

## **Violencia contra Mujeres: entre daños y reconstrucciones**

Trabajo presentado en el V Congreso Ibero Americano de Psicodrama,  
Ciudad de México, Maio/2005;  
y en la 1ª Conferência Internacional sobre Ofensas Sexuais  
São Paulo, 2005

Ana Carolina Azevêdo, psicóloga  
Dr. Eugenio Pita Tavares, médico obstetra  
Recife/PE, Brasil, 2005

### **Resumo:**

Este trabalho consiste em apresentar um trajeto percorrido com profissionais de saúde num hospital da rede pública em Recife, em busca de implementar um serviço de atendimento à mulheres em situação de violência doméstica e sexual.

A essência desta experiência consistiu em desenvolver um programa que envolvesse os aspectos sociais, culturais e biológicos que se inscrevem no terreno da violência contra mulheres e uma metodologia em que o grupo, seus fenômenos e a realidade institucional fossem focalizados como protagonistas, incluindo-se neste contexto o conteúdo técnico-científico. Partimos da dimensão interpessoal e relacional sobre o tema à esfera dos procedimentos e condutas, favorecendo a reflexão do que é ético, terapêutico e adequado em cada situação.

O presente texto revelará vários ângulos da experiência, destacando-se alguns instrumentos da metodologia psicodramática que foram valiosos para aquecer o grupo em relação às temáticas, elaborar novos conceitos e desenvolver atributos nos respectivos papéis profissionais, trabalhando-se os mitos, preconceitos, as tensões e resistências inerentes ao acompanhamento às mulheres num serviço desta natureza.

### **Resumen:**

Este trabajo ha objetivado entrenar profesionales de salud de un Hospital Público para acoger, acompañar y tratar a las mujeres y adolescentes que sufren violencia sexual y doméstica desde una perspectiva de género. Seguiremos un trayecto donde el programa, la metodología utilizada, los fenómenos grupales emergentes así como los resultados alcanzados serán compartidos.

Palabras Claves: Violencia Sexual, Violencia Doméstica, Género, Acompañar, Entrenamiento.

### **Contextualización de la Experiencia**

Este trabajo presenta las distintas etapas de un entrenamiento con profesionales de salud de diferentes especialidades, que ha objetivado la

estructuración de un servicio de atendimento a las mujeres en situación de violencia doméstica y sexual. Fue realizado en el Hospital Barão de Lucena (hospital de alta complejidad de la red pública) situado en Recife/PE-Brazil, en una localidad que favorece un gran flujo de personas.

El entrenamiento fue solicitado por la Secretaria Estadual de Salud en parceria con el Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), a partir de un programa propuesto por el Ministerio de la Salud para ampliar los servicios especializados en el Estado, en lo que se refiere al atendimento a las mujeres en situación de violencia doméstica y sexual. Fui invitada por el médico consultor contratado, Dr. Eugenio Pita Tavares, para que construyéramos un programa de intervención. Frente a este panorama, mi sensible compañero de trabajo y yo empezamos a perfilar los objetivos, las temáticas del curso y los procedimientos que íbamos a utilizar durante las dieciséis horas que teníamos en cada subgrupo, con un promedio de 25 participantes.

Nuestros objetivos iniciales eran capacitar a este público, o sea, "tornarlos aptos" para atender a las mujeres, favorecer la comprensión de la violencia en cuanto fenómeno de salud pública, desarrollar un equipo interdisciplinario e identificar estrategias posibles y eficaces para acoger los fenómenos relacionados con la violencia. La parceria favoreció la elaboración de un programa con énfasis en los aspectos culturales, psicosociales y biológicos que se inscriben en el escenario de la Violencia y la construcción de una metodología teórico vivencial, donde las experiencias de los participantes, los mitos, los prejuicios y el sentido de las intervenciones del profesional de salud en este ámbito son abordados, además de la presentación de contenidos teóricos, a través de recursos audiovisuales y recursos psicodramáticos

El Psicodrama (*drama, del grego: acción*) es un método de intervención y tratamiento de grupos (método sociátrico), criado por J.L. Moreno<sup>1</sup> en 1921 con el objetivo de favorecer la (re)vivencia de situaciones reales e imaginarias, en búsqueda de respuestas nuevas y adecuadas a las situaciones emergentes. A esta capacidad humana, Moreno llamó de "potencial espontaneo criativo". Este método se fundamenta en la Sociología, Psicología, Medicina y en el Teatro. Sus recursos técnicos pueden ser utilizados en: la Pesquisa de grupo, el Diagnóstico, la Terapéutica, la Profilaxia, así como en la Pedagogía de los grupos y aquí fueron utilizados con el fin de caldear al grupo, aclarar conceptos, trabajar con los vínculos que se forman en la red institucional y favorecer el "role playing" de los profesionales durante la entrevista con las personas que buscan ayuda en el servicio.

En este espacio no objetivo profundizar o presentar mis estudios sobre violencia contra mujeres, sino dotar algunas referencias de lo que ocurre en Brasil con relación a este tema, que contextualizan donde el Psicodrama ha sido incluido como instrumento en el desarrollo de roles profesionales y cuál es el panorama del entrenamiento cuando ponemos en relieve sus verdaderos protagonistas: el grupo y la estructura institucional y a esto añadimos las referencias teóricas y técnicas.

## **El programa**

### **I etapa**

- La violencia contra las mujeres y las construcciones culturales en las relaciones de género
- El ejercicio de la sexualidad - hombres y mujeres en nuestra cultura
- La mujer que sufre violencia: secuelas físicas, psíquicas y sociales
- El profesional de salud frente a la violencia doméstica, violencia sexual y el abortamiento previsto en ley: aspectos éticos, socioculturales y clínicos
- La entrevista con la mujer que demanda el servicio de salud: el vínculo que se establece en el contexto del atendimento
- Los vínculos del equipo de trabajo en el servicio de salud
- Los protocolos de atendimientos propuestos por el Ministerio de la Salud

## II etapa

- Supervisión de los primeros pasos de funcionamiento del servicio

## Referencias Históricas

La violencia contra mujeres es un tema impactante y polémico. Hasta hace poco tiempo se encontraba enterrado bajo los escombros, los sótanos de la Sociedad en diferentes culturas, sin un reconocimiento específico de sus determinantes y de sus consecuencias. A partir de la década de 70, los movimientos feministas y demás movimientos organizados de la Sociedad se han empeñado en tornar visibles la condición femenina y sus malos tratos. Entre los orígenes que, seguramente, respaldan este pacto de silencio, se encuentran la desigualdad en las relaciones de género, el sexismo, con un perfil de dominación/explotación del hombre sobre la mujer, que empieza durante el proceso de aprendizaje social, cuando a los niños se les enseñan a ser proveedores, fuertes, agresivos, racionales y a las mujeres, se les atribuyen funciones de cuidadoras, apaciguadoras de las relaciones familiares, mantenedoras del orden en el espacio privado del hogar, lo que contribuye para una realidad donde "... *As mulheres são amputadas, sobretudo no desenvolvimento e uso da razão e no exercício do poder...*" (Saffioti, 2004, p.35).

Aunque las revoluciones sociales, políticas, económicas a lo largo de la historia de la humanidad contribuyan para algunos cambios, el proceso camina lento, puesto que las estructuras sociales son muy rígidas y embazadas en el mantenimiento de las desigualdades, en la reproducción de modelos del Patriarcado, con predominancia y explotación del género masculino sobre el femenino.

En la sociedad brasileña, la Justicia y la Salud, también compuestas por profesionales "hijos de la desigualdad", se constituyen en la puerta de entrada de las víctimas de violencia, pero estas esferas han funcionado de forma desarticulada y poco acogedora a las verdaderas necesidades de este contexto. En la década de 80, surgieron intensos movimientos feministas con la intención de cambiar los rumbos de la asistencia en la Justicia. Solicitaban que no fuera concedida la absolución a los maridos y ex-maridos que habían asesinado a sus mujeres, con base en el argumento de "legítima defensa del honor" y carácter "pasional" del

crimen. Con esta bandera, solicitaban que los crímenes que acontecían en las relaciones íntimas fueran tratados como los que sucedían entre los desconocidos, denunciaban las atrocidades del mundo privado, buscaban instituir nuevas normas sociales para tratar la violencia conyugal, yendo más allá del dictado: "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher".

A partir de los años 90, *"a discussão da violência contra mulher foi remetida estratégica e conscientemente para três campos principais: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social, os três consolidados e reconhecidos internacionalmente... estes campos tinham conceitos e ferramentas que podiam ser úteis no trabalho com a violência contra a mulher, tais como a linguagem do direito e a noção de prevenção, por exemplo"* (Heise et al., 1996 in Schraiber & d'Oliveira). Ante estas nuevas expresiones y con el advenimiento de la Bioética, la violencia pasa a ser asumida como un fenómeno de salud pública y, por lo tanto, se avanzaba para más allá del tratamiento de las heridas físicas más visibles, que hasta entonces eran tratadas sin siquiera relacionarlas al contexto donde ocurrían. Las consecuencias para la salud psíquica, sexual y social debían tornarse visibles y ser tratadas, así como las heridas que sangraban y saltaban a los ojos del mundo. La inversión en la prevención y en la detección de los factores de riesgo van a constituirse como blancos en esta perspectiva.

En 1992, la ONU (Organización de las Naciones Unidas) conceptuó que la Violencia contra Mujer es: *"Todo acto dirigido a la mujer, que resulte en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de estos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, producidos en la vida pública y privada"* (Fonte Ipas, 2004).

El concepto de daño y la clasificación del mismo como crimen es variable de una cultura para otra y depende de las cláusulas vigentes en la legislación de cada País. En Brasil, los casos más recurrentes y de mayor impacto que llegan al servicio de salud son los que presentan manifestaciones de lesiones corporales y los derivados de la violación sexual (estupro) por los agresores "desconocidos". En general, estas mujeres llegan al hospital días o meses después de la agresión, cuando hay retrasos en el ciclo menstrual o la confirmación del embarazo. En la legislación brasileña sólo está permitida la interrupción del embarazo (aborto) en los casos de estupro y de riesgo de muerte para las mujeres embarazadas. Según el artículo 213 del Código Penal Brasileño (1940), el estupro queda caracterizado cuando hay penetración del pene en la vagina (conjunción carnal), bajo violencia o grave amenaza por parte del agresor.

Aún por el referido Código, en los casos de agresión, si no hay denuncia por parte de la víctima, sólo será abierto algún proceso en los casos de lesión corporal grave (lesión con pérdida de los sentidos, de órganos y funciones) o muerte, lo que traduce la complicidad con la impunidad. En lo que se refiere a la violación sexual que tiene un embarazo como consecuencia, a la mujer le queda asegurado el derecho al abortamiento, después que las entrevistas y los datos diagnósticos confirmen lo que haya sido revelado.

## Algunas lecturas de los fenómenos sociales

Con una mirada más próxima de esta realidad, empiezo a traducir y comprender la dinámica de los vínculos entre hombres y mujeres, lo que hay de más enraizado, de qué forma podré ayudar a los profesionales para que puedan atender a estas mujeres de forma más adecuada y espontánea, puesto que ellos también son frutos de esta Sociedad y están cargados de prejuicios, lo que contamina el desempeño del rol profesional y tensiona el campo de actuación, impidiéndoles de un verdadero "encuentro".<sup>2</sup>

Experiencias anteriores en cursos de capacitación y sensibilización sobre esta misma temática ya me favorecía el conocimiento del continente con lo que iba a depararme: la mayoría de las posturas en este contexto traduce cristalización, actitudes conservadas, el aprisionamiento de los profesionales a los prejuicios personales, culturales, tornándolos incapaces de evaluar con adecuación, coherencia y creatividad las situaciones que envuelven la violencia y el abortamiento.

Tensión es la palabra clave predominante en este encuentro: las mujeres, en su mayoría, están envueltas por la vergüenza (de la situación a la que están sometidas, por la exposición personal), por el miedo de no ser creída, de ser juzgada, criticada y castigada por aquellos que detienen "el poder del conocimiento" y van a entrar en sus cuerpos, por la culpabilización de la Sociedad, puesto que son vistas como si hubieran provocado al agresor por la forma como se llevan vestidas, por la belleza y feminidad. Los médicos y demás profesionales de salud se sienten amenazados en sus imágenes profesionales si abrazan causas de este tipo, también expuestos a la crítica y juicio del sistema social si son favorables al abortamiento, hasta mismo en los casos previstos por la ley; vulnerables al engaño como si no contaran con una visión sistémica y multievaluativa.

De acuerdo con la Etología, ciencia que estudia el comportamiento animal y sus actuaciones, libres de inferencias o interpretaciones, en el campo tenso el sujeto se torna menos apto a desarrollar un repertorio de respuestas adecuadas a las situaciones emergentes, porque su sistema de alarma interno dispara, el si mismo psicológico queda dilatado, comprometiendo el juego de roles sociales y la estructuración de los vínculos.

La Teoría de Roles propuesta por J.L. Moreno, criador del Psicodrama, añade otras referencias acerca de esta realidad, puesto que destaca: *"o papel é a menor unidade de conduta apresentada pelo indivíduo e tangencia o seu Eu. Corresponde a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos"*(Moreno, 1974, p.27 ). Sin un desarrollo adecuado del rol profesional en el contexto de la salud, la posibilidad de estructurarse un vínculo con quien busca ayuda es más escasa, lo que compromete la calidad de la atención.

Cuando el tema es la violencia en cuanto fenómeno de salud pública, informar a estos profesionales sobre los contenidos teóricos y las exigencias de las normas técnicas es un paso importante, pero no es lo suficiente para el aprendizaje de roles, para los cambios de actitudes en los atendimientos, ni para la constitución de un equipo bien preparado. Se hace necesario mucho más en el proceso de

revisión y desarrollo de lo que es adecuado, ético y terapéutico en las distintas actuaciones profesionales.

## **Las intervenciones en los grupos**

Inicialmente, las expectativas variaban: algunos querían oír lo que teníamos a decir, con una postura pasiva, expectante, otros demostraban desconfianza, descreencia cuanto a posibilidad de estructurarse un servicio de esta naturaleza en aquella Institución frente a los cambios administrativos y gubernamentales por los cuales pasaba y algunos más, interés y curiosidad, lo que todavía no significaba motivación. Esperaban que fuéramos a discurrir sobre procedimientos técnicos usuales en el contexto de la violencia y del abortamiento previsto en ley, que fuéramos a exigir reformas en las instalaciones físicas, adquisición de materiales y todavía, esperaban recibir orientaciones sobre "lo que debían hacer", lo que consiste en la parte final de nuestro trabajo, junto con el análisis de los límites del grupo y del hospital en cuanto sistema organizacional.

El primer elemento sorpresa es coger a las personas de las sillas y ponerlas a trabajar en subgrupos buscando sus referencias personales sobre las temáticas: hay resistencia a la participación, paralización, manifestaciones del tipo: "si es vivencia de grupo, voy a salir...", "que tarea difícil, complicada...", "?vamos a tener tareas a cumplir?" y todavía otras expresiones, de colaboración con la propuesta. La fotografía inicial del grupo empieza a revelarse: las personas hacen parte de un equipo, pero resisten al trabajo grupal, en esta etapa inicial evitan también a exponerse a nosotros que conducíamos la experiencia y las sacábamos de sus homeostasis habitual. Revelan, todavía, quiénes son sus líderes, cómo los participantes interactúan con los elementos nuevos, cómo exponen sus ideas y cómo se envuelven con las tareas que les proponemos.

Empezamos con caldeamientos mentales: Conversar sobre las relaciones de género, compartir sobre las referencias acerca de los patrones de comportamiento social y sexual de hombres y mujeres en nuestra cultura. Después utilizamos recursos psicodramáticos más específicos, como por ejemplo, la distribución de telas para la construcción de imágenes que traduzcan las ideas del grupo.

Según Rojas-Bermudez (1997), *" la imagen es construida a modo de escultura, con personas u objetos, fuera de sí mismo, para ofrecerle al sujeto las mayores posibilidades de objetivación y evaluación de lo que hace..."(p.140) " ...La consigna es que exprese con las telas lo que siente, piensa y cree que le ocurre, o simbolizar algún término o concepto significativo que haya utilizado ... es un procedimiento similar a la construcción de imágenes con personas. La gran diferencia es que con las telas, al no tener formas definidas, se obliga al protagonista a elaborar internamente la forma que exprese sus contenidos. Formas que en general son simbólicas, y por ello, nos permiten aproximarnos al conocimiento de su capacidad de abstracción y los procesos creativos del paciente" (p.176).*

El imaginario de los grupos empieza a ser objetivado hasta mismo en las elecciones de los colores de las telas: para las construcciones de lo que representaba el masculino, colores fuertes, oscuros y telas más gruesas, en cuanto que para el femenino colores más suaves y telas más ligeras. En lo que se refiere a

las formas construidas, algunas representan estereotipos comportamentales del universo masculino y femenino y muestran aún, diferencias en el espacio territorial ocupado por los dos géneros.

A las presentaciones de las imágenes se siguen los comentarios, las expresiones de sorpresa con el panorama presentado: "... *hablamos que las desigualdades entre los géneros están tan minimizadas y en verdad cuando concretizamos, esta desigualdad queda muy resaltada...*". En esta etapa son procesadas reflexiones sobre la perpetuación de un modelo de relaciones de género donde está presente la violación de los intereses, deseos y derechos de la mujer, lo que traduce la violencia de género. Es posible preguntarnos: ¿Cómo llega entonces al hospital la mujer involucrada en este capítulo de la Historia y cargada de más heridas y dolores por ser o haber sido violentada? ¿Cómo están siendo recibidas por los profesionales que las atienden y en aquel espacio tienen un poder legitimado ante sus pacientes? Se hace importante cuidar para que el poder y la asimetría en el vínculo profesional de salud y paciente no sean estructurantes para la violencia institucional.

Las expresiones de violencia son distintamente manifestadas, pero poco nombradas. Las marcas de la violencia pueden ser palpables cuando los golpes y las agresiones sufridas por el compañero en el hogar son atestiguadas por las heridas físicas corporales, pero fragilmente justificadas como si fueran accidentes ("resbalones, tropiezos..."), por las quejas ginecológicas (enfermedades transmisibles sexualmente, disfunciones sexuales, embarazo indeseado, amenazas de abortamiento, etc.). Y qué se dice de las heridas menos visibles y más silenciosas como los trastornos depresivos, de estrés, de ansiedad, el uso de drogas, entre otros.

Presentamos diapositivas que focalizan el contexto donde se presenta la violencia contra mujeres y su relación con la salud pública, algunos datos de este panorama en Brasil y en otras culturas, reflexiones sobre quien es esta mujer que sufre violencia, sus recursos egóicos y las marcas psíquicas de estas vivencias y, aún, observaciones sobre el agresor y sus actuaciones. Con el trayecto hasta aquí recorrido, nos volvimos al profesional de salud frente a estas cuestiones: ¿Qué vivencian? ¿Cuáles son los dispositivos internos accionados para actuar en estas situaciones? ¿Cuáles los sentimientos despertados?

Una técnica de comunicación estética, la técnica del dibujo de una figura humana en el suelo es una técnica expresiva que se ha mostrado muy efectiva para que los profesionales expresen y exploten las preguntas formuladas anteriormente. Se solicita a los participantes que rellenen las figuras con recortes de revistas viejas o otros materiales disponibles. Formas y contenidos son los focos, la relación con el ambiente se amplía y ellos se encuentran más implicados con el tema y con la construcción. La mayoría de las figuras mostraban la cabeza muy cargada de contenidos (prejuicios, orientaciones a dar, decisiones a tomar), así como la región del corazón y del tórax (los sentimientos despertados al contacto con la mujer victimizada), los brazos y manos contenían figuras que expresaban el sentido de recibir y ayudar a las mujeres y en las piernas y pies aparecían las dificultades de seguir los sinuosos caminos que se delinearían en este contexto. Hay una objetivación de la impotencia delante de algunas mujeres y sus historias, el

miedo de exponerse, de ser engañado, las dudas invaden sus mentes y los deberes profesionales, a veces, se confunden con los prejuicios.

Con esta vivencia parece que "los dioses del saber y de los procedimientos" se tornan más humanos, al depararse con sentimientos y sensaciones semejantes a las vividas por las mujeres en este contexto. Sensación de vulnerabilidad y desprotección aunque contenga el respaldo legal (?Y si las mujeres a partir de la oficialización del servicio vinieran a hacer colas para legitimar sus abortos clandestinos?), miedo de involucrarse como "testigo" de la situación de violencia, especialmente en los casos de violencia doméstica e intrafamiliar (?Qué debo hacer? ?Cómo encaminar/acompañar estos casos?), lo que contribuye para la subnotificación y para un registro incompleto de los datos y de las descripciones de lesiones; miedo y negación en atender los casos de abortamiento en función de valores personales, religiosos y de la formación académica, puesto que fueron entrenados para salvar vidas, para proteger al feto en los casos de embarazo. Por supuesto, esto también tiene íntima relación con el sentido "divinizado" y sublime de la maternidad en nuestra cultura. Se observa como este terreno es fértil para que se establezcan entre los personajes de este escenario las relaciones transferenciales, a despecto de las relaciones "técnicas".

La transferencia es un término que *"possui um sentido geral próximo ao de transporte, mas que implica em um deslocamento de valores, de direitos, de entidades..."* (Laplanche & Pontalis, 1986, p.669). Siempre que se habla en este fenómeno es más común pensar en los pacientes, pero no nos olvidemos que profesionales de salud también transfieren contenidos de sus historias de vida para las relaciones terapéuticas, independiente de su rol en el equipo, lo que a veces compromete la estructuración del vínculo. Moreno creía que el término transferencia, ya usado en la psicología subjetiva como fenómeno psicológico, no se refería a los múltiples sentimientos recíprocos entre los individuos ni a las estructuras socio emocionales resultantes de estos sentimientos. Él refería existir un proceso mayor y más amplio en el cual la transferencia estaría incluida, a lo que conceptuó de Tele. *"Tele é mais uma simples unidade de sentimento transmitida de um indivíduo para outro"*.(Moreno, 1992, p.180). El factor tele (del griego: a distancia) opera en toda experiencia interpersonal, y es lo que mantiene las estructuras sociales y su cohesión. Las relaciones interpersonales son técnicas, cuando conseguimos mantener relaciones genuinas, auténticas, considerándose las diferencias y dificultades intrínsecas.

La experiencia sigue su curso con el encuentro entre los profesionales de salud y las mujeres que les demandan ayuda. La consigna era: formar subgrupos, elegir en cada uno un entrevistador, independiente del área de actuación y otra persona que desempeñaría el rol de entrevistado. Presentábamos a esta última una situación de violencia, para que jugara el rol de la persona victimizada durante la entrevista. Volvimos al palco psicodramático para entrenar el rol profesional en la situación de entrevista con las mujeres, adolescentes, niñas y familiares o personas que las acompañaban.

Algunos fenómenos se destacaron: resistencia a entrevistar, puesto que es visto como algo amenazador ("...esto es un rollo..."), algunos entrevistadores, en especial los médicos, tienen una tendencia a focalizar la investigación en los síntomas físicos, sin un abordaje sobre los aspectos sociales de la historia de vida

de la paciente y ausencia de orientación cuanto al programa de abortamiento previsto en ley, lo que configura un continente poco acogedor para estas mujeres.

Algunos entrevistadores presentan dificultad de establecer una comunicación adecuada al nivel de comprensión de las pacientes, especialmente si estas son menores de edad y están acompañadas por alguna persona de su grupo social: "¿a quién debemos dar las informaciones, a las niñas o a sus responsables? (Reflexiones sobre los aspectos facilitadores de la alianza terapéutica). Si la niña víctima de abuso sexual no quiere abortar y su madre quiere, cómo proceder? (Reflexiones éticas sobre el vínculo del profesional de salud, paciente y el abordaje a las familias). ¿Cómo proceder si hay sospecha de violencia intrafamiliar, aunque no haya pruebas concretas? (Referencias a la legislación con base en el Estatuto de la Niñez y de la Adolescencia). ¿Cómo solicitar la actuación de otros profesionales del equipo, serán incorporados a la misma entrevista o les encaminaremos a las pacientes? (Reflexiones sobre el funcionamiento de los equipos multi e interdisciplinarios y el compromiso con la escucha, con el registro de las informaciones) ¿Cuáles son los pasos cuando el procedimiento terapéutico es el abortamiento - declaración de la mujer, denuncia del agresor, las funciones de los órganos jurídicos y de protección a las víctimas, las informaciones a la paciente de todas las etapas del proceso de abortamiento y el pos abortamiento y otras reflexiones que señalan los aspectos de la comunicación indicativos de una asistencia humanizada y aquellos que traducen la violencia institucional.

Este momento se ha mostrado muy enriquecedor, favoreciendo la emergencia de los sentimientos y percepciones en los distintos roles (profesionales y pacientes), la emergencia de respuestas espontáneas y creativas, los cuestionamientos referidos y la búsqueda de complementación de informaciones en las situaciones presentadas.

A los comentarios se sigue una presentación de diapositivas hecha por el médico del programa intitulada: "El Profesional de Salud y el Código Penal", donde las cuestiones éticas, los derechos, los deberes y procedimientos son discutidos. A continuación son presentados "Los Protocolos de Atendimento de acuerdo con Normas Técnicas propuestas por el Ministerio de la Salud.

La integración de la experiencia ha sido completada con las siguientes cuestiones a los grupos: Para que un servicio de atendimento a las mujeres en situación de violencia funcione en esta Institución, de qué disponen (recursos físicos, humanos, materiales, etc.), de qué necesitan. Con esto empiezan a visualizar que no son las instalaciones físicas lo que determina la calidad del atendimento, que el mayor y más valioso recurso en este servicio es un equipo bien entrenado, disponible y bien integrado, con compromiso profesional, ético y social ante la comunidad que demanda ayuda.

Para otorgar la comprensión de la formación de un equipo, reflexionamos sobre el modelo institucional predominante. En general, lo que se observa es el modelo multidisciplinario, lo que constituye una configuración de agrupamiento: los profesionales coexisten en un mismo espacio institucional, pero no actúan conjuntamente, no buscan las intersecciones entre las ciencias, por lo tanto no ven a la persona integralmente, sino segmentada y con esto van institucionalizando la fragmentación. Es una multitud de saberes y actuaciones sin conexiones. En Recife, los grupos en las instituciones tienen, en su mayoría, esta composición.

Creo que para la construcción de un modelo interdisciplinario, se hace necesario la descentralización del poder que en general se encuentra en las manos de los médicos, nuevas perspectivas y conocimiento sobre grupos, sus fenómenos y el concepto de interdependencia.

Analizando el trayecto hasta aquí presentado, observamos que al final el público se encontraba sensibilizado cuanto a la comprensión de la violencia y sus expresiones, han sido identificadas estrategias posibles para acoger a las personas en situación de violencia, pero la probabilidad de formación de un equipo parecía débil. El grupo se encontraba desagregado, desmotivado ante las dificultades por las cuales pasaba la estructura organizacional, con una deficiencia de profesionales (médicos obstetras, psicólogos) para atender a la demanda diaria. Capacitar, tornar apto un grupo, a depender de las características de cada grupo, de la temática en relieve y de los resultados que se desea alcanzar, exige un proceso de educación continuada, pero en general, el tiempo contratado por las Instituciones es un límite para la referida propuesta. Hasta el momento ninguna supervisión nos ha sido solicitada y creemos que, además de las razones presentadas, hay dificultad de trabajar con esta temática, puesto que exige una evaluación permanente delante de cada nueva situación, independiente de lo que esté disponible en los manuales y protocolos, exige romper con la mecanización de la asistencia pública, revisitar la propia subjetividad, las creencias y valores personales y confrontarlos en el ejercicio del rol profesional, exige todavía mayor tolerancia a la frustración en el trayecto que envuelve la búsqueda por la reconstrucción.

Aunque este panorama esté configurado, la metodología utilizada abre caminos, plantea semillas y despierta a las personas para el contacto con nuevas perspectivas. El juego en el que se envuelven los participantes, los saca del universo de la cristalización, los hace ampliar percepciones y explotar nuevas respuestas frente a la realidad.

---

Notas:

1. Jacob Levy Moreno: 1899-1974, nascido em Bucareste/Romenia, médico psiquiatra, criador del método psicodramático en Viena durante el pós guerra.

2. Encuentro: "*movimento do eu para o tu e do tu para o Eu*" ( in Martín, 1984, p. 195), se refiere a la interacción interpersonal recíproca con las verdades que la relación comporta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

DESLANDES, S.F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

DE BRUYN, M. *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública.* Carolina del Norte, Chapel Hill, 2001/2003 in <http://www.ipas.org.br>

FEBRASGO. BRASIL. Manual de Orientação: *Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei.* São Paulo, Ponto, 2004.

HIRIGOYEN. M.F. *El Acoso Moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana.* Paidós, Barcelona, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde *Violência Intrafamiliar:*

*orientações para a prática em serviço.* Brasília/DF, Editora MS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas,

Área Técnica: Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos agravos resultante da*

*VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES - Norma Técnica,*  
Brasília/DF, 1999

MORENO, J.L. *Psicodrama.* São Paulo, Cultrix, 1974.

MARTÍN, E.G. *J.L. Moreno: Psicologia do Encontro* São Paulo, Duas Cidades, 1984.

ROMAÑA, M<sup>a</sup>. A.. *Do Psicodrama Pedagógico à Pedagogia do Drama.* São Paulo, Papirus, 1996.

ROJAS-BERMUDEZ, J.G. *¿Que es el Sicodrama?* Buenos Aires, editorial Celcius, 1984

\_\_\_\_\_. *Teoría y Técnica Psicodramática.* Paidós, Barcelona, 1997.

SAFFIOTI, H.I.B. *Gênero, Patriarcado e Violência.* São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, L.B & D'OLIVEIRA, A.F.L. *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde* in <http://www.ipas.org.br/rhamas>

