

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

CAROLINE NARJARA RODRIGUES FERNANDES

**NARRATIVAS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE O
ATENDIMENTO NA ÁREA DE SAÚDE**

UBERLÂNDIA

2021

CAROLINE NARJARA RODRIGUES FERNANDES

**NARRATIVAS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE O
ATENDIMENTO NA ÁREA DE SAÚDE**

Pesquisa apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientadora: Professora. Dra. Miriam Tachibana

UBERLÂNDIA

2021

RESUMO

A violência sexual contra a mulher é um assunto complexo, que tem suas raízes na desigualdade de gênero e pode ter, dentre diversas consequências para a vida da vítima, a irrupção de uma gravidez não desejada. Assim, objetivamos investigar a experiência emocional de mulheres vítimas de estupro, que realizaram a interrupção legal da gestação, a respeito do cuidado que a elas foi ofertado na área da saúde. Foram entrevistadas quatro mulheres, cujas idades variaram entre 18 e 27 anos, que estavam sendo acompanhadas em um ambulatório especializado no cuidado de mulheres vítimas de violência sexual. As entrevistas foram mediadas por uma narrativa interativa, que foi criada exclusivamente para essa pesquisa, de forma a facilitar a associação livre das entrevistadas. Assim, cada participante criou um desfecho para a narrativa. Após as entrevistas, foram redigidas narrativas transferenciais pela pesquisadora que realizou os encontros. O conjunto do material foi analisado segundo o método psicanalítico, sendo organizado pela Teoria dos Campos. A partir das entrevistas, foi possível identificar o campo “Paralisia: quando se torna impossível adentrar o consultório”, que permite tecer reflexões sobre os diversos percalços que essas mulheres encontraram para pedir ajuda profissional, bem como os movimentos de enfrentamento por elas assumidos. Espera-se que, a partir desse estudo, seja possível fomentar que o atendimento especializado a essas mulheres se dê de modo mais humanizado.

Palavras- chave: Estupro; Atenção Integral à Saúde; Aborto.

ABSTRACT

Sexual violence against women is a complex issue, which has its roots in gender inequality and can have, among several consequences for the victim's life, the irruption of an unwanted pregnancy. Thus, we aim to investigate the emotional experience of women rape victims, who have had the legal termination of pregnancy, regarding the care offered to them in the area of health. Four women, whose ages ranged from 18 to 27 years old, were interviewed and were being accompanied in an outpatient clinic specialized in the care of women victims of sexual violence. The interviews were mediated by an interactive storytelling, which was created exclusively for this research, in order to facilitate the free association of the women interviewed. Thus, each participant created an outcome for the narrative. After the interviews, transference narratives were written by the researcher who conducted the meetings. The material was analyzed according to the psychoanalytical method, being organized by the Field Theory. From the interviews it was possible to identify the field "Paralysis: when it becomes impossible to enter the medical office", which allows us to weave reflections on the various setbacks that these women encountered to ask for professional help, as well as the movements of confrontation that they assumed. It is hoped that from this study it will be possible to foster a more humanized service to these women.

Keywords: Rape; Comprehensive Health Care; Abortion.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.2. A rede de apoio no atendimento a vítimas de VS.....	6
1.3. “Um feto feito na dor”: quando as consequências da VS repercutem em uma gravidez indesejada	7
2. MÉTODO.....	8
2.1. Participantes	8
2.2. Procedimento de coleta	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
5. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

1.1. (Des)caminhos da violência sexual no Brasil

Podemos compreender a violência sexual (VS) como qualquer ato ou tentativa de ato sexual em forma violência ou coerção. No Brasil, juridicamente falando, o estupro pode ser definido como o ato de obrigar alguém, seja mediante violência ou ameaça, a ter conjunção carnal ou outro ato libidinoso contra sua vontade (BRASIL, 2012).

Embora tais atos possam ocorrer contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades, a VS costuma ocorrer na maioria das vezes contra mulheres em qualquer ciclo de vida (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Pode-se pensar, a partir da constatação de que as mulheres são as principais vítimas, que a VS está intimamente ligada à suposta condição de fragilidade das mulheres em relação aos homens, causada pela assimetria de gênero (masculino/ feminino), o que nos remete a um contexto de uma hierarquia de poder (LIMA; DESLANDES, 2014). Essa realidade seria, assim, o retrato da desigualdade de gênero perpetuada no mundo, que acaba determinando papéis, posições e deveres diferentes para o homem e a mulher. Nessa perspectiva, a VS corresponderia a uma das mais sórdidas formas de violência de gênero.

Apesar dessa desigualdade já tão enraizada em nossa cultura, nas últimas décadas, notamos que a sociedade, de maneira geral, passou a olhar com mais cuidado à VS, tanto que, em 2011, o United Nations Development Fund for Woman (UNIFEM) chegou a declarar que a VS contra a mulher deveria ser prioridade na saúde pública, e, além disso, uma questão de segurança pública (UNIFEM, 2011). Não é possível afirmar, entretanto, se a atenção que vem sendo dada, na atualidade, ao fenômeno da VS, tem de fato diminuído a ocorrência de casos. Isso porque é difícil estimar a magnitude da VS, pois, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2015), por mais que tenham sido registrados 47.646 casos de estupro no Brasil, em 2014 - o equivalente a um estupro a cada 11 minutos -, há a compreensão de que, em média, apenas 35% dos crimes sexuais chegam a conhecimento público, o que dificultaria a precisão do quantitativo de casos.

Para fazer frente a essa problemática, informações sobre VS têm sido obtidas de modo distinto, não se restringindo mais aos dados relativos aos boletins de ocorrência que são registrados. Atualmente, conta-se também com informações advindas da notificação, que é feita, pelo profissional, junto aos órgãos competentes, quando ele se vê diante de um caso de VS, mesmo que se trate apenas de suspeita. A ideia da notificação é a de que, com maiores informações, seja possível planejar ações públicas, objetivando eliminar a

violência (BANNWART; BRINO, 2011). Ela acaba se tornando necessária pois, segundo Oliveira et al. (2014), a maior parte das mulheres não registra queixa, seja pelo constrangimento e humilhação, seja pelo sentimento de culpa pela violência (ou de virem a ser culpabilizadas pela violência por parte de seu círculo social), seja pelo medo da reação dos parceiros.

1.2. A rede de apoio no atendimento a vítimas de VS

Sabe-se que as vítimas que sofreram VS não apenas correm o risco de contraírem alguma doença sexualmente transmissível ou de se verem diante de uma gravidez indesejada, como, também, estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, como transtornos de estresse pós-traumático, depressão, somatização, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas (MACHADO et al., 2015). Em função disso, vê-se a importância de um cuidado multidisciplinar que abarque a complexidade do fenômeno que está atravessando a vítima.

Foi justamente a fim de assegurar um atendimento de qualidade às vítimas de VS que, desde 1998, o Ministério da Saúde do Brasil padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas por meio da Norma Técnica. A Norma preconiza que o atendimento emergencial deve ser feito nas primeiras 72 horas e ter como objetivo o acolhimento e administração de anticoncepção emergencial e profilaxias para doenças sexualmente transmissíveis, virais e bacterianas. Além disso, a Norma também prevê o atendimento de mulheres que solicitam a interrupção legal da gestação, nos casos de gravidez decorrente de estupro, conforme previsto no Código Penal Brasileiro desde 1940 (BRASIL, 2012).

Apesar do enorme avanço que representou a Norma Técnica de atendimento às vítimas de VS, vemos que ela vem sofrendo alterações desde que foi lançada, sendo constantemente revisitada. Uma das alterações ocorreu em 2005, que, em um passo de retrocesso, impôs a obrigatoriedade do boletim de ocorrência para o atendimento das mulheres no serviço especializado, o que dificultava o acesso das mesmas ao cuidado. Essa questão felizmente foi revista, na atualização da Norma Técnica de 2012, quando essa imposição foi retirada com o intuito de transpor a burocratização e reafirmar uma atenção integral e resolutiva (SOLVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Mas talvez o principal desafio a respeito da Norma Técnica relacione-se à compreensão de que a complexidade da VS requer situações plurais, no sentido de não adoção de protocolos fixos e únicos que desconsiderem a particularidade de cada caso. Assim, a abordagem frente aos casos de VS, nos serviços de saúde, exige que o profissional tenha a

capacidade de efetivamente atuar como facilitador do processo, construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades, refletindo acerca das questões sociais e respeitando o seu processo, sem julgamentos (PEDROSA; SPINK, 2011). O problema é que, para que isso ocorra, faz-se necessário mais do que a apresentação de uma Norma Técnica. Entende-se que é preciso continuamente repensar a forma como o atendimento tem sido feito, pois, para Vieira et al. (2016), os profissionais, em suas diferentes áreas de atuação, podem tanto contribuir para a interrupção do ciclo da violência como perpetuar a violência.

1.3. “Um feto feito na dor”: quando as consequências da VS repercutem em uma gravidez indesejada

Na legislação brasileira, o aborto provocado é ainda tido como um crime. Entretanto, dadas as consequências advindas de uma gravidez indesejada fruto de uma VS e dada as consequências da interrupção da gestação de forma insegura, que é feito por pessoas não habilitadas, o aborto inseguro pode apresentar grande risco à vida da mulher. Sabe-se que, a cada ano, aproximadamente 60 a 70 mil mulheres morrem em todo o mundo por complicações do abortamento inseguro, que configura como uma das quatro principais causas de morbimortalidade materna em países subdesenvolvidos (OMS, 2013).

Justamente por conta disso foram criados instrumentos que pudessem proteger pelo menos as mulheres vítimas de VS, que engravidaram em função do estupro. Um deles é o Decreto-Lei nº 2.848, de sete de dezembro de 1940, do Código penal Brasileiro, que, em seu artigo 128, inciso II, institui a permissão para a realização do abortamento quando a gravidez for resultante de estupro ou, por analogia, de outra forma de VS. Assim, o abortamento previsto em lei constitui um direito da mulher (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014). A interrupção de gestação é geralmente feita até a 20ª semana de gestação ou com um produto da concepção com peso inferior a 500 gramas e pode ocorrer de forma medicamentosa ou cirúrgica (BRASIL, 2012).

Estima-se que, no Brasil, a gestação indesejada atinja 7% das mulheres vítimas de VS, que, na grande maioria, opta por interrompê-la legalmente (BLAKE et al, 2014). Desse modo, vemos como a descriminalização do aborto provocado, nos casos de VS, configurou-se como uma conquista importante. Por outro lado, segundo Guimarães e Ramos (2017), em 2012, embora houvessem, no Brasil, 63 instituições de saúde que referiam oferecer o programa de abortamento previsto em lei, estes serviços se concentravam nas regiões metropolitanas do país. Ademais, poucas dessas instituições realizavam efetivamente esse tipo de procedimento,

principalmente pela falta de informação dos profissionais de saúde e das próprias vítimas em relação aos seus direitos (GUIMARÃES; RAMOS, 2017).

Vemos, assim, que, no cenário midiático e político vigente, embora a VS contra a mulher tenha se tornado um tema amplamente discutido, ainda se faz necessário voltar mais a atenção para esse fenômeno, incluindo na literatura científica especializada. Afinal, é notável a escassez de pesquisas empíricas nacionais sobre o atendimento às vítimas, sob o olhar delas, o que se torna preocupante se confrontada com a Lei nº 12.845/2013 da Presidência da República, de 1º de agosto de 2013, que preconiza a obrigatoriedade do atendimento integral e de forma humanizada às mulheres vítimas de VS. Isso porque, se não há investigações sobre como as mulheres se sentem, diante do atendimento prestado na área de saúde, como saber se estamos de fato cumprindo com o esperado? Ou, ainda, como seguirmos evoluindo no atendimento que vem sendo prestado a essa população?

Mediante o exposto, no presente trabalho, objetivamos investigar a experiência emocional de mulheres vítimas de VS, que realizaram a interrupção legal da gestação, a respeito do cuidado que a elas foi ofertado na área da saúde.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética de pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 20465619.3.0000.5152), iniciamos a busca de participantes dentre as mulheres vítimas de VS, que buscaram apoio institucional e interdisciplinar em um ambulatório especializado situado em um hospital universitário situado no interior do estado de Minas Gerais, e que é referência nacional no acolhimento de casos de VS. Assim, as participantes do estudo atenderam a apenas dois critérios de inclusão: 1) serem maiores de idade; e 2) estarem sendo acompanhadas no ambulatório em questão.

Para tanto, os profissionais do referido ambulatório, ao final do atendimento que estava sendo prestado às mulheres que eram maiores de idade, faziam o convite para que elas participassem do estudo, esclarecendo que a recusa em participar não afetaria na continuidade do atendimento prestado no ambulatório. Caso aceitassem, elas eram apresentadas à pesquisadora, que aguardava do lado de fora da sala de atendimento, para que a pesquisa desse início a partir da realização de uma entrevista individual.

Em um primeiro momento, tínhamos a expectativa de contar com 10 mulheres que haviam sofrido VS recente. Entretanto, devido à pandemia de SARS-CoV-2 (coronavírus), os atendimentos prestados no ambulatório foram suspensos temporariamente, de modo que não

foram realizadas entrevistas durante um determinado período. Ademais, foi comum recebermos recusas por parte das pacientes do ambulatório: foram 15 recusas. Assim, ao final, contamos com apenas quatro participantes, que coincidentemente haviam realizado a interrupção da gestação¹. Apesar disso, entendemos que essa amostra menor do que a originalmente estipulada não prejudicou a qualidade do estudo, pois a metodologia adotada seria a de amostragem por saturação, que, segundo Minayo (2017), refere-se à composição da amostra até o momento em que se entende que a coleta de novos dados, junto a novos participantes, não agregaria mais conhecimento sobre o fenômeno a ser estudado. Além disso, pelo fato de se tratar de uma pesquisa qualitativa, não havia de saída a preocupação em contar com um número elevado de participantes.

Às quatro participantes desse estudo foram atribuídos nomes fictícios, inspirados em deusas gregas, em função dos sentimentos que cada uma delas despertou na entrevistadora. As principais características referentes às entrevistadas são descritas na tabela abaixo:

Nome	Idade	Profissão	Possui filhos?	Idade gestacional²
Hebe	18	Do lar	Sim	6 semanas e 4 dias
Atena	27	Analista de Segurança	Não	3 semanas
Melpômene	27	Estudante	Sim	11 semanas e 3 dias
Gaia	27	Do lar	Sim	23 semanas e 3 dias

2.2. Procedimento de coleta

Três das quatro entrevistas foram realizadas presencialmente em uma sala disponibilizada no próprio ambulatório. Mas, devido à pandemia, como alguns atendimentos do ambulatório passaram a ser realizados de forma virtual, uma das entrevistas se deu virtualmente, por meio de ligação telefônica. Em ambas situações, no início da entrevista, apresentamos às participantes o termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista se deu através do método psicanalítico, que tem como regra fundamental a associação livre. Seguindo esta regra, buscamos interferir o mínimo possível no processo de entrevista, evitando dirigir a fala do indivíduo, uma vez que a interrupção no processo de associação livre pode despertar mecanismos de defesa e de resistência (FREUD, 1913/1996).

¹ Ressalta-se desse modo que, inicialmente, não tínhamos o objetivo de investigar especificamente a experiência emocional de mulheres vítimas de VS, que haviam interrompido legalmente as suas gestações. Entretanto, devido ao fato de todas as participantes do estudo se encontrarem nessa condição, a pesquisa acabou sendo levada a dedicar-se especificamente a esse fenômeno.

² A idade gestacional corresponde ao tempo de gestação em que as mulheres se encontravam ao chegarem ao ambulatório onde a pesquisa foi realizada.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que se fazia necessário privilegiarmos a fala espontânea das participantes, havia a preocupação em minimamente direcioná-las para o tema de interesse de pesquisa, vale dizer, à experiência emocional em relação ao atendimento prestado na área de saúde. Para tanto, fizemos uso de um recurso mediador dialógico, que respeitasse a associação livre das participantes, mas, ao mesmo tempo, favorecesse a sua comunicação em direção ao tema a ser pesquisado (AIELLO-VAISBERG, 1995).

Dentre as várias possibilidades de recurso mediador dialógico, apresentamos, às participantes, uma narrativa interativa (NI), que consiste numa estratégia metodológica em que o pesquisador elabora uma breve história fictícia, que apresenta alguma situação correlata ao tema principal da investigação, e que tem um desfecho aberto. Assim, a partir dela, os participantes são convidados a completarem a trama de forma livre e espontânea rumo a um desfecho para, em seguida, a associarem com a sua própria narrativa pessoal (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2013).

Para Miranda e Granato (2016), é necessário que a narrativa, por mais que seja ficcional, se assemelhe à vida real, permitindo, assim, que o participante se identifique com seus personagens, trazendo a sua própria história. Para as autoras, a adoção desse recurso mediador traz como principal vantagem viabilizar que o participante entre em contato com vivências emocionais perturbadoras de modo relativamente protegido, uma vez que ele é convidado a trazer dados de realidade por meio da ficção.

A NI elaborada especialmente para essa entrevista foi a seguinte:

“Ana acordou com um aperto no peito. Sentia um nó na garganta sem explicação. Porém, sabia que algo não estava bem e que precisaria ir ao médico. Sua angústia aumentou mais ao pensar nisso e não sabia se era de preocupação pelo mal-estar que estava sentindo naquele momento ou se por medo de voltar ao hospital. Nunca mais tinha ido lá, depois daquele dia. Quando chegou à triagem, Ana foi sentindo um mal-estar, já não sabia mais onde doía ou o que sentia. Foi apenas sendo tomada por uma sensação estranha. Andando pelo corredor, lembrou-se do cheiro daquele dia, do clima e até da roupa que usava no dia. Sentia como se estivesse revivendo aquele primeiro dia no hospital. Ficou com medo de encarar os profissionais e ver algum rosto conhecido, ficou com medo de olhar os consultórios e achar aquele em que havia sido atendida. Foi, então, se lembrando que, na ocasião do atendimento por conta do episódio sofrido...”

2.3. Procedimento de análise

Em seguida, a partir de cada entrevista, elaboramos um texto, no formato de uma narrativa transferencial, que equivale a um relato da entrevista levando em consideração a experiência contratransferencial do pesquisador (AIELLO-VAISBERG et al., 2009). Valorizamos tanto a contratransferência uma vez que, segundo Winnicott (1960/1982), equivaleria à resposta do analista às necessidades do paciente, de modo que, ao invés de ser entendida como uma falha do analista, ao se deixar vulnerável e receptivo aos sentimentos pessoais do outro, é tida como uma afetação que viabiliza que se entre em contato profundamente com aquilo o que o outro está experienciando.

Assim, segundo Medeiros (2009), a narrativa transferencial se torna muito útil, uma vez que permite que o pesquisador, enquanto narrador, reviva o encontro vivido e dê conta de apreender um sentido dramático do acontecer humano que lhe foi relatado. Desse modo, a partir da narrativa transferencial, ultrapassamos a lógica simplista de valorizar apenas a comunicação verbal do participante, incluindo, também, a dimensão relacional, isto é, aquilo o que aquele participante, naquela entrevista, despertou no entrevistador, num enfoque vincular. Desse modo, segundo Medeiros (2009), as narrativas transferenciais devem ser elaboradas valorizando o contato que se teve com o outro, com o pesquisador expressando os sentimentos contratransferenciais despertados, viabilizando que o leitor também possa compreender a atmosfera emocional do encontro clínico que foi experienciado (MEDEIROS, 2009).

A partir das quatro narrativas transferenciais que foram elaboradas e dos quatro desfechos apresentados pelas participantes após a apresentação da narrativa interativa, iniciamos o processo de análise de dados propriamente dito. A análise se deu a partir do método psicanalítico, tendo sido adotada a Teoria dos Campos, desenvolvida pelo psicanalista Fábio Hermann. Essa teoria busca compreender as manifestações humanas a partir da identificação dos campos de origem dessas manifestações, isto é, dos campos responsáveis em reger os sentidos dessas manifestações, sentidos esses que derivam do psiquismo individual e de elementos sociais e culturais (HERMANN, 2001).

Para que esses campos possam ser compreendidos, Herrmann (2007) considera que é necessário se valer do método psicanalítico, para que se faça a escuta interpretativa do que foi declarado de forma manifesta durante a entrevista. A partir dessa teoria, o material foi, então, analisado interpretativamente, a fim de identificar os campos que perpassavam as vítimas de VS, em relação ao atendimento que lhes foi prestado após a VS. Essa estratégia de pesquisa vem sendo cada vez mais usada em pesquisas psicanalíticas, como as de Paula e Tachibana (2019) e Tachibana e Rezende (2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise psicanalítica do material, identificamos um campo intitulado “Paralisia: quando se torna impossível adentrar o consultório”, que perpassava todas as participantes. A partir desse campo, todas as entrevistadas expressaram a dificuldade em entrar no consultório, seja para pedir ajuda pela primeira vez, seja para um retorno. Para ilustrar, apresentamos o trecho de uma das narrativas transferenciais derivada da entrevista com Hebe:

Hebe³ conta que foi vítima de estupro por parte de seu ex-marido. A participante relata que ele costumava “apenas” agredi-la fisicamente, até que, num certo dia, ao chegar alcoolizado em casa, forçou-a a ter relações sexuais: “Eu recusei, então ele me arrastou para o quarto. Doeu muito. Depois disso eu não sabia o que fazer, mas pensei que fosse normal, porque nós mulheres temos que estar presentes para nossos homens. Ele continuou fazendo isso várias vezes”. Tentando conter o choro, Hebe me olha e diz: “Sei que você não vai acreditar. Vai falar que é meu ex-marido e que eu consenti, mas eu não tinha para onde ir...”. A participante me narra, então, que, como começou a sentir muita cólica, resolveu se consultar numa rede de atenção secundária, para verificar se ele não a teria machucado com a sua força. Complementa: “Mas foi pior... Foi como um raio me atravessando. A enfermeira gritava comigo que eu já estava grávida de 11 semanas e não estava fazendo o pré-natal. Conteí que foi uma violência de meu companheiro e elas falaram que a culpa era toda minha...”. Hebe conta que, no entanto, uma psicóloga a viu chorando no corredor e, ao ouvir sobre a sua história, encaminhou-a para o ambulatório especializado. Hebe diz que, naquele dia, voltou para casa apenas para pegar as suas coisas e que, desde então, estava residindo com a sua irmã, sem ter voltado a se encontrar com o agressor. Ao final da entrevista, quando apresento a narrativa interativa para a participante, ela a finaliza dizendo que: “A personagem não consegue entrar no consultório e vai embora”. Questiono-lhe o que fez com que ela, no entanto, comparecesse ao serviço especializado ao qual havia sido encaminhada e ela diz: “Aqui foi diferente, porque nem queriam saber quem violentou ou não. Só me perguntaram o que eu queria”.

³ Foi dado o nome fictício Hebe, para esta participante, porque ela era muito jovem e, em vários momentos da entrevista, manifestou um movimento de servidão, como se tivesse que agradar aquele que está ao seu redor. Na mitologia grega, a deusa Hebe, filha de Zeus e Hera, era considerada a deusa da juventude e, por ter o privilégio da juventude, representava a donzela consagrada a servir outros deuses.

Num primeiro momento, seria possível pensarmos que o mal-estar de Hebe se daria apenas pelo atendimento prestado na rede não especializada, vale dizer, na rede primária e secundária de saúde, já que ela faz uma distinção clara entre os tipos de serviço. De fato, segundo pesquisa realizada em Salvador, voltada aos profissionais da rede não especializada que atendem vítimas de VS, observou-se que muitos deles desconheciam os serviços especializados que podem auxiliar a mulher no cuidado desse agravo, bem como desconheciam a importância da articulação da rede nesses casos (GOMES et al., 2012). Assim, como nos primeiros atendimentos não especializados parece haver uma inabilidade dos profissionais em relação ao manejo dos casos de VS, não raro a mulher se desanima em dar continuidade aos atendimentos (TRIGUEIRO et al., 2018).

É justamente por conta disso que, para o Ministério da Saúde, seria tão importante a oferta de educação continuada para os profissionais, em relação às condutas adotadas por eles diante de uma vítima de VS, para que, como apontam Bezerra et al.(2016), os diferentes profissionais dos diversos serviços de saúde sejam capazes de constituir uma rede estruturada e efetiva, se comunicando em uníssono e garantindo a eficácia do atendimento, numa atenção intersectorial à saúde (BENUTE et al., 2012). Esse seria o meio ideal para que as mulheres vítimas de estupro pudessem fazer a “passagem” entre o serviço não especializado e o serviço especializado, que, para Santos, Antunes e Penna (2014), é aquele capaz de oferecer efetivamente um atendimento integral e multiprofissional para a reabilitação da integridade física e psicossocial dessas mulheres, cuidando dos agravos causados pela violência, incluindo a possibilidade de um aborto legal.

Num segundo momento, entretanto, vale nos questionarmos se a dificuldade da mulher em adentrar o consultório teria a ver exclusivamente com o consultório da rede não especializada. Isso porque, segundo Trigueiro et al. (2015), que realizaram uma pesquisa em um serviço especializado no Paraná, foi possível perceber que, inclusive na rede especializada, há uma baixa adesão do tratamento completo de 180 dias, preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo apenas 19,54% das pacientes as que se mantêm até o final do tratamento. Bezerra et al. (2016) identificaram em sua pesquisa, realizada com 68 profissionais de saúde integrantes de hospitais públicos de Fortaleza, que, de maneira geral, as mulheres buscam o serviço de saúde apenas para examinar e medicalizar o corpo de forma pontual, sem darem continuidade ao tratamento.

Ao analisarmos mais profundamente a narrativa de Hebe, notamos que a própria revela que só buscou ajuda profissional após sentir cólicas, passando por vários episódios de estupro sem considerar a possibilidade de solicitar auxílio já num primeiro momento. Nesse sentido,

vemos que a dificuldade de Hebe em adentrar o consultório não teve a ver só com o mau atendimento prestado no serviço não especializado, configurando-se em uma “paralisia” anterior a essa experiência negativa na rede de atenção secundária. É possível pensarmos que, talvez, o que tenha impedido Hebe de buscar ajuda profissional fosse o receio de que sua narrativa a respeito do estupro não tivesse credibilidade, principalmente devido ao fato de seu agressor ser seu cônjuge. Na entrevista, ela inclusive chega a comunicar que sabia que a entrevistadora não estava acreditando nela, comunicando o receio de estar diante de uma profissional da área da saúde que mais a estaria julgando do que a acolhendo.

Embora esse não fosse o caso – não estávamos desconfiadas da veracidade da narrativa de Hebe –, sabemos que não raro ocorre de os profissionais da área de saúde fazerem um julgamento em relação às mulheres vítimas de violência sexual. Diniz et al.(2014), ao investigarem cinco serviços legais de aborto no Brasil, identificaram que quatro deles iam contra a norma técnica preconizada, com os profissionais dos referidos serviços tendendo a desvalidar os discursos das pacientes, atravessados sobretudo pelo medo de estarem sendo enganados por elas, com a fantasia de que seus discursos fossem apenas um meio para que pudessem conseguir uma interrupção segura da gestação.

Aqui seria possível nos questionarmos se a mulher grávida de uma VS pode vir a sofrer mais desconfiança, em sua narrativa sobre o estupro, do que a mulher vítima de VS e que não ficou grávida. Vale, nesse ponto, recorrermos ao trecho da narrativa transferencial derivada da entrevista com outra participante, em cujo discurso a questão da gestação foi bastante enfatizada:

Atena⁴ inicia sua história contando que demorou uma semana para procurar ajuda, pois não sabia exatamente o que havia acontecido, já que havia sido estuprada após ter sido dopada por um conhecido da igreja. Desse modo, ela não se recordava do que havia ocorrido com ela. Como dias depois do ocorrido, ela começou a ter dores e corrimento, foi na rede de atenção secundária, relatando que talvez tivesse sido vítima de VS, onde se sentiu desacolhida pelo médico, que lhe disse que não havia nada a ser feito. Num segundo atendimento, dessa vez no hospital, a participante conta que se sentiu assustada, pois foi submetida a vários procedimentos, sem que lhe explicassem o que estavam fazendo. Conta de um médico que abriu as suas pernas e lhe disse: “Relaxa que você não está relaxada o

⁴ A entrevistada recebeu o nome de Atena porque, durante a entrevista, trouxe constantemente seu conhecimento e a compreensão de seus direitos, assim como manifestou a preocupação em julgar sempre de forma justa, corroborando com a persona da deusa Atena que é conhecida por ser a deusa da sabedoria e da justiça.

bastante”, o que fez com que ela ficasse com muita raiva. Mas Atena relata que a parte mais difícil foi quando descobriu que estava grávida, pois não só teve que lidar com suas próprias questões em relação ao aborto (a participante é muito religiosa), como, também, percebeu que alguns profissionais da saúde a estavam censurando em relação à possibilidade de ela vir a abortar. Atena conta que uma médica chegou inclusive a dizer-lhe que o melhor era ela voltar para casa.

O impasse acabou sendo resolvido quando Atena descobriu que de todo modo ela sofreria uma interrupção espontânea da gravidez. Ao final, Atena considera que a gravidez teria tido um efeito positivo: “Descobrir que estava grávida me aliviou, pois entendi que eu estava certa na minha suspeita de estupro, que não estava julgando sem saber”. Ela conta que quis coletar o material genético do feto como prova para um futuro processo judicial: “Para mim não vai fazer diferença, pois já aconteceu. Mas, se tiver outra pessoa, que ela não passe por isso”. No final da entrevista, quando lhe apresento a narrativa interativa, ela a completa da seguinte forma: “Ela procurou ajuda de outros profissionais, na família, nos amigos..., apesar de eu saber que não é isso o que acontece normalmente”.

No desfecho da narrativa interativa, Atena escancara o campo da paralisia ao apontar que, normalmente o que ocorre é a não busca de ajuda. Entretanto, diferentemente de Hebe, Atena revela que, no caso específico dela, o que a paralisou não foi tanto o receio de vir a ser desacreditada em relação ao estupro sofrido, pois ela mesma, num primeiro momento, não tinha certeza do que lhe havia ocorrido. Podemos pensar que talvez ela também quisesse não acreditar que algo tão invasivo havia acontecido consigo. Para Atena, a paralisia emergiu sobretudo diante do mal-estar frente à sua escolha em interromper voluntariamente a gestação fruto do estupro, mal-estar esse que vinha tanto em função da cultura religiosa que a atravessava como da equipe de profissionais da saúde, que parecia se posicionar contra a interrupção voluntária da gestação.

Vários estudos têm discorrido sobre como a condição de ilegalidade do aborto no Brasil fomenta o julgamento moral desse coletivo, contaminando negativamente o atendimento que é prestado às mulheres vítimas de estupro (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). Blake et al. (2015), que realizaram uma revisão da literatura buscando identificar fatores do aborto tardio após estupro, notaram que um dos que levaram as mulheres a demorarem para buscar ajuda profissional foi o temor de não serem acolhidas nos serviços da área de saúde. Esse temor, que fundamenta a paralisia tão escancarada no presente estudo, se relaciona com o fato de que, mesmo que a mulher vítima de VS tenha o direito previsto em lei

de interromper legalmente a gestação, há apenas uma pequena quantidade de profissionais dispostos a realizar esse tipo de intervenção, seja porque predomina um desconhecimento dos profissionais em relação à legislação vigente sobre o aborto legal, o que lhes suscita medo em relação às possíveis complicações judiciais (MADEIRO; DINIZ, 2016), seja devido à objeção de consciência⁵, vale dizer, o direito do médico de se recusar a participar desse tipo de atendimento, por questões morais e/ou religiosas.

Embora pareça que estamos falando sobre dois fatores distintos que atravessam os profissionais da área de saúde - medo em relação às complicações judiciais e recusa por questões religiosas -, notamos como esses dois aspectos encontram-se superpostos, num resgate histórico. Segundo Guillaumin (2014), na antiguidade, o aborto era uma prática considerada comum, o que pode ser visto em obras de arte e relatos na literatura. Foi apenas no século XIX que o aborto passou a ser proibido no ocidente, principalmente por influência da Igreja Católica. Nesse sentido, a criminalização das mulheres teria como base a ideologia religiosa, que, por sua vez, mergulhada em valores patriarcais, repousa na apropriação do corpo feminino.

Nesse ponto, é válido pensarmos que o mau atendimento prestado pelos profissionais da área de saúde, sejam eles da rede especializada ou não, seria um reflexo de toda uma cultura atravessada ainda pela tradição patriarcal. Segundo Freitas e Farinelli (2016), a sociedade tende a encarar o corpo feminino esperando que ele atenda aos padrões daquilo o que seria esperado da “natureza feminina”, com a mulher, no campo da esfera sexual, sendo tomada como um objeto propiciador da satisfação sexual do homem, cuja expressão natural de macho, por sua vez, seria a de conquistar e dominar a fêmea. Ainda, caberia ao corpo feminino voltar-se compulsoriamente à gestação (SANTOS; SILVEIRA, 2017), uma vez que, quando a mulher, apta a gestar, escolhe abortar, ela automaticamente passa a ser vista como uma transgressora da ordem social.

Desde essa perspectiva, toda a sociedade (e não apenas o microcosmo constituído pelos profissionais da área de saúde) tenderia a culpabilizar as mulheres por terem provocado ativamente os homens incapazes de controlar os seus impulsos sexuais (FREITAS; FARINELLI, 2016), bem como tenderia a violar o seu direito de escolha em relação à continuidade da gestação, partindo da lógica da universalização e da padronização da

⁵ Paro, Carneiro e Hasse (2019) fazem uma observação em relação ao uso que tem sido feito da objeção de consciência, na maioria dos equipamentos de saúde. Segundo as autoras, ela parece se dar de forma “seletiva”, uma vez que, nos casos em que a mulher corre risco de vida ou nos casos em que foi diagnosticada a anencefalia fetal, o aborto já não suscita tanta recusa por parte dos médicos quanto nos casos em que a gravidez a ser interrompida é em função dela ser derivada de um estupro.

maternidade (ALLEGRETTI, 2019). Mas, no caso do grupo de profissionais da área da saúde, essa questão se tornaria ainda mais problemática, uma vez que se trata de um coletivo que supostamente deveria ofertar à vítima de VS exclusivamente cuidado. Desde essa perspectiva, é possível nos questionarmos se a objeção de consciência não seria mais uma forma de violência contra a mulher vítima de VS, levando-a a uma vitimização secundária. Seriam as mulheres, que escolheram abortar após engravidarem em decorrência do estupro, duplamente vítimas de violência?

Nesse sentido, não nos surpreende que as mulheres vítimas de estupro sejam atravessadas pelo silêncio (MACHADO et al., 2015) ou, como estamos usando em nossa pesquisa, ao campo da paralisia, tendo dificuldades não apenas para adentrar no consultório, mas, de maneira análoga, para procurar as vias legais, gerando a subnotificação da violência sexual (FILEBORN, 2014; MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011). Essa paralisia abarcaria também a relação com as pessoas do convívio pessoal, como observamos no seguinte trecho da narrativa transferencial relativa a outra entrevista:

Melpômene⁶ inicia me contando que foi estuprada quando estava voltando para casa, às 20hs. Como, em função da pandemia, as ruas estavam vazias por causa do isolamento social, um homem a estuprou no meio da rua mesmo, sem que ninguém os visse. Ela conta que, ao chegar em sua casa, decidiu que não contaria para a sua mãe, pois Melpomêne já havia sido violentada sexualmente no passado, por um namorado com quem ela não queria perder a virgindade. Segundo ela, naquele primeiro episódio, quando contou para a sua mãe, ela lhe disse que fora algo que ela quisera, não dando crédito à narrativa do estupro. Assim, Melpômene ficou imaginando que, dessa segunda vez, sua mãe a acusaria lhe indagando: “O que você estava fazendo na rua uma hora dessas?”. Embora a participante já tivesse se decidido a nem sequer prestar queixa, dizendo que temia ser maltratada na delegacia, preferindo apenas chegar em casa e tomar um banho o mais rapidamente possível, algumas semanas depois, ela descobriu que estava grávida. Melpômene acabou decidindo, assim, ir diretamente para o serviço especializado, que ela já tinha conhecimento que existia. A participante me conta que, tão logo se apresentou à recepcionista, ela lhe perguntou em tom alto: “Você foi abusada?”, o que fez com que ela se sentisse extremamente exposta e com vontade de desistir e de ir embora. Ela conta, entretanto, que seguiu adiante, pois precisava interromper a gestação: “Eu não seria feliz. Esse bebê também não”. Convido-a então a

⁶ Melpomêne é uma das nove musas da mitologia grega, sendo considerada a musa da tragédia. Esse foi o pseudônimo dado à entrevistada, uma vez que ela narra repetidas vivências de tragédias, assim como a vivência de repetidas violências e o descrédito por parte de seus pares.

lernos a narrativa interativa, a qual ela completa dizendo sobre o medo da protagonista da narrativa interativa de ver ali, no serviço, rostos conhecidos. Então ela diz: “Foi igual a mim no dia da violência: queria muito algum rosto conhecido para me salvar, mas ao mesmo tempo não queria ver ninguém, pois era muito vergonhoso. O ambulatório me lembra muito o que vivi. Me remete muitas sensações, assim como olhar as roupas que eu vestia. Eu acho que a personagem fica angustiada, né, porque eu fico de entrar aqui toda vez”. Ao finalizar a entrevista, Melpômene diz ter achado importante ter concedido a entrevista, compreendendo que a pesquisa poderia ajudar a melhorar o atendimento para outras mulheres.

Ao longo de toda a entrevista, Melpômene narra o quanto a presença dos outros (fosse de profissionais, como os funcionários da delegacia e a recepcionista do ambulatório; fosse de pessoas do entorno pessoal, como a própria mãe) estava já de saída associada a muito sofrimento, tanto que, ao final, ela apenas permite ser ajudada pelos outros porque se viu grávida e precisando, nesse caso, de ajuda especializada. Na pesquisa de Nunes e Morais (2016) feita com três mulheres de Fortaleza, que visava compreender os sentimentos das mulheres grávidas em decorrência de VS, foi observado igualmente que a maioria das mulheres prefere não compartilhar com o entorno sobre a VS sofrida, buscando por ajuda somente em função de consequências extremas do estupro, dentre as quais a irrupção de uma gravidez. Devido à vulnerabilidade das vítimas após a VS, é possível observar, segundo Rich (2014), que entrevistou vítimas de estupro, um enfraquecimento de suas relações sociais de maneira geral, havendo dificuldade de se comunicar, de confiar e de manter intimidade mesmo com pessoas mais próximas.

Ao retomarmos o desfecho da narrativa interativa de Melpômene, vemos, entretanto, que ela deixa evidente uma ambivalência afetiva em relação à presença dos outros nesse momento de tanta vulnerabilidade emocional: ao mesmo tempo em que ela não queria ver ninguém, ela também desejava ver um rosto “salvador”. A partir daí, é possível pensarmos que Melpômene, bem como as demais participantes desse estudo, estavam atravessadas pelo campo da paralisia, não porque simplesmente recusassem ser ajudadas, mas, sobretudo, por não conseguirem pedir ajuda ou confiarem na possibilidade de virem a ser ajudadas, em função da VS ter se configurado como uma experiência traumática.

Etimologicamente, a palavra “trauma”, advinda do grego, significa ferida. A estudiosa winnicottiana Elsa Oliveira Dias traz que, na obra do psicanalista inglês Donald Winnicott, essa ferida traumática se configura como qualquer falha ambiental radical que faz com que seja experienciado um rompimento do senso de previsibilidade (DIAS, 2006). O problema do trauma, na obra winnicottiana, se relaciona, assim, com o fato de que o indivíduo, atravessado

pela vivência de um acontecimento imprevisível e insuportável, poderia perder a capacidade de confiar no mundo. Como destaca outro winnicottiano, Gilberto Safra, que discorre sobre a esperança como algo que sustenta a nossa abertura para o futuro, nos convocando a situarmos diante do porvir (SAFRA, 2013), o problema do indivíduo traumatizado residiria sobretudo em sua incapacidade de ter uma postura de abertura em relação ao outro, dada a perda da confiança e da esperança de vir a encontrar no outro um ambiente suficientemente bom.

O psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, que se debruçou sobre o fenômeno da VS, a entendia de fato como potencialmente traumática e capaz de conduzir a vítima a um estado de passividade, pela suspensão de todo tipo de percepção, resultantes de um choque inesperado, não preparado e esmagador (OLIVEIRA, 2015). Justamente por conta disso, Ferenczi (1933/2011) entendia que, quando a vítima fosse capaz de assumir a postura mais ativa de comunicar, ao entorno, a VS sofrida, era imprescindível que o ambiente fosse capaz de acolhê-la. Para ele, caso isso não ocorresse, a vítima poderia ser atravessada por aquilo o que ele denominava de desmentido, o poderia ser mais desestruturante do que a própria VS em si (FERENCZI, 1933/2011).

Vemos, assim, como o atendimento à mulher vítima de VS revela-se complexo, uma vez que, de um lado, há alguém bastante paralisado, sem esperança de vir a ser ajudada, sendo que, de acordo com Rocha (2007), a esperança seria determinante para a postura de abertura para o futuro, tanto que, para o autor, seria um desafio atender um paciente desesperançoso. Afinal, como seria a vinculação desse paciente com o profissional que está diante dele, se desse vínculo ele nada espera?

Assim, ao ser vítima de uma falha ambiental tão radical, como a VS, a mulher pode, por vezes, ter a sua confiança no mundo minada; pode ter a quebra de sua fé na estabilidade do mundo. Em algumas situações, justamente por estar atravessada pela não confiabilidade, a vítima de VS pode inclusive acabar assumindo uma postura hiper vigilante, como se precisasse o tempo todo estar em estado de alerta para estar preparada para algo imprevisível que possa levá-la a revivenciar a experiência traumática (ALFORD, 2013).

De outro lado, vemos um profissional da saúde que, conforme discutido previamente, não raro de fato atua o desmentido junto à mulher vítima de VS, atravessado pela falta de qualificação profissional e por um imaginário patriarcal. Entendemos também que, para além dessas questões, os profissionais também podem acabar eventualmente se sentindo “paralisados” diante dessas mulheres, devido à tragicidade do fenômeno, que provoca angústia no próprio profissional. Pensamos que ele também pode se sentir violentado,

atravessado por uma angústia paralisante por não conseguir “salvar” a paciente.

Apesar do cenário pouco promissor, como destacam Souza et al. (2013), quando somos feridos a ponto de o dano ser considerado traumático, há várias possibilidades psíquicas, dentre as quais os autores destacam lutar, fugir e congelar ante o perigo iminente que se apresenta. Fazendo uma ponte com o tema da VS, podemos pensar que o ato de lutar equivaleria ao movimento de procurar por ajuda, independente da forma como ela se apresenta; o ato de fugir poderia ser traduzido com o estado da paralisia, sobre o qual estamos tanto discorrendo no presente trabalho; e, por fim, o ato de congelar, que seria a estagnação ante a VS, poderia equivaler ao quadro do stress pós-traumático, em que a mulher se encontra em um *looping*, experienciando de maneira repetitiva a VS, seja no sentido literal, seja no mero contato com o outro, que é sentido como igualmente violento.

Seria possível pensarmos que uma mesma mulher, vítima de VS, pode experienciar posições psíquicas distintas diante do dano que foi provocado. Observamos essa multiplicidade na própria Melpômene, que, num primeiro momento, se paralisa, dada a sua desconfiança e sua desesperança de que, se viesse a pedir a ajuda do entorno, viria a ser maltratada pelos funcionários da delegacia, ou ainda culpabilizada pela sua própria mãe, que já desacreditara de seu relato da primeira VS sofrida. Entretanto, apesar de todas as dificuldades encontradas por Melpômene, notamos que ela acabou sendo capaz de entrar no consultório, onde inicialmente se sentiu “atacada” pela recepcionista do ambulatório especializado, lembrando mais uma condição de congelamento. Mas vemos que, ao final, Melpômene foi capaz de também apresentar manifestações de luta, adentrando no consultório. Em relação a essa luta, apresentamos mais um trecho de narrativa transferencial relativa a uma outra participante:

Gaia⁷ relata que, certo dia, seu ex-companheiro entrou em sua casa e a violentou sexualmente. Diz: “Muita gente já duvidou de mim por ter sido por alguém conhecido”. Pergunto, então, à Gaia se ela conseguiu pedir ajuda mesmo assim. Ela relata que, na verdade, seu pedido de ajuda aos profissionais surgiu porque, no início da pandemia, ela começou a passar mal e suspeitou que pudesse estar com COVID. Só que, ao chegar ao hospital, ela descobriu que estava grávida: “Eu me senti culpada por não querer o bebê, mas eu sabia que era além de não querer. Não era algo feito com amor. Foi um feto feito na dor”.

⁷ Gaia é a deusa da mitologia grega que representa a criação do novo. O que mais nos chamou a atenção no discurso desta entrevistada foi que, para ela, foi significativo o seu caso ter sido o disparador para a criação de um novo protocolo em relação aos casos de interrupção legal da gestação no ambulatório. Sendo assim, seria ela a Gaia, a criadora de um novo protocolo que auxiliaria outras mulheres vítimas de VS.

Ela conta então que uma enfermeira da UBSF a indicou ao ambulatório especializado, onde ela diz ter se sentido acolhida desde o primeiro momento. Ela narra: “Foi ao contrário do que imaginei, porque ninguém me julgava. Todos ali queriam o melhor pra mim. Porém só querer não foi o suficiente. Foi uma luta”. A participante me explica, então, que, embora, segundo o artigo 128, II do Código Penal, o aborto em casos de estupro seja legalizado, a lei não fala sobre o tempo gestacional. Gaia me conta que, por causa disso, em 2012, o Ministério da Saúde preconizou que o aborto legalizado fosse realizado até a vigésima semana de gestação. Gaia me explica que esse foi o problema dela, pois ela chegara ao ambulatório com 22 semanas de idade gestacional. Ela diz: “Todos da equipe queriam tentar me ajudar. Mesmo não sabendo o que fazer, eles ouviram minha história e tentaram”. Assim, segundo Gaia, a equipe decidiu criar um protocolo detalhado que viabilizasse o aborto legal após a 20ª semana, incluindo aí o seu próprio caso. Gaia conta com muita comoção sobre como pôde estar envolvida na “criação” desse novo protocolo, concluindo que o seu sofrimento, ao final, iria ajudar muitas outras mulheres a serem cuidadas em um sistema que falhou com elas. Após lermos a narrativa interativa, Gaia a completa dizendo que a protagonista: “Ana se recordou de como foi difícil, mas do quanto ela foi forte diante de algo tão ruim, sendo capaz de ajudar os outros. Parece que, quando a gente é cuidada e tem voz, parece ser até mais fácil pra Ana andar nesse corredor de novo, né?”.

Selecionamos a narrativa de Gaia não apenas porque ela foi a única das quatro participantes que não encerrou a narrativa interativa inventando que a personagem não teria adentrado no consultório, mas, também, porque ela escancara como foi possível, a partir do episódio doloroso de ter engravidado de uma VS, passar por um processo de ressignificação. Assim, embora Gaia, bastante ferida, tivesse todos os motivos para não conseguir dar mais voto de confiança nesse mundo que se apresentou de modo tão hostil, ela não apenas se permitiu ser cuidada adentrando no consultório, como, também, resolveu fazer uso de seu caso para sentir que estava sendo capaz de cuidar de outras mulheres cujas gestações já estivessem numa idade mais avançada.

Gaia, assim, deixa evidente a sua ressignificação da gravidez decorrente da violência, ao trazer sua interpretação de que a sua experiência foi o pontapé para a criação da normativa que auxiliaria outras mulheres. Mas, se observarmos mais cuidadosamente, seria possível vermos, mesmo que de forma mais sutil, a tentativa de transmutação da vivência da gestação fruto de uma VS, nas demais entrevistadas, com elas tentando se salvar ou salvarem outras mulheres que teriam passado pela mesma situação. Podemos ver, por exemplo, no caso de Hebe, que vivia uma relação conjugal violenta, sendo estuprada por seu companheiro há

algum tempo, que a gravidez não desejada advinda de um dos estupros foi o gatilho para ela conseguir romper a relação e sair daquele circuito destrutivo. No caso de Atena, que não tinha certeza se havia sido vítima de estupro e se sentia mal pela possibilidade de acusar alguém que não tivesse culpa alguma, observamos que é a partir da gravidez que ela consegue comprovar para si mesma que realmente sofreu uma VS, se valendo inclusive do material genético do feto para tentar fazer justiça e prender seu agressor. Por fim, vemos que Melpomêne, que se sentiu tão “invadida” pela recepcionista do ambulatório que lhe indagou se ela havia sofrido VS sexual, foi capaz de transpôr o campo da paralisia e conceder espontaneamente a entrevista, entendendo-a como uma valiosa contribuição para ajudar outras mulheres em situação análoga.

Desde essa perspectiva, seria possível pensarmos que, para o coletivo investigado, a gestação advinda do estupro - descrita nas palavras de uma das participantes como “feto feito na dor” – pôde, num avesso, ser experienciada como um fato que viabilizou que algo fosse feito frente à dor. Foram, assim, gestações-revelações, a partir das quais as participantes foram convocadas a sair do campo da paralisia, que as atravessava em relação à VS sofrida; bem como gestações-transformações, que, de maneira peculiar em cada caso, permitiram que movimentos de luta, por si e/ou pelas outras mulheres, fossem assumidos.

Ao refletirmos sobre o processo vivenciado por essas mulheres, somos levadas a um conceito que pouco a pouco vem despontando nas pesquisas sobre VS, que é o conceito de resiliência. Resiliência é um termo muito abrangente que pode ser conceituado segundo diversas perspectivas; entretanto, em todas elas, vê-se que é um constructo que articula a capacidade pessoal, os aspectos genéticos e as condições sociais, no intuito de observar a resistência e superação do indivíduo ante situações de risco (SECUNHO, 2010). A resiliência refere-se, então, à capacidade do indivíduo de fazer frente a um ambiente adoecido, capacidade essa que depende não apenas dos processos internos, mas, também, da combinação destes com o meio social e cultural em que ele se insere (MARTINS, 2011).

Com o intuito de compreender a resiliência nos casos de VS, Fornari e Labroncini (2018) realizaram uma pesquisa com 12 mulheres vítimas de VS. As entrevistadas revelaram que o primeiro fator para que a mulher vítima de VS consiga iniciar um processo de resiliência tem a ver com o sentimento de estar sendo efetivamente cuidada. De maneira similar, no estudo de Trigueiro et al.(2017), as entrevistadas trouxeram que ter alguém que as ouvia sem julgamento, considerando aspectos subjetivos e sociais da violência que elas haviam sofrido, foi o que elas consideraram importante para que dessem conta de se abrir efetivamente para uma rede de suporte.

Assim como nos estudos supracitados, nossas participantes, em especial Gaia, expressam que o empenho e cuidado da equipe favoreceram para que elas dessem conta de, resilientemente, assumir uma postura de maior enfrentamento, trazendo como principal disparador de seu movimento o fato de se sentirem inseridas num ambiente hospitalar em que não se sentiam julgadas pela equipe, seja na veracidade do seu relato da VS seja na sua decisão em interromper legalmente aquela gravidez. Assim, ao se perceber em um ambiente de atendimento acolhedor, segundo Pinheiro e Fornari (2011), é possível que a mulher crie novamente laços confiáveis com o entorno, cultivando novas experiências emocionais e, sobretudo, reconstruindo os laços sociais.

Evidentemente, ao falarmos da importância do acompanhamento destas mulheres, entendemos que se faz necessário cuidado em relação às intervenções que a elas são dirigidas, não existindo uma fórmula única para todas ou, ainda, uma “meta”, por parte da equipe, de que todas elas sejam capazes de mostrar forçosamente uma postura de maior superação (GOMIDE; PADILHA, 2011). Trata-se de uma reflexão importante, uma vez que notamos que, para que a mulher vítima de VS saia do campo da paralisia, é necessária uma equipe profissional que se movimente, em direção à ela, de maneira delicada e adaptada a cada situação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, encontramos que, no que diz respeito à experiência emocional das mulheres vítimas de VS, em relação ao atendimento prestado na área da saúde, todas elas se encontravam atravessadas pelo campo “Paralisia: quando se torna impossível adentrar o consultório”, por meio do qual manifestavam a dificuldade de procurar ajuda após a violência sofrida. Tal dificuldade decorria de diferentes fatores, dentre os quais a insegurança frente ao tratamento que receberiam nas diversas instâncias de saúde ou, ainda, ao mal-estar frente ao atendimento que efetivamente lhes havia sido prestado, seja na rede primária, seja na rede especializada. Entendemos que a tensão diante os profissionais da rede foi agravada mediante o fato de que, além das participantes desse estudo terem sido vítimas de VS, também haviam engravidado em função dos estupros. Assim, o coletivo investigado também padecia frente ao julgamento - moral e religioso - que poderia vir a sofrer ou que de fato veio a sofrer, diante a escolha pela interrupção legal da gestação.

A partir daí, compreendemos que o campo da paralisia, que tanto impede a mulher de buscar ajuda após ter sido vítima de VS, se associa tanto a uma postura descuidada por parte dos profissionais, que deveriam exclusivamente constituir rede de apoio, como,

também, por movimentos da própria mulher, que, traumatizada por um acontecimento imprevisível e insuportável, perderia a capacidade de confiar no mundo, sendo atravessada por sentimentos de desconfiança e de desesperança ante a vida, o que a dificulta na conexão com o outro e, conseqüentemente, a procura por amparo. Foi possível notarmos, entretanto, que, apesar de todas as dificuldades prévias para adentrar no consultório, nossas entrevistadas o fizeram, encontrando, cada uma a sua maneira, uma forma de sair do campo da paralisia e de ressignificar pelo menos a gravidez fruto da VS sofrida.

Aqui cabe nos perguntarmos se as demais pacientes atendidas no ambulatório, que recusaram ser entrevistadas, estariam ainda atravessadas pela dificuldade de andar/estar no consultório, apesar de terem sido capazes de nele adentrar. Será que, diferentemente das poucas participantes que tivemos, que revelaram ter superado o movimento inicial de paralisia, as demais pacientes do ambulatório equivalem a um contingente de mulheres que, infelizmente, ainda se sente num campo de paralisia, não tendo condições de confiar numa pesquisadora vinculada ao ambulatório e inclusive não dando conta de retornar para os atendimentos seguintes, não dando continuidade ao tratamento proposto?

Entendemos que talvez essa seja a nossa maior limitação em relação a esse estudo: a de termos nos deparado com um grupo relativamente bem, que se dispôs a falar sobre a sua experiência à entrevistadora, divergente da maior parte do coletivo de mulheres vítimas de VS e grávidas em função da VS sofrida. Ainda assim, consideramos esse estudo valioso, pois todas as dificuldades encontradas na realização das entrevistas desse estudo revelam concretamente o desafio que se impõe ao profissional para conseguir criar vínculo com essas mulheres tão feridas, a quem pode ser difícil cuidar, assim como entrevistar.

5. REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e transicionalidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v.6, n.2, p. 103-127, 1995.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L.M.; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les récits transféranciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In : BEAUNE, D.(Ed.), **Psychanalyse, Philosophie et Art: dialogues**. Paris: L'Harmattan, 2009. p.39-52.

ALFORD, C. F. Winnicott and trauma. **Psychoanalysis, Culture & Society**, v.18, p. 259-276, 2013.

ALLEGRETTI, F. E. Aborto e maternidade compulsória: Considerações acerca dos direitos reprodutivos das mulheres. In **Anais do III Congresso Nacional de Ciências Criminais e Direitos Humanos**, v.1, n.1, 2019. pp. 1-13.

BANNWART, T. H.; BRINO, R.F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista Pediátrica**, São Paulo, v.29, n.2, p. 138-145, 2011.

BENUTE, G. R. G.; NONNENMACHER, D.; NOMURA, R. M. Y.; LUCIA, M. C. S.; ZUGAIB, M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.34, n.2, p. 69-73, 2012.

BEZERRA, J. F.; SILVA, R. M.; CAVALCANTI, L. F.; NASCIMENTO, J. L.; VIEIRA, L. J. E. S.; MOREIRA, G. A. R. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.29, n.1, p. 51-59, 2016.

BLAKE, M. T.; DREZETT, J.; MACHI, G. S.; PEREIRA, V. X.; RAIMUNDO, R. D.; OLIVEIRA, F. R.; SARUBBI JUNIOR, V.; ADAMI, F.; ABREU, L. C. Fatores associados ao aborto tardio após estupro: Revisão de literatura. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v.29, n.2, p. 60-65, 2014.

BRASIL. **Lei n.º 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. (1a ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DIAS, E. O. Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v.1, n.2, p. 1-8, 2006.

DINIZ, D.; DIOS, V. C.; MASTRELLA, M.; MADEIRO, A. P. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v.22, n.2, 2014, p. 291-298, 2014.

DINIZ, D.; MADEIRO, A.; ROSAS, C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. **Reproduction Health Matters**, v.22, n.43, p. 141-148. 2014.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1755-1763, 2012.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: _____. **Obras Completas. Psicanálise IV**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1933). p. 111-121.

FILEBORN, B. **Sexual assault laws in Australia**. Melbourne, Austrália: Australian Institute of Family Studies, 2011.

FORNARI, L. F.; LABRONCINI, L. M. O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência sexual: Uma possibilidade de cuidado. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.23, n.1, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo, SP: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015.

FREITAS, M. L.; FARINELLI, C. A. As consequências psicossociais da violência sexual. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v.37, n.14, p. 270-295, 2016

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise). In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. . (Original publicado em 1913). p. 139-158.

GOMES, N.; BOMFIM, A.; DINIZ, N.; SOUZA, S.; COUTO, T. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 173-178, 2012.

GOMIDE, P. I. C.; PADILHA, M. G. S. Destituição do poder familiar e prisão do agressor em um caso de VS sexual intrafamiliar. In: WILLIAMS, L. C. A.; ARAÚJO, E. A. C. (Eds.), **Prevenção do VS sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar**. Curitiba: Juruá, 2011. p.98-111.

GRANATO, T. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p. 17-35, 2013.

GUILLAUMIN, C. Prática do poder e idéia de natureza. In: FERREIRA, V. et al. (Eds.). **Patriarcado desvendado: teoria das três feministas materialistas**. Recife: SOS Corpo, 2014.

GUIMARÃES, A. C. M.; RAMOS, S. K. Sentimentos de Mulheres na Vivência do Abortamento Legal Decorrente de Violência Sexual. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n.6, p. 2349-2355, 2017.

HERMANN, F. **Introdução à Teoria dos Campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HERMANN, F. Teoria dos Campos: uma pequena história. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.40, n.73, p. 69-75, 2007.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, p. 787-800., 2014.

MACHADO, C. L.; FERNANDES, A. M. S.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p. 345-353, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil: Um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.21, n.2, 2016, p. 563-572, 2016.

MARTINS, R. C. (2011). VS sexual e resiliência: Enfrentando as adversidades. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.11, n.2, p. 727-750, 2011.

MEDEIROS, C. **Girando o cata-vento: sofrimento e cuidado na Psicanálise do ser e fazer**. 2009. Tese de Doutorado (Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n.7, p. 1-12, 2017.

MIRANDA, M. L. A.; GRANATO, T. M. M. Pais encarcerados: Narrativas de presos sobre a experiência da paternidade na prisão. **Psico**, Porto Alegre, v.47, n.4, p. 309-318. 2016.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. O estigma violência da sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v.23, n.2, p.398-406, 2011.

NUNES, M. C. A. ; MORAIS, N. A. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p. 21-36, 2016.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.;MORAIS, N. A. Violência sexual contra as mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.37, n.4, p. 956-969, 2017.

OLIVEIRA, S. M. O traumático na psicanálise e psiquiatria: implicações ético- políticas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p. 19-39, 2015.

OLIVEIRA F.; CARDOSO, K. R. L.; ALMEIDA, C. A. P.; CARDOSO, L. R.; GUTFILEN, B. Violence against women: Profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v.23, n.1, 2014, p. 49-54, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violence against women**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2013.

PARO, H. B. M. S.; CARNEIRO, G. D.; HASSE, M. No meio das pedras abrimos um caminho: A construção do serviço de aborto legal do Hospital de Clínicas de Uberlândia, MG. In: GONZAGA, P. R. B.; GONÇALVES, L.; Mayorga, C. (Eds.), **Práticas acadêmicas e políticas sobre aborto**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2019. p. 59-71.

PAULA, C.A.G. de; Tachibana, M. (2019). E como estão os familiares cuidadores dos pacientes psiquiátricos internados? **Vínculo**, São Paulo, v.16, n.2, p.44-67, 2019.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p. 124-135, 2011.

PINHEIRO, L. S.; FORNARI, V. L. O papel do psicólogo nos casos de violência contra a criança e o adolescente. In: Azambuja, M. R. F.; Ferreira, M. H. M. (Eds.), **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 298-317.

RICH, K. **Interviewing rape victims: practice and policy issues in an international context**. Nova York: Palgrave Macmillan, 2014.

ROCHA, Z. Esperança não é esperar, é caminhar: reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.10, n.2, p. 255-273, 2007.

SAFRA, G. Disponibilidades para a realidade psíquica não sensorial: fé, esperança e caritas. **Ide**, São Paulo, v.36, n.56, p. 91-104, 2013.

SANTOS, C. S.; SILVEIRA, L. M. C. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.37, n.2, p. 304-317, 2017.

SANTOS, T. P. S.; ANTUNES, T. C. S.; PENNA, L. H. G. Perfil Sociocultural de mulheres que vivenciaram violência sexual em uma unidade hospitalar de referência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p. 1445-1454, 2014.

SECUNHO, C. F. Aproximações e distanciamentos entre os princípios da resiliência e a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. **Psicologia Revista**, São Paulo, v.19, n.1, p. 119-145, 2010.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 249-258, 2015.

SOUZA, F. B. C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A. C.; RAMOS, D. G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v.27, n.3, p. 98-103, 2013.

TACHIBANA, M.; REZENDE, G.G. de. Como é ser pai numa família monoparental masculina? **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v.24, n.2, 2020. No prelo.

TRIGUEIRO, T. H.; MERIGHI, M. A. B.; MEDEIROS, A. R. P.; RIBEIRO, C. E. L.; MATA, N. D. S.; JESUS, M. C. P. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Caderno Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.20, n.2, p. 249-256, 2015.

TRIGUEIRO, T. H.; SILVA, M. H.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 1-7, 2017.

TRIGUEIRO, T. H.; SILVA, M. H.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.27, n.1, p. 1-9, 2019.

UNIFEM (Fundo De Desenvolvimento Das Nações Unidas Para a Mulher). **OMS: violência contra mulher é prioridade de saúde pública**. Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIEIRA, L. J. E. S. V., SILVA, A. C. F., MOREIRA, G. A. R., CAVALCANTI, L. F., & SILVA, R. M. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob

a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.12, p. 3957- 3965, 2016.

WINNICOTT, D. W. Contratransferência. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960), 1982. p. 145-151.

