

## “NÃO É SÓ VER O LADO HORRÍVEL”: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MANEJO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL - UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO EM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO

**Palavras-Chave:** Profissionais de Saúde, Atendimento Clínico, Violência Sexual, Pesquisa Clínico-Qualitativa

**Autores:** Jasmine De Matos Cavalcante - e-mail [jasminematosc@gmail.com](mailto:jasminematosc@gmail.com) <sup>(1)</sup>, Felipe Santos da Silva <sup>(2)</sup>, Luciane Miranda Guerra <sup>(3)</sup>, Renata Cruz Soares Azevedo <sup>(4)</sup>, Egberto Ribeiro Turato <sup>(5)</sup>.

(1) Aluna do 4º ano médico da Unicamp, bolsista PIBIC e FAPESP, (2) mestrando CAPES da PG em Ciências Médica, FCM, (3) colaboradora, professora doutora, FOP, (4) livre-docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, DPMP/ FCM, (5) Professor Titular em Prática de Ciências, DPMP/FCM. Todos membros do LPCQ - Lab. de Pesquisa Clínico-Qualitativa (CNPq).

### INTRODUÇÃO:

A violência sexual (VS) é uma violação dos direitos à vida, à saúde e a integridade física que afeta principalmente as mulheres<sup>1</sup>. Impactos na vida dessa população envolvem gravidez não desejada, infecções sexualmente transmissíveis, estresse pós-traumático e depressão<sup>2</sup>. Acolhimento e acompanhamento das mulheres vítimas de VS por profissionais de saúde é crucial, tanto à adesão ao seguimento clínico, quanto à recuperação física e psicológica.

Durante a consulta, o profissional de saúde deve estar apto a acolher a paciente, orientar sobre serviços disponíveis, praticar escuta ativa e evitar julgamentos e conselhos do senso comum, mas promovendo o cuidado físico e psicológico<sup>3</sup>. Em sua função, o profissional de saúde necessita olhar empático às pacientes<sup>4</sup>.

Relatos dessas mulheres despertam reações emocionais conscientes e inconscientes nos profissionais, gerando tensão física/emocional que podem causar mudanças na vida pessoal e

questões graves, como *burnout* e fadiga por compaixão<sup>5</sup>.

Este estudo buscou compreender barreiras e facilitadores percebidos com seus significados emocionais e assim relatados por profissionais de saúde em seu trabalho com vítimas de VS. Aplicação de resultados: há tópicos relevantes, ainda não descritos na literatura sob enfoque humanístico-simbólico, com o presente método, sobre impactos do atendimento, contribuindo assim à elaboração de melhor manejo emocional por profissionais e serviços desta natureza.

### PARTICIPANTES E MÉTODO:

Para levantar e interpretar significados emocionais atribuídos pelos profissionais de saúde a seu trabalho com vítimas de VS, usamos o desenho de Turato do MCQ - Método Clínico-Qualitativo<sup>6</sup>. Este é construído em três pilares:

a) **atitude clínica:** valoriza a inclinação a quem porta sofrimento, movida pelo desejo de potencial ajuda terapêutica;

- b) **atitude psicanalítica:** considera presença de elementos emocionais não conscientes nas entrevistas e interpretação das falas;
- c) **atitude existencialista:** abrange as angústias humanas normais, presentes na pesquisa como inquietação existencial, sendo força-motriz a pesquisadores na busca de um conhecimento compreensivo.

O mote é: “o MCQ nasce da Clínica e retorna à Clínica”. O *setting* da coleta de dados foi o Ambulatório de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), atendendo a demanda investigativa do próprio serviço. Trata-se de hospital de ensino-pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), referência nacional.

As atividades do Programa de Atendimento às Vítimas de VS são realizadas por equipe multiprofissional, composta por profissionais de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, psicologia, e serviço social. Todos os integrantes da equipe foram convidados a compor a amostra, cujo fechamento se deu portanto pelo critério de exaustão, ou seja, inclusão de todos os sujeitos elegíveis e disponíveis<sup>7</sup>

A coleta de dados foi conduzida pela técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas em Profundidade, feita pela primeira autora deste trabalho. A questão disparadora foi: “*Como foi sua trajetória até*

*trabalhar no Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual?*”<sup>8</sup>. A amostra foi fechada com cinco entrevistados, cujos dados de caracterização estão no **Quadro 1**.

As entrevistas foram gravadas online, após o Termo de Consentimento e transcritas em texto na íntegra. A cada entrevista, eram tratadas crescentemente pela técnica dos Sete Passos de Faria-Schützer & Colaboradores, a ACCQ - Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa<sup>8</sup>. O suporte teórico foi da Psicologia Médica britânica. Os achados foram validados por pares em reuniões do LPCQ, grupo de pesquisa ao qual pertence esta pesquisa.

Este estudo seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CAAE: 29554120.0.0000.5404). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Nas reuniões da ACCQ, com leituras flutuantes e identificação de núcleos de sentido, foram emergentes três categorias, eleitas para esta apresentação.

**Quadro 1: Dados de Caracterização da Amostra, Campinas SP, 2019-2020**

Entrevista	Área De Atuação	Sexo/Gênero	Idade	Duração da Entrevista
E1	Psiquiatria	Feminino	53 anos	50 minutos
E2	Psicologia	Feminino	33 anos	33 minutos
E3	Serviço Social	Feminino	46 anos	1 hora e 7 minutos
E4	Psiquiatria	Masculino	44 anos	1 hora e 2 minutos
E5	Psicologia	Feminino	38 anos	59 minutos

### **Categoria 1: Angústia enquanto o principal desafio do trabalho com a violência sexual**

*“Tem alguns casos que eu costumo dizer que pega na ferida mesmo né”. (E2)*

A VS é uma esfera particular da violência humana, visto que o abuso invade e fere a integridade humana. Tal concepção de integridade vai além do corpo, do psiquismo e de condições socioeconômicas, tanto de pacientes, quanto de profissionais. Sua violação mobiliza os sujeitos envolvidos no atendimento, já que a interação clínica e afetiva com as pacientes “pega na ferida”. Ferida é metáfora particular a cada profissional, e pode ser entendida na identificação projetiva como sua própria integridade humana, ferida na escuta dos relatos, que revelam não só a violação da integridade, mas a cruzeza em que outro ser humano foi capaz contra um ser semelhante.

Há relato de desencanto com o humano perpetrador da violência, e uma ligação profunda com o sofrimento da mulher atendida, como relata E4:

*“Pra mim é na sutileza, sabe, que me quebra (...). Me fala alguma coisa assim que é muito pesado para um ser humano falar aquilo, sabe? Tipo, "eu não sabia o que era felicidade"”. (E4)*

Mesmo que o estado físico das mulheres vítimas de VS possa ser chocante em si, impacta os profissionais o sofrimento existencial e emocional que vem dessa integridade ferida que, justamente por *ser humano*, mobiliza diretamente os profissionais *humanos*.

### **Categoria 2: “Eu tento deixar nas folhas das árvores”: o esforço para separar o trabalho da vida pessoal**

Histórias das pacientes confrontam valores e ideais do profissional, obrigando-os a rever os próprios conceitos.

*“É necessário um tempo para elaborar a frustração, elaborar nossa ignorância sobre o universo do outro.” (E1).*

A crença de que o trabalho em saúde tem como objetivo certa cura acaba sendo ‘prejudicial’ ao profissional que atende as vítimas, pois a complexidade biopsicossocial desta clínica não fornece solução pontual para os problemas trazidos pelas pacientes. Frente a casos de VS, o profissional vê fragilizar seu sentimento de onipotência, acarretando frustração, como é afirmado na Entrevista 1.

A frustração também assume um significado simbólico, pois advém da consciência de não-onisciência do profissional, como exemplificada por E1. É preciso reconhecer a própria ignorância sobre o universo do outro, suas crenças e modos de vida. É preciso que o profissional se desfaça de sua comum *função apostólica*, postura descrita de acolher, tanto paciente quanto profissional durante o atendimento<sup>9</sup>.

A chamada *função apostólica* advém do desejo do profissional de saúde de ver-se e mostrar-se um bom profissional, traduzindo uma necessidade de aliviar toda forma de sofrimento humano<sup>9</sup>. Como consequência, o profissional de saúde tenta “converter” o paciente para seguir suas ordens e recomendações. Tal é assim pouco possível no trabalho com vítimas de VS, pois não há solução focal a aliviar seu sofrimento.

Esse conflito gera na equipe a necessidade de manter sentimentos e reflexões desencadeados pelas consultas no espaço físico do ambulatório, como mostra o trecho:

*“Quando eu saio do CAISM, eu tento deixar lá os problemas. (...) Eu tiro o jaleco, ficou lá” (E2).*

Deixar as complexidades do atendimento em violência no local de trabalho é um movimento ativo. Seu objetivo defensivo é isolar as vivências em diferentes espaços, mantendo os sentimentos relacionados aos casos de violência sexual dentro do espaço

ambulatorial de trabalho. Evitar pensar nos casos clínicos em ambientes fora do ambulatório, entretanto, não é negação da existência da violência. O alvo desse isolamento de vivências parece manter certos ambientes como lugares seguros, nos quais não seja preciso pensar sobre a violência.

**Categoria 3: “É ver que as coisas caminham”: para a paciente e em conjunto com a equipe, um facilitador do trabalho.**

*“Ver o movimento bom é o que dá o gás. Vamos lá, está valendo a pena e vale a pena todos os dias, todo o trabalho.” (E2).*

No ambulatório de VS, os profissionais buscam enxergar além do sofrimento. Isso significa compreender que suas ações perante a paciente são extremamente relevantes, embora não sejam capazes de “curar” a paciente da violência. Assumir essa incapacidade não é evidentemente tarefa simples, visto que faz parte da *função apostólica* dos profissionais de saúde a necessidade de fazer o possível para se sentirem bons e úteis<sup>9</sup>.

Enxergar esse cenário é mais fácil após os vários anos de trabalho no serviço assistencial e com a ajuda de uma equipe que compartilha essa visão, como mostra o trecho a seguir:

*“A gente vai criando um clima de cuidado com a pessoa que a gente está atendendo, porque a gente também se sente acolhido de alguma maneira” (Profissional E3).*

A equipe multiprofissional do ambulatório possibilita manejo adequado da paciente, além de atuar como rede de apoio entre profissionais. A dupla atuação da equipe é de extrema importância em um *setting* de grande demanda emocional garantindo suporte técnico e psicológico satisfatórios.

Outra marca da equipe é a ausência do chamado *conluio do anonimato*, conceito construído também pelo médico e psicanalista Michel Balint. O conluio é um habitual comportamento não deliberado de

fragmentação de responsabilidades dos profissionais frente ao paciente como um todo. Cada um cuida de uma parte e ninguém cuida do todo. Torna-se problemático pela ausência de um profissional destacado que possa assumir as decisões em determinado caso e suas consequências, auxiliando o paciente na tomada de decisão<sup>9</sup>.

Essa diluição de responsabilidade não é veio relatada nas entrevistas, pois a equipe se percebe como um organismo nivelado, e não como simples justaposição de especialidades. Ocorre, na realidade, uma distribuição das responsabilidades, de acordo com a área de atuação de cada profissional. Os limites de cada ação acabam se tornando precisos, e também ampliados pelos limites dos outros colegas, já que cada um sabe a quem recorrer de forma confiável, na certeza de que tudo está sendo feito pelo melhor desfecho.

**CONCLUSÕES:**

O trabalho com mulheres vítimas de VS mostrou-se mobilizadora profundamente aos profissionais estudados, pela relação estabelecida na ‘integridade humana ferida’. Sentimentos emergentes nessa relação geram barreiras psicológicas no atendimento, como frustração e questões existenciais sobre o próprio trabalho. Atuar integralmente numa equipe acolhedora e nivelada, e observar melhora das pacientes após um período de acompanhamento, facilitam o manejo das emoções vivenciadas pelos profissionais, minimizando barreiras.

Nesse sentido, acreditamos na relevância de grupos Balint em *settings* de grande demanda emocional como o estudado, para melhor manejo de barreiras psicológicas ao atendimento. Novas pesquisas - qualitativas e quantitativas - poderão contribuir para a compreensão de novos aspectos relacionados ao impacto do trabalho com mulheres vítimas de VS, sendo relevantes dada a escassez de informações na literatura quanto ao tema na perspectiva dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. WHO Press [Internet]. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines.2013 [cited cited 2021 Aug 20]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1).
2. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):15-26. [acesso em 06 jul 2021] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693412001344?via%3Dihub>
3. Trigueiro TH. NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 06];27. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xNqCdZMpSpjKwKXFx7CfKxy/abstract/?lang=pt>
4. O'Dwyer C, Tarzia L, Fernbacher S, Helgarty K. Health professionals' experiences of providing care for women survivors of sexual violence in psychiatric inpatient units. *BMC Health Services Research* [Internet].2019 [cited 2021 Jul 06];19:839. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4683-z>.
5. World Health Assembly [Internet]. WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children (document EB138/9). Geneva: World Health Organization, 20 [cited cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>.
6. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Editora Vozes. 6a ed. Rio de Janeiro; 2013.
7. Fontanella B, Turato ER. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pú* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 02];27. Availale from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?lang=pt&format=pdf>
8. Faria-Schutzer DB. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical- Qualitative Content Analysis. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]; 2019 [cited 2021 Jul 06] Available from: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/seven-steps-for-qualitative-treatment-in-health-research-the-clinicalqualitative-content-analysis/17198>
9. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Atheneu, 2006.

## Agradecimentos

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pela bolsa concedida nas fases iniciais da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, processo 2020/04178-2, pela concessão de bolsa até a finalização do projeto.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa pela contribuição científica em todas as etapas do projeto e na elaboração dos resultados.

Aos profissionais de saúde que compõem a equipe do Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual pela generosidade em colaborar como participantes entrevistados desta pesquisa.