

Autocuidado das Profissionais da Assistência a Mulheres Vítimas de Violência

Self-care of Assistance Professionals for Victims of Violence

Cuidado Personal de Profesionales de Asistencia para Víctimas de Violencia

Karine David Andrade Santos(1); Joilson Pereira da Silva(2); Leonor María Cantera Espinosa(3)

1 Universidade Federal de Sergipe (UFS), Sergipe, Brasil.

E-mail: psimulti@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9951-9539>

2 Universidade Federal de Sergipe (UFS), Sergipe, Brasil.

E-mail: joilsonp@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9149-3020>

3 Universidade Autônoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Espanha.

E-mail: leonor.cantera@uab.cat | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4541-5993>

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 12, n. 2, p. 22-37, Julho-Dezembro, 2020 - ISSN 2175-5027

Número Temático: Relações Intergrupais: Preconceito e Exclusão Social

[Submetido: Setembro 19, 2019; Revisão: Outubro 10, 2019; Aceito: Fevereiro 19, 2020; Publicado: Agosto 31, 2020]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i2.3528>

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

Editor: Elder Cerqueira-Santos

Como citar este artigo / To cite this article: [clique aqui! / click here!](#)

Resumo

Esta pesquisa teve o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual e institucional efetivadas por profissionais da assistência a mulheres em situação de violência. Com este propósito, foi aplicado um roteiro de entrevista com perguntas sobre estes aspectos em 12 profissionais de centros de atendimento a mulheres em situação de violência na cidade de Aracaju e do interior de Sergipe, no Brasil. Os achados remetem para a importância dos fatores socioculturais e econômicos nas práticas de cuidado em saúde, os prejuízos causados em nível coletivo e institucional da presença de um Estado distanciado das questões públicas, e revelam os conflitos e dificuldades de delimitação do papel do profissional da psicologia na área da assistência social. Assim, os resultados deste estudo apontam para o fortalecimento do debate dos papéis assumidos pela mulher, dos movimentos de políticas públicas e de construção de novos saberes para a atuação profissional do psicólogo.

Palavras-Chave: Prática Profissional, Condições de trabalho, Autocuidado

Abstract

This research had the objective of verifying self - care practices at the individual, professional, collective and institutional levels carried out by professionals of assistance to victims of violence against women. With this purpose, an interview script with questions about these aspects was applied to 12 professionals from centers for the care of victims of violence against women in Aracaju and in the interior of Sergipe, Brazil. The findings point to the importance of sociocultural and economic factors in health care practices, the collective and institutional damage caused by the presence of a State that is distanced from public issues, and reveal the conflicts and difficulties of delimiting the role of the psychology professional in the area of social assistance. Thus, the results of this study point to the strengthening of the debate on the roles assumed by women, the public policy movements and the construction of new knowledge for the professional performance of the psychologist.

Keywords: Professional Practice, Work conditions, Self Care

Resumen

Esta investigación tuvo el objetivo de verificar las prácticas de autocuidado en los niveles individual, profesional, colectivo e institucional efectuados por profesionales de asistencia a víctimas de violencia contra la mujer. Con este propósito, se aplicó un itinerario de entrevista con preguntas sobre estos aspectos a 12 profesionales de centros de atención a víctimas de violencia contra la mujer de Aracaju e interior de Sergipe, Brasil. Los hallazgos remiten a la importancia de los factores socioculturales y económicos en las prácticas de cuidado en salud, los daños causados a nivel colectivo e institucional de la presencia de un Estado distanciado de las cuestiones públicas y revelan los conflictos y dificultades de delimitación del papel del profesional de la psicología en el área de la asistencia social. Así, los resultados de este estudio apuntan al fortalecimiento del debate de los papeles asumidos por la mujer, de los movimientos de políticas públicas y de construcción de nuevos saberes para la actuación profesional del psicólogo.

Palabras-clave: Práctica Profesional, Condiciones de trabajo, Autocuidado

Introdução

Os serviços de atendimento a mulheres em situação de violência representam um desdobramento dos princípios, diretrizes e ações da Política Nacional de Enfrentamento à violência contra a mulher (Brasil, 2011). Os profissionais alocados nestes tipos de serviços são testemunhas de relatos permeados pela agressão que suscitam ansiedade, angústia, impotência e até mesmo danos para a saúde física deste trabalhador.

O impacto de cuidar de mulheres em situação de violência foi documentado em uma pesquisa realizada por Goldblatt (2009) com enfermeiros em hospitais e clínicas de saúde que experimentavam reações como a total identificação com o alvo da violência até o distanciamento emocional diante dos casos atendidos. Além disso, o contato com as histórias de agressão evocava raiva, compaixão e tristeza acompanhada de um senso de responsabilidade pela saúde das pacientes assistidas.

As emoções são condutoras e facilitadoras para o surgimento da traumatização vicária. Este fenômeno, conforme estudo promovido por Jirek (2015) com trabalhadores de atendimento a mulheres agredidas, se caracteriza por prejuízos físicos e emocionais, como: distúrbios do sono e pesadelos, pensamentos intrusivos, náuseas, dores de cabeça, perda de apetite, afastamento da interação com a família e amigos e uma visão pessimista do mundo.

Outra implicação para a saúde decorrente deste tipo de atividade para estes profissionais é o transtorno de estresse traumático secundário cuja sintomatologia se caracteriza, principalmente, pela presença de pensamentos intrusivos, atitudes evitativas e hiperativação fisiológica (Lusk & Terrazas, 2015). Em conjunto com este acometimento, a síndrome de *burnout* também constitui uma consequência para a saúde destes profissionais e se define por três componentes sintomáticos: a exaustão emocional, a despersonalização e a exaustão emocional (Oliveira, 2015).

O exercício de cuidar de pessoas em situação de violência também ressoa na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais. Um desdobramento desta condição de traumatização das equipes ganha contornos através da reprodução da dinâmica violenta assistida na interação entre os próprios membros daquele conjunto profissional (Arón & Llanos, 2004). Este contexto se torna terreno fértil para o desenvolvimento de práticas de assédio moral entre estes trabalhadores (Quiñones, Cantera, & Ocampo, 2013).

Neste cenário de atendimento a pessoas vítimas de violência, o autocuidado emerge como ferramenta de prevenção para o adoecimento individual e grupal. Este se caracteriza por ações e práticas cotidianas para cuidar da saúde que são realizadas por um indivíduo, família ou grupo. Tais comportamentos são aprendidos ao longo da vida, e são implementados por livre decisão com a finalidade de fortalecer e restabelecer

a saúde bem como de prevenir doenças. São influenciadas pela configuração social, cultural e o período histórico em que as pessoas estão inseridas (Correa, 2003).

A implementação das práticas de autocuidado entre os profissionais de atendimento a mulheres em situação de violência é promovida nos níveis individual e grupal que, por sua vez, se subdivide em institucional, grupo e rede profissional. As ações de cuidado individual são caracterizadas pela atenção com os seguintes aspectos: alimentação, sono, atividade física, espaços para o lazer, manutenção do vínculo com os amigos, família e outras pessoas importantes, desenvolvimento da disposição para auto-observação e o cultivo de atividades de resolução e estimulação como leitura, escrita de um diário, dentre outras (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014).

Dentro do nível institucional, as seguintes ações representam eixos de implementação da prática de autocuidado: promover condições adequadas de trabalho, estar atento a qualidade das relações entre os profissionais, apoiar a construção de espaços de esvaziamento e decompressão para os trabalhadores, estruturar ambientes de formação e supervisão, estimular as decisões consensuais para os casos difíceis e favorecer estilos de liderança horizontais, flexíveis e protetores. Já, no âmbito das redes profissionais, as seguintes ações de autocuidado são promovidas através dos seguintes aspectos: intervenção em rede para os casos de violência, manter conexão com outros equipamentos do mesmo nível, desenvolver espaços e meios de retroalimentação e apoio político e suprainstitucional para as redes de trabalho (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016).

Dentro das equipes, estas práticas são expressas pelas seguintes atividades: resolução de conflitos e formação, promover a coesão interna para busca de melhorias ante a instituição, criar espaços informais de oxigenação, não realizar suposições a respeito da conduta dos colegas de trabalho diante de casos atendidos, respeitar a relação dos membros da equipe com os usuários assistidos e apoiar o compartilhamento de experiência profissional entre os componentes da equipe profissional (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016).

Apesar da importância fundamental da concretização do autocuidado em diferentes níveis para os profissionais de atendimento a vítimas de violência e trabalhadores envolvidos em relações de ajuda, observa-se que a formação profissional destes futuros cuidadores está calcada pela orientação técnica e produção científica, como constatado nos modelos universitários de formação destes profissionais no Brasil (Oliveira, 2015).

Para que um plano de autocuidado seja efetivado dentro de uma equipe profissional, determinados aspectos são direcionadores para a construção do mesmo, a saber: identificar as fontes internas e externas produtoras de tensão, constatar os diferentes estados de tensão produzidos na execução do trabalho, reconhecer as próprias vulnerabilidades e experiências pessoais de trauma e violência vivenciadas

profissionalmente, apontar para a forma como a saúde destes trabalhadores é afetada durante o desempenho da prestação de serviços e assumir a responsabilidade pelo cuidado consigo (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014).

Uma proposta de implementação das citadas ações de autocuidado foi identificada em um modelo interventivo para a redução dos sintomas de estresse traumático secundário em trabalhadores de saúde mental em Ruanda. Esta proposta se assentou nos seguintes eixos: educação e treinamento em estresse traumático secundário, supervisão, compartilhamento de sentimentos, melhoria das condições de trabalho, acesso a recursos adequados e sistemas de apoio, o estabelecimento de uma comunicação adequada e incentivo da adoção pelos profissionais de técnicas de relaxamento. Tais ações levaram a mudanças nas estratégias em lidar com o estresse por parte destes profissionais (Iyamuremye & Brysiewicz, 2015).

Outra proposta interventiva com a finalidade de minimizar os níveis de adoecimento entre os profissionais da assistência da violência foi implementada através do recurso da arteterapia com conselheiros dos serviços de atendimentos às vítimas de violência e agressão sexual contra a mulher (Ifrach & Miller, 2016). Os resultados apontaram para uma redução significativa do estresse entre os trabalhadores após o trabalho arteterapêutico, uma vez que este recurso possibilitou a liberação dos sentimentos e uma maior coesão grupal entre os trabalhadores.

Assim, diante da apresentação teórica exposta nesta seção, este artigo se direciona para o objetivo de verificar as práticas de autocuidado nos níveis individual e institucional efetivadas por profissionais da assistência a vítimas de violência contra a mulher.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 12 profissionais da assistência direta a mulheres em situação de violência. As respondentes apresentavam uma faixa etária média de 35 anos e prestam serviços desta natureza em diferentes centros de atendimento de Aracaju e interior do Estado de Sergipe, Brasil. As pesquisadas estavam distribuídas da seguinte forma: duas educadoras sociais, cinco assistentes sociais, três psicólogas e duas advogadas alocadas entre 1 CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), 2 CRAMs (Centros de Referência de Atendimento à Mulher) do interior de Sergipe e a DEAM (Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher), situada na DAGV (Delegacia de Atendimento a Grupos Vulneráveis) da cidade de Aracaju.

As participantes possuíam graduação, sendo que duas tinham pós-graduação *lato sensu* em suas respectivas áreas de atuação e se encontravam neste tipo de prestação de

serviço há 3 anos, em média. Em relação ao estado civil, oito profissionais eram casadas e com filhos, duas eram solteiras, uma era divorciada e uma estava em união estável, de maneira que boa parte das pesquisadas em união conjugal conviviam com seus maridos e filhos e as solteiras e divorciada moravam na casa dos pais.

Trata-se de uma amostragem por conveniência cujo critério de seleção foi orientado para os parâmetros de disponibilidade pessoal para a participação na pesquisa.

Instrumentos

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista composto por 18 questões relacionadas ao autocuidado em níveis individual e institucional, elaborado pelos autores deste estudo exclusivamente para esta pesquisa.

Procedimentos éticos

O estudo foi promovido mediante a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha uma breve descrição dos propósitos desta pesquisa. Além disso, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (UFS), conforme parecer nº 2.559.557 e CAAE 82003917.5.0000.5546.

Procedimentos de coleta de dados

O contato com as participantes foi intermediado por representantes de quatro centros de atendimento às demandas de violência contra mulher com o objetivo de rastrear a quantidade de profissionais especializados na prestação de serviços desta natureza e disponíveis para participar deste estudo. Na sequência, foram agendados data e local com as profissionais da assistência a mulheres em situação de violência para a realização das entrevistas.

Procedimento de análise de dados

Os resultados foram obtidos através do emprego do programa informatizado *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Este é um método informático que propicia diferentes maneiras de análises textuais e resulta em uma organização compreensível e clara do material escrito coletado. Para este estudo, foi eleita a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que estrutura o vocabulário em classes em um dendograma que evidencia as relações entre elas (Camargo & Justo, 2013).

Resultados

O corpus analisado foi formado por 12 UCI (Unidades de Contexto Iniciais) e fragmentado em 1.038 segmentos de texto e 3.645 palavras com uma frequência absoluta de 9,69 palavras por resposta. O dendograma produzido, tendo como base a homogeneidade dos segmentos de texto (Figura 1), identificou três classes de segmentos de texto. Através da averiguação da aba perfis gerados pela classificação hierárquica descendente, são reconhecidos os conteúdos lexicais de cada uma destas classes (Camargo & Justo, 2013).

As palavras mais recorrentes em cada classe estão apontadas no dendograma exibido na Figura 1. Foram escolhidas as 10 primeiras palavras exibidas em cada classe. Os discursos dos participantes ou segmentos de texto discutidos nesta análise foram retirados da aba Perfis, de forma que o contexto de cada classe fosse revelado por segmentos textuais característicos da realidade pesquisada. A CHD segmentou o corpus em três classes e em dois subcorpora, de maneira que ficou posicionada a classe 2 de um lado e, na sequência, a mesma se subdividiu nas classes 3 e 1.

Figura 1. Corpus Autocuidado das Profissionais da Assistência a Mulheres em Situação de Violência

Classe 1: Autocuidado Individual - Apoio Social. 35,5%			Classe 3: Autocuidado Individual - Saúde Física. 22,21%			Classe 2: Autocuidado da Equipe e Autocuidado profissional. 42,4%		
	<i>f</i>	<i>x</i> ²		<i>f</i>	<i>x</i> ²		<i>f</i>	<i>x</i> ²
mãe	91,38	84,56	hora	82,14	125,54	social	96,67	86,89
filho	89,29	75,46	manhã	89,47	104,96	assistente	100	61,35
família	73,44	43,31	comer	86,49	92,23	psicólogo	97,22	46,14
pai	92,86	41,51	noite	83,33	81,95	situação	88,89	33,18
irmão	92,59	39,61	água	86,21	71,76	serviço	100	30,62
marido	88,89	34,63	tomar	70,73	59,24	profissional	86,11	29,33
final	94,74	29,73	dormir	69,44	49,01	coordenador	95,45	25,98
vida	73,33	29,6	alimentação	88,89	47,73	equipe	100	24,94
sentir	71,11	26,22	café	81,82	46,86	caso	78,57	23,59
casa	63,77	26,07	dia	50	38,85	papel	100	22,12

Os resultados e discussão deste manuscrito do corpus “Autocuidado das profissionais da assistência a mulheres em situação de violência” (Figura 1) serão inaugurados pela Classe 1, intitulada “Autocuidado Individual – Apoio Social”, com 35,5% dos segmentos dos textos, direciona o debate para o papel da família e seus componentes como fontes de autocuidado para estas profissionais, bem como aponta para o impacto do sistema patriarcal no autocuidado destas profissionais. Já a Classe 3, construída por 42,4% dos segmentos de textos, foi denominada de “Autocuidado Individual - Saúde Física” e expõe os empecilhos encontrados pelas profissionais para cuidar da saúde física.

Por fim, a Classe 2, composta por 22,21% dos segmentos dos textos do corpus, foi qualificada como “Autocuidado da Equipe e Autocuidado profissional” e aborda os esforços promovidos pelo próprio conjunto profissional para cuidar de si, a ausência de autocuidado institucional e os prejuízos no autocuidado da identidade profissional de uma classe de trabalhadores.

Discussão

A classe 1 discute os papéis desempenhados pela figura materna e do grupo familiar na vida destas profissionais, no tocante ao autocuidado pessoal, e demonstra como o sistema patriarcal e machista influencia as relações de apoio estabelecidas pelas profissionais e o uso do tempo livre.

O primeiro aspecto a ser destacado foi a eminente presença da mãe como ponto de referência para construção de si, fonte de apoio emocional e ponto de decisão que direcionava as escolhas das trabalhadoras. Esta assertiva foi ilustrada pelo a seguir: “Eu me reconheço como batalhadora e eu me espelho na minha mãe. Minha mãe é assim” (Participante 6).

Dentro desta mesma linha, a busca pela companhia dos membros familiares, seja em momentos de reuniões e passeios, também emergia como um espaço de apoio emocional, lazer, acolhimento, bem-estar ou de exercício de valores pessoais. Tais constatações são corroboradas pelo discurso a seguir: “E sempre eu faço isso, semanalmente, todo final de semana: todo mundo sempre está junto na casa de minha mãe, os meus irmãos tocam, tem banda. Aí, a gente começa a cantar e assim, eu me sinto muito bem”(Participante 3).

Conforme apresentado até aqui, as ações de autocuidado individual destas profissionais eram calcadas na manutenção da rede de apoio familiar. Este, por sua vez, também exercia os seguintes papéis de cuidado de si neste nível para estas trabalhadoras: local de esvaziamento e descompressão, espaço de distração, fonte de bem-estar, terreno para buscar de ajuda emocional e concomitante revigoramento físico-psíquico (Coles, Dartnall, & Astbury, 2013).

No entanto, cabe destacar como a configuração cultural, dominada pelo sistema patriarcal e machista, desenhou contornos na realidade discutida nesta classe, uma vez que estas questões determinam a presença e a limitação destas profissionais a estes espaços privados e familiares (Saffioti, 2015). Neste interim, também foram encontrados fundamentos para a forte presença da figura materna, uma vez que, em sociedades com estas características, a mãe exerce o papel de eixo afetivo da família, de solucionar conflitos dentro dos espaços privados, encarregada de encontrar resolução dos problemas dos membros deste grupo com o mundo externo e de organização e manutenção dos vínculos familiares. Estas atribuições refletem a imensa diversidade e

magnitude de responsabilidades delegadas à mulher nos ambientes privados por esta engrenagem patriarcal e sexista (Castañeda, 2006).

Além disso, o contato com os ambientes públicos nos momentos de lazer e bem-estar também envolvia a presença e companhia de entes familiares. Tal afirmação está desenhada nesta fala: “Final de semana sempre dá uma fugidinha, nem que seja só um dia. Mas é para recarregar mesmo as baterias (energia), o convívio em família” (Participante 1).

Assim, os extratos trazidos acima denunciam como a divisão sexual modela e dificulta as interações destas mulheres com os espaços e vínculos diversos dos encontrados em seus espaços privados. Isto porque tal segmentação insere o homem no monopólio de exercício de atividades públicas, de representação e de domínio da troca e estabelecimento de diferentes relações dentro deste âmbito. Por outro lado, as mulheres estão excluídas não só dos lugares públicos, como da construção e fortalecimento destas trocas nestes espaços, seja em nível material ou simbólico (Bourdieu, 2006).

Apesar do uso do tempo livre para empreender interações com os membros da família para o exercício do autocuidado pessoal, como demonstrado em outros pontos desta discussão, foram identificados relatos de apoderamento desta dimensão no desempenho de atividades domésticas e zelo com a casa, bem como de cuidado e atenção com entes familiares, conforme ilustrado a seguir: “Mulher, eu não tenho tempo livre, como eu lhe digo, meu tempo livre é cuidando do meu pai e da minha mãe, do meu filho, do meu marido” (Participante 2); Assim, além de não dispor de um livre trânsito para formar vínculos com outros grupos no contexto público, o tempo disponível para o lazer por parte destas pesquisadas está sujeito a ser desapropriado e privatizado por obrigações impostas a estas mulheres pelo contexto patriarcal e machista (Castañeda, 2006).

Com isso, esta seção salienta como o gênero e aspectos socioculturais são pontos balizadores para as ações de autocuidado (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, & Campos-Navarro, 2011) e, deste modo, fundamentam os motivos pelos quais as participantes deste estudo empreendem suas ações de autocuidado individual dentro do contexto familiar e localizam empecilhos e restrições para o alargamento e manutenção de suas redes de apoio no âmbito público.

Por sua vez, a classe 2, qualificada como “Autocuidado Individual – Saúde Física”, apresentou as áreas de cuidado com a saúde física, as temáticas de insuficiente ou nenhuma ação de autocuidado e os esforços empreendidos para zelo e atenção com o próprio corpo por parte das participantes desta pesquisa.

Durante as entrevistas, foram identificados discursos a respeito da importância do consumo de água como fonte de bem-estar, disposição física e energia para as demandas oriundas da prestação de serviços de atendimento a vítimas de violência

contra a mulher. Os trechos a seguir fundamentam esta afirmação: “Eu consumo de dois a três litros de água. É o bem-estar, a imunidade, porque se você tem saúde, você tem trabalho, você tem disposição. Você é um profissional que consegue pensar, agir e ter seus reflexos do instinto” (Participante 1).

Assim, estas ações de zelo com o consumo de água configuram uma prática de autocuidado em nível pessoal (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016). Por outro lado, cabe salientar que o grau de disposição física para o exercício desta atividade salientado pelas pesquisadas remete a discussão dos riscos e prejuízos para a saúde envolvidos nesta atividade, pois a aproximação com as histórias de violência dos casos atendidos suscita uma gama de emoções e concomitante desgaste físico e emocional (Goldblatt, 2009).

Apesar desta experiência e compreensão sobre o dispêndio físico e emocional no desempenho das suas atividades laborativas, não foram constatados relatos sobre a busca por psicoterapia pelas pesquisadas como uma forma de autocuidado diante da natureza do serviço prestado. Tal realidade diverge da documentada por pesquisa de Gomà-Rodríguez, Cantera e Silva (2018), com trabalhadores da mesma área de atuação na Espanha, que adotavam a frequência em consultas de psicoterapia como uma forma de autocuidado pessoal.

Ainda nesta mesma linha, outra questão a ser salientada nesta discussão foi a respeito da qualidade e da quantidade de tempo dedicado ao repouso por parte destas profissionais. Como descrito na fala abaixo, estas profissionais foram afetadas, principalmente, pela pouca disponibilidade desta dimensão para o descanso do corpo: “Eu estou sem dormir desde ontem. Estava de plantão a noite toda. Tive lá duas horinhas de descanso, mas eu trabalho com saúde mental” (Participante 7).

O que se observa nos extratos trazidos é uma privatização e indisponibilidade deste tempo para o zelo com o repouso devido à dedicação ao papel de cuidadora imposto à mulher seja no âmbito privado, seja no espaço público que é reproduzido nos tipos de ofícios exercidos pelo ser feminino no mercado de trabalho (Castañeda, 2006).

Esta desapropriação desta dimensão da vida da mulher movida pelo envolvimento com inúmeros papéis, em destaque, para aquelas que envolvam a atenção e cuidado com o outro, não só atingia o repouso destas trabalhadoras, como também as localizava em um cenário de nenhum zelo com a rotina alimentar: “Péssimo. Pela minha vida corrida. Começando pelo café da manhã, que é a primeira alimentação, que a gente deveria ter muito cuidado” (Participante 6).

Contudo, mesmo imersas em um contexto de despojamento do próprio tempo em razão do desempenho de uma multiplicidade de papéis pelas pesquisadas, foram constatados tentativas e esforços de zelo com a alimentação e atividade física como discorridos no trecho transcrito a seguir: “Então, eu faço caminhada, mas muito pouco. Deveria fazer mais, deveria tomar como hábito na minha vida, mas, ultimamente, não estou priorizando isso” (Participante 1).

Com isso, esta insuficiência ou nulidade das práticas de autocuidado debatidas neste item discursivo remete às considerações trazidas por Gomá-Rodríguez et al. (2018), de que tal circunstância é resultado do desempenho do papel feminino de cuidar mais do outro, trazendo obstáculos para a escuta das próprias necessidades e de concomitante falta de ferramentas para dar consecução ao cuidado consigo.

Assim, como delineado na classe 1, o gênero e o cenário sociocultural balizam as ações de autocuidado destas trabalhadoras e, novamente, dispõem barreiras e dificuldades para que as mulheres disponham de tempo e espaço para o efetivo desvelo com a própria saúde física e mental.

Por sua vez, a classe 3, denominada “Autocuidado da Equipe e Autocuidado profissional”, aborda a atenção promovida entre os membros da equipe, as dificuldades de acionamento da rede de atendimento, conflitos e dificuldades no exercício do papel profissional e a desvalorização do ofício por uma classe de trabalhadores.

Assim, em relação ao autocuidado dos membros da equipe, foram identificados relatos de iniciativas deste conjunto, no sentido de promover a preservação e desvelo com a integridade física, a complementariedade de atuação entre os integrantes deste agrupamento, debates e reuniões para a tomada de decisões e o compartilhamento de experiências. Estas ações são apresentadas na fala a seguir: “Um completa o outro, um protege o outro, porque a gente está em situação de vulnerabilidade. Um protege o outro, um completa outro, o que um não faz o outro vai completar” (Participante 8).

Cabe destacar que, apesar das ações acima estarem localizadas como forma de autocuidado institucional, uma vez que estas seriam atribuições características deste nível (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016), percebeu-se, durante a pesquisa, que estas práticas eram desenvolvidas por livre disposição dos integrantes destas equipes e por isso, este desvelo e atenção entre os membros deste conjunto foi denominado de Autocuidado de equipe.

Com isso, nota-se nesta compreensão acima que a instituição estava distanciada ou totalmente ausente das responsabilidades de cuidar da sua equipe profissional, o que remete às consequências trazidas pela presença de um Estado neoliberal cujas prerrogativas não estão localizadas em ter um olhar cuidadoso e atento para os riscos ocupacionais envolvidos neste tipo de atividade. Deste modo, as próprias trabalhadoras assumiam esta tarefa de ordem institucional de empreender ações que preservem não só a saúde destas profissionais, como de melhor seguimento dos casos atendidos.

Esta circunstância de adoção de práticas por diligência das próprias profissionais também foi observada no acionamento da rede de atendimento. Conforme retratado no extrato abaixo, estas trabalhadoras apontaram para a fragmentação da rede profissional e o número insuficiente de profissionais nestes equipamentos cujas consequências estão situadas na prestação deficiente e incompleta dos serviços disponíveis ao alvo de violência e nos esforços voltados para o recolhimento das potenciais usuárias deste tipo

de serviço: “É aquele ditado: você nadou, nadou e morreu na beira da praia e sendo que aquele outro órgão, ele pode fazer alguma coisa, ele está com o mecanismo tudo ali, com o aparato todo para resolver aquela situação” (Participante 6).

Assim, este diligenciamento destas profissionais em reunir alvos de violência contra a mulher, através do comparecimento de membros ou coordenadores da equipe em outras instituições da rede de atendimento, nos direciona para uma realidade de fragmentação desta malha de prestação de serviços, conforme constatado pelos relatórios Observe (2010; 2011), e indica para a nulidade de práticas de autocuidado da rede profissional, tais como: atividades interventivas em rede para os casos de violência, estabelecer ligação com outros equipamentos do mesmo nível, promover espaços e meios de retroalimentação e apoio político e suprainstitucional para as estas malhas de atendimento a vítimas de violência (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016).

Apesar do suporte e ações de livre iniciativa movidas pelas trabalhadoras destes equipamentos para suprir deficiências institucionais da rede de atendimento, identificou-se que há uma zona conflituosa entre as profissionais de psicologia e de serviço social, de maneira que as primeiras citam dificuldades em ter clareza e definir limites em sua atuação profissional nestas instituições e as segundas detinham um maior protagonismo no exercício das suas atividades e menosprezam as atividades da psicologia: “E ainda hoje alguns gestores vêem que o assistente social é o assistente social e o psicólogo está ali como coadjuvante, pronto, somos coadjuvantes. É essa palavra” (Participante 8).

Esta realidade desenhada acima conflua com os apontamentos de Senra e Guzzo (2012) que constatarem tensões entre o papel profissional da psicologia e do serviço social, proporcionando incertezas quanto à interdependência entre as atuações e particularidades das atividades de cada profissional. Tal quadro ocasionava indagações sobre funções e papéis entre estes trabalhadores.

No entanto, é de suma importância destacar que a inserção do psicólogo na área de assistência social é recente, ao analisar a trajetória da atuação destes trabalhadores no contexto brasileiro, que, por sua vez, era marcadamente elitista, dotada de uma compreensão do homem a-histórica e a-social e com uma oferta de serviços cujos valores eram inatingíveis para boa parte da população (Senra & Guzzo, 2012). Por outro lado, as circunstâncias do mercado de trabalho fizeram com que estes profissionais adentrassem na assistência social em períodos mais recentes.

Estas explicações também servem de base para compreender a fala a seguir que relatam a vivência da desvalorização profissional deste trabalhador: “Então, acho que tudo isso passa pela questão da valorização e isso pega muito você enquanto profissional, porque você trabalha mais motivado” (Participante 8).

Assim, as questões expostas atingem o autocuidado no nível de identidade profissional (Sepúlveda, Males, & San Martín, 2014) para os trabalhadores da psicologia, uma vez que as dificuldades quanto à clareza e definição de suas próprias

atividades neste âmbito de atuação, a recente inserção na assistência social e um histórico de atividades voltadas para um contexto clínico de atendimento a um público mais abastado causam prejuízos no reconhecimento do valor do seu trabalho e na sua diferenciação dentro da equipe profissional da assistência social.

Deste modo, esta classe explicitou como estas profissionais estavam desertadas do autocuidado intistucional e de rede profissional que impulsionavam os trabalhadores situados nestas instituições a buscarem alternativas de cuidado e desvelo seja para proteger os membros deste conjunto, seja para alcançar uma boa qualidade nos serviços prestados. Além disso, demarcou os conflitos enfrentados pelos profissionais da psicologia que encontram dificuldades para a caracterização e delimitação de seu ofício no contexto da assistência social.

Por fim, esta discussão delimitou o gênero e a dinâmica machista e patriarcal como eixos dinamizadores que caracterizavam o autocuidado destas profissionais seja pela presença predominante dos membros familiares como as principais fontes de apoio social, seja na pouca disponibilidade de tempo invadido pelos diversos papéis exercidos por estas trabalhadores. Também destacou o distancionamento institucional no cuidado com os trabalhadores e concomitante atribuição de responsabilidade de ações neste nível para os próprios profissionais e a falta de reconhecimento e valorização profissional dos trabalhadores da psicologia.

Considerações Finais

Esta proposição indicou que as pesquisadas reconheciam seus espaços de apoio social, uma modalidade de autocuidado individual, em seus ambientes familiares que, por sua vez, cumprem as funções de lazer, bem-estar físico e psíquico, de escoamento e desprendimento das emoções, fonte de suporte emocional e conseqüente fortalecimento da saúde física e mental. Por outro lado, esta condição também traduzia o confinamento destas mulheres em espaços privados e familiares cuja expressão é situada nas limitações e empecilhos encontrados por estas trabalhadoras em ampliar seus laços sociais em relações que não estejam contidas neste circuito privativo e familiar.

Dentro desta realidade citada, foi constatado que as participantes vivenciavam uma dimensão temporal apoderada pelas atividades de cuidado com o outro, de maneira que a atenção com a qualidade do sono e a alimentação foram afetadas negativamente pelo exercício deste papel estereotipado da mulher em sociedades machistas. No entanto, foram identificados vestígios de esforços voltados para o desvelo com a saúde física seja no consumo de água em detrimento das características ocupacionais da atividade de prestação de serviços a vítimas de violência, seja na autofiscalização para realizar atividades físicas e ter uma rotina alimentar adequada.

Já em relação ao cuidado de si na institucional, observou-se a inserção destas trabalhadoras em um contexto de afastamento da atenção com as questões públicas por parte de um Estado neoliberal que leva estas profissionais a adotarem medidas de proteção e desvelo informais dentro da própria equipe. Estas iniciativas também foram encontradas no recolhimento de mulheres agredidas em outras instituições devido à fragmentação da rede que cria obstáculos para a completa cobertura da assistência destes alvos. Outra questão emergente foi o desencontro, descontinuidade e falta de complementariedade entre os papéis dos profissionais da psicologia e do serviço social que, por sua parte, trazem à luz as próprias dificuldades de reconhecimento, delimitação e afirmação do psicólogo no âmbito da assistência social.

Assim, este estudo é um aceno à reflexão para o fato de como este cuidado com a saúde por parte da mulher é prejudicado por uma lógica machista e patriarcal que privatiza o tempo em atividades de atenção com o outro, aprisiona e limita o ser feminino a redes de apoio social privadas e familiares. Associado a este aspecto, estas profissionais também assumiam por livre iniciativa práticas de cuidado de si que estariam sob a responsabilidade coletiva e institucional, principalmente. Com isso, ao abordar as questões de autocuidado nas equipes de profissionais da assistência a vítimas de violência, nos aponta a significativa importância das condições sociais, econômicas e culturais em que estas práticas de cuidado de si estão inseridas (Arenas-Monreal et al., 2011).

Deste modo, diante das ponderações tecidas, torna-se fundamental ampliar e fortalecer os debates sobre a mulher, de maneira que, antigas questões, como a disponibilidade do tempo, espaço e corpo feminino para o outro, travestido sob novas roupagens, sejam revisitadas e questionadas pelos movimentos feministas. Ainda na mesma linha de questionamento por parte de agrupamento coletivos, também é de suma importância que ocorra o constante revigoramento das pautas de sustentação das políticas públicas, uma vez que estas representam o caminho rumo ao efetivo autocuidado institucional e de concomitante implantação de programas voltados para a atenção da saúde com estas trabalhadoras.

Por fim, em outro sentido, para fortalecer o autocuidado da identidade profissional do psicólogo, é imprescindível que as estruturas curriculares dos cursos de graduação de psicologia atentem estas novas demandas de atuação do profissional, sejam fomentadas práticas e saberes que fortaleçam este trabalhador na área da assistência social e reconheçam que o psicólogo desprovido deste reconhecimento e definição dos seus papéis nesta âmbito está exposto a mais um risco ocupacional nesta área de assistência de atendimento a vítimas de violência contra a mulher.

Referências

- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42-48. Retrieved from 10.1177/1757975911422960
- Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20(2), 5-15. Retrieved from http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf
- Bourdieu, P. A. (2006). *Dominação Masculina* (M. H. Kuhner, Trad.). Rio de Janeiro: BestBolso.
- Brasil. (2011). Presidência da República. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM. Retrieved from <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contras-as-mulheres>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). *Tutorial para Uso do Software de Análise Textual IRAMUTEQ*. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Castañeda, M. (2006). *O Machismo Invisível*. São Paulo: A Girafa Editora.
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). "Preventing the pain" when working with family and sexual violence in primary care. *International journal of family medicine*, 1-5. doi: 10.1155/2013/198578
- Correa, O. T. (2003). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. *Hacia La Promocion de La Salud*, 8, 38-50. Retrieved from <http://www.fisac.org.mx/AUTICUIDADO.pdf>
- Goldblatt, H. (2009). Caring for Abused Women: Impact on Nurses' Professional and Personal Life Experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654. Retrieved from 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Gomà-Rodríguez, I., Cantera, L. M., & Silva, J. P. da. (2018). Autocuidado de los Profesionales que Trabajan en la Erradicacion de la Violencia de Pareja. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 17(1), 132- 43. doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol17-issuel-fulltext-1058
- Ifrach, E. R., & Miller, A. (2016). Social Action Art Therapy as an Intervention for Compassion Fatigue. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 34-39. doi:10.1016/j.aip.2016.05.009
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2015). The Development of a Model for Dealing with Secondary Traumatic Stress in Mental Health Workers in Rwanda. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 59-65. doi: 10.4102/hsag.v20i1.920
- Jirek, S. L. (2015). Soul Pain: the hidden toll of working with survivors of physical and sexual violence. *Sage Open*, 5(3), 1-13. doi: 10.1177/2158244015597905
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. doi: 10.1177/0739986315578842

- Observe (2010). *Condições para aplicação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal*. Retrieved from http://www.observe.ufba.br/_ARQ/Relatorio%20apresent%20e%20DEAMs.pdf
- Observe (2011). *Identificando Entraves na Articulação dos Serviços de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Familiar em Cinco Capitais: Belém, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e o Distrito Federal*. Retrieved from [http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes\[1\]%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes[1]%20(1).pdf)
- Oliveira, R. M. K. de. (2015). *Pra não Perder a Alma: o cuidado aos cuidadores* (3a ed.). São Leopoldo: Sinodal.
- Quiñones, P., Cantera, L. M., & Ocampo, C. L. O. (2013). La Violência Relacional en Contextos Laborales que Trabajan contra la Violência. In L. M. Cantera, S. Pallarés, & C. Selva (Eds.), *Del Mal-estar al Bienestar Laboral* (pp. 135-155). Barcelona: Amentia Editorial.
- Saffioti, H. (2015). *Gênero, Patriarcado e Violência* (2a ed.). São Paulo: Expressão Popular.
- Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência Social e Psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/05>
- Sepúlveda, K. H., Maleš, P. J., & San Martín, M. M. (2014). *Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado, Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario*. Retrieved from <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/12471430384ba8c2343ecf9.pdf>
- Velázquez, T., Rivera, M., & Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334. Retrieved from <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v5n2/v5n2a13.pdf>