os serviços se diferenciam entre os que prestam assistência só a mulheres em situação de violência; os que fazem para mulheres e/ou adolescentes e crianças; e os que, mesmo sem serem serviços específicos para atenção a vítimas de violência, na prática recebem em sua maioria mulheres em situação de violência ou tentando sair desta situação. É importante, aqui, ter em mente que, de modo diverso da violência urbana ou estrutural da sociedade, a violência doméstica tende a envolver diversos membros da família ao mesmo tempo, como as mulheres e as crianças ou adolescentes. Nesse sentido, é relevante se pensar em abordagens conjuntas desde que feitas de modo a não anular cada sujeito envolvido, com suas particularidades e, sobretudo, direitos, já que estes podem ser bastante distintos entre os diferentes representantes da esfera da família. Assim, atender às mulheres, achando que com isso as crianças serão automaticamente beneficiadas, ou ao revés, atender às crianças deixando de verificar se suas mães também precisam de atenção similar, sempre será uma atenção truncada e ineficiente da situação de violência. O que queremos ressaltar neste aspecto dos tipos de serviços distintos é que deve ser buscada a transversalidade da atenção a mulheres, crianças, adolescentes, jovens, idosos e homens agressores, tanto articulando ações em um mesmo serviço ou entre serviços da mesma rede setorial ou intersetorial. Com isto também estamos afirmando da necessidade de estudos similares a este, para serviços que atuam em casos de violência pertencentes a outros segmentos populacionais além das mulheres.

Por fim, em termos dos setores que já atuam na atenção a mulheres em situação de violência, temos que considerar que alguns serviços são parte de redes institucionais governamentais (setores sociais bem delimitados) e outros são Organizações Não Governamentais. Ademais, na violência doméstica, a família e a comunidade que está em torno terminam por operar como uma possibilidade muito concreta e relevante de atenção, ou até de inibição da busca por ajuda por parte das mulheres, como já demonstraram os estudos das rotas críticas (Meneghel, 2009; Sagot, 2000). Assim, teremos que, de algum modo, 'alargar' o sentido de setor para o de uma atuação setorial, que passa a significar menos que uma estrutura oficial governamental e mais os dispositivos particulares a certas modalidades de atuação que antes denominamos de vocações assistenciais e que devem ser pensadas para a potencial

atenção em rede. Aqui estão envolvidos, considerando nossa tipologia anterior de classificação dos serviços, aqueles especializados, os específicos e alguns dos ditos serviços gerais.

Nosso mapeamento identificou que a trama de serviços atualmente existente termina por envolver as seguintes atuações: orientação básica, policial, jurídica, assistência psicossocial, saúde (englobando serviços médico-sanitários e de atenção psicológica) e abrigo. Além deles, para operar em rede, vamos incluir, então, os apoios da atuação familiar/comunitária.

Como orientação básica, foram classificados os serviços em que profissionais de diferentes formações prestam orientação às mulheres, baseada na escuta da história, no acolhimento, informações sobre os direitos e sobre outros serviços dessa potencial 'rede'. Também atuam na elaboração de projetos e estratégias alternativas à situação de violência e encaminhamentos para os diferentes serviços. São centros que sediam ONGs ou programas inseridos em serviços públicos com vocação assistencial relacionada à saúde ou ao jurídico, com equipes de variadas profissões, mas que não oferecem assistência especializada de longo prazo e sim informações e orientações para que as mulheres possam traçar seus caminhos assistenciais. Além dos atendimentos, alguns serviços desenvolvem ainda atividades de ensino e pesquisa, participam na formulação de Políticas Públicas voltadas a questões de gênero, cidadania, direitos e saúde da mulher.

Como assistência policial temos as delegacias de polícia com profissionais próprios da atuação em segurança pública e trabalho voltado para o atendimento às mulheres em situação de violência em termos de registro de queixas, investigação e cumprimento de decisões judiciais, especialmente as Delegacias de Defesa da Mulher.

Foram classificados como serviços jurídicos aqueles cujas principais atividades assistenciais são de garantia de acesso a direitos legalmente definidos, acionando o sistema judiciário através dos operadores do direito, notadamente advogados. Esta assistência trata de questões de direito de família, como ações de alimentos, pátrio poder, guarda das crianças, casos cíveis ou de pensão alimentícia, investigação de paternidade, divórcio litigioso e consensual, entre outros; ou assiste a denunciante em casos de ameaças, agressões verbais ou agressões físicas, como lesões corporais, estupro e até homicídios. Alguns destes serviços oferecem também mediação judicial e extrajudicial e palestras.

Já no caso da saúde, ou, mais rigorosamente, da assistência médica e sanitária, temos aqueles serviços que possuem médicos em seu quadro de recursos humanos e que desenvolvem atividades para a assistência da mulher vítima de violência sexual: profilaxia e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive HIV/AIDS, contracepção de emergência e aborto legal. Também temos alguns serviços gerais, em número variável ao longo do tempo assim como entre contextos metropolitanos diversos, voltados para a atenção a portadores de HIV/Aids e outras DST, ou, ainda, os voltados para atenção básica ou estratégia saúde da família, que possuem algumas ações, ora mais ora menos organizadas em programas de atenção.

Na atuação psicossocial, consideramos os serviços que oferecem atendimento social e/ou psicológico, visando apoio ou fortalecimento das mulheres e ampliação dos recursos pessoais e sociais/ institucionais para o enfrentamento das situações de violência. Muitos deles contam também com orientação e assistência jurídica, conformando centros de referência.

Os abrigos são serviços voltados para acolherem mulheres em situação de risco de morte relacionado à violência doméstica. Em geral têm limitação de tempo de permanência e desenvolvem atividades para superação da situação de risco e da situação de violência. Acolhem via de regra a mulher e seus filhos

crianças. Têm endereço sigiloso, na maior parte dos casos e contam com equipes contando com psicólogas e assistentes sociais.

Examinando mais detidamente cada um desses setores de atuação, observamos que os serviços jurídicos, especialmente aqueles que são geridos por Faculdades de Direito, mas também os ligados à Ordem dos Advogados do Brasil atendem a uma demanda considerável de mulheres em situação de violência, mas tem uma abordagem bastante limitada do problema: concentram-se nas ações de “alimentos, guarda, paternidade” e respeitam o objetivo didático de informar sobre os direitos, também priorizando o serviço de apoio à população carente. Os serviços ligados às Faculdades têm, ainda, finalidade de ensino, o que aumenta a importância da abordagem e valorização de questões mais gerais dos direitos das mulheres, que é pouco realizada, e diminui a abordagem mais específica da violência, com quase ou nenhuma articulação com a desigualdade de gênero relacionada às situações de violência doméstica. Os serviços de jurídicos articulam-se principalmente com as Delegacias e com outras instâncias do próprio setor jurídico. Vários deles, nas cidades estudadas, foram descobertos durante a pesquisa e não eram previamente conhecidos por antigos participantes dessa potencial rede e constantes em guias de serviços consultados.

Algumas ONGs e Universidades prestavam assistência jurídica desde uma perspectiva de gênero, mas constituíam a minoria. Em São Paulo, notou-se uma presença crescente da mediação familiar como técnica da assistência prestada. Em vários deles observou-se a presença de psicólogas e assistentes sociais, compondo as equipes profissionais.

O setor saúde evidencia serviços que realizam principalmente o atendimento à violência sexual, a qual difere bastante das características da violência doméstica, quanto ao agressor, atos praticados e natureza mais episódica ou crônica da situação. Esses serviços possuem uma nítida preocupação para com a prevenção de DST/Aids e a gravidez indesejada, podendo oferecer aborto legal. Mas, sobretudo, relativamente a esta última assistência, observou-se rara efetivação: nas 3 cidades, alguns dos serviços divulgados como de aborto legal não realizam o procedimento ou o serviço não era conhecido pelos próprios funcionários dos hospitais, que também atendiam como assistência à saúde em geral. Ficou-se com a nítida percepção de que esses serviços, que constituem centros específicos em hospitais mais gerais, são baseados em pessoas, por vezes a mesma em mais de um serviço da cidade, não parecendo ser uma prestação assistencial formal e legalmente instituída. Até mesmo os outros serviços específicos dessa potencial rede que estamos estudando, apresentavam pequeno reconhecimento da existência de atenção ao aborto legal nessa ‘rede’. Já os serviços que atuam em portadores de DST/Aids não reconhecem o problema da violência exatamente como de sua competência assistencial, daí realizarem a profilaxia desses possíveis agravos à saúde, mas só acompanham quem tem DST ou HIV e não sabem bem o que fazer diante dos casos que não apresentam tais agravos.

Esses serviços são o exemplo da tensão entre uma assistência de caráter médico-sanitário geral, que diz respeito a seus usuários portadores de DST/HIV e a quem todos os profissionais atendem, e uma assistência que requer outro tipo de atuação por ser mais específico para casos de violência, o que quase ninguém acaba fazendo. Isto produz uma atenção aos casos de violência como se fossem apenas possíveis casos de doenças sexualmente transmissíveis.

Em São Paulo, foram encontradas algumas unidades básicas de saúde realizando escuta e orientação para casos de mulheres em situação de violência doméstica e classificadas como serviços de orientação básica, posto atuarem mais na identificação do caso do que propriamente nas especificidades de possíveis rotas para lidar com a situação, quase sempre encaminhando esses casos após sua identificação. São os serviços de implantação mais recente. Raras são as situações, também

encontradas em São Paulo, em que, no setor saúde, existem centros de atuação específica para a violência doméstica e não restritamente à violência sexual.

No setor da segurança pública, as Delegacias Especiais de Assistência a Mulheres conectam-se bastante com os serviços do setor jurídico, mas também com os abrigos, serviços psicossociais e até com a saúde. São antigas, tendo a maioria das delegacias mais de 10 anos de existência. Em geral são em pequeno número e funcionam com horários restritos. Em alguns dispositivos da segurança pública como os Batalhões da Brigada Militar e as Delegacias de Polícia não especiais, mas comuns, apresentam trabalho interessante de acolhimento desses casos, com a presença de um discurso sobre a necessidade e importância dessa atenção a mulheres em situação de violência bem articulado com o próprio discurso corporativo de seus escopos de atuação profissionais.

Por fim, observou-se em mais de um setor, a presença dos serviços de orientações básicas, que, assim, assumem uma transversalidade interessante no sentido de apoiar a construção efetiva de uma 'rede'. Como já dito, são os serviços de escuta e orientação, ligados às ONGs ou serviços básicos de saúde, e poderiam ser uma espécie de "porta de entrada", mas ainda são em pequeno número e tem baixa institucionalização, pouco treinamento e especialmente ausência de supervisão e aprimoramentos continuados.

Outro conjunto setorial que também apresentam uma articulação com todos os demais são outras ONGs de atuação menos básicas e dentro das especificidades da atenção voltada para os casos de violência, o que também se observou para outros serviços de atenção Psicossocial que já são específicos e não de orientações básicas, apenas. As ONGs nesse caso são também articuladas a movimentos sociais feministas ou aqueles de mulheres. Já os de atenção Psicossocial são instituições ligadas às prefeituras, como as coordenadorias da mulher, secretarias de bem estar e ação social, ou até situação de parcerias entre as prefeituras e as ONGs. Esse conjunto, por sua origem ligada ao movimento social, mesmo no caso das instituições públicas, tem forte atuação das questões de gênero e abordam as situações de violência dentro da perspectiva crítica quanto às desigualdades de gênero para as mulheres.

## **Desafios Atuais: das possibilidades de atuação em rede já existentes à superação dos obstáculos**

---

O que esses serviços mapeados mostram é a presença de algumas conexões objetivamente já estabelecidas, tal como a existente entre a assistência policial e a jurídica, ou aquela entre os serviços de saúde e os de atuação psicossocial. Mas entre esses dois sub-conjuntos de conexões quase não se estabelece nenhuma ponte, nem eles entre si e nem com todos os demais serviços. Ao contrário, prevalecem fragmentação e desconhecimento mútuo. Os serviços parecem se articular melhor onde há estímulo do poder público ou em regiões muito isoladas. Por outro lado, há muita mobilidade de criação e fechamento de serviços, pois no setor público, estes são insuflados ou desmontados ao sabor dos governos eleitos a cada ocasião, sem uma continuidade das políticas públicas; e no setor não governamental, as políticas e agendas de financiamento, ditadas nacional e internacionalmente, afetam diretamente sua implementação e funcionamento.

Os serviços médicos e jurídicos são o de menor especificidade e os que menos se articulam com os demais: recebem e encaminham para o próprio setor, principalmente. Há aqui a tendência também a encaminhar os casos sempre para centros de referência ou serviços especializados, principalmente na saúde, o que desobrigaria seus serviços gerais de atender as situações de violência.

Por outro lado, observou-se grande presença de serviços voltados para as crianças nesse mapeamento de potencial rede, especialmente Conselhos Tutelares e Varas da Infância e Adolescência, mas a articulação com as ações mais específicas das mulheres em situação de violência é bastante precária.

Cabe destacar que, se alguns setores possuem algumas articulações objetivas entre suas ações, a comunicação entre os profissionais é praticamente ausente e uma interação em torno a construir projetos assistenciais comuns sequer figura como potencialidade em seus discursos e em nossas observações.

Por fim cabe lembrar a questão organizacional e gerencial, já que qualquer articulação de ações e interação de profissionais é dependente de propostas monitoradas, de avaliação e supervisão sistemáticas e muitos serviços sequer possuem informações sobre o volume de atendimentos que realizam, sobre procedimentos mínimos da ação assistencial de outros serviços e não há supervisão. Os serviços se mantêm, na maioria, com enfoques bastante distintos sobre o problema da violência e com objetivos de atuação bastante limitados ao seu setor.

Finalmente, queremos enfatizar que se aspectos positivos já encontrados devem ser ampliados e reforçados, o conjunto maior de questões reside nos problemas a serem superados para a efetivação da rede. Podemos sintetizá-los nas questões de: 1) vínculos, objetivos e culturas (linguagens) institucionais diversos; 2) autonomia completa dos setores; 3) pequeno reconhecimento mútuo e muita desconfiança entre os setores; 4) fluxos baseados em conhecimento de pessoas – relações pouco institucionalizadas; 5) triagens mais que encaminhamentos: livrar-se do caso, sem proposta assistencial específica; 6) fragilidade dos serviços – instabilidade das políticas de governo e das gestões.

A superação desses obstáculos, contudo, não é simples, como já dito, e implica, como primeiro passo, uma definição clara do princípio comum que irá reger a perspectiva de atuação em rede. Já mencionados, ao início, que o princípio geral de proteger e promover os direitos humanos e sociais constitui o núcleo desse princípio. Adotá-lo já irá representar um grande passo nas reorientações dos escopos de atuação fragmentados e setorializados, pois, a nosso ver, implica em um deslocamento de valor no agir assistencial: deixa-se de centrar a atuação dos serviços e a de seus profissionais na busca de um êxito assistencial apenas ligado à própria técnica de seu campo disciplinar, isto é, à intervenção já dada pelos ramos profissionais particulares, tais como o dos médicos, advogados, psicólogos, etc. e subordinados a procedimentos e saberes especializados das disciplinas, e que quase sempre desqualificam a presença do 'leigo' frente a esses saberes e procedimentos especializados, em prol de uma composição interdisciplinar e com a valorização também das competências práticas das mulheres para poderem lidar com suas situações de violência. Esta última reorientação é, analogamente ao que algumas publicações elaboram para o campo da saúde (Ayres, 2009) e para o agir profissional dos médicos (Schraiber, 2011), uma reorientação dos 'êxitos técnicos', ora caracterizados pelo agir segmentado e tecnicista, em direção a 'sucessos práticos'. Sucessos práticos se definem, então, como a proposta assistencial que interage com as expectativas e possibilidades de lidar com as violências vividas por parte das próprias mulheres. Também em razão desta interação, tal como afirmamos ao início, não haverá um protocolo único ou procedimento fixo previamente para a atuação, em cada serviço ou na rede de serviços, pois, diante da pluralidade dos casos de violência, as resoluções e propostas assistenciais serão necessariamente plurais.

É por isso que, adotar o princípio dos direitos humanos e sociais, significará para todos esses serviços da rede uma forma de atenção e de atuação profissional que: 1. nunca seja, ela própria violenta, no combate à violência institucional muitas vezes verificada também nesses serviços que atendem vítimas de violência; 2. propicie a revelação dos episódios de violência, combatendo sua banalização ou

naturalização e evitando o julgamento moral das mulheres envolvidas; 3. ofereça cuidado integral, ao atuar em rede, buscando, de um lado, identificar e lidar com o particular de cada caso, pois nas diversas expressões concretas da violência e para cada aproximação, uma determinada intervenção é proposta e realizada; e de outro lado, aceitar que seja cada qual apenas uma intervenção particular, buscando ativamente a complementaridade de sua ação pelas demais, assim como a comunicação com os demais serviços e profissionais; 4. busque decisões compartilhadas com a mulher, apoiando seu fortalecimento e emancipação; 5. mesmo dentro de atuações mais particulares, zele e reforce o compromisso ético-político de sua intervenção, retendo para as situações a que presta assistência o sentido maior de Violência, isto é, de violação de direitos.

Para reorganizar o trabalho assistencial nessas direções, os serviços deve também apoiar-se mutuamente com a ajuda de fóruns intersetoriais, reuniões e supervisões internas aos serviços e entre os serviços, além de contarem com listas de e-mails, telefones, catálogos e guias de referenciamento mútuo atualizados e sites para consultas. Esses dispositivos podem perfeitamente funcionar como grandes apoios ao desenvolvimento de uma rede cidadã, protetora e promotora dos direitos humanos e sociais.

## Referências

---

- Ayres, José Ricardo Mesquita (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Brandão, Elaine (1998). Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In Cristina Bruschinl & Heloísa Buarque de Hollanda (Orgs.), *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil* (pp. 51-84). São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34.
- Campos, Carmen Hein (2002). *Justiça consensual e violência doméstica*. Themis: Textos bem ditos.
- Campos, Celia Maria Sivali & Mishima, Silvana Martins (2005). Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública* 2(4), 1260-1268.
- Campos, Gastão Wagner Souza (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Castro, Roberto & Caciue, Irene (Eds.) (2008). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*. Cuernavaca: UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarios.
- Cecílio, Luiz Carlos (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Roseni Pinheiro & Ruben Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- d'Oliveira, Ana Flavia (2000). *Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária*. Tese de doutorado inédita em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo.
- d'Oliveira, Ana Flavia & Schraiber, Lilia Blima (2005). *Identificando possibilidades e limites para a redução da violência contra as mulheres em três capitais brasileiras*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP (Relatório de pesquisa ao Ministério da Justiça. Brasil).
- Deslandes, Suelly Ferreira (1997). Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1), 103-107.
- Emirbayer, Mustafa & Goodwin, Jeff (1994). Network analysis, culture, and the problem of agency. *Am. J. Sociol.*, 99(6), 1411-53.



- Faculdade de Medicina da USP - FMUSP (2011). *Guia da cidadania: Uma rede de Defesa de Direitos da Mulher*. São Paulo: FMUSP, Departamento de Medicina Preventiva. Acessado em 17 out 2012, Disponível em <http://www.redededefesadedireitos.com.br/>
- Farah, Marta Ferreira Santos (2004). Gênero e políticas públicas. *Rev. Estud. Fem*, 12(1), 47-71.
- Figueiredo, Wagner Santos (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de doutorado inédita em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.
- Heise, Lori; Ellsberg, Mary Carol & Gottemoeller, Megan (1999). Ending violence against women. *Population Reports* 27(4), 8-38.
- Kiss, Ligia & Schraiber, Lilia Blima (2011). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(3), 1943-1952.
- Kiss, Ligia; Schraiber, Lilia Blima & d'Oliveira, Ana Flavia Pires (2007). Possibilidades de uma Rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 11(23), 485-501.
- Leocadio, Elcylene & Libardoni, Marlene (Orgs.) (2006). *O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência*. Brasília, AGENDE.
- Lima, Fausto Rodrigues & Santos, Claudilene (Coord.) (2009). *Violência Doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris.
- Marteletto, Regina Maria (2001). Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência de informação. *Ci. Inf. Brasília*, 30(1), 71-81.
- Marteletto, Regina Maria & Silva, Antonio Braz (2004). Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ci Inf. Brasília*, 32(3), 41-49.
- Massuno, Elizabeth (2002). Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero. In Eva Blay (Org.), *Igualdade de oportunidade para as mulheres* (pp. 25-55). São Paulo: Humanitas/ FFLCH/USP.
- Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno (1994). *Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Meneghel, Stela Nazareth (Org.) (2009). *Rotas Críticas II. Ferramentas para trabalhar com a violência de gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Njaine, Kathie; Assis, Simone Gonçalves; Gomes, Romeu & Minayo, Maria Cecília Souza (2006). Networks for prevention of violence: from utopia to action. *Ciênc saúde coletiva*, 11(2), 429-438.
- Pasinato, Wania & Santos, Cecília MacDowell (2008). *Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil*. Campinas: PAGU/UNICAMP.
- Peduzzi, Marina (1998). *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface trabalho e interação*. Tese de doutorado inédita em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas.
- Peduzzi, Marina & Schraiber, Lilia Blima (2006). Processo de trabalho em saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 199-207) (1 ed.). Rio de Janeiro - RJ: Fiocruz/EPSJV. v.1.
- Rede Mulher de Educação/UNIFEM (2003). *Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio à construção de rede de serviços pra o enfrentamento da violência contra a mulher*. São Paulo: Unifem.
- Sagot, Montserrat (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington: PAHO.
- Schraiber, Lilia Blima (1995). Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47, 28-35.
- Schraiber, Lilia Blima (2011). Quando o "êxito técnico" se recobre de "sucesso prático": o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(7), 3041-3042.

- Schraiber, Lilia Blima & Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno (1996). Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In Lilia Blima Schraiber, Maria Ines Baptistella Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (Org.), *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica* (pp. 29-47). São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, Lilia Blima; d'Oliveira, Ana Flavia Pires; Falcão, Marcia Theresa & Figueiredo, Wagner Santos (2005). *Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Schraiber, Lilia Blima; Figueiredo, Wagner Santos; Gomes, Romeu; Couto, Marcia Theresa; Pinheiro, Tiago Felix; Silva, Georgia Sibebe Nogueira & Valença, Otávio (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*; 26(5), 961-970.
- Villela, Wilza & Monteiro, Simone (Orgs.) (2005). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Wasserman, Stanley & Faust, Katherine (1994). *Social Network Analysis: methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Whaten, Nadine & Macmilan, Harriet L. (2003). Interventions for violence against women. *Scientific Review. JAMA*. 289(5), 589-600.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

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](#)