

Fernanda Cristina Silva Costa

Cuidando dos cuidadores: a saúde mental dos profissionais que atuam em serviços de referência à vítimas de violência sexual e abortamento legal

Uberlândia

2023

Fernanda Cristina Silva Costa

**Cuidando dos cuidadores: a saúde mental dos profissionais que atuam em serviços
de referência à vítimas de violência sexual e abortamento legal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Uberlândia como requisito parcial à obtenção
do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias

Uberlândia

2023

Fernanda Cristina Silva Costa

Cuidando dos cuidadores: a saúde mental dos profissionais que atuam em serviços de referência à vítimas de violência sexual e abortamento legal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Marisa Aparecida Elias – Orientadora

Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia

Prof^ª. Dr^ª. Miriam Tachibana

Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia

Luzia Silva dos Santos

Mestra pela Universidade de Brasília

Psicóloga no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias, que me acompanhou duplamente nessa jornada da graduação, primeiramente como minha supervisora clínica e agora na construção deste trabalho, agradeço pelo aprendizado, pelo cuidado e pela disponibilidade ao longo dessa caminhada.

À minha mãe, Márcia, agradeço por tanto amor, carinho e cuidado. Por sempre incentivar e apoiar meus estudos, por sonhar e comemorar junto comigo todas as minhas vitórias. Obrigada por me ensinar a ir, e mesmo com medo, ter coragem, e também por mostrar que sempre tenho para onde voltar.

Ao meu pai, Odair, por estar presente sempre, pelo suporte material e afetivo, pela confiança e por sempre me lembrar que as pequenas coisas são as mais valiosas e divertidas.

Ao meu companheiro, Tiago, agradeço pela relação que temos construído juntos, pelo respeito, cumplicidade e confiança. Aprendo muito sobre mim estando com você, obrigada por ser calma em meio as dificuldades da vida.

À minha irmã, Ana Luísa, por me inspirar, me apoiar, vibrar pelas minhas conquistas e dividir tantos momentos importantes.

Às minhas amigas Júlia e Gabriella, que mesmo de longe sempre estiveram perto, sendo colo, aconchego e afeto. Nossos encontros e desencontros desde o início de nossa trajetória escolar foram significativos para que eu entendesse de fato o que é amizade.

Aos amigos da graduação, obrigada pelo acolhimento, por dividirem momentos de aprendizado e diversão, por serem a família que eu podia ter por perto nesses anos de formação.

Ao ambulatório NUAVIDAS, agradeço pela resistência enquanto espaço de cuidado das vítimas de violência sexual. Aos usuários do serviço, especialmente as mulheres e meninas que dividiram suas histórias comigo e me transformaram, obrigada por me marcarem tão significativamente, me motivarem a seguir na profissão e na luta pelos direitos das mulheres.

Aos profissionais que constituem os serviços de referência as vítimas de violência

sexual, minha admiração pela coragem, pela resistência e pelo trabalho realizado, que por vezes se mostra muito desafiador. Especialmente, aos profissionais cujo testemunho de suas vivências se fazem presentes neste trabalho, obrigada por compartilharem tanto comigo. E também aos profissionais do NUAVIDAS, pela inspiração, acolhimento e carinho na minha trajetória de aprendizado.

Resumo

A violência sexual é uma das principais formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública global. No Brasil, a luta contra a violência sexual levou à criação de serviços de referência para vítimas, bem como ao atendimento a casos de aborto permitido por lei, que permitem o acesso imediato a cuidados multidisciplinares. Entretanto, muitos serviços operam em condições precárias, com recursos limitados e alto custo emocional para os profissionais envolvidos. Assim, objetivou-se compreender de que forma o atendimento a vítimas de violência sexual afeta a saúde mental dos profissionais que atuam nesse segmento. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando entrevistas para coleta de dados. A partir da análise do corpus da fala dos participantes utilizando a análise de conteúdo, foram identificadas duas principais categorias: “os entraves institucionais” e “as afetações pessoais”, sendo que dessas categorias, desmembram-se novas zonas de sentido. Ao analisar as categorias conjuntamente, observa-se questões relativas às esferas psíquica, laboral, familiar e política. Dessa forma, o estudo demonstra que a atuação profissional no atendimento de vítimas de violência sexual e aborto legal impacta o cotidiano laboral dos profissionais, uma vez que a falta de suporte institucional e psicológico acentua a angústia, o desgaste mental e o adoecimento profissional. Os resultados convergem com a literatura e o estudo contribui ao trazer mais debates para esse tema, que ainda conta com poucas pesquisas nacionais.

Palavras-chave: saúde mental; equipe; violência sexual; aborto legal.

Abstract

Sexual violence is one of the main forms of human rights violations and a global public health problem. In Brazil, the fight against sexual violence led to the creation of referral services for victims, as well as assistance in cases of abortion permitted by law, which allow immediate access to multidisciplinary care. However, many services operate in precarious conditions, with limited resources and high emotional costs for the professionals involved. Thus, the objective was to understand what form of care for victims of sexual violence affects the mental health of professionals who work in this segment. This is a qualitative study, using interviews to collect data. From the analysis of the participants' speech corpus using content analysis, two main categories were identified: “institutional obstacles” and “personal affects”, with these categories breaking down new areas of meaning. When analyzing all categories together, issues relating to the psychological, work, family and political spheres should be observed. In this way, the study demonstrates that professional work in caring for victims of sexual violence and legal abortion impacts the daily work of professionals, since the lack of institutional and psychological support brings with it anguish, mental exhaustion and professional illness. The results converge with the literature and the study contributes by bringing more debates to this topic, which still has little national research.

Keywords: mental health; team; sexual violence; legal abortion.

Sumário

1. Introdução	9
2. Referencial teórico	12
2.1 Serviços especializados de atendimento a vítimas de violência sexual.....	12
2.2 Entre o contato com o traumático e a precariedade estrutural: a saúde profissional em questão	16
3. Percurso Metodológico	19
3.1 Método.....	19
3.2 Participantes	20
3.3 Instrumento de coleta de dados.....	20
3.4 Procedimento de coleta de dados	21
3.5 Método de análise de dados	22
4. Resultados e discussão	22
4.1 Análise das entrevistas: entraves institucionais e afetações pessoais	22
4.1.1 Entraves institucionais	23
4.1.2 Afetações pessoais.....	29
5. Considerações finais.....	38
Referências	40

1. Introdução

A experiência se caracteriza como o que nos passa, nos acontece, nos toca, nos tomba. O sujeito da experiência é um território de passagem, um espaço onde os acontecimentos têm lugar. Sujeito esse definido não pela atividade, mas pela disponibilidade, pela abertura, pela passividade feita de paixão, de paciência, de atenção. Ter uma experiência significa sofrer, padecer, tomar o que nos alcança, receptivamente, à medida que nos submetemos a algo, nos transformamos (Bondía, 2002).

Ao estar nas manhãs de sexta feira no ambulatório do NUAVIDAS me abri, padeci, sofri, fui tomada pela experiência. O Núcleo de Atenção Integral à Vítimas de Agressão Sexual (NUAVIDAS) é um ambulatório localizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), sendo referência ao atendimento integral de vítimas de violência sexual. É um serviço que atua de maneira multiprofissional, contendo equipe médica, psicológica, jurídica, enfermagem e assistência social, destinadas ao cuidado em saúde das vítimas desde a infância, adolescência à idade adulta.

Estive como estagiaria de psicologia e sujeito da experiência nesse espaço por um ano, onde ao atender mulheres adolescentes e adultas, com casos das mais diversas complexidades, fui atravessada pelos desafios políticos, ideológicos e institucionais que atravessam as paredes do NUAVIDAS, além de me deparar com histórias de violência nua, crua e traumática, que produziram afetos, inscreveram marcas e me puseram a questionar, enquanto profissional em formação, quais afetações o trabalho com a violência sexual alcançam a experiência de profissionais que atuam com esse fenômeno.

A violência sexual é considerada uma das principais formas de violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública mundial, sendo definida pela OMS como

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (Organização Mundial de Saúde, 2002, p. 147).

Trata-se de uma violação não apenas do corpo, mas também da psique da vítima, causando uma ampla gama de sintomas psicológicos, como transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, como também sentimento de culpa e vergonha. O fenômeno da violência sexual ocorre em todas as idades e sexos, porém mostra-se como um grande expoente da violência de gênero, historicamente, as mulheres vivenciam mais situações de violência sexual, representando 85% a 88% dos casos (Moreira e Vieira, 2022).

Em 2021, no Brasil foram registrados 56.098 boletins de ocorrência de estupros, apenas do gênero feminino (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). Enquanto apenas no primeiro semestre de 2022 o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022) registrou um total de 29.285 vítimas de estupro do sexo feminino no Brasil, sendo 74,7% das vítimas consideradas vulneráveis, ou seja, incapazes de consentir.

Saffioti (1999) aponta que a violência sexual contra as mulheres não é motivada pelo desejo amoroso ou sexual, mas sim pela demonstração de poder masculino sobre o corpo e a autonomia feminina, destacando a necessidade de abordar a violência não como um ato isolado, mas como parte de uma opressão sistêmica ligada à desigualdade de gênero social e estrutural. Os papéis sociais atribuídos aos gêneros, tanto culturalmente como historicamente, colocam o homem em posição de autoridade, dominação, poder e superioridade em relação a mulher, que é tida como sinônimo de fraqueza, submissão e inferioridade, colocando seus corpos como passíveis da dominação masculina.

Dada a opressão de gênero histórica e social, muitas vezes as mulheres violentadas não buscam ajuda por se sentirem culpadas, envergonhadas, humilhadas, procurando suporte apenas em casos de gestação decorrente de estupro. Além de impactos físicos, como infecções do trato reprodutivo, incluindo a infecção pelo HIV, chance de gravidez e o sofrimento emocional imediato, as vítimas de violência sexual muitas vezes enfrentam desafios duradouros ao psiquismo, incluindo dificuldades em sua vida sexual, afetiva, social e profissional. Isso exige uma abordagem multidisciplinar e compassiva nos serviços de saúde não se limitando apenas ao apoio psicológico, mas também a aspectos jurídicos, médicos e sociais (Oliveira et al, 2003).

Os profissionais que atuam nos serviços de atendimento integral a vítimas de violência sexual desempenham um papel crucial ao guiá-las pelo processo legal, fornecer atendimento médico e psicológico adequado e conectá-las a recursos de apoio. No entanto, a atuação profissional não é isenta de desafios. Trabalhar com a escuta de relatos, recomposição de cenas traumáticas, sentimentos confusos e culpabilização das vítimas diante das situações de violência desencadeia efeitos na subjetividade dos profissionais, provocando alto grau de estresse e afetando o desempenho laboral (Velasquez, 2012). Além disso, desafios como a redução do número de profissionais atuantes, alta rotatividade de trabalhadores, falta de capacitação, conflitos morais, éticos e religiosos aparecem no cotidiano dos serviços de atenção integral a vítimas de violência sexual (Reis et al, 2010).

Ao longo deste trabalho, exploraremos em detalhes a atuação profissional com vítimas de violência sexual, investigando os desafios enfrentados pelos profissionais, suas percepções sobre o trabalho com o fenômeno da violência sexual, bem como estratégias de enfrentamento usadas para lidar com as consequências emocionais decorrentes da prática, a fim de compreender de que forma o atendimento de vítimas de violência sexual afeta a saúde mental dos profissionais que atuam nesse segmento.

2. Referencial teórico

2.1 Serviços especializados de atendimento a vítimas de violência sexual

A interação profissional com o fenômeno da violência sexual ocorre em diversos pontos do sistema de saúde, uma vez que as vítimas podem buscar atendimento desde a atenção primária até serviços especializados referências no atendimento às vítimas de violência sexual, sendo os últimos o ambiente foco dessa pesquisa. Portanto, pretendo apresentar um breve histórico das políticas voltadas ao combate à violência sexual como um problema de saúde pública no Brasil, a fim de compreendermos como esses serviços especializados foram estabelecidos e respaldados legalmente, como também entender sua dinâmica de funcionamento.

No final da década de 1970, o Brasil teve seus primeiros movimentos organizados onde mulheres do movimento feminista denunciavam a violência sexual e a impunidade dos agressores. Ações cruciais para que na década de 1980 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fosse constituído, contribuindo para a estruturação das ações em saúde da mulher, além da criação serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, com a implementação dos Centros de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM) e das Delegacias da Mulher (Farah, 2004).

Algumas outras conquistas significantes no enfrentamento da violência contra mulher devem ser destacadas, como a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A lei estabeleceu medidas protetivas para as vítimas, como a possibilidade de afastamento do agressor do lar e a proibição de aproximação da vítima, além de prever a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em todo o país (Pinto et al., 2017).

Em 2011, foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, que tem como objetivo a prevenção e o combate à violência de gênero, além de garantir a assistência às vítimas e a punição dos agressores. A política prevê a criação de serviços especializados de atendimento às vítimas, como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), as Casas Abrigo e os Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (Pinto et al., 2017).

Além disso, no que tange ao atendimento a vítimas de violência sexual, em 2013 foi promulgada a Lei 12.845, que estabelece que toda mulher vítima de violência sexual tem direito a atendimento médico, psicológico e social imediatos no SUS, realizado por profissionais capacitados, respeitando a privacidade e o sigilo das informações da vítima. A lei garante também o acesso à contracepção de emergência e ao tratamento para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez decorrente da violência sexual (Brasil, 2013).

A norma técnica *“Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”*, desenvolvida no ano de 1998, pelo Ministério da Saúde foi também um marco importante a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O documento que foi organizado a partir da solicitação do Conselho Nacional de Saúde em 1997, através da Resolução 258, que o Ministério da Saúde cumprisse sua responsabilidade regulamentando o atendimento pelo SUS dos casos de aborto não punidos pelo Código Penal de 1940, que até então, após 57 anos, apenas oito hospitais atendiam casos de aborto por estupro e ainda não eram normatizados (Brasil, 1997).

A Resolução 258 de 1997, alega ainda que o Estado assumiu compromissos neste sentido frente aos Programas de Ação de Cairo/94 e Pequim/95, firmando a recomendação da 10ª Conferência Nacional de Saúde de 1996 pela implantação de serviços de referência para atendimento aos casos de aborto permitido por lei (Brasil, 1997). Além disso, as reivindicações

dos movimentos feministas ocuparam um lugar de visibilidade no enfrentamento à violência contra as mulheres, sensibilizando o Estado acerca da urgência de políticas governamentais que assegurassem os direitos das mulheres (Brasil, 2012).

A Norma Técnica organiza e direciona ações, recomendações e diretrizes da atenção em saúde as mulheres em situação de violência sexual, a fim de integrar toda a rede na promoção e garantia dos direitos das mulheres e na redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta dos serviços propostos pela Norma Técnica permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, propondo atendimento clínico, acompanhamento psicológico, anticoncepção de emergência, profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e orientações à casos de gravidez decorrente da violência sexual, regulamentando o aborto legal nesses casos (Brasil, 2012).

Ao longo dos anos, essa norma passou por revisões e atualizações em virtude das novas demandas, tendo sua última redação em 2012. Uma das alterações foi a isenção da apresentação de boletim de ocorrência em casos de estupro ou laudo do IML, sendo o discurso da mulher e o seu consentimento por escrito o único documento necessário para a interrupção da gravidez (Brasil, 2012).

Além disso, a equipe de saúde deve atuar de forma multidisciplinar, interdisciplinar e interinstitucional, fazendo contato com as Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, Cras, Creas, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, das creches, entre outros (Brasil, 2012).

A implementação da maioria dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL) no Brasil foi impulsionada pela republicação da norma técnica em 2005. Em 2009, o Ministério da Saúde divulgou um número oficial indicando a existência de 60 serviços estruturados para realizar abortos legalmente previstos no país. Porém,

ainda existem muitas dificuldades para o acesso ao serviço de aborto como a localização majoritária dos serviços em capitais e grandes cidades, além da inexistência deles em 7 estados (Madeiro e Diniz, 2015).

Jacobs e Boing (2022) apontam uma incoerência entre os SRIGCPL credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os registros de aborto por questões médicas ou legais nos hospitais e maternidades do Brasil, onde a maioria dos procedimentos realizados não foram feitos por serviços cadastrados, evidenciando que o credenciamento não significa efetivação do serviço.

Segundo o Mapa do Aborto Legal, site elaborado pela organização não governamental Artigo 19 através de uma pesquisa profunda que visa fornecer informações fidedignas e de fácil acesso, visto que as informações reais sobre os serviços não chegam à população, até setembro de 2022, 132 equipamentos de saúde alegam realizar o abortamento legal no Brasil, sendo 115 credenciados no CNES (Artigo 19, 2023).

A norma técnica também destaca a importância do suporte à equipe de saúde, recomendando a sistemática sensibilização e capacitação da equipe de saúde por meio de estratégias e metodologias que favoreçam a ampliação de conhecimentos, a troca de experiências e percepções e a exploração de sentimentos em relação às situações vivenciadas em serviço, visto que as temáticas da violência sexual e do aborto são complexas e geram múltiplos afetos nos profissionais que atuam na área (Brasil, 2012).

É válido destacar que a legalidade do aborto em casos de violência sexual, risco de vida da gestante e anencefalia fetal, não exclui o fato de que o Código Penal brasileiro classifica o aborto como crime contra a vida. Além disso, debates morais e religiosos perpassam a sociedade acerca da prática do aborto, existindo um desconhecimento da legislação, onde muitas vezes quando as pessoas conhecem o trabalho dos serviços de abortamento legal apresentam muita resistência e preconceito com os mesmos.

A falta de preparo técnico, desconhecimento da legislação, pressão social e angústia emocional são problemas comuns nas equipes dos serviços de referência, o que resulta em atendimentos mais lentos e, às vezes, impossibilita a realização do procedimento para mulheres que procuram a interrupção da gravidez. Madeiro e Diniz (2015) apontam que incluir o tema do abortamento nos currículos acadêmicos da área de saúde e fornecer capacitação contínua aos profissionais que já atuam nesse serviço são estratégias que podem aumentar sua participação na prestação do aborto legal.

2.2 Entre o contato com o traumático e a precariedade estrutural: a saúde profissional em questão

Canguilhem (2002) ao refletir sobre o normal e o patológico, coloca a saúde e a doença como dimensões constitutivas da vida, devendo ser compreendidas a partir do seu contexto histórico e não como fatores isolados, de forma que a saúde não deve ser vista apenas como a ausência de doença, mas como a capacidade de estabelecer normas, suportar e enfrentar as influências do meio, considerando que o normal varia de acordo com as flutuações ambientais. Sendo a saúde e a doença, processos dinâmicos perpassados por questões subjetivas, individuais, sociais, culturais e políticas.

Em consonância, Dejours (1986) aponta que a vida é caracterizada pelo movimento, de forma que saúde para cada indivíduo seria um caminho único e pessoal em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, pautados pela liberdade. Bem-estar físico, que permite ao sujeito a nutrição e descanso do corpo; psíquico, dando liberdade ao desejo de organização de sua vida; e social, de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, suas relações interpessoais e seu sistema hierárquico.

O trabalho é um recurso de sociabilização e sobrevivência humana, apresentando uma influência significativa na identidade, realização pessoal e saúde dos indivíduos. Além de ser uma atividade de produção no mundo objetivo, o trabalho também oferece uma oportunidade para o exercício da subjetividade por meio de relações sociais, desenvolvimento de habilidades e auto realização, podendo transformar tanto a realidade concreta como as estruturas psíquicas presentes na subjetividade (Dejours, 2004).

Dada a dimensão subjetiva do trabalho, Dejours (2004) propõe a Psicodinâmica do Trabalho, abordando a organização do trabalho como central na vida psicológica e no processo de formação da subjetividade dos trabalhadores, assumindo que o trabalho pode gerar tanto prazer, quanto sofrimento para o trabalhador. Quando a organização trabalho confronta o funcionamento psíquico do trabalhador, compromete o seu desejo, provocando perturbações, sofrimentos, doenças mentais e físicas (Dejours, 2004).

Trabalhar com a escuta de relatos violentos, produz efeitos na subjetividade de quem presta assistência, tornando-os testemunhas de eventos de alto impacto emocional (Velasquez, 2012). Reis et al (2010) pesquisando as vivências de enfermeiros que atuam na assistência às vítimas de violência sexual, concluíram que as emoções decorrentes do atendimento são bem paradoxais, oscilando entre o desejo de “fugir” do atendimento e a vontade de dar o melhor de si simultaneamente.

Os sentimentos predominantes entre os profissionais com os relatos das vítimas de violência sexual são de raiva, dor, desmotivação, impotência, nojo, agressividade e pena (Penso, Almeida, Brasil, Barros e Brandão, 2010). Santos (2018) aponta que os profissionais relatam intensa tristeza na escuta dos episódios violentos, exaustão física e emocional, dores de cabeça, tensão no corpo, insônia, frustração, tentativas de equilibrar aproximação e distanciamento no contato com a demanda atendida.

Essas experiências podem desencadear o adoecimento profissional, principalmente com o estresse traumático secundário e a síndrome de burnout, trazendo implicações para a vida pessoal e profissional do trabalhador. Por estresse traumático secundário, a American Psychological Association (APA) caracteriza como um tipo de estresse que pode afetar indivíduos que trabalham em contato direto com pessoas que foram vítimas de traumas, como profissionais de saúde, assistentes sociais e bombeiros, por exemplo. O estresse secundário é causado pela exposição indireta a eventos traumáticos, que pode levar a sintomas semelhantes aos do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Fligley, 1995 como citado por Castro, Massom e Dalagasperina, 2018).

Bride (2007, como citado por Santos, 2018) realizou um estudo com profissionais da assistência social que apontou a presença de pensamentos invasivos que resultam em estresse emocional ou reação fisiológica em resposta a memórias de casos atendidos, perturbações no sono e evitação de pessoas, lugares ou coisas que possam evocar lembranças das histórias contadas pelos clientes traumatizados, além de falta de interesse e participação em atividades sociais, irritabilidade, dificuldades de concentração e embotamento emocional.

Santos, Pereira e Carlotto (2010) apontam que o desgaste emocional se apresenta como central nas vivências de profissionais que trabalham com vítimas de violência, podendo ser um indicativo da Síndrome de Burnout (SB). A SB é colocada por Maslach (2001, como citado em Santos, Pereira e Carlotto, 2010) como um adoecimento decorrente de situações de estresse crônico no trabalho, caracterizada por três dimensões: a exaustão emocional, que se caracteriza pela falta de energia e a sensação de esgotamento emocional; a despersonalização, que surge quando o trabalhador passa a lidar com clientes, colegas e a organização de maneira impessoal e distante; e a baixa realização profissional, identificada pelo sentimento negativo de autoavaliação do trabalhador, incluindo insatisfação com o progresso profissional, declínio na

sensação de competência e dificuldades para interagir com outras pessoas, sejam elas clientes ou colegas de trabalho.

Em estudo com profissionais brasileiros que atendem vítimas de violência, Santos, Pereira e Carlotto (2010) investigaram as variáveis demográficas, laborais e psicossociais que contribuem para o burnout, a pesquisa apontou que a insatisfação no trabalho, a percepção de que o trabalho é estressante e a ocorrência de danos à saúde física e mental decorrentes da atividade desempenhada, aumentam o desgaste emocional e físico desses profissionais.

Para além do contato com o traumático, Silveira (2006) aponta que apesar das políticas públicas se comprometerem com o funcionamento de programas de assistência integral a vítimas de violência sexual, na prática, a maior parte dos serviços foram criados em condições precárias de funcionamento, contando principalmente com o compromisso militante das pessoas envolvidas, muito mais do que com recursos e apoio institucional efetivo, gerando fragilidade e isolamento dos serviços e tendo um alto custo emocional para os profissionais e limitações na avaliação dos casos.

3. Percurso Metodológico

3.1 Método

A pesquisa é de natureza qualitativa, ou seja, compreende o conhecimento não como algo estático ou uma apropriação linear da realidade, mas uma construção humana capaz de gerar espaços de inteligibilidade, possibilitando o surgimento de novas compreensões sobre a realidade e de novas representações teóricas a partir de casos específicos (Rey, 2005). Em pesquisas qualitativas, o investigador se envolve diretamente com o ambiente e a situação em estudo, reconhecendo que o fenômeno se revela de maneira mais abrangente e esclarecedora quando analisado dentro do contexto em que ocorre. Isso implica a necessidade de levar em

consideração todos os elementos significativos da realidade e abordá-los de forma integral (Godoy, 1995).

3.2 Participantes

Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas, virtualmente, com dez profissionais de saúde que trabalham em serviços de atendimento especializado a vítimas de violência sexual. Participaram da pesquisa quatro profissionais da enfermagem, dois do serviço social, dois da psicologia e dois da medicina (Tabela 1). A identidade dos participantes foi preservada, utilizando nomes fictícios.

PARTICIPANTES	PROFISSÃO	SEXO	IDADE	ESTADO	TEMPO TRABALHANDO COM VIOLÊNCIA SEXUAL (ANOS)
Ana	Enfermeira	Feminino	24	DF	1
Alice	Psicóloga	Feminino	26	MG	4
Alberto	Assistente Social	Masculino	33	MG	4
Aline	Médica	Feminino	38	MG	6
Amanda	Assistente Social	Feminino	38	ES	4
Adriana	Enfermeira	Feminino	44	MG	7
Andressa	Enfermeira	Feminino	52	AM	13
Agnes	Enfermeira	Feminino	55	AM	6
Antônio	Médico	Masculino	55	MG	30
Ângela	Psicóloga	Feminino	60	RJ	13

Tabela 1- Caracterização dos participantes

3.3 Instrumento de coleta de dados

Para coleta dos dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, formado por questões de caracterização dos entrevistados e questões norteadoras que desenvolveram uma conversa sobre o trabalho com vítimas de violência sexual e suas implicações psíquicas. A entrevista semiestruturada a permite compreender a realidade humana através dos discursos, explorando direta ou indiretamente as opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante, de forma que a interação com o entrevistador produz um discurso compartilhado por dois atores: pesquisador e participante (Fraser & Gondim, 2004). As entrevistas foram feitas em ambiente virtual, Google Meet, e audiogravadas com um aparelho celular, transcritas e utilizadas para a análise de dados, posteriormente foram apagadas.

3.4 Procedimento de coleta de dados

A pesquisa foi autorizada e aprovada pelo Comitê de Ética (CAAE: 68613923.0.0000.5152), em seguida começamos a coleta de dados. O recrutamento dos participantes foi feito através das mídias sociais, grupo de WhatsApp, em uma rede não oficial dos serviços de referência a vítimas de violência sexual no Brasil, na qual divulgamos a pesquisa por meio de um formulário, na plataforma Google Forms, informando seus objetivos e convidando os profissionais para participarem da mesma. O e-mail e o telefone da pesquisadora foram disponibilizados junto ao convite, onde os profissionais entraram em contato demonstrando o interesse em participar e posteriormente foram contatados pela pesquisadora para o agendamento da entrevista virtual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi anexado junto ao formulário de convite, no qual após o aceite e os termos assinados, as entrevistas foram realizadas. Em pesquisas qualitativas, o principal critério considerado no processo de recrutamento dos participantes não é numérico, já que a finalidade não é apenas quantificar opiniões e sim explorar e compreender os as diversas perspectivas que

estão presentes em um contexto específico, onde após certo número de entrevistas, percebe-se que as respostas começam a se repetir e novas entrevistas não contribuem de forma significativa para a compreensão do fenômeno em estudo (Fraser e Gondim, 2004). Dessa forma, encerramos o recrutamento de participantes após o décimo entrevistado ao identificar saturação teórica.

3.5 Método de análise de dados

Utilizamos nessa pesquisa a análise temática de conteúdo, que apresenta-se como modo de se fazer pesquisa qualitativa no qual deve-se manter flexível durante todo o processo, baseando em orientações amplas, desse modo, não aderindo às regras fixas, através da busca da compreensão dos significados no contexto das palavras para atingir uma interpretação mais profunda do conteúdo do discurso (Souza, 2019).

A utilização da análise de conteúdo nos permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado pelos entrevistados, as informações obtidas com as entrevistas semiestruturadas surgem de forma livre e espontânea de modo que as respostas não se tornem condicionadas a determinados padrões ou alternativas (Gomes, 2013).

Realizou-se primeiramente uma leitura cuidadosa das transcrições dos áudios, visando obter uma melhor compreensão do material em mãos com foco na percepção do trabalho com violência sexual de cada entrevistado. Em seguida foram criadas as categorias de respostas e a análise de cada uma das categorias foi realizada, conforme os objetivos da pesquisa.

4. Resultados e discussão

4.1 Análise das entrevistas: entraves institucionais e afetações pessoais

A partir do *corpus* das falas das entrevistas, foram identificadas duas principais categorias: “os entraves institucionais” e “as afetações pessoais”. Sendo que dessas categorias,

desmembram-se novas zonas de sentido. Partindo das falas sobre “entraves institucionais” verificamos entraves ideológicos, violência institucional, falta de infraestrutura e capacitação nos serviços; enquanto no que tange as “afetações pessoais”, aparecem nos discursos a identificação feminina com as vítimas, a angústia e impotência diante dos casos, o tempo de trabalho como fator influente no sofrimento e a necessidade de suporte emocional e psicológico.

4.1.1 Entraves institucionais

Ao trazer entraves institucionais, um dos primeiros pontos colocados pelos entrevistados foi a falta de profissionais capacitados para a realização de aborto legal, ou mesmo situações onde os profissionais alegam objeção de consciência, o que atrasa a assistência à vítima.

Nós temos colegas que não gostam nem de estar atendendo a paciente, porque eles já ficam pensando que aquilo lá vai gerar uma gestação e que ele tenha que resolver um aborto legal. Então, e como eles tem objeção de consciência, eles ficam com medo na hora, nessa hora, nesse momento, entendeu? Então, tem uma repulsa. Então não adianta nada passar isso por goela abaixo sendo que as vezes tem serviços que tem problema de objeção de consciência de toda a equipe. Meu sonho seria que nós tivéssemos, todo mundo, todas as pessoas referenciadas, todas as pessoas que fazem o aborto legal referenciadas. E aí a gente ter isso registrado e isso tem uma referência contra referência, entendeu?
(Antônio)

Madeiro e Diniz (2015) apontam que um dos maiores obstáculos apresentados pela maioria dos serviços brasileiros é a composição de uma equipe profissional qualificada e comprometida com a assistência integral à mulher vítima de violência sexual. Muitas vezes os médicos se negam a fazer o procedimento de aborto previsto por lei, seja pelo estigma associado à sua prática como "aborteiros", pelo receio de processos judiciais ou ainda devido a objeções de consciência moral ou religiosa.

De acordo com a norma técnica, os médicos têm o direito de objeção de consciência em relação à prática do aborto, porém, serviços públicos credenciados para atender vítimas de violência sexual são obrigados a garantir atendimento em tempo hábil por outro profissional da instituição ou de outro serviço. No entanto, caso não haja outro médico disponível para atender a mulher em situações de risco de morte ou quando a omissão do atendimento possa causar danos, o direito à objeção de consciência não é reconhecido (Brasil, 2012).

Mesmo que os serviços sejam tidos como credenciados e referenciados no cuidado a vítimas de violência sexual segundo o Ministério da Saúde, muitos não funcionam efetivamente pela falta de profissionais capacitados ou dispostos a fazer o procedimento.

Outro impasse que surge e afeta intensamente as equipes dos serviços são os entraves ideológicos. O abortamento ainda é tido como um tema tabu em nossa sociedade e mesmo com a legislação que assegura esse direito às vítimas que engravidam decorrente da violência sexual, a equipe extensa aos ambulatórios, ou até mesmo alguns profissionais que constituem os serviços, por questões ideológicas, morais e religiosas, não concordam com a atuação dos mesmos, atendem as pacientes de forma hostil e muitas vezes além de alegar objeção de consciência, criticam os profissionais que estão à frente dos serviços.

O hospital nos vê como a equipe que mata, muitos colegas profissionais acaba nos tratando mal, não concordando com serviço e isso respinga sim. (Adriana).

É chamado de um lugar de açougueiros, abortistas, no pejorativo né claro, feministas no pejorativo... vi alguns representantes de política se referindo a nós após de uma forma quase que criminosa, nem quase que eu acho que é assim mesmo, estamos falando que nós matamos bebês, que nós somos responsáveis por assassinato de crianças, então esses nomes já vieram sim. (Alice)

Outra questão institucional também que a gente enfrenta. É a violência institucional contra as próprias pacientes e contra a equipe. Então é por essa questão do estigma pega os pacientes mesmo assim, às vezes, durante a internação. Nós temos uma equipe ambulatorial, então nós não funcionamos em regime de plantão e por vezes precisamos contar com as equipes do plantão do centro obstétrico ou da policlínica, né? De outros setores do hospital. Onde não tem profissionais é que são alinhados com esse direito da interrupção gestacional, entendeu? Onde esses pacientes acabam sofrendo algum tipo de violência institucional. (Ana)

A violência institucional aparece como nomeação dada pelos entrevistados à forma em que as pacientes são tratadas por parte dos servidores dos hospitais, como também aos ataques silenciosos sofridos pelos profissionais da equipe que presta atendimento as vítimas pelos colegas. Minayo (2007) aponta que a violência institucional ocorre no interior das instituições, especialmente através de suas regulamentações, procedimentos operacionais e relações burocráticas e políticas, perpetuando estruturas sociais injustas.

Na área da saúde, a violência institucional se manifesta na interação dos serviços de saúde com os pacientes, abordando tanto a insuficiência de acesso como a inadequação da qualidade oferecida, aplicando-se também às dinâmicas relacionais entre os pacientes e os profissionais de saúde, especialmente dentro das organizações que prestam assistência à comunidade feminina (Bispo e Souza, 2007).

Dejours (1998) argumenta que, nas organizações, as relações laborais frequentemente resultam na despersonalização do trabalhador, suprimindo sua subjetividade, transformando-o em uma vítima do seu trabalho. Percebemos que nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, as relações entre os pares profissionais, muitas vezes é permeada por intolerâncias ligadas a fatores ideológicos, nas quais os profissionais são

reduzidos a sua atuação nos serviços de interrupção de gestação, sendo repudiados pela equipe que, por motivos morais ou religiosos, não é alinhada com esse direito.

Eu acho que é quanto aos outros profissionais, né? A equipe multiprofissional que atende nem sempre tem esse acolhimento humanizado com relação a essa paciente, né? Então a gente tem que ficar sempre fazendo capacitação, parece que a gente tá sempre enxugando gelo. (Ângela)

Comecei a ter problemas com gestor por questões indevidas, por me obrigar a trabalhar com todas as equipes e isso estava trazendo uma sobrecarga muito grande de trabalho, extrapolando no meu horário, os dias que eu precisava trabalhar e aí eu comecei a ter crises de ansiedade, pensamentos depressivos e até pensamentos suicidas e então eu comecei a ter pavor, pânico de voltar pro meu trabalho. (Amanda)

Então eu estou, tipo, assim, trabalhando na medida do que é possível, na medida do que dá, não entrando em embate com ninguém mais, sabe, porque se não eu sinto que eu vou adoecer. É muito complicado a gente se manter no serviço assim, muito tempo e manter uma saúde mental boa. Nessas condições que a gente enfrenta no dia a dia, entendeu? Principalmente por essas questões institucionais, porque a gente tem problema institucional. (Andressa)

Na perspectiva dejouriana, o processo de organização do trabalho é permeado por atividades definidas por normas e protocolos, possuindo um grau de previsibilidade, uma parte que pode ser antecipada e prescrita. No entanto, ao realizar o trabalho, nem tudo é conforme com o que foi prescrito, essa parte não antecipável é o que chamamos de trabalho real. O trabalho real aparece ao sujeito quando a realidade fura as exigências do trabalho prescrito,

mostrando suas inconsistências e coercitividade no que diz respeito às necessidades e desejos dos trabalhadores (Ferreira, 2013).

Projetos políticos no que tange o cuidado em saúde sexual e reprodutiva das mulheres apresentaram uma grande evolução em suas propostas, como a publicação da norma técnica “*Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*”, de 98, porém a nível de aplicabilidade, ainda em 2023 não apresentam substância. A negligência estatal para com os serviços especializados de atendimento a vítimas de violência sexual é nítida, dada a falta de recursos infraestruturais e interinstitucionais, uma vez que a recomendação da articulação entre a rede se mostra distante do possível pela saturação dos serviços e demandas que os profissionais enfrentam. Profissionais estes que, por estarem comprometidos com seus ofícios, e muitas vezes serem alinhados com o enfrentamento das violências contra as mulheres, fazem o serviço funcionar com pouco, ou nenhum suporte institucional e estatal.

Desafios a respeito da infraestrutura e do suporte institucional, colocam os entrevistados diante do trabalho real, uma vez que o trabalho prescrito, com a criação e implementação dos serviços de assistência às vítimas de violência sexual, apresenta muitas fragilidades.

O que desgasta aqui não é atender violência sexual, as pessoas tem uma relação com isso, o que desgasta é não ter estrutura, não ter sala, faltar profissional na equipe, é não internar quando precisa, o que desgasta é uma reação conservadora dentro do hospital, algumas práticas no ambulatório, então o problema está em outro lugar, não adianta nem me oferecer um psicólogo, acho que não está nesse lugar, está no lugar das condições de trabalho mesmo, é o que adoce, o que deixa a gente mal. (Alberto)

A estrutura de recursos humanos, a estrutura local, então vira e mexe eles

colocam a gente em qualquer sala do hospital, as salas muitas vezes elas não estão preparadas para atendimento infantil, não existe uma preocupação sobre a organização estrutural do serviço e eu acho que isso impacta diretamente nossa saúde mental, então a gente acaba tendo que trabalhar por vários, porque eu acho que não somos bem-vindos. Então isso, eu acho que se a gente pudesse contar com uma estrutura institucional melhor, mais adequada, mais projetada, mas quista. (Alice)

Silveira (2018) coloca que apesar da multiplicação de serviços de atenção a violência contra a mulher no Brasil, a falta de um comprometimento sólido do poder público tem como resultado a criação de serviços que, em um curto período de tempo, acabam se isolando e enfraquecendo, sendo submetidos a uma rotina de atendimento que se torna uma constante gestão de crises.

O trabalho institucional desarticulado com as necessidades laborais, ocasionalmente é submetido a retrabalhos e erros, dificuldades de comunicação, confusão e conflitos entre os pares, contribuindo para vivências de sofrimento patogênico, dificultando a atribuição de sentido ao trabalho, seja devido à falta ou excesso de determinações, tornando-o inviável (Ferreira, 2013).

Na experiência dos profissionais entrevistados, a capacitação aparece como essencial para lidar com alguns dos conflitos institucionais, porém na realidade dos serviços os profissionais atuantes buscam especialização por conta própria e geralmente são responsáveis por fornecerem capacitações aos demais agentes de saúde, muitas vezes sem nenhum suporte institucional.

Eu acho que a gente está mais capacitando as pessoas do que as pessoas capacitando a gente. (Aline)

Nós da equipe também acabamos sofrendo, né? Essa dificuldade de ter a colaboração de outros profissionais que, enquanto um desgaste para o nosso trabalho e até pra nossa organização do processo de trabalho também. É, a gente tenta contornar isto, oferecer um curso semestral dentro da instituição para capacitar esses profissionais, para sensibilizar, para tentar ajudar nessa parte, mas adesão é muito baixa. (Ana)

Essas capacitações normalmente vêm sempre da minha ideia, né? Então a gente monta, monta uma palestra ou eu mesma faço capacitando a equipe... E às vezes eu vejo isso, o grupo está bem mais empenhado de que a coisa funcione do que a própria instituição com esse olhar. Eu acho que essa questão institucional é, é claro. Dentro da instituição o serviço, apesar de existir, ele pode evoluir ou ele pode se extinguir também, já vi serviços em outros lugares que começaram na mesma época que eu e que hoje praticamente não funcionam. (Ângela)

Moreira e Vieira (2010) afirmam que apesar da necessidade de capacitação ser reconhecida pelos gestores dos serviços, o investimento nessas iniciativas ainda não é suficiente para potencializar a qualificação da atenção e para gerar mais segurança aos profissionais no desempenho das práticas direcionadas às mulheres em situação de violência sexual.

4.1.2 Afetações pessoais

Diferente dos entraves institucionais, um ponto importante em relação ao discurso das profissionais entrevistadas são atravessamentos pessoais com os casos de violência. Afetações que surgem na fala de todas as mulheres, mas nenhum dos dois homens entrevistados alegam atravessamentos de natureza pessoal. Fato que pode ser relacionado a predominância de

mulheres na pesquisa e a pouca quantidade de homens recrutados, mas também é válido destacar que o ser mulher aparece como um ponto importante para a discussão.

As profissionais trazem que muitas vezes acabam por se identificar nas histórias das mulheres, por também serem mulheres, por terem filhos da idade das vítimas, como também por determinantes históricos e sociais ligados a violência de gênero em nosso país, em que a maior parte das pacientes atendidas nos ambulatórios são meninas e mulheres.

Segundo o IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2022), ocorrem por volta de 822 mil casos de estupro por ano no Brasil, sendo que em mais de 80% dos casos as vítimas são mulheres e os agressores, em termos de gênero, a maioria é composta por homens, geralmente parceiros e ex-parceiros, familiares, amigos(as)/conhecidos(as) e desconhecidos(as).

Eu não consegui ficar na sala, porque aquilo mexeu muito comigo. Eu pensava “poxa, podia ser a minha filha”. (Amanda)

Agora o pior disso é que a gente se vê no lugar daquela mulher, entendeu? E aí é mais difícil porque a mulher chega numa idade próxima sua, tem um filho da sua idade, da idade do seu filho, ela foi estuprada na sua cidade, ou seja, a gente sente cada vez mais que a violência está muito próxima a nós. (Adriana)

Então tudo isso acaba sobrecarregando a gente do ponto de vista do trabalho e mexendo com a gente do ponto de vista individual e subjetivo ao pensar sobre isso, né? Somos mulheres, lidando majoritariamente com mulheres violentadas e isso faz a gente lembrar o tempo todo o quanto a gente está vivendo uma sociedade extremamente machista, misógina, racista, elitista em que as políticas públicas são negligenciadas... Isso é inevitável, por mexer. Parece, às vezes,

talvez chegar até num desabafo aqui, mas às vezes parece que é uma roleta russa, né? Que em algum momento aquilo ali vai bater na gente. (Ana)

Além de se reconhecerem nas vítimas, outro movimento muito comum é de assumirem uma posição afetiva frente as pacientes, muitas vezes ultrapassando a dimensão do cuidado em saúde com a intenção de um cuidado quase que parental.

Profissionais de saúde que prestam atendimento a vítimas de violência sexual frequentemente enfrentam sua própria angústia, uma vez que precisam lidar com as limitações inerentes à condição humana e ao sistema de saúde. A sensação de não resolutividade pode desencadear sentimento de impotência, o qual muitas vezes se instala no contexto de trabalho quando o profissional confunde seus próprios objetivos e restrições com os da pessoa que busca ajuda (Correa, Labronici e Trigueiro, 2009).

É fundamental estabelecer o distanciamento entre a palavra escutada e as cenas construídas durante o processo de reconstrução das histórias, quando o profissional não consegue alcançar essa separação, ou se não tem o suporte institucional para fazê-lo, sua saúde mental e desempenho no trabalho são comprometidos (Alcoforado, 2014).

Então acaba que a gente fica muito indignada com algumas situações e se sente muito empaticamente triste né com as situações e às vezes a gente fica pensando assim muitas vezes eu me vejo em situações que eu falo nossa eu queria adotar esse adolescente sabe, para poder tentar ajudar e tirar ela desse lugar. (Aline)

O acúmulo dessas vivências de escuta da violência sexual pode ter efeitos traumáticos por ultrapassar a capacidade de tolerância psicológica de um sujeito, dando origem ao surgimento de processos complexos de angústia, da qual podem ser organizadas fantasias, medos e ansiedades que acionarão mecanismos defensivos para evitar ou neutralizar as consequências que podem afetar o profissional, bem como condicionar o desempenho no trabalho (Velasquez, 2012).

As entrevistadas apontam que sentem ou já se sentiram muito angustiadas decorrente da escuta da violência. Diversos afetos são mobilizados e aparecem nos discursos pelo medo, ansiedade, pânico, revolta, impotência, ambivalência, dentre outros, nos quais as entrevistadas alegam sentirem impactos em sua saúde mental, como também no desempenho no trabalho.

Dentro do pessoal, eu acho que trabalhar num serviço de violência traz muita impotência para a gente no sentido assim de que a pessoa vivenciou aquilo e muitas vezes a gente não consegue tirar aquilo lá a gente tem que aprender a lidar com as consequências porque aquilo vai deixar uma marca na pessoa e aí você tem que aprender a lidar com isso e com muitas vezes você não conseguir tirar aquele problema, você só vai às vezes amenizar. Então eu acho que lida com as nossas impotências, com os nossos medos, inclusive os julgamentos sociais. (Aline)

Eu tento não me deixar afetar. Mas lógico que tem uma dimensão assim, que a gente fica realmente bem triste, né? Quando tem esses casos, o que mais revolta é que a gente veja como a vítima sofre, com o exame, com a escuta e tudo e muitas vezes não acontece nada com o agressor, né? (Agnes)

Vai mexer com a gente. As histórias vão ficando. Pega a saúde de forma geral, né? Então a gente se pega com insônia, pensando muito nos casos. Aí a hora que a gente dá uma respirada, divide com os colegas, vai pensando porque aquele caso é o que está pegando a gente? E vai tentando conduzir. (Ana)

E aí uma, fala da de uma médica, né? Ela disse assim “Adriana, essa clínica ela é castradora”. Porque depois que a gente vem para cá, a gente nunca mais

é a mesma. A gente não anda na rua tranquila, a gente tem assim, um receio maior com os homens. Então, assim, impacta na nossa vida incondicionalmente.
(Adriana)

Jenkins, Baird, Whitfield e Meyer (2011, como citado por Santos, 2018) colocam que os profissionais mais jovens e com alto número de atendimentos apresentam maior impacto emocional com a violência, além de que em casos de pouca ou nenhuma supervisão, há chances de maior sintomatologia profissional. As entrevistadas com maior tempo de trabalho nos ambulatórios, alegam que quando entraram no serviço a afetação com os casos era maior, e que no decorrer do tempo não deixaram de se sensibilizar, mas criaram recursos para lidar com as afetações. Enquanto que as profissionais mais jovens mostram-se mais sensibilizadas pelo contato com histórias violentas.

Eu busco trabalhar em mim, que isso é dela, não é meu. Né? Antes eu levava muito isso comigo. Antes, quando eu ouvia um caso, eu levava muito isso assim comigo para o meu dia a dia... Então eu tenho conseguido meio que separar isso, sabe? Então, tudo de problema assim que aconteça aqui, eu busco não levar mais comigo para fora do hospital. (Andressa)

Quando a gente inicia é mais, é, tem mais isso, né? Essa coisa da gente ficar impactada, a gente vai para casa fica pensando no caso, né? Ou aquele caso não sai da nossa cabeça, sempre tem um caso que impacta mais a gente, né? E com certeza isso aí no decorrer da minha vida profissional, né? Isso fez diferença e precisei de um apoio, precisei de uma ajuda. (Ângela)

Dejours (2011) entende que para pensarmos nas estratégias que o sujeito cria para lidar com as demandas da organização do trabalho, primeiro precisamos entender a forma pela qual

eles sofrem. Postula dois tipos de experiências de sofrimento: o sofrimento criativo, no qual o indivíduo desenvolve estratégias e soluções adaptativas que promovem sua saúde diante das pressões e desgastes do trabalho; e o sofrimento patológico, que se refere à forma como o indivíduo lida com a situação de maneira prejudicial à sua saúde, enfrentando inflexibilidades na estrutura de trabalho, o que o impede de encontrar maneiras de canalizar suas energias de forma produtiva em suas atividades laborais, que poderiam ser utilizadas como fonte de estratégias defensivas.

As estratégias defensivas podem ocorrer de maneira individual ou coletiva. As estratégias individuais têm o propósito de reduzir a percepção das pressões patogênicas enfrentadas, enquanto as estratégias coletivas contribuem para promover a coesão e a construção de um senso de comunidade no ambiente de trabalho, funcionando como diretrizes e proporcionando ao indivíduo uma estabilidade que ele não conseguiria obter apenas com suas defesas pessoais (Dejours e Abdoucheli, 1994).

Pelos relatos dos entrevistados, fica evidente que as pessoas que possuem uma maior experiência nos serviços conseguiram se distanciar emocionalmente dos casos de forma mais eficaz, mostrando-se uma estratégia individual e coletiva de defesa, na qual o profissional identifica os limites entre o ofício e sua vida pessoal, além de utilizar recursos como psicoterapia, conversas entre a equipe e supervisão profissional.

Santos (2018) aponta o autocuidado como estratégia de prevenção de adoecimento e preservação da saúde de profissionais que atuam no cuidado a vítimas de violência. Ações como identificar e tornar visível o desconforto, estabelecer limites pessoais em relação às questões de trabalho, evitar que o tema da violência contamine os espaços de lazer, preservar as redes de suporte mantendo a distância de assuntos relacionados ao trabalho, criar oportunidades de relaxamento e lazer, investir em capacitação profissional, frequentar psicoterapia e definir

claramente as responsabilidades e limites no ambiente de trabalho são estratégias eficazes de autocuidado individual dos trabalhadores (Santos, 2018).

Entretanto, é importante destacar que estratégias de autocuidado são possibilitadas a partir de uma posição criativa do sujeito frente ao sofrimento, quando o trabalhador se encontra numa modalidade de sofrimento patológico, isto é, aquele no qual as tentativas de modificar a estruturas do trabalho foram esgotadas com as atividades prescritas, rígidas e repetitivas do trabalho, o sujeito é levado a um processo de frustração e despersonalização intensos, que reduzem sua capacidade de mobilização tanto individual, quanto coletiva (Dejours, 1992).

Quando questionadas se precisaram de algum apoio emocional ou psicológico para lidar com o trabalho, todas destacaram que o suporte emocional é fundamental para a continuidade nos serviços e esse em sua maioria é buscado dentro da própria equipe.

Mas sempre também, eu acho que eu sempre fui uma pessoa que sempre, né, busquei essa ajuda na própria equipe mesmo, de estar conversando com os pares, não só os pares psicólogos, mas os pares, outros profissionais também. Acho que quando a gente faz isso fica mais leve para a gente (Ângela)

Eu acho que o trabalho multi ele resguarda a criança e o adolescente e as mulheres também de serem olhados de vários ângulos, mas ele resguarda nossos profissionais, porque o meu suporte é a minha equipe. (Alice)

A gente na verdade, a gente se ajuda entre nós, né? Entre a psicóloga, assistentes sociais, enfermeiras. (Agnes)

A equipe se dá muito esse suporte... E esse suporte que a gente dá vem muito dessa preocupação de ver que a outra se sente um pouco mais afetada por algum

caso e chama, conversa, vê se está tudo bem. Está preparado para atender? Quer sair? Quer ficar mais focado nos procedimentos, no caso das médicas? É ver, né? Como você tá? E vai tentando se dar esse suporte. Mas a gente evita também virar pacientes umas das outras, porque se não aí atravessa a coisa toda. E aí fica complicado. (Ana)

Além do suporte intrainstitucional entre os profissionais, é interessante destacar que os mesmos que participaram dessa pesquisa, foram recrutados através de um grupo virtual não oficial interinstitucional dos serviços de referência do Brasil, no qual se apoiam mutuamente, trocam experiências e realizam reuniões técnicas e educativas com a finalidade de exercer suporte teórico, científico e afetivo entre os pares.

Santos (2018) aponta que, apesar das estratégias individuais e coletivas desempenhadas pelos trabalhadores, instituição deve ser a responsável por implementar ações que visam promover a saúde e o bem-estar dos profissionais. Estas estratégias incluem: proporcionar condições físicas adequadas e seguras para garantir a integridade dos usuários e dos funcionários, demonstrar um interesse genuíno na qualidade das relações de trabalho através de uma comunicação clara e transparente, apoiar espaços de relaxamento e alívio do estresse para as equipes, criar ambientes de supervisão e treinamento que sejam protetores e facilitadores, incentivar decisões consensuais em situações difíceis e promover estilos de liderança horizontais e flexíveis que favoreçam a comunicação aberta e a tomada de decisões conjuntas.

Segundo Silveira (2006) os profissionais reconhecem a necessidade de apoio, preferencialmente por profissionais da área de saúde mental, no sentido de minimizar este impacto, porém o número de locais de atendimento que reconhecem e viabilizam esta forma de cuidado aos trabalhadores é muito pequeno. Os serviços apresentam um desamparo a equipe de saúde que vivência diariamente impasses técnicos e estruturais para a realização do seu

trabalho, além de possíveis desgastes emocionais e psicológicos que comprometem a saúde profissional e conseqüentemente o cotidiano laboral e o funcionamento dos serviços.

As conversas, reuniões e supervisões entre a equipe aparecem como um recurso valioso usado pelos profissionais para lidar com a escuta do traumático, além de atuarem como espaços de levantamento de questões e tentativa de resoluções de conflitos, tanto das equipes dos serviços, quanto a respeito de impasses institucionais colocados no cotidiano. Porém, outro recurso de busca de suporte emocional e psicológico individual colocado pelas entrevistadas é a psicoterapia. De 10 profissionais entrevistados, 7 alegam estar em acompanhamento psicológico, não estritamente para lidar com os desafios laborais, mas todas afirmam que é um dos principais fatores que as ajudam a cuidar da saúde e não adoecer com os desgastes decorrentes do trabalho.

Tenho absoluta certeza que jamais conseguiria trabalhar se não tivesse um suporte emocional pessoal além das minhas supervisões como profissional...

Nossa! Eu não consigo imaginar como seria sem suporte emocional. (Alice)

Menina, se eu não tivesse esse apoio, eu acho que eu nem estaria aqui, porque sim é muito pesado, é muito pesado, então assim não tem como. Eu acho que hoje eu faço terapia muito mais pelo serviço que eu estou nele. (Adriana)

Então eu não procurei a terapia por conta do programa. Mas já tem sido recorrente trazer as questões do trabalho para o meu processo terapêutico.

(Ana)

Dessa forma, compreende-se que conhecer e avaliar os sentimentos decorrente dos atendimentos, permite que os profissionais lidem com essas emoções sem invadir o espaço do outro, evitando que façam julgamentos ou tomem decisões inadequadas capazes de prejudicar o processo de cuidado da vítima. A mobilização emocional envolvida na atuação com o

fenômeno da violência revela que o fenômeno é complexo e difícil não somente para as usuárias, mas também para os profissionais de saúde (Penso, Costa, Ribeiro, Almeida e Oliveira 2008).

5. Considerações finais

O presente trabalho cumpriu o objetivo principal em compreender de que forma o atendimento de vítimas de violência sexual afeta a saúde mental dos profissionais que atuam nesse segmento. Ao analisar de forma conjunta, os resultados expõem diversas manifestações de sofrimento a partir do trabalho em serviços de referência a vítimas de violência sexual, com relatos contínuos de exaustão, desgaste físico e mental, estresse, ansiedade, insônia e angústia.

Tais resultados apontam decorrência de entraves institucionais, como questões ideológicas a respeito da violência sexual e o abortamento legal, violência institucional nos serviços, falta de infraestrutura e capacitação; como também afetações pessoais, onde o ser mulher ocupa destaque na identificação com as vítimas e a violência estrutural com a mulher. A angústia e impotência diante da complexidade e carga traumática dos casos atendidos e o tempo de trabalho também aparecem como fator influente no sofrimento, sendo este inversamente proporcional, quanto menos tempo de atuação, mais sofrimento.

Por fim os resultados acusam também necessidade de suporte emocional e psicológico para lidar com as afetações, que são obtidas tanto através de estratégias individuais, quanto coletivas, visto que as instituições falham no amparo infraestrutural e profissional no cotidiano dos serviços. As diversas categorias apontam repercussões nas esferas psíquica, laboral, familiar e política.

Com a finalização da pesquisa, podem ser identificadas algumas limitações, entre elas a amostra de conveniência, uma vez que os participantes foram contatados a partir de uma rede de contatos da equipe de pesquisa. Outrossim, a predominância de participantes do sexo feminino pode limitar a abrangência do estudo, visto que existem muitos profissionais do sexo

masculino atuantes nos serviços. Apesar disso, a pesquisa se mostra relevante para a literatura, uma vez que os estudos nacionais a respeito do atendimento de vítimas de violência sexual são concentrados nas vítimas, e pouco se fala sobre os desafios enfrentados pelos profissionais e a forma que os mesmos podem acarretar o sofrimento psíquico do trabalhador.

Assim, esperamos que, com esse trabalho, seja possível o desdobramento de formas de cuidado abrangentes em saúde aos profissionais dos serviços de referência a vítimas de violência sexual, destacando o suporte institucional como um dos primeiros pontos para a transformação do cotidiano dos serviços, visto que a organização do trabalho influencia não só a saúde do trabalhador, como também a efetivação do trabalho em saúde com as vítimas de violência sexual, ressaltando a necessidade do cuidado de quem cuida.

Referências

- Alcoforado, E. da S. (2018). ABUSO SEXUAL: FORMAÇÃO PROFISSIONAL, CONDIÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL E O ADOECIMENTO DO PROFISSIONAL QUE ATUA NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS. *Temporalis*, 18(35), 372–381. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p372-381>
- Artigo 21 (2023) Sobre o mapa- Mapa do aborto legal. São Paulo: Article 19. Disponível em <https://mapaabortolegal.org/sobre-o-mapa/>
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. (19), 20-28.
- Dias Bertino Bispo, C., & Costa Souza, V. L. (2010). VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL SOFRIDA POR MULHERES INTERNADAS EM PROCESSO DE ABORTAMENTO. *Revista Baiana De Enfermagem*, 21(1). <https://doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3909>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *RESOLUÇÃO Nº 258, DE 06 DE NOVEMBRO DE 1997*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. (3ª ed). Brasília: Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Lei 12.854, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual*. Diário Oficial da União.
- Canguilhem, G. (2002) *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Castro, E. K. de, Massom, T., & Dalagasperina, P. (2018). Estresse traumático secundário em psicólogos. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 115-125. doi: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.554>
- Correa, M. E. C., Labronici, L. M., & Trigueiro, T. H. (2009). Sentir-se impotente: um

- sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(3), 289-294. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300002>
- Dejours C. (1986) Por um novo conceito em saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14):7-11.
- Dejours, C. (1992). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J.- F. Chanlat, O indivíduo na organização: Dimensões esquecidas (pp. 149-174). São Paulo, SP: Atlas.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours, C. Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas. p. 119-145.
- Dejours, C. (2011) Addendum. In: Lancaman, S. & Snelwar, L. I. (Org.) *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-123.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34. doi:10.1590/S0103-65132004000300004
- Farah, M. F. S.. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12(1), 47–71. Doi: 10.1590/S0104-026X2004000100004
- Ferreira, J. B. (2013) Real do trabalho. In: Vieira, F. O., Mendes, A. M. & Merlo, A. R. C. (Org). *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá. p. 343-350
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Violência contra mulheres em 2021*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-contra-mulheres-em-2021/
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de

<https://forumseguranca.org.br/publicacoes/violencia-contra-meninas-e-mulheres/>

- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35(2), 57-63.
- Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. (2013). In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F.; Gomes, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (33ª ed). Petrópolis: Vozes.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, (2022). *Atlas 2022: Policy Brief*. Brasil. Recuperado de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf>
- Jacobs, M. G., & Boing, A. C.. (2021). O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(12), e00085321. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085321>
- Madeiro, A. P., & Diniz, D.. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 563–572. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
- Minayo, M. C. S. (2007). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa, E. R. *Curso impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; . p. 24-35.
- Moreira, G. A. R. & Vieira, L. J. E. S. Suporte institucional aos produtores de cuidado na atenção às mulheres em situação de violência sexual. (2022) In: Calvalcanti, L. F. *Violência Sexual Contra a Mulher*. (pp 78-93) Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Oliveira, E. M. de ., Barbosa, R. M., Moura, A. A. V. M. de ., von Kossel, K., Morelli, K., Botelho, L. F. F., & Stoianov, M.. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista De Saúde Pública*, 39(3), 376–382.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial de violência e saúde*. Genebra: OMS.

Penso, M. A., Costa, L. F., Ribeiro, M. A., de Almeida, T. M. C., & de Oliveira, K. D. (2008).

Profissionalização de psicólogos para atuação em casos de abuso sexual. *Psico*, 39(2).

Recuperado de

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1528>

Penso, M. A., Almeida, T. M. C. de, Brasil, K. C. T., Barros, C. A. de, & Brandão, P. L. (2010).

O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde.

Temas em Psicologia, 18(1), 137-152. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100012&lng=pt&tlng=pt.

Pinto, L. S. S., Oliveira, I. M. P. de., Pinto, E. S. S., Leite, C. B. C., Melo, A. do N., & Deus,

M. C. B. R. de .. (2017). Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1501–1508.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>

Reis, M. J. dos et al. (2010). Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de

violência sexual. *Revista de Saúde Pública [online]*. 44(2) pp. 325-331. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200013>.

Rey, F. G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneiras Thomson Learning.

Saffioti H. I. B. (1999). O estatuto teórico da violência de gênero. In: Santos, J. V. T. *Violência em tempo de globalização*. (pp. 63-142) São Paulo: Editora Hucitec

Santos, C. D., Pereira, K.W., & Carlotto, M.S. (2010). Burnout em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. *Barbarói*, (32), 69-81. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010465782010000100005&script=sci_abstract

&tlng=en

- Santos, K. D. A. (2018). *Assédio moral e autocuidado no trabalho de assistência a vítimas de violência contra a mulher*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil.
- Silveira, L. P. (2006) Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In G. S. Diniz, L. P. Silveira, & L. A. Mirim (Orgs.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites*. São Paulo: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde.
- Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71 (2), 51-67.
DOI: <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>
- Velasquez, S. (2012). *Violencias y familias implicancias del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan*. Buenos Aires: Paidós.