



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



**A Experiência Silenciada no Corpo que Sofre: Relações de
Gênero e Cuidados na Atenção Básica às Mulheres Vítimas
de Violência Sexual**

Ludmila Barbosa Rodrigues

CAMPINAS

2020

Ludmila Barbosa Rodrigues

A Experiência Silenciada no Corpo que Sofre: Relações de Gênero e Cuidados na Atenção Básica às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), como requisito à obtenção do título de especialista em saúde mental.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Emerich

CAMPINAS

2020

Agradecimentos

Os dois anos de residência foram de muita intensidade e transformações, e tantos acontecimentos só foram possíveis porque minha caminhada não é sozinha. Por isso, gostaria de apresentar um pouco da minha gratidão a todos e todas que fizeram parte desse processo que marcou não apenas meu processo formativo, mas meu crescimento como mulher e ser humano.

Gostaria de agradecer à minha família, que sempre apoiaram todas as minhas escolhas e me ofereceram todo o suporte necessário para realizá-las.

Agradecer ao meu companheiro de vida, que se fez presente sempre, compreendeu meus dias de exaustão e me motivou em cada parte da caminhada.

Agradecer às minhas amigas paulistanas, que independente da onde estou, quando volto são elas quem me acolhem com uma boa prosa, risadas e bons momentos.

Agradecer às minhas companheiras de profissão, que trilharam essa escolha desde a graduação e até hoje são pontos de apoio para as dores dos dias difíceis. Agradecer também às amigas e amigos que Santos me trouxe e que permanecem comigo.

Agradecer ao meu grupo de colegas da residência, que me ensinaram com cada discussão em como ser uma profissional ética e política. A RAPS ganhou muito com cada um de vocês. Em especial, agradecer às minhas duplas, Debs e Aline, que estiveram de perto do leve ao conturbado na rotina que pode ser de um residente.

Agradecer à “Cúpula”, que me ofereceu o suporte necessário para minha formação prática e teórica, e estimularam meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada por sustentarem boa parte das nossas escolhas coletivas e mostrar que é possível o fazer junto.

Agradecer à equipe CAPS AD Independência, que me acolheu em todas as formas possíveis e me apresentou o tipo de profissional que quero me formar.

Agradecer à equipe CS San Martin, que em meio a um ano tão conturbado, demonstrou que o fortalecimento da equipe e o fazer junto com a população são base para a defesa do SUS.

Por fim, agradecer às mulheres que confiaram em compartilhar suas histórias comigo, e tornaram possível a reflexão presente neste trabalho. Obrigada por fazerem parte do meu processo formativo, espero que minha prática profissional sempre esteja atrelada à luta das mulheres pela garantia de direitos e igualdade nas relações, e que possamos construir um mundo onde a violência não seja tolerada.

Resumo

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica deve considerar os sujeitos em suas múltiplas dimensões sociais, culturais, de desejos, valores e escolhas. Portanto, quando abordamos sobre saúde da mulher, deve-se considerar as relações de gênero presentes no contexto sociocultural. As mulheres encontram-se vulneráveis a diversos tipos de violência, entre elas a violência sexual. O Ministério da Saúde (MS), durante a década de 2000, desenvolveu políticas voltadas à garantia de direito e acesso das mulheres vítimas de violência aos serviços de saúde. A violência sexual é um problema de saúde pública de grande magnitude e mulheres que vivenciaram essa situação costumam apresentar consequências e fazer uso mais intenso dos serviços de saúde. Objetivou-se apresentar e discutir modos de cuidado à mulheres vítimas de violência sexual que foram atendidas durante a pandemia numa ESF de um município de grande porte e discorrer sobre a potência da UBS como equipamento de cuidado para que essas mulheres quebrem o sigilo da história de abuso e encontrem espaço de acolhimento ao seu sofrimento que por muito tempo esteve invisibilizado. O trabalho se pautou no relato de experiência de atendimentos individuais de três mulheres que vivenciaram situações de violência sexual em algum período da vida e chegaram à UBS com queixas variáveis. Discutiu-se como a experiência traumática e o silenciamento dela se relacionam com a história de vida das mulheres e os sintomas físicos e psíquicos, em uma perspectiva psicanalítica e sóciohistórica. A promoção de atendimentos para estas mulheres que sofrem em decorrência da violência sexual oferece a oportunidade delas ressignificarem a experiência traumática, a partir de espaço de escuta e tratamento do sofrimento e sua repetição. Além disso, o enfrentamento da violência contra mulher no serviço de saúde requer a inclusão da perspectiva de gênero nas práticas profissionais e também na construção das políticas. Isso colabora com a prevenção e promoção em saúde na Atenção Básica, respeitando o princípio de integralidade no cuidado às mulheres, e também às vítimas de violência sexual.

Sumário

1. Introdução	6
1.1 Saúde Mental na Atenção Básica	6
1.2 Saúde Mental e Gênero	9
1.3 Violência sexual contra as mulheres	13
2. Objetivos	16
3. Metodologia	16
4. Discussão	17
5. Considerações Finais	25
6. Referências Bibliográficas	26

1. Introdução

1.1 Saúde Mental na Atenção Básica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início no final da década de 1970 e contou com articulação de diversos movimentos sociais que tinham por objetivo superar práticas e discursos conservadores da época. A reforma se deu, e ainda se dá, com uma multiplicidade de saberes que ressoam nas experiências da reforma Italiana, Francesa e Norte Americana e lutam pela desinstitucionalização da loucura. Apoiadas na repercussão internacional que propunha a extinção dos manicômios, as idéias de Basaglia, psiquiatra italiano de grande influência no Brasil, inspiram a criação de novos dispositivos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e a inserção das ações em saúde mental na saúde pública. Basaglia identifica uma face social da doença, e que, sendo assim, cada sociedade faria da doença mental aquilo que mais a convém, sendo imprescindível envolver os aspectos políticos na desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. Desta forma, o processo de desinstitucionalização que se iniciava no país era pautado na desconstrução de um conjunto de aparelho científico, legislativo, administrativo e de relações de poder que envolviam o objeto da doença mental, a fim de construir um projeto terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas que sofrem como sujeitos. (ROTELLI at all, 1990 apud SOALHEIRO & MARTINS, 2017).

A Reforma Psiquiátrica implicou a invenção de novas estratégias pensadas no processo saúde/doença, que demandam ações intersetoriais e interdisciplinares. Neste contexto, em 2001, é promulgada a Lei n. 10.216, também conhecida como a Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redireciona o modelo assistencial em saúde mental

Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulgou a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso/abuso e/ou dependência álcool e outras drogas, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preferencialmente, em serviços de base comunitária. Com o fortalecimento das políticas e a necessidade de qualificar e ampliar esse cuidado em liberdade, em 2011 é lançada a Portaria GM/MS, nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual expande as ofertas de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, em diferentes níveis de assistência (BRASIL, 2011). Os serviços de saúde são tais como as unidades de atenção básica, as unidades de média e alta

complexidade como os ambulatório de saúde mental, os centros de atenção psicossocial, os serviços residenciais terapêuticos e, quando existem, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que pretendem atender a população em uma perspectiva antimanicomial (ANDRADE, 2014).

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada ao sistema de saúde,

“no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2013, p.20).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado na mesma época que a Política Nacional de Saúde Mental, ambas resultaram-se do processo de redemocratização do país e da Reforma Sanitária, que findou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas buscam superar históricos da atenção à saúde, revendo seus processos de trabalho e modelos assistenciais, por meio de uma lógica territorial do cuidado e a proximidade com a história de vida das pessoas, considerando o sujeito em sua singularidade e no contexto sociocultural em que está inserido, buscando produzir cuidado integral ao sujeito.

Dessa forma, a Atenção Básica se torna peça estratégica para a Rede de Atenção Psicossocial, pela facilidade de acesso e aproximação das equipes com a população, constituindo-se como porta de entrada também para os sujeitos que apresentam sofrimento psíquico. Entendendo que muitas vezes as equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes que compõem as unidades básicas, esbarram em diversos desafios para lidar com as demandas de saúde mental, foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade da Atenção Básica.

Os NASFS devem atuar apoiando os profissionais da ESF, das equipes de Atenção Básica para populações específicas e Academia de saúde, de maneira integrada, atuando diretamente no apoio matricial destas equipes, compartilhando saberes e práticas em saúde nos territórios adscritos das equipes. Os NASFs não possuem unidade física independente, e buscam trabalhar em conjunto com as equipes das unidades de saúde. A responsabilização compartilhada entre as equipes busca a ampliação da clínica e a integralidade do cuidado do usuário, auxiliando no aumento da capacidade de análise e

intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Algumas ações desenvolvidas pelas equipes do Nasf podem ser: discussão de casos, atendimentos conjuntos, educação permanente, ações intersetoriais, intervenções no território, ações de promoção e de prevenção da saúde, entre outras. (BRASIL, 2013).

O trabalho das equipes NASF estão pautados em duas dimensões: a clínico-assistencial, que incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e a técnico-pedagógica, que elabora apoio educativo com e para as equipes. Os trabalhos são orientados pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. O apoio matricial em saúde oferece às equipes e profissionais da atenção básica uma retaguarda especializada, objetivando qualificar a atenção à saúde e ampliar sua eficácia e atuação. As equipes utilizam-se de sua estratégia para corroborar na mudança do modelo fragmentado e das relações de poder assimétricas, através do diálogo interdisciplinar e do trabalho compartilhado, tornando-se um trabalho complementar aquele previsto em sistemas hierarquizados (CUNHA & CAMPOS, 2011).

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, e também em todos os pontos de atenção, devem possibilitar novas estratégias para a melhoria na qualidade e condição de vida dos sujeitos. Para além do processo saúde/doença e a busca por uma cura, os sujeitos devem ser olhados em suas múltiplas dimensões sociais, culturais, de desejos, valores e escolhas. As equipes da Saúde na Família constroem essa atenção através do vínculo construído no cotidiano com os usuários, em que ambos podem pensar em estratégias e ferramentas para o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013).

Da mesma forma, quando abordamos sobre saúde da mulher, tema importante para a discussão que se seguirá, observa-se que existem políticas específicas para essa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é um marco no reconhecimento sobre o impacto dos determinantes sociais na saúde da mulher, ao afirmar que as questões sociais de gênero estão mais frente a certos agravos que os fatores biológicos (MACHADO et al, 2014). O tema central do trabalho que se seguirá é sobre a potência das UBSs como lugar de escuta às mulheres que já vivenciaram alguma situação de violência sexual. A atenção básica é o principal equipamento de acesso da população e se tornou importante ponto da RAPS. Além disso, sua proximidade com os territórios e com a população, permite a percepção de questões não só relacionadas à saúde física, mas também à situações sociais e psicológicas em que aquelas pessoas enfrentam. A escuta dessas mulheres é possível diante deste fortalecimento das ESFs

apoiadas pelos NASFs, que vieram do histórico de lutas e constituição dos processos psicossociais nas políticas de cuidados à saúde da população.

Neste sentido, Machado et al (2014), trazem que na assistência à saúde da mulher, a superação da opressão de gênero deve ser considerada enquanto objeto de trabalho,

“para que sejam mobilizadas estratégias capazes de nortear uma assistência especializada, associada a enfoques de outras áreas do conhecimento, como a Sociologia e o Direito, para potencializar a transformação do modelo hegemônico de saúde, de enfoque apenas biológico.” (p.51).

Neste mesmo artigo, as autoras tratam sobre a violência doméstica, que pode ou não ter violência sexual associada. Porém, a reflexão que elas fazem podem ser facilmente associadas às outras violências contra a mulher, inclusive a sexual.

Considerando isso, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, o trabalho em saúde deve remeter-se a sua concepção social, para que a violência contra a mulher seja entendida como fabricante de necessidade em saúde da mulher e que merece atenção no contexto da Saúde Coletiva. Desta forma, antes de abordarmos o tema da violência sexual em si, passaremos pela história da saúde mental e gênero, para entendermos melhor como as relações de gênero sempre apareceram no âmbito da saúde.

1.2 Saúde Mental e Gênero

A definição de gênero como uma identidade cultural surgiu a partir do feminismo contemporâneo, que, como importante ferramenta analítica e política vem problematizando o modelo pelo qual as características sexuais são representadas e valorizadas, solidificando relações desiguais entre homens e mulheres. A categoria de mulher passou para a categoria de gênero, a qual atribui a dimensão cultural aos corpos biológicos. Gênero se torna, assim como afirmado por Scott (1995),

“a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e as mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres.” (p. 7).

O gênero, portanto, constrói expectativas e padrões para homens e mulheres, papéis culturalmente definidos pelos quais cada sujeito deveria seguir. Butler (2013) atenta

para o cuidado de aproximar o conceito de gênero a essência do sujeito, assim como sexo e um dado natural. Não se pode afirmar que o gênero sucede naturalmente do sexo, pelo contrário, o gênero deve ser uma descontinuidade radical na relação com os corpos biológicos (BLUTER, 2013 in VIANNA & DINIZ, 2014).

Para adentrar o estudo de gênero, autoras também consideram outros marcadores sociais fundamentais, como classe, raça, nível educacional, sexualidade, geração e a saúde mental. Portanto, a luta feminista é um movimento pela igualdade de gênero e ampliação dos direitos das mulheres, e também um projeto de transformações institucionais e mudanças ético culturais, tanto no aspecto estrutural, quanto ao nível do cotidiano (VIANNA & DINIZ, 2014). É a partir dessa ideia de gênero que partiremos para os estudos da história da saúde mental em um recorte de gênero.

Quando revisitamos a história da psiquiatria, que sempre esteve atrelada com as políticas de controle social, observamos que a loucura passa a ser tratada como doença mental a partir da necessidade normatizadora encontrada pela psiquiatria, pautada em comportamentos como os sexuais, das relações de trabalho, segurança pública, manifestações coletivas de caráter religioso, social e político. Além disso, a doença mental é associada ao discurso biológico, reduzindo os transtornos mentais a um check list de sintomas e justificando-os pelos processos hormonais, anatômicos e/ou genéticos do corpo. (ENGEL, 2006). Considerando isso, é perceptível que a forma de classificar mulheres e homens doentes mentais não eram as mesmas. Para entender essas diferenças, recapitulemos um pouco sobre a história das mulheres no Brasil e sua relação com a psiquiatria, como escrito por Engel (2006).

O papel da mulher na sociedade era entendido como naturalmente destinado ao exercício dos papéis de esposa e mãe, quando qualquer comportamento indicava recusa ou incapacidade de exercer tais funções, a moral feminina era questionada e tornava-se motivo de intervenções para sua normatização, já que estes comportamentos fugiam das especificidades de sua natureza e eram enquadradas como anomalias. Dessa forma, o diagnóstico de uma mulher classificada como doente mental concentrava-se ao redor do que era entendido como sua natureza, que era vista como sensível e frágil. Observa-se que ainda no século XIX e meados do XX, a construção psiquiátrica estava entrelaçada com a fisiologia feminina, muito associados ao ciclo menstrual das mulheres, a sua capacidade reprodutiva e, portanto, à sua relação com o sexo. A sexualidade, tanto a ausência dela quanto os excessos de realização do desejo sexual, era uma ameaça à integridade física,

mental e moral da mulher. Já o masculino sempre foi atrelado à razão e à formação cultural. A questão relacionada a isso é de que a razão é valorizada como estável e confiável, já a sensibilidade é imprevisível e pode ser perigosa. Portanto, quando uma mulher era diagnosticada com uma doença mental, esta era atrelada e justificada pela sua natureza frágil e mais vulnerável (ENGEL, 2006). A partir dessa concepção, Zanello (2014) observa a vinculação histórica das mulheres aos seus corpos, de forma que corpo e sensibilidade estão conectados, o que aproxima as mulheres às enfermidades.

A partir da História da Loucura, escrita por Foucault e publicada em 1961, Zanello (2014) observa que há um silenciamento das mulheres ditas como loucas, apesar de haver uma maioria de mulheres internadas em instituições psiquiátricas, o sofrimento psíquico não é percebido com conexão às relações de gênero. Foucault traz em seu estudo de que a pessoa internada em uma instituição é tratada como sujeito moral (FOUCAULT, 1999 in ZANELLO, 2014), e em seus exemplos fica claro que os desvios morais entre homens e mulheres eram distintos, porém não há problematização sobre esse fato. Herdado da construção sócio histórica tanto da saúde mental, quanto do gênero, é possível localizar o aspecto de uma racionalidade reducionista e biologizantes, contexto em que reforça o imaginário social de que as mulheres são mais vulneráveis e, ao mesmo tempo, provedoras de cuidado, como se estivessem confinadas e destinadas ao papel social e sexual em que lhes coube. (ANDRADE, 2014).

A medicina ocidental, historicamente, trabalha numa lógica indicial, ou seja, funciona com a lógica de causa e efeito, onde a causa parte-se implicada de um efeito. Esse mesmo formato foi atribuído à psicopatologia, e quando o sofrimento psíquico é tratado como uma máquina defeituosa, não se vê um sujeito produtor de sentido, implicado em seu sofrimento. Assim como ressaltado por Zanello (2014),

“Se o sofrimento psíquico é mediado pela linguagem e pela cultura, para acessá-lo é necessário qualificar a fala do paciente, não apenas em seus aspectos objetivos, mas como expressão simbólica e constitutiva daquele. O sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda a sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem.” (p. 44)

Desta forma, faz-se importante pensar a saúde mental sobre a ótica das relações de gênero, pensando em como a constituição subjetiva também é influenciada pelos papéis de

gênero, e observar em como essa relação se expressa e também em como sofre. (ZANELLO, 2014).

Estudo, realizado por Zanella e Silva (2012), demonstra que 59,6% das mulheres no hospital geral estudado foram diagnosticadas com Transtornos Mentais Comuns (TMCS), os quais possuem importante relação com os fatores socioeconômicos, que incluem o gênero, o que as leva a pensar que, ainda hoje, há uma ontologização biomédica de questões sociais e subjetivas.

O Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU (in ZANELLO, 2014), demonstra que as mulheres apresentam maior risco de desenvolver transtornos mentais. O relatório indica que as mulheres ainda carregam a responsabilidade em exercer os papéis de esposa, mães, educadoras e cuidadoras, e ao mesmo tempo adquirem cada vez mais importância no papel do trabalho e renda familiar, e a multiplicidade de papéis ocupado por mulheres na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais (ZANELLO, 2014). Todos estes papéis fazem com que a mulher seja vista como seres fundamentais para a sobrevivência humana, porém elas vivem na contradição em que ao mesmo tempo sofrem com as desigualdades no trabalho, as explorações, baixa representatividade nas instâncias de poder, são vítimas de discriminações sexuais, que podem ainda estar associados à pobreza e a violência doméstica e sexual. Essa contradição entre a essência de exercer os papéis sociais e as opressões sofridas pela desigualdade de gênero representam importante fator de risco a saúde mental das mulheres.

Entre as opressões sofridas por mulheres, abordaremos a seguir a violência sexual, que ainda hoje é pouco falada, porém muito vivida pelas mulheres. Este silenciamento está estritamente relacionado com a história das mulheres e o espaço que ocuparam na história da saúde mental, que por muitos anos as classificaram de loucas quando manifestavam denúncias de que haviam sofrido alguma violência, seja diretamente ou através de sintomas. Assim como afirmado por Vianna & Diniz (2014),

“Incluir o debate de gênero na saúde mental é refletir sobre como as diferenças das condições sociais de mulheres e de homens determinam sua existência e geram riscos e dificuldades emocionais distintos em diversos momentos do ciclo de vida.” (p.90).

1.3 Violência sexual contra as mulheres

Violência sexual, segundo descrita na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), é entendida como

“qualquer ato que constranja o indivíduo a presenciar, manter ou participar de uma prática sexual não desejada. Ou ainda o anulamento dos direitos sexuais e reprodutivos, seja por meio da proibição do uso de métodos contraceptivos, da prostituição ou da indução ao aborto” (LIMA et al, 2014 p. 789).

A violência sexual pode ser traduzida em um impulso agressivo pautado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, que pode gerar uma apropriação do corpo do outro, mais vista na relação entre homens e mulheres, mas não exclusivamente (BRASIL, 2012).

A história da mulher vítima de violência sexual está estritamente conectada com a história das mulheres, ao contexto sócio histórico de gênero no Brasil, e sua relação com a saúde mental, descrita no último item. Quando a mulher é associada com a natureza, corpo e emoção e o homem com cultura, mente e razão, a mulher é colocada no lugar de quem poderia desviar o homem de seus caminhos, através da sedução e do pecado. Desta forma, seria ela a culpada pelos ataques sexuais cometido pelos homens. A sexualidade da mulher é socialmente aceita quando se trata da reprodução, e portanto, a mulher seria responsável em controlar os seus desejos sexuais. Já a sexualidade masculina era relacionada a um impulso biológico, que seria dificilmente controlável, o que levaria o homem ao domínio e a violência. Neste contexto, a violência sexual cometida contra as mulheres se justificaria pela necessidade biológica masculina, algo que seria inevitável, sugerindo que o homem não é totalmente responsável por suas ações e legitimando a opressão masculina sobre a mulher. E se pensarmos na construção de identidade de gênero, teríamos uma hegemonia heterossexual na qual o homem é sexualmente ativo e a mulher sexualmente passiva, reforçando ainda mais o estereótipo de que a mulher controla seus impulsos sexuais e o homem não. (LIMA & DESLANDES, 2014)

A luta dos movimentos feministas e outros segmentos da sociedade civil conseguiram denunciar a violência gerada pelos relacionamentos baseados neste modelo machista. Finalmente, em 1993, a violência contra a mulher foi reconhecida como um

problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPS).

Sobre a violência sexual, o Ministério da Saúde (MS), durante a década de 2000, desenvolveu políticas voltadas a garantia de direito e acesso das mulheres vítimas de violência aos serviços de saúde, através da implementação de serviços voltados a atenção para mulheres em situação de violência sexual e a inserção da Ficha de Notificação de Violência na base de dados do SUS (BRASIL, 2004). Em 2004, o MS decreta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual há destaque para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e no enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher. Com a crescente luta dos profissionais da saúde sensibilizados com a situação de violência sexual e proibição do aborto, em 2005 é publicada a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, consolidando a estratégia de atenção integral à mulheres e adolescentes em situação de violência sexual. Em 2006, com objetivo de qualificar as notificações detalhando os tipos de violência e os possíveis autores, é implementado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA SINAN) (Lima & Deslandes, 2014).

A luta continuou e em 2007, o governo federal em conjunto com os estaduais promoveu o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, o pacto preconiza repasse, execução e responsabilidades financeira com metas estabelecidas e estratégias de monitoramento para verificação dos resultados. Ao MS cabe o fortalecimento dos serviços SUS, a formação dos profissionais para que estejam preparados ao atendimento de mulheres em situação de violência, a garantia de direitos sexuais e reprodutivos e a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS, com objetivo de ampliar a oferta dos métodos anticoncepcionais reversíveis, inclusive a anticoncepção de emergência e a elaboração das normas técnicas, protocolos e fluxos de atendimentos nos serviços de saúde para as mulheres em situação de violência sexual (LIMA & DESLANDES, 2014).

Ainda em âmbito nacional, houve a expansão de serviços institucionais da justiça com a ampliação do número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e a promulgação da Lei de Notificação Compulsória registrado pelos serviços de saúde público e privado para os casos de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas e a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), de 2003, além da conhecida Lei Maria da Penha, de 2006, que tem como principal objetivo a proteção da

mulher em situação de violência doméstica (LIMA & DESLANDES, 2014). Já em âmbito internacional, o Brasil acordou com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), da Convenção de Belém do Pará, da Conferência de Beijing e de Cairo, dentre outras (BRASIL, 2012), comprometendo-se ao combate a violência contra as mulheres e a garantia de direitos humanos.

No mundo, estima-se que cerca de 12 milhões de pessoas são atingidas por violência sexual a cada ano, e sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares, como incesto, estupro e o sexo forçado por parceiro íntimos (OMS, 2002, in BRASIL, 2012). Segundo dados do MS (2012), no Brasil 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica, sendo que 70% desses crimes são praticadas pelo próprio companheiro e ocorrem dentro de casa. O sistema VIVA demonstrou que a violência sexual notificada pelo SUS ocupa 22% das violências registradas (BRASIL, 2009 in LIMA & DESLANDES, 2014). Observa-se uma baixa denúncia e procura por atendimento, o que dificulta avaliar a verdadeira incidência e prevalência da violência sexual (FAÚNDE et al, 2006 in CHAGAS, 2014).

Sabe-se que este tipo de violência reflete na saúde física e mental do sujeito, desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, gravidez indesejada, até quadros depressivos, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (BRASIL, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) também associa essa violência a diversos agravos à saúde física, como abuso de álcool e/ou outras drogas, distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça, distúrbios psíquicos, entre outros. Estas consequências implicam em uma maior procura pelos serviços de saúde pelas mulheres (OLIVEIRA et al, 2005). As mulheres costumam procurar os serviços de saúde com demandas como essas exemplificadas, e muitas vezes não associam os sintomas relatados ao histórico de violência, da mesma maneira, a violência de gênero não é ponderada nos registros de prontuário, podendo invisibilizar o sofrimento causado pela situação de violência e correndo o risco de individualizar o problema à vítima.

Visto que as violências e, em destaque, a violência sexual são importantes problemas de saúde pública, e suas manifestações no sujeito aparecem através de demandas clínicas e psicológicas, nem sempre diretamente associadas ao ocorrido, a Atenção Básica como porta de entrada aos serviços de saúde, se torna peça fundamental para o cuidado às vítimas de violência sexual, tanto as que procuraram o serviço logo após

o fato, quanto para aquelas mulheres que não tiveram a oportunidade de denunciar e mantiveram a história de violência silenciada, chegando ao serviço muitas vezes por outras razões. Estudos apontados por Chagas (2014) revelam que adultos que foram vítimas de violência sexual na infância permanecem com dificuldades psicológicas durante a vida, além da possibilidade de repetição da agressão. O sofrimento pode ser denunciado muitos anos depois do ocorrido, mas estes casos demonstram que o tempo não contribuiu para a remissão dos sintomas e faz-se necessária atenção à essas pessoas.

Durante o ano de experiência como psicóloga Residente em Saúde Mental em um Centro de Saúde, pude acompanhar mulheres que chegaram à unidade com demandas variadas e que, com espaço de escuta e acolhimento, acabaram por falar sobre situações de violência vivenciadas por elas. Se hoje, com o debate intensificado, a presença de serviços especializados e políticas públicas que garantem o direito dessas mulheres, já observamos que há uma dificuldade grande das mulheres vítimas denunciarem, quando tratamos de mulheres que tiveram a ocorrência à mais de 10 anos atrás, imaginamos que a dificuldade era ainda maior.

A partir desta experiência e da literatura, surgiu os questionamentos de por que essas mulheres mantiveram-se em silêncio e quais foram as consequências disso para sua saúde física e mental? Qual a importância dessas mulheres serem escutadas? Como podemos pensar na prevenção e prevenção da violência sexual contra as mulheres? Estes e outros questionamentos serão discutidos ao longo deste trabalho.

2. Objetivos

Apresentar e discutir modos de cuidado à mulheres vítimas de violência sexual que foram atendidas durante a pandemia numa ESF de um município de grande porte e discorrer sobre a potência da UBS como equipamento de cuidado para que essas mulheres quebrem o sigilo da história de abuso e encontrem espaço de acolhimento ao seu sofrimento que por muito tempo esteve invisibilizado.

3. Metodologia

O trabalho em que se segue partiu da minha experiência como psicóloga residente em saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde, localizada na cidade de Campinas - SP. Esta UBS é composta por quatro equipes ESF, e recebe apoio de uma equipe NASF,

composta por uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, duas pediatras, uma farmacêutica e, chegada mais recentemente, uma ginecologista. A unidade também conta com o trabalho em rede com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, infantil e álcool e outras drogas, além de serviços da assistência social e outros serviços como o Centro de Apoio à Mulher Operosa (CEAMO), que acolhe mulheres em situação de violência doméstica, e uma ONG que atende crianças e adolescentes no contra turno escolar. As ESF são responsáveis por uma população de aproximadamente 12000 pessoas e dividem-se por quatro territórios no distrito norte da cidade de Campinas.

O ano de 2020 foi atravessado pela pandemia do COVID-19 e as práticas em saúde também precisaram se adaptar a esse contexto. As ESF tiveram suas ações preferencialmente voltadas ao combate ao vírus e a prevenção da contaminação. Sendo assim, as ações em saúde mental tiveram que se voltar a atendimentos individuais, ações virtuais e teleatendimentos. Isto posto, o trabalho será pautado no relato de experiência em atendimentos individuais de três mulheres que vivenciaram situações de violência sexual em algum período da vida e chegaram à UBS com queixas variáveis, porém quando acolhidas com uma escuta qualificada, puderam falar sobre suas histórias e em como a violência sofrida ocorrida há muitos anos atrás ou até mesmo na infância, deixou marcas e cicatrizes que muitas vezes se relacionam com as demandas atuais. Todos os nomes utilizados são fictícios e os relatos serão breves a fim de preservar o sigilo das mulheres, narrando apenas o que for necessário para o embasamento da discussão.

4. Discussão

Para iniciarmos a discussão, apresentarei brevemente os casos que pude acompanhar durante o ano atuando na atenção básica como psicóloga residente em saúde mental.

Caso 1: Flor, mulher, 46 anos. Sofreu violência sexual por parte de um primo dos 7 aos 11 anos. A família soube do ocorrido, mas não foi feito nada a respeito. Flor continuou convivendo com o primo nos eventos familiares. Já fez acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e passou por internação psiquiátrica, foi diagnosticada com Transtorno Bipolar. Não sustentou o acompanhamento em saúde mental. Mãe de três filhas, nunca teve desejo de manter um relacionamento sério com alguém, sentia que não merecia amor e carinho. Já se considerou uma pessoa dependente de sexo, e compara a sua relação com a sexualidade à um usuário de crack. Sempre trabalhou e sustentou-se

sozinha. Recebeu o diagnóstico de HIV+ à dois anos, e desde então mudou completamente sua rotina, modo de viver e se relacionar com as pessoas. Buscou ajuda após contrair o coronavírus e precisar ficar internada, momento em que também precisou compartilhar seu diagnóstico com suas filhas. Realizei acompanhamento individual durante 5 meses, além das consultas médicas e momentos compartilhados com a técnica de enfermagem e o agente comunitário.

Caso 2: Joana, 29 anos. Sofreu violência sexual de seu próprio companheiro, quem morava com ela na casa de sua mãe. Nunca teve boa relação com a mãe, relatando situações de violência na infância. Anos depois, conseguiu separar-se do ex companheiro, mas nunca contou a ninguém o verdadeiro motivo da separação. Tem um filho, após divórcio, ex companheiro abandonou os cuidados com o filho, retornando agora com desejo de retomar contato. Joana chegou ao centro de saúde encaminhada pelo PA após uma tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. Foi acolhida pelo enfermeiro da equipe, com quem desabafou sobre a violência sofrida e associou diretamente o fato ao seu desejo de morrer. Caso foi compartilhado com a saúde mental devido à gravidade. Realizei acompanhamento individual durante 2 meses, em conjunto com consultas médicas e apoio matricial à equipe que estava disponível para acolher Joana em caso de nova ideação suicida. Durante os atendimentos, Joana pode contar sobre a violência sofrida, explica que foi a primeira vez em que falava sobre isso. Explica que, apesar de entender que não tinha culpa, se sentia responsável pelo ocorrido, e que não sentia apoio e proteção por parte da mãe, não tendo segurança em contar à alguém. Após esses meses, Joana mudou-se da casa da mãe com seu filho, e colocou ex companheiro na justiça para conseguir pensão ao filho.

Caso 3: Jasmin, 36 anos. Jasmin, diferente dos relatos anteriores, nunca teve como demanda central o fato de ter sofrido abuso sexual na infância, por parte de seu padrasto. Esteve em constante acompanhamento no centro de saúde pela equipe multiprofissional devido à diabetes descompensada e à histórico de uso de medicação psicotrópica e acompanhamento por serviço de saúde mental. Porém, durante um atendimento compartilhado, Jasmin contou sobre a violência sofrida. Explicou que sua mãe soube do ocorrido na época, porém não a deu credibilidade. Casou-se aos 15 anos com “o primeiro cara que apareceu”, para poder de sair de casa o mais cedo possível. Hoje está divorciando-se, tem duas filhas e ainda não consegue ter uma relação de confiança com a mãe, apesar de morarem na mesma rua. Mora com sua colega com quem mantém uma relação amorosa em alguns momentos. Jasmin tem histórico de passar por diversos

atendimentos psiquiátricos e psicológicos, hoje identifica que sua demanda é em relação a sua irritabilidade excessiva. Acompanhei Jasmin durante quase todo o ano, em atendimentos compartilhados com a médica da equipe e alguns momentos individuais.

A violência sexual é um problema de saúde pública de grande magnitude. Estudo realizado por Schraibe et al (2000) demonstrou que mulheres que vivenciaram essa situação costumam apresentar consequências e fazer uso mais intenso dos serviços de saúde, porém a violência não aparece nos diagnósticos realizados e se ausentam também dos registros médicos. Apesar de invisibilizado o histórico de violência, essas mulheres recebem uma maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes e são frequentemente encaminhadas para serviços de saúde mental (Schraibe et al, 2000).

A problemática neste tipo de conduta pode ser visualizada na história de Flor, mulher que sofreu violência sexual na infância, mas o fato foi pouco falado na sua trajetória. Por estar muito ansiosa devido ao coronavírus e ter histórico na saúde mental, foi solicitado apoio do NASF. Flor levou alguns atendimentos para contar sobre a violência em que sofreu, e com o tempo, passou a associá-la aos seus sofrimentos. O fato da violência não havia sido problematizado em seu histórico clínico até então, e este tipo de conduta pode ter colaborado para a individualização do problema, como se fosse substancialmente dela, deixando de lado o debate sobre as relações de gênero e responsabilidades do agressor que cometeu o ato. Além disso, evidencia-se a centralidade no modelo tradicional e curativo, a qual dispensa o olhar psicossocial e não inclui a violência como motivadora às necessidades de saúde (Almeida et al, 2014).

Vimos também que a violência sexual pode ocasionar diversos efeitos na vida das mulheres, expressos por uma multiplicidade de sentimentos, sendo capaz de estar associada ao abuso de álcool e/ou outras drogas, sofrimentos psíquicos e maiores índices de suicídio (MCCAULEY, 1995 in Schraibe et al, 2000). Essa realidade ficou evidenciada no caso de Joana, que estava em seu limite e não poderia mais guardar esse segredo. Sabe-se que é bastante comum o agressor ser o parceiro íntimo, de forma que reproduz as relações de poder entre homens e mulheres e violando os direitos humanos das mulheres. A violência sexual é a categoria em que as mulheres possuem mais dificuldade em denunciar, pela vergonha e preconceito de expor sua intimidade, o que ainda mais dificultado nesta situação (MOREIRA et al, 2011).

Dantas-Bergger & Giffin (2005) trazem uma reflexão de que a violência sexual conjugal está relacionada ao desmonte da figura de homem provedor, advinda das transformações na divisão sexual do trabalho, na crescente participação de mulheres no

trabalho remunerado e no orçamento familiar somada com a aceitação da atividade sexual feminina não-reprodutiva. Esta transição provoca mudanças na relação social entre homens e mulheres e na abordagem da situação da violência sexual, “onde a mulher busca sustentar, ainda que de forma ambivalente, uma posição de Sujeito (e não de objeto) nas relações sexuais que vivencia.”(p. 419).

Na história das três mulheres observamos que há um importante silenciamento da violência sofrida. Joana nunca havia contado a ninguém. A família de Flor conhecia sua história, mas o ocorrido sempre foi tratado como responsabilidade da própria mulher, ou algo no qual não se deve falar sobre. Jasmin tentou contar a sua mãe quando aconteceu, quem não acreditou, o que fez com que se casasse com 15 anos para sair de casa o mais cedo possível. Um ponto em comum importante entre as narrativas é esse: a violência sofrida nunca levou credibilidade por parte de suas mães ou familiares, mais uma razão pela qual elas não viam sentido em falar sobre o ocorrido.

Denunciar ou falar sobre a violência sofrida é um desafio para essas mulheres, e se torna ainda maior quando esta foi causada por um parceiro íntimo ou algum familiar. Além de ter um caráter íntimo e privado, o agressor pode ameaçar ou conquistar a confiança e afeto da pessoa, a vítima fica exposta a sedução perversa do agressor (Azevedo, 2011). Para além disso, Chagas (2014) traz em sua tese uma visão psicanalítica sobre o silenciamento dessas mulheres, a partir da teoria de alguns autores. Através da citação de Cesarotto (2009), ela explica que na infância, as crianças são representadas pelo discurso do Outro, sua existência constitui-se tanto pelo que se diz quanto o que não se diz. Em Dolto (1980 in Chagas 2014), ele acredita que o sintoma se apoia na estrutura familiar, e no psiquismo da criança fica o efeito do que é negado no discurso dos pais. O psíquico da criança é constituído a partir do reconhecimento de sua própria história por meio do Outro, assim, o segredo ou a negação/invisibilização de um fato, pode ser prejudicial na formação psíquica do sujeito.

No caso das três mulheres, a forma de lidar com o ocorrido teve influência direta do discurso de suas mães, ou seja, no caso delas, a figura da mãe fez o papel desse Outro mencionado. Para Joana, ela não poderia contar à ninguém o que houve, porque o discurso de sua mãe dizia que o homem da casa deveria ser respeitado em seus desejos. Para Jasmin, a insistência no assunto poderia resultar numa perda do amor da mãe para o padrasto. E em Flor, a mãe lhe dizia que ela era promíscua e não sabia se preservar, característica essa que Flor se atribuiu durante quase toda sua vida, e hoje não quer contar para a mãe sobre o diagnóstico do HIV porque acredita que isso afirmaria todas essas crenças de sua mãe. De forma alguma estamos buscando culpabilizar a mãe, que são

mulheres também inseridas nessa realidade histórico-cultural e psíquica que estamos discutindo e sem saber a história de cada uma, não poderíamos dizer as razões de cada discurso, mas nosso foco aqui são as mulheres atendidas e essa relação se apresentou aspecto muito presente nos atendimentos e como um dos principais motivos de não terem denunciado o ocorrido mesmo em tantos anos.

Em Rosa (2009), citada por Chagas (2014), ela traz que escolher não contar o segredo está relacionado a razões morais, na tentativa de romper com um passado ultrapassado e trágico ou para evitar algum castigo. O que não é dito, dessa forma, assujeita a pessoa ao silenciamento, mas por outro lado, pode oferecer a segurança de pertencimento a um grupo. Ou seja, o não falar pode estar relacionado com proteger essas vivências do olhar do outro, conservando-as inacessíveis. Dessa forma, ela explica que o calar pode ter a função de alienação, em que o sujeito encontra condição para pertencer ao grupo, ou de separação, onde a criança pode manter a recusa à realidade imposta pelo adulto. Segundo a autora, há um não-dito necessário compartilhado pela sociedade, que são as normas não explicitadas, impostas como condições necessárias para a preservação e coesão do grupo. O segredo pode ser compreendido, então, como uma forma de sustentar uma imagem sobre si e o mundo, uma tentativa de manter uma moral imposta e romper com o passado.

Chagas (2014) resgata a concepção de sintoma por Freud (1996), em que numa tentativa de coibir a angústica causada pela experiência traumática, o conteúdo inconsciente retornaria ao consciente de forma distorcida e disfarçada por meio de um representante, o sintoma. Através de manifestações sintomáticas, a experiência traumática, no caso aqui a da violência sexual, é denunciada e revivida, ao mesmo tempo. A violência não denunciada, além de poder retornar com a formação de sintomas físicos ou psíquicos, a manutenção do segredo da violência sexual sofrida no passado pode trazer consequências a formação dos vínculos afetivos na vida adulta (Chagas, Moretto & Lucia, 2010, p.19). Na história de cada uma das mulheres, pudemos observar como o histórico de violência provocou diferentes sintomas em cada uma. Em Jasmin, apesar de não ter associado sua demanda central com a experiência de abuso, observamos que parte dos sintomas clínicos de diabetes e obesidade eram consequência de um sofrimento psíquico recalçado e silenciado durante muito tempo. Em seu histórico, o tratamento sempre se dava envolta dos sintomas e pouca escuta para o que precisava ser colocado em palavras, o acompanhamento permitiu que Jasmin conseguisse aceitar aplicar insulina, a fazer planos de voltar a trabalhar e se permitir a experimentar suas relações sexuais conforme seu desejo. Para Flor, observamos a clara fragilidade em estabelecer vínculos afetivos e

sexuais, em sua própria fala, ela via seu corpo como uma “máquina”. Em Joana, a tentativa em romper com seu passado resultou em isolamento social e um silenciamento que quase a matou. Desta forma, percebemos a importância de colocar em palavra o que foi experienciado por essas mulheres, na tentativa de elaborar o sofrimento e aliviar o sintomas.

Ainda nessa linha Freudiana, também há o que Freud chamou de compulsão a repetição, entendida como “mecanismo inconsciente em que o sujeito repete uma cena traumática, como tentativa de dar conta de um conteúdo sem significação, algo sem inscrição” e estaria atrelada à pulsão de morte (in CHAGAS, 2014 p. 96), desta forma, em uma situação traumática em que há um silenciamento do sujeito, o sintoma poderia aparecer em forma de repetição. O estudo de Chagas (2014), evidenciou que uma mulher adulta com histórico de violência sexual na infância, frequentemente vivencia a repetição da experiência ao longo de sua vida, sem entender a relação disso. Essa evidência também apareceu durante o acompanhamento de Flor. Em sua história de vida, conta que nunca conseguiu ter um relacionamento amoroso com alguém devido acreditar que não merecia receber amor e carinho, e também se identifica como alguém “viciada em sexo”, porque, sem entender a motivação para isso, se colocou em diversas situações onde seu corpo era “como uma máquina de sexo”, e era algo que fugia de seu controle. Explica que só conseguiu olhar para isso após contrair o HIV. o espaço de escuta pode possibilitar que a mulher se questione sobre a repetição a qual tem vivenciado e dedicar-se ao seu funcionamento psíquico singular (Chagas & Moretto, 2013). Nesse sentido, esse espaço se fez fundamental para que Flor olhasse para própria sexualidade constituída a partir de sua história de vida, para que se permitisse reconstruir suas formas de se relacionar e estar no mundo.

A ideia de que a violência é consequência de um comportamento inadequado da mulher atrelada com a ideia de que o homem possui uma autorização social para agredir-lá, também é reproduzida pelos profissionais de saúde que carregam estereótipos de gênero. Jasmin contou sobre o seu abuso durante uma consulta compartilhada. A profissional que estava junto abordou a temática dizendo que Jasmin deveria ser uma adolescente muito bonita, e, dessa maneira, ser muito desejada pelos homens. Atitudes como essa reforçam o que Schraiber & d’Oliveira (2008) chamaram de inversão ética, em que a vítima se torna uma pessoa indigna, além de reforçar politicamente as desigualdades de gênero, na qual a violência é aceita como forma de correção à um comportamento da mulher. Desta forma, o silêncio da mulher é coberto ideologicamente como comportamento que deve ser adotado

quanto a violência sofrida como significado punitivo moral, corroborando para o sentimento de culpa e vergonha pelo ocorrido (Schraiber & d' Oliveira, 2008).

Ainda em Schraiber & d' Oliveira (2008), elas indagam que os profissionais da saúde, ainda muito pautados no enfoque de cura da doença instalada, não perguntam às mulheres sobre possíveis situações de violência, pois entendem que a própria mulher vítima o deveria fazer. Isso acontece porque os profissionais não atribuem isso à suas práticas assistenciais e às demandas do serviço, o que reforça a percepção de que a própria mulher é a principal personagem que deve abordar a violência vivida.

A escuta de uma experiência traumática também não é uma escuta fácil, e muitas vezes os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades em lidar com relatos como o da violência sexual, e é importante que cada uma reconheça seus limites e peça ajuda quando identificá-los, de modo a não deixar o tema escapar e também poder lidar com seus próprios conflitos. Para isso, o/a profissional deve ter conhecimento da existência dessas questões singulares de cada mulher, e, se necessário ou desejável, encaminhá-las a um profissional especializado (Chagas & Moretto, 2013) ou, acrescentaria, pedir ajuda para outro membro da equipe e dar continuidade ao atendimento de forma compartilhada. Por Azevedo (2001), complementa-se a ideia de que lidar com o abuso sexual começa com a atitude dos profissionais de saúde em relação ao sexo e ao abuso. Em seu artigo, ela trata sobre o atendimento de crianças e adolescentes, porém compreendo que a mesma situação se encaixa no caso das mulheres adultas. Quando há inibição, ou diria um certo tabu, de abordar a temática, a mulher pode entender de que é um assunto que não se pode tocar, reforçando a crença de que deve-se manter o ocorrido em segredo.

O campo da Saúde Coletiva teve a sua construção ética e política alinhada com os movimentos de luta social, inclusive os movimentos feministas. Disso sucedeu-se a formulação do princípio de Integralidade em Saúde, o qual

“pretende articular todas as esferas de atuação no campo, assim como articular a produção do conhecimento com a assistência prestada junto aos serviços de saúde, e, ainda, oferecer ao conhecimento médico a possibilidade de interação interdisciplinar com as ciências do Social e a Filosofia. O propósito foi produzir saberes críticos à redução biomédica na interpretação dos problemas de saúde operada pelo conhecimento estritamente médico, o que reforçou a perspectiva feminista de abordar a mulher como cidadã e sujeito pleno de direitos, tal qual formulado no

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 pelo Ministério da Saúde.” (Schraiber & d’Oliveira, 2008, p. ..).

Desta forma, o enfrentamento da violência contra mulher no serviço de saúde, tanto quando tratamos de situações atuais, quanto de mulheres que vivenciaram a violência em outro momento da vida, mas que ainda apresentam sofrimentos relacionados ao fato, requer a inclusão da perspectiva de gênero nas práticas profissionais e também na construção das políticas. Neste sentido, o campo de intervenções e estudos deve aludir, para além da dimensão biológica, a saúde em sua concepção social, para que a violência seja entendida como fator que produz necessidade em saúde. Uma ferramenta importante para que isso ocorra e haja enfrentamento dos preconceitos e estereótipos de gênero é a educação permanente, que deve incluir discussões sobre as relações de gênero, para qualificar e reorientar o trabalho em saúde da mulher em que já vivenciou ou vivencia situação de violência (Almeida et al, 2014).

A promoção de atendimentos para estas mulheres que sofrem em decorrência da violência sexual oferece a oportunidade delas ressignificarem a experiência traumática, a partir de espaço de escuta e tratamento do sofrimento e sua repetição (Chagas & Moretto, 2013). Revelar o segredo pode também servir como forma de prevenção para que novas violências ocorram, seja na vida desta mesma mulher, ou na vida de outras gerações. Rosa (2001 in Chagas, 2014) menciona que a transmissão da história é útil por permitir que o passado sirva de instrumento, ensino e exemplo, para ver mais claro e agir sem demora. Desta forma,

“recuperar a história, tomada aqui como as marcas do que deve ser representado, é um processo que inaugura, para cada homem, a possibilidade de ser novo e não mera repetição do luto não elaborado.”(p.133).

Portanto, tratar-se sobre violência sexual na atenção básica vinculada a uma perspectiva de gênero, mesmo que esta tenha ocorrido a muito tempo atrás, colabora com o papel de prevenção e promoção de saúde física e psíquica na vida das sujeitas, além de estar totalmente atrelada ao princípio de integralidade do cuidado, princípio essencial para o cuidado na Atenção Primária à Saúde.

5. Considerações Finais

Ao introduzir e discutir sobre a violência sexual, partimos do referencial teórico que fundamenta-se nas construções sociais de gênero e nas relações de poder e dominação que privilegiam o masculino. A violência contra a mulher origina-se do desequilíbrio desse poder existente entre homens e mulheres. Viana & Sousa (2014) trazem uma discussão sobre o plano simbólico da violência sexual. Considera-se violência simbólica aquela que se realiza através de símbolos e signos culturais, se constituindo numa forma de dominação que se ampara em mecanismos simbólicos de poder de tal forma que não é compreendida como violência, levando as pessoas a aceitá-la (ABRAMOVAY; CUNHA; CALAF, 2009 in VIANA & SOUSA, 2014). Não basta a norma legal ter como princípio a igualdade, através da linguagem, dos símbolos, instituições e hierarquias da organização social, da representação política e da estrutura de gênero temos uma delimitação das desigualdades de poder entre os sexos. Neste contexto, homens e mulheres internalizam gradualmente as expectativas e normas sociais respectivas ao seu sexo, numa relação de dominação e exploração, que os impulsionam a assumir posições desiguais (GIDDENS, 2005 in VIANA & SOUSA, 2014). A violência simbólica aparece nesses comportamentos enraizados de forma que o sujeito não percebe que a está praticando e/ou sofrendo-a.

Este poder simbólico do homem sobre a mulher fica evidente quando tratamos da violência sexual, situação na qual a mulher é vista como objeto de satisfação do desejo masculino em uma relação social de dominação. Nesta situação, a mulher torna-se objeto de violência simbólica, devido a internalização da crença na opressão como algo inevitável, naturalizando as estruturas nas relações de gênero (VIANA & SOUSA, 2014). A violência simbólica está presente no discurso das mulheres que apresentamos aqui, mas também nas entrelinhas de atividades cotidianas ou até mesmo entre os profissionais de saúde. Isso torna a denúncia ainda mais difícil e aumenta a tendência de culpabilizar a vítima.

Além disso, considerei importante trazer um pouco sobre a perspectiva psicanalítica para embasar a importância da escuta qualificada e de dar voz para que essas mulheres contem sobre suas experiências e encontrem um espaço protegido para elaborar seu sofrimento e, quem sabe assim, aliviar seus sintomas. A violência sexual demonstrou-se uma experiência traumática e deve ser olhada como tal. Esta escuta pode ser realizada por qualquer profissional, e quando este não se sente apta a realizá-la, por motivos de preparo ou de experiências pessoais, ele/ela deve contar com o apoio da ESF e de profissionais

especializados, no caso dessa unidade, poderia ser o apoio da equipe NASF. Porém, é importante que todos os profissionais reconheçam a magnitude da problemática da violência sexual, e estejam atentos às mulheres em sua amplitude biopsicossocial, considerando as vulnerabilidades que as mulheres estão expostas nas relações de gênero. Assim como considerado por Chagas & Moretto (ANO), a função do segredo é relevante para o tratamento psíquico das mulheres vítimas de violência sexual e levar isto em consideração à oferta de cuidado nos serviços de saúde pode colaborar para um atendimento mais eficaz e de melhor qualidade, tanto ao tratamento do sofrimento psíquico e físico, como também ao campo da saúde da mulher nas instituições de saúde.

A violência contra a mulher deve ser compreendida dentro do serviço de saúde como produtora de necessidades em saúde, advinda da desigualdade de poder entre homens e mulheres que podem ser estruturantes na vida dessas mulheres. Os profissionais devem estar atentos não apenas em casos em que há danos físicos aparentes ou confissão do ocorrido, mas também na presença de qualquer manifestação que sugira a presença da experiência da violência. A atenção básica se mostra potente no cuidado e na emancipação das mulheres que foram vítimas da violência sexual, ao criar possibilidades de aparecer a experiência nos relatos dos acolhimentos às usuárias, através da escuta qualificada, como parte da demanda usual na saúde e na criação de canais de comunicação, respeitando uma assistência pautada na integralidade do cuidado.

6. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliene dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100047&Ing=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560>.

AZEVEDO, Elaine Christovam de. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 66-77, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400008&Ing=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400008>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3. ed. atual. e ampl. Brasília, DF, 2012

Chagas, L.F. (2014) *Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde*. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Cromberg, R.U. (2001) *Cena Incestuosa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CHAGAS, Luciana Ferreira; MORETTO**, Maria Livia Tourinho. A violência sexual e a repetição: a importância da função do segredo para a clínica psicanalítica e o tratamento na instituição de saúde. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 54-72, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 nov. 2020.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

CYFER, Ingrid. Afinal, o que é uma mulher? Simone de Beauvoir e "a questão do sujeito" na teoria crítica feminista. Lua Nova, São Paulo , n. 94, p. 41-77, Apr. 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452015000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-64452015009400003>.

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 417-425, Apr. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 10, supl. 1, p. S146-S155, 1994 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500010>.

Ministério da Saúde. (2010) *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica – 3 Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

MOREIRA, Virginia; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; VENANCIO, Nadja. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Psicol. Soc.*, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 398-406, Aug. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000200021>.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 455-458, Feb. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200022>.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al . Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 376-382, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 32, n. spe, e32ne214, 2016 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500213&Ing=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2020. Epub Mar 27, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JUNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300787&Ing=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>.

Rosa, M.D. O não dito como operador na clínica com crianças e adolescentes. (2003) In: Pacheco Filho, R. A. et. al. (org.). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. (PP. 97-113) Taubaté: Cabral.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 3-15, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100002&Ing=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902000000100002>.

Schraiber, Lilia B. y d'Oliveira, Ana F.P.L. (2008). Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*, 14, 229-236. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/536>

VIANA, Alba Jean Batista; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares. O poder (in)visível da violência sexual: abordagens sociológicas de Pierre Bourdieu. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 45, n. 2, jul/dez, 2014, p. 155-183.

ZANELLO, Valeska; ANDRDE, Ana Paula Müller de. Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba, Editora Appris, 2014. Nº pág. 243.

