



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

Trabalho a ser apresentado de acordo com:

- Área: Saúde
- Tema/modalidade de pesquisa: Clínico-Qualitativa

**"NÃO É SÓ VER O LADO HORRÍVEL": BARREIRAS E  
FACILITADORES PERCEBIDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
NO TRABALHO COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM  
AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO**

**Jasmine de Matos Cavalcante  
Egberto Ribeiro Turato  
Renata Cruz Soares de Oliveira  
Luciane Miranda Guerra  
Felipe Santos da Silva**

*Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP  
jasminematosc@gmail.com; erturato@uol.com; reazeved@fcm.unicamp.br;  
lumiranda1302@gmail.com; felipe.stos.sva@gmail.com*

**Resumo**

A violência contra as mulheres afeta a população de maneira significativa, sendo a violência sexual (VS) um de seus principais expoentes. A complexidade biopsicossocial inerente ao cuidado em saúde de mulheres sobreviventes de VS impacta significativamente os profissionais responsáveis por esse atendimento. Este estudo buscou explorar os significados emocionais atribuídos por esses profissionais ao trabalho com mulheres vítimas de VS para compreender quais são e como se constroem as barreiras e os facilitadores desse tipo de prática profissional em saúde. Para isso, foram entrevistados os integrantes da equipe multiprofissional do Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM-UNICAMP). Utilizou-se o Método Clínico-Qualitativo para coleta de entrevistas semidirigidas em profundidade e a Análise Clínico-Qualitativa de Conteúdo para o tratamento dos dados coletados. As interpretações foram divididas nas categorias: As angústias humanas como principal desafio do trabalho com violência sexual; "É ver que as coisas caminham": para a paciente e em conjunto com a equipe, um facilitador do trabalho e "Eu tento deixar nas folhas das árvores": o esforço para separar o trabalho da vida pessoal.

**Palavras-chave:** Profissional de Saúde. Violência sexual. Violência de gênero. Pesquisa Clínico-Qualitativa.

**Abstract**

Violence against women is a gender-based action that affects the population in an alarming and way, with sexual violence (SV) being one of its main exponents. The complexity of the care offered to SV survivors by health professionals impacts the care-givers. This research explored the emotional meanings imputed by those health professionals to their work with victims of sexual violence, to understand which are the barriers and the facilitators of this labor. To achieve that, we interviewed the multi professional team who compose the Caring of Sexual Violence Victims Program, a specialized health service in the Women's Hospital Professor Doutor José Aristidemo



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

Pinotti, in Campinas, São Paulo. The Clinical-Qualitative Method was used to guide the interviews and the Clinical-Qualitative Content Analysis was used to go through the data collected. The interpretations were divided in three categories: The human anguishes as the main challenge of working with sexual violence, "To see things progressing": to the patient and together with the team, a facilitator of the work and "I try to leave it on the three's leaves": the active attempt to separate work from personal life.

**Keywords:** Health Personnel. Sexual Violence. Gender-based Violence. Clinical-Qualitative Research

## 1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como:

Todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer lugar, incluindo o lar e o local de trabalho (WHO PRESS, 2013).

A violência sexual é, portanto, uma violação dos direitos à vida, à saúde e à integridade física que traz consequências biológicas, psicológicas e sociais à mulher. Dentre tais consequências, destacam-se as gravidezes indesejadas, a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, o estresse pós-traumático e a depressão (JINA e THOMAS, 2013).

Diversos estudos mostram a importância do atendimento em saúde e do acompanhamento clínico para a recuperação da mulher que sobreviveu à violência sexual (TRIGUEIRO, 2018). Segundo a OMS, é responsabilidade dos profissionais de saúde ofertar o cuidado inicial às sobreviventes da violência (WHO PRESS, 2013). No Brasil, o acolhimento e o acompanhamento das vítimas são previstos no documento Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (*SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011*), sendo a humanização do atendimento preconizada internacionalmente como algo importante para o cuidado da saúde dessas mulheres (WHO, 2018).

Os profissionais da saúde devem estar aptos a acolher a vítima e orientar sobre os serviços disponíveis, como forma de promoção de bem-estar à mulher atendida. Durante o acolhimento, devem praticar uma escuta atenta e acreditar no que está sendo dito, evitando julgamentos sobre o relato da mulher que busca ajuda. As preocupações expostas pelas vítimas devem ser devidamente esclarecidas e o profissional de saúde deve promover o cuidado físico e

psicológico solicitado. Dessa forma, a assistência é parte crucial da tanto da recuperação das mulheres vítimas de violência quanto de sua adesão ao seguimento ambulatorial (TRIGUEIRO, 2018).

Ao realizar sua função assistencial, de saúde que trabalha com a temática da violência de gênero apresenta uma lente sensível ao gênero, que demanda cuidado e um olhar empático para os sujeitos que ele atende (O'DWYER; TARZIA; FERNBACHER; HEGARTY, 2019). De maneira geral, os profissionais sentem-se impotentes, o que os leva a subestimarem suas próprias capacidades e os recursos pessoais da paciente.

Esse sentimento fica armazenado nos corpos dos profissionais, juntamente com os depoimentos das vítimas e os sentimentos despertados pelos relatos, levando a uma tensão física e psicológica que pode causar desde mudanças na vida pessoal até questões graves de saúde, como *burn out* e fadiga por compaixão (WHO, 2020).

Nesse sentido, este estudo buscou compreender quais as barreiras e os facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde durante o cuidado de mulheres vítimas de violência sexual. Os resultados obtidos contêm informações relevantes e ainda pouco descritas na literatura sobre o impacto do atendimento de sobreviventes de violência sexual nos profissionais de saúde, contribuindo para a elaboração de melhores estratégias pelos profissionais e pelas instituições nas quais eles estão inseridos.

## 2. Método e participantes

Para explorar e interpretar os significados emocionais atribuídos pelos profissionais de saúde ao seu trabalho com vítimas de violência sexual, escolheu-se o Método Clínico-Qualitativo (TURATO, 2013). Inicialmente, a autora passou por um período de ambientação e aculturação, para se familiarizar com o funcionamento do serviço e com as linguagens usadas no ambiente de realização da pesquisa.

O *setting* escolhido para a coleta de dados foi o Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM). O CAISM é uma unidade hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em São Paulo, e uma referência nacional no cuidado da saúde da mulher.



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

As atividades do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência ocorrem nas quintas-feiras à tarde e são realizadas por uma equipe multiprofissional. Tal equipe é composta por psicólogas, psiquiatras, assistente social e ginecologista, que são, em sua maioria, do gênero feminino.

Após o período de aculturação, iniciou-se a coleta de dados a partir de entrevistas semidirigidas com questões abertas em profundidade. O roteiro de entrevista era composto de questões acerca da percepção sobre o próprio trabalho e dos sentimentos gerados pelo atendimento. Compunham a amostra os profissionais da equipe multiprofissional, tendo-se fechado a amostra por exaustão, ou seja, todos os participantes disponíveis (FONTANELLA; TURATO, 2011). Foram realizadas, no total, 5 entrevistas, cujas características dos participantes constam na tabela 1, disponível no Apêndice.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, em seguida, analisadas a partir da Análise Clínic Qualitativa de Conteúdo (FARIA-SCHUTZER, 2019). O material obtido foi discutido entre os pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínic-Qualitativa, grupo de pesquisa ao qual pertence esta pesquisa. Os dados foram agrupados nas categorias: *As angústias humanas como principal desafio do trabalho com violência sexual*, *“É ver que as coisas caminham”*: para a paciente e em conjunto com a equipe, um facilitador do trabalho e *“Eu tento deixar nas folhas das árvores”*: o esforço para separar o trabalho da vida pessoal.

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).

### **3. Resultados e discussão**

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

“É difícil, porque a gente leva para casa uma série de reflexões. Às vezes, o ambulatório termina e ninguém vai embora, porque é necessário um tempo para elaborar a frustração, elaborar nossa ignorância sobre o universo do outro” (ENTREVISTA 1).



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

Embora nem todos os profissionais responsáveis pelo cuidado multidisciplinar realizem o exame psicológico, semelhante ao proposto por Balint (2006), é inevitável que todos tenham contato com a história pessoal e de violência da paciente, seja através do prontuário ou do relato de um colega durante a discussão dos casos.

No ambulatório de violência, é impossível não se envolver pelos relatos, que muitas vezes confrontam os valores e ideais próprios do profissional.

É, preciso, portanto, rever os próprios conceitos quando se trabalha com violência sexual. Tais conceitos são, inicialmente, relacionados à concepção de cuidado utilizada pelo profissional para dar significado ao seu trabalho. A crença comum de que o trabalho em saúde tem como objetivo salvar/curar acaba por ser, muitas vezes, prejudicial ao profissional que atende vítimas de violência, já que a complexidade biopsicossocial dos casos não permite solução única e simples para os problemas trazidos pela paciente. De frente a casos de violência, o profissional vê se desintegrar a ideia de sua onipotência, acarretando em frustração, como é afirmado na entrevista 1.

A frustração também assume outro significado, pois advém da consciência da não-onisciência do profissional, como exemplificada pela entrevista 1. É preciso reconhecer a própria ignorância sobre o universo do outro, suas crenças e meios de vida. Ou seja, é preciso que o profissional se desfaça de sua função apostólica para se possa acolher tanto paciente quanto profissional durante o ambulatório.

Para os entrevistados, há uma necessidade de manter os 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 consigo a maioria das vezes, eu não trago pra casa. (...) Eu tiro o jaleco, ficou lá” (ENTREVISTA 2).

Deixar as complexidades do atendimento em violência no trabalho é um movimento ativo. Seu objetivo é isolar as vivências em diferentes espaços, mantendo os sentimentos relacionados aos casos de violência sexual dentro do espaço ambulatorial. Tal atitude compreendida como defesa que permite aos profissionais manter hábitos prévios ao contato com as histórias das vítimas.





VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

Evitar pensar nos casos em ambientes fora do ambulatório, entretanto, não é negar a existência da violência. O objetivo desse isolamento de vivências psíquicas é manter certos ambientes como lugares seguros, nos quais não seja preciso pensar sobre violência. Para os profissionais, essa separação traz benefícios pessoais e profissionais, como é relatado na entrevista 3.

“Então eu tenho que fazer outras coisas pra desligar. Assistir filme e série... conversar com os amigos, sabe? A gente tem que achar outras formas de se desligar do tema da violência porque você sabe que você vai chegar no hospital no dia seguinte e ele vai tá lá” (Entrevista 3).

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

O contato com os relatos das pacientes mobiliza profundamente o profissional que os escuta, pois qualquer consulta em saúde exige um grau de envolvimento pessoal. É preciso não apenas de empatia, mas também de simpatia, em seu sentido etimológico (sofrer com) (PERESTRELLO, 1982)

Esse processo, principalmente em tal profundidade e na frequência demandada pelo fluxo do ambulatório, acaba levando ao exame do próprio profissional, revelando suas ideias e desejos sobre o que fazer na situação apresentada., além de gerar identificação com o sofrimento compartilhado em muitos casos.

Os profissionais entrevistados encontraram duas formas de manejar melhor suas próprias angústias e a situação das pacientes. A primeira é ilustrada nos seguintes relatos:

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. (...) Isso é o mais gratificante, né? De falar ‘Vale a pena mesmo todo esse trabalho, toda essa equipe estar junta, todo esse programa de tantos anos que tá aí (ENTREVISTA 2).

No ambulatório de violência, os profissionais buscam enxergar além da violência. Isso significa compreender que suas ações perante à paciente são extremamente relevantes, embora não sejam capazes de “curar” a paciente da violência. Assumir essa incapacidade não é tarefa simples,



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

uma vez que faz parte da função apostólica da maioria dos profissionais de saúde a necessidade de se fazer o possível para se sentirem bons e úteis (BALINT, 2006).

Sendo assim, é preciso ampliar a visão diante de sua atuação frente às vítimas de estupro. O profissional não deve se prender à crueldade, contextos e injustiças que levaram aquela mulher ao consultório, muito menos nos limites de sua atuação na vida da paciente. Deve-se pensar além disso para encontrar as potencialidades de sua atuação na história futura daquela sobrevivente.

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

Ter outros colegas é fundamental, principalmente quando eles são acolhedores, eu acho que a gente tem essa possibilidade aqui...Então isso nos auxilia de toda maneira porque 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 (ENTREVISTA 3).

A equipe multiprofissional do ambulatório possibilita o manejo adequado da paciente (com ações que ultrapassam queixas físicas), além de atuar como rede de apoio dos profissionais. Essa atuação dupla da equipe acaba sendo de extrema importância em um *setting* de grande demanda psíquica como esse, pois garante suporte técnico e emocional. Como consequência, os profissionais se sentem mais seguros para realizar seu trabalho e para expor suas inseguranças ao grupo. Esse cenário acolhedor acaba se tornando indispensável e fundamental quando se pensa no trabalho com violência sexual, como deixa claro o trecho da entrevista 3. Outro diferencial da equipe é a ausência de conluio do anonimato, conceito proposto por Michael Balint. Segundo o autor, o conluio é uma fragmentação prejudicial da responsabilidade pela paciente, sendo problemático pela ausência de um profissional que possa assumir as decisões em determinado caso e suas consequências, auxiliando o paciente na tomada de decisão (BALINT, 2006).

Essa diluição de responsabilidade não é percebida nas entrevistas, pois a equipe se percebe como um organismo integrado, e não como uma simples junção de especialidades. Ocorre, na verdade, uma distribuição das responsabilidades, de acordo com a área de atuação de cada profissional. Os limites de cada ação acabam se tornando precisos, mas 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 em prol do melhor desfecho.

Observando a equipe como um todo, percebe-se um funcionamento quase fisiológico de suas partes, que dependem umas das outras para atingir sua função adequadamente.

### **Considerações finais**

O trabalho com vítimas de violência sexual impacta os profissionais de saúde responsáveis, acarretando em reações emocionais e comportamentais que muitas vezes não são conscientemente percebidas por eles. A necessidade de confrontar a realidade diferente e complexa que envolve a mulher vítima de abuso sexual obriga os profissionais a repensarem as crenças sobre suas próprias práticas. Isso culmina numa revisão do conceito biomédico e apostólico que rege o profissional de saúde. Quando isso acontece, é possível dar sentidos positivos ao próprio trabalho - o que motiva o profissional, principalmente se for algo compartilhado com a equipe.

Com base nos resultados desta pesquisa, sugere-se a implementação de grupos de apoio entre profissionais e de supervisão profissional em serviços semelhantes de atendimento a sobreviventes de violência, para que esses trabalhadores estejam melhor amparados antes, durante e após o atendimento das vítimas.

Além disso, sugere-se a ampliação dos estudos sobre as representações simbólicas que emergem do trabalho com violência sexual, bem como seu impacto nos profissionais de saúde. Tais dados facilitariam a implementação de estratégias diversas capazes de trazer melhoria para o trabalho com vítimas de violência, acarretando consequências positivas para profissionais e pacientes.

### **REFERÊNCIAS**

1. BALINT, M. **O Médico, Seu Paciente e a Doença**. Tradução de Roberto de Oliveira Musachio. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 2006. 290 páginas.
2. FARIA-SCHUTZNER, D; BASTOS, R; TURATO, E; et al. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis. **Cien Saude Colet.** v. 26, n. 1, maio, 2019. Disponível em:





VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

- <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/seven-steps-for-qualitative-treatment-in-health-research-the-clinicalqualitative-content-analysis/17198?id=17198>>. Acesso em: 21 mai. 2021.
3. FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO E. R. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.** Cadernos de Saúde Pública. v. 27, n. 2, p. 389-394, fev., 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf&gt;>>. Acesso em: 21 mai. 2021.
  4. GARCIA-MORENO, C; GUEDES, A; KNERR, W. **Understanding and addressing violence against women.** World Health Organization: 2012. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77434/WHO\\_RHR\\_12.37\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77434/WHO_RHR_12.37_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 27 maio 2021.
  5. JINA, R; THOMAS, LS. Health consequences of sexual violence against women. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** v. 27, n. 1, p. 15-26, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693412001344?via%3DiHub>>. Acesso em: 27 maio 2021.
  6. O'Dwyer, C.; Tarzia, L., Fernbacher, S.; & Hegarty, K. Health professionals' perceptions of how gender sensitive care is enacted across acute psychiatric inpatient units for women who are survivors of sexual violence. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 990, 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4812-8#citeas>> Acesso em: 28 mai. 2021.
  7. PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa. **3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1982. 260 páginas.**
  8. TRIGUEIRO, T. H. Não Adesão Ao Seguimento Ambulatorial Por Mulheres Que Experienciaram A Violência Sexual. **Texto & Contexto - Enfermagem.** v. 27, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/xNqCdzMpSpjKwKXFx7CfKxy/?lang=en&format=pdf>> Acesso em: 28 mai. 2021.



VI Seminário Internacional  
de Pesquisa e Estudos Qualitativos  
22 a 24 de setembro de 2021

Pesquisa Qualitativa

ÉTICA - LÓGICA  
EPISTEMOLOGIA

9. TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013. 685 páginas.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines**. Who Press. 2013. Disponível em: <[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)>. Acesso em: 27 maio 2021.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers**. WHO Press. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/>>. Acesso em: 27 maio 2021.

## APÊNDICE

**Tabela 1:** Descrição das entrevistas realizadas

| ENTREVISTA | ÁREA DE ATUAÇÃO | GÊNERO    | TEMPO DE ENTREVISTA |
|------------|-----------------|-----------|---------------------|
| E1         | Psiquiatria     | Feminino  | 50 minutos          |
| E2         | Psicologia      | Feminino  | 33 minutos          |
| E3         | Serviço Social  | Feminino  | 1 hora e 7 minutos  |
| E4         | Psiquiatria     | Masculino | 1 hora e 2 minutos  |
| E5         | Psicologia      | Feminino  | 45 minutos          |