

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E SAÚDE MENTAL: UM
DIÁLOGO SOBRE NORMA TÉCNICA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
MULHERES E ADOLESCENTES**

Sexual violence against women and mental health: a dialogue on prevention's technical norm and injuries treatment resulting from sexual violence against women and teenagers

Ana Luiza Casasanta Garcia¹

Mariana Peres Trajano²

Artigo encaminhado: 15/04/2017

Aceito para publicação: 08/12/2017

RESUMO: Este estudo faz um diálogo sobre a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, preconizada pelo Ministério da Saúde, e a saúde mental das mulheres vítimas de violência de gênero. São discutidos temas referentes à violência de gênero, apresentando estudos e problematizações sobre essa perspectiva. Além disso, provocamos o questionamento do leitor a respeito do cuidado ampliado e integral aos envolvidos na violência de gênero, com o intuito de promover um olhar que busca desconstruir os estigmas cristalizantes que corroboram com a emergência e disseminação desse tipo de violência. Refletir sobre o lugar do profissional neste âmbito de prevenção, promoção e atendimento das mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e das diretrizes apontadas por esta norma oportuniza a transformação social do fenômeno da violência contra mulheres, trazendo à tona questionamentos e dispositivos de cuidado integral para as mulheres vítimas.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Saúde Mental. Violência de Gênero. Violência contra mulheres.

ABSTRACT: This study is about a dialogue on prevention's technical norm and injuries treatment resulting from sexual violence against women and teenagers, as advocated by the Ministry of Health, and the mental health of women victims of gender violence. Issues related to gender violence are discussed, presenting studies and problematizations about this perspective. In addition, we have challenged the reader about expanded and comprehensive care to those involved in gender violence, with the aim of promoting a look that seeks to

¹ Mestranda em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Margens (Modos de Vida, Família e Relações de Gênero)- UFSC

² Psicóloga pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto Catarinense de terapia cognitivo - ICTC, e em Terapia Familiar Sistêmica pelo Instituto de Família de Porto Alegre - INFAPA. Atua como Psicóloga no clínica na cidade de Florianópolis - SC. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente com famílias e jovens adultos.

deconstruct the crystallizing stigmas that corroborate with the emergence and spread of this type of violence. Reflecting on the professional's place in this area of prevention, promotion and care of women and adolescents victims of sexual violence and the guidelines pointed out by this norm allows the social transformation of the phenomenon of violence against women, bringing to the surface questions and devices of integral care for women victims.

Keywords: Human Rights. Mental Health. Gender Violence. Violence against women.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma categoria vazia de constante expansão (RIFIOTIS, 1999), podemos pensar que a violência, sendo atravessada por múltiplas categorias de opressão (MAYORGA, 2014) se refere a um fenômeno biopsicossocial que possui uma especificidade histórica, abrangendo problemas da política, economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais. Assim, esse fenômeno social se constitui na contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização (MINAYO, 1994) e está ligado ao poder, força e destruição, podendo se manifestar de diversas formas e em diversos contextos. Partindo desse pressuposto, um dos tipos existentes é a violência de gênero (BAURUS-MICHEL, 2011; SOUZA, 2011).

A violência de gênero se configura na norma da caracterização das atribuições sociais de gênero presentes na sociedade: há a concepção de que existe uma superioridade física e mental dos homens sobre as mulheres que é trazida no decorrer da história e pautadas por explicações que a justifique. Em termos gerais, existem definições acerca do que são os comportamentos esperados do gênero masculino e do gênero feminino, sendo considerados “desviantes” aqueles que fogem de tal norma. Seja por uma explicação biológica ou cultural, as explicações existentes que definem a disparidade entre os gêneros, configuram a figura da mulher como inferior, passiva, ou mesmo incapaz e dependente do gênero masculino (CASTILLO E OLIVEIRA, 2005).

Segundo o “Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada” (IPEA), em 2013, os parceiros se configuram como sendo os principais assassinos das mulheres, totalizando, aproximadamente 40% dos feminicídios. No Brasil, durante o período de 2001 a 2011, estima-se que ocorreram cerca de 50 mil feminicídios, o que equivaleria a, aproximadamente, 5.000 mortes por ano. Em

acréscimo, foi constatado que ocorre uma agressão contra a mulher a cada 4 minutos de modo que o Brasil se encontra em 7º em um ranking de 84 países, no que tange às taxas de homicídios femininos (WASELFSZ, 2011).

Pautada na violência de gênero, a violência contra a mulher se configura como uma das principais maneiras de violação dos direitos humanos, o que abrange o direito à vida, à saúde e à integridade física (BRASIL, 2007). Essa violência pode ser apresentada em diversas formas e graus. Dentre elas, destacam-se: a violência de gênero, a violência intrafamiliar, a violência doméstica, a violência física, a violência sexual, a violência psicológica, a violência econômica ou financeira e a violência institucional. Em todas elas, a integridade, bem como o bem estar da mulher são afetados, causando diversas consequências, tanto psicológicas quanto físicas (BRASIL, 2002).

Devido à magnitude que o fenômeno atinge, este pode causar e contribuir para que diversos tipos de problemas de saúde para a mulher ocorram, como: cefaleia crônica, alterações gastrointestinais, dor pélvica e outros sintomas de dimensões psicológicas e comportamentais. Além disso, é comum a atitude das vítimas de não denunciar a violência, silenciando o assunto por medo de represália, vergonha, culpa e outros sentimentos oriundos (VILLELA e LAGO, 2007). Partindo desse pressuposto, os profissionais de saúde devem estar aptos a ouvir, ver e acolher o sofrimento das vítimas, olhando para além dos sintomas apresentados pela paciente, promovendo, assim, a atenção integral (BRASIL, 1999).

Em virtude da especificidade dessa forma de violência e da atitude silenciosa da vítima, o Ministério da Saúde brasileiro, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher, criou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, com o intuito de expandir e qualificar as redes estaduais e municipais de atenção integral às mulheres, auxiliando os profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nesses casos de violência (BRASIL, 1999).

Assim, levando em consideração a pertinência da temática da violência contra a mulher e considerando a importância do papel desempenhado pelos profissionais de saúde às mulheres vitimizadas, este artigo tem como objetivo

principal analisar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e discorrer a respeito de que forma ela preserva a saúde mental das vítimas de violência sexual. Para tal, inicialmente discorreremos sobre o que consideramos ser violência contra mulheres e, em seguida, traremos estudos referentes à saúde mental e às técnicas de preservação e tratamento, para, então podermos dialogar com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: O QUE É?

2.1 Na tentativa de estabelecer um padrão para ser usado nos países da Organização das Nações Unidas diz que a violência seria:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.27).

Chauí (1985) destrincha mais este conceito dado pela OMS, considerando que a violência seria uma relação assimétrica de forças existentes no campo social e no relacional com a finalidade de dominação/exploração. Para esta autora, há violência quando há o impedimento de expressão de singularidade e da liberdade em uma relação (CHAUI, 1982).

Outro autor, Dejours (2011), salienta que a violência pode ser concebida como uma conduta humana em que há duas faces: uma objetiva e outra subjetiva. Na esfera subjetiva há a intenção violenta ou uma fantasia violenta não realizada, ou seja, há uma violência “não visível”. Já na face objetiva se pode notar uma manifestação de ato violência, ainda que este não atinja seu objetivo de destruição.

Por outra perspectiva complementar, Barus-Michel (2011) aponta o caráter biopsicossocial da violência e enfatiza que esse fenômeno possui uma especificidade histórica, abrangendo problemas da política, economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais palavras

do autor, a violência integra não apenas a racionalidade da história, mas se constitui na contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização, estando ligada ao poder, à força e à destruição e podendo se manifestar de diversas formas e em diversos contextos. Para outros autores, a violência seria um problema social complexo de construção cotidiana, individual e coletiva, que engloba sentimentos, corpos, sexualidades e o meio em que está inserida (RIFIOTIS, 1999; TONELI, BEIRAS, CLIMACO E LAGO, 2010).

A violência, portanto, parece emergir no contexto de desequilíbrio de poder, não sendo nem o sexo, nem o amor mecanismos disparadores de violência, mas sim, o poder (CANTERA, 2005). Nesse sentido, entendemos que a violência contra mulheres estaria ligada com as relações de poder existentes na relação entre homens e mulheres. Compreendemos que o poder se manifesta pelas normas e pelas relações dentro de uma sociedade, processo este que constitui sujeitos e causa efeito sobre a prática social. Assim, as relações de poder entre os gêneros, produzem e repercutem a violência de gênero contra mulheres, na medida em que são impressos, nos corpos modelos, e comportamentos esperados por cada sexo. Em outras palavras, o modo de ser masculino e feminino são produzidos de maneira inteligível por meio de discursos e perpetuados em atribuições sociais de gênero, podendo fazer emergir a violência de gênero (BUTLER, 2015).

3 O TRABALHO COM MULHERES E ADOLESCENTES SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM TRABALHO NA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Por se tratar de um fenômeno complexo, a violência contra mulheres é alvo de diversos tipos de explicações. De todas elas, podemos compreendê-las em três eixos: explicações centradas no homem, explicações biológicas e as explicações na perspectiva de gênero. A primeira se centra na perspectiva de que as mulheres sofrem violência pelo homem devido ao fato de que o homem pode ter um problema psicológico ou psiquiátrico, ou seja, é uma vertente que enfatiza os processos intraindividuais (HERNANDEZ, 2002).

Ao analisarmos a primeira explicação, vemos que por focar apenas nos processos relacionais, ela parece não considerar as influências sociais e culturais que existem na relação entre o sujeito e o mundo. Para além disso,

ela responsabiliza apenas a pessoa por todo e qualquer ato violento. Seguindo por essa mesma lógica, a segunda explicação também pode ser considerada uma armadilha. Focando no desenvolvimento filogenético como forma de explicação da violência, ela parece estar preocupada em formular leis gerais sobre o comportamento social do sujeito, como se, por exemplo, dado que a mulher, em sua formação biológica é aquele ser que gera filhos, ela se comporta de tal e tal maneira. Ou, dado que o homem possui maior índice do hormônio testosterona, ela tende a ter maior agressividade em certas ocasiões. Isso, por sua vez, pré-condiciona homens e mulheres e não leva em consideração a transformação social que os sujeitos possam possibilitar, apesar dos aspectos biológicos e filogenéticos.

Por fim, pensemos na terceira explicação, a explicação pelo gênero. Segundo Hernandez (2002), é, em razão da estrutura hierárquica da divisão dos gêneros e de como essa relação foi construída ao longo do tempo e em cada localidade que a violência contra mulheres se consolidou, mantendo a estrutura social, cultural, política e econômica de opressão contra mulheres. Essa explicação parece fazer mais sentido, não?

Para nós, sim. Ela faz sentido, pois entendemos que a violência contra mulheres existe imersa na compreensão do como fomos construídos a entender sobre o que é ser mulher e sobre o que é ser homem na sociedade. Ou seja, de como, através da linguagem, as atribuições sociais de gênero foram construídas e postas para nós. Entendemos, portanto, que o gênero está potencialmente carregado de “uma teoria positiva de ação política” (BUTLER, 2015, p.174) que o torna uma matriz binária que constroem sujeitos (BUTLER, 2015) e, conseqüentemente, dissemina, ou não, violências.

Vejamos. Por muito tempo, a violência contra mulheres era considerada um tabu. Em alguns lugares e sociedades, possivelmente, ela ainda é. Junto com esse tabu, se construiu uma carcaça em volta deste assunto e, muitas das vezes, este assunto era silenciado e tolerado pela família, pela mulher e pelo Estado (OLIVEIRA, 2012). Com o movimento feminista, o cenário vem mudando e algumas conquistas, como o direito ao voto ou a colocação do feminicídio no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2015), foram alcançadas. Vemos, então, que possibilidades de transformação social

foram adquiridas por meio da conscientização das mulheres frente à opressão por elas vivenciada. Cabe aqui à indagação: Não haveria uma relação entre gênero e a forma como a sociedade estabelece atribuições a ele com a violência contra mulheres? Ou, a violência contra mulheres não estaria contida na forma pela qual a sociedade despossuiu a categoria das mulheres ao longo do tempo? Meio a estas problematizações, na sequência, discorreremos sobre a violência na perspectiva de gênero.

4 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Nas décadas de 60 e 70, os movimentos feministas foram protagonistas no processo de luta para o reconhecimento da mulher na sociedade. Inicialmente, em sua primeira onda, o feminismo buscou lutar pelo sufrágio universal, tratando acerca da construção social do feminino e do masculino. Em seguida, a segunda onda, almejando introduzir o conceito de “gênero” como complementar ao de “sexo” e contribuindo para a desconstrução da naturalização da diferença simbólica entre os sexos, teorias foram elaboradas construindo dois pilares epistemológicos que se fizeram importantes: de um lado, a concepção de que a diferença sexual é um fato e que o gênero seria uma construção social pautada a partir dessa diferença e a noção da identidade como algo substancial, marcado por uma constância (ZANELLO, 2016).

A partir dos anos 1980, a terceira onda do feminismo se caracterizou na crítica a estes dos pilares moldados pela segunda onda. Assim, os movimentos passaram a problematizar, dentro de uma perspectiva de gênero, a dimensão cultural dos corpos biológicos. Desta maneira, a identidade de gênero é contestada, trazendo à tona uma noção fluída sobre o conceito. A respeito deste momento, Judith Butler, em seus escritos, trouxeram importantes debates sobre a noção de gênero enquanto performance e não meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado” (BUTLER, 2012, p. 25).

Gênero, então, parece estar ligado à ideia de um conjunto, a ideia de categorias. E essa ideia também perpassa quando nos referimos ao “sexo biológico”. Escutamos, frequentemente, “sexo masculino” e “sexo feminino” ou

“gênero feminino” e “gênero masculino” quando a sociedade quer referir-se a um conjunto de quem possui os aparatos sexuais: pênis ou vagina. Ainda, observamos que, frequentemente, a orientação sexual é correlacionada com qual órgão genital o corpo possui.

Comumente também escutamos que algo é “de menino” e algo é “de menina”. Tudo isso que engloba cada uma dessas categorias é o que chamamos de “atribuições sociais de gênero”. Estas atribuições se remetem à condutas, coisas, objetos, brinquedos, roupas, comportamentos e modos de ser e estar às pessoas que nascem com o aparato sexual feminino ou masculino. É mulher? Tem que vestir assim, fazer assim, gostar do sexo oposto, se comportar assim. É homem? Tem que vestir assim, fazer assim, gostar do sexo oposto, se comportar assim. E a subjetividade de cada sujeito? As coisas de menino, as coisas de menina, o “isso pode”, o “isso não pode” estão relacionados com vários valores, crenças, hábitos, comportamentos condizentes com as atribuições sociais que são dadas pela sociedade e muito se relacionam com a construção da subjetividade dos indivíduos. Assim, cada mulher e cada homem aprende como se deve ou não agir, o que deve ou não fazer, como se deve ou não ser, já que tudo deve ser respectivamente correlacionado com o que se espera do “ser feminino” e do “ser masculino” (FERREIRA, 2013).

Algumas feministas diriam que tais atribuições se correlacionam com o patriarcado. Segundo Macedo e Amaral (2005), o patriarcado é um sistema que atribui privilégios aos homens, exercendo domínio e oprimindo as mulheres. Esta opressão, por sua vez, não é natural nem justificada pelo biológico, sendo sustentada por um processo histórico (RODRIGUEZ, 2001). Mediante este quadro, o surgimento da violência de gênero se torna propício e se baseia nesta disparidade discursivamente construída entre os sexos. É visto que o feminino e o masculino culminam em representações dos sexos e caracterizam relações de gênero. As relações de gênero, bem como as relações sociais de modo geral são engendradas e foram culturalmente construídas, ao longo dos anos e dos séculos (FERREIRA, 2013).

Estas construções relativas ao masculino e ao feminino recebem ênfase em diversas instituições sociais, como a Igreja, a família, a escola e o

Estado. Por intermédio do corpo biológico, são atribuídas funções sociais esperadas para cada sexo. À mulher, espera-se que ela engravide, cuide dos membros da família e eduque os filhos do casal e que desempenhe comportamentos sutis, delicados, sensíveis e maternais. Ao homem, é esperado que manifeste padrões de comportamento condizentes com os construtos de proteção, segurança, provisão material, força e liderança. Assim, tanto os homens como as mulheres aprenderam, desde a infância, a relacionar-se com o social de forma distinta. Dessa forma, assumem posturas e espaços diferentes na sociedade (FERREIRA, 2013).

Tanto os homens como as mulheres sofrem de violência de gênero. Frente às atribuições sociais esperadas a serem exercidas por homens e por mulheres, os comportamentos configurados como “desviantes” aos padrões, são subjugados, questionados e, por vezes, extremamente rechaçados. Entretanto, os sexos sofrem a violência de formas diferentes. Enquanto os homens tendem a serem vítimas de violências por parte do espaço público, as mulheres, predominantemente, sofrem a violência doméstica (BRASIL, 2010). Isto, por sua vez, remete a uma problemática em questão: considerando que frequentemente a violência contra a mulher é exercida em uma esfera doméstica, muitas das vezes ela é socialmente tolerada e escondida pela vítima, em prol da sacralidade da instituição familiar (OLIVEIRA, 2012).

Na declaração 48/104 da “Assembleia Geral das Nações Unidas” sobre a eliminação da violência contra a mulher (adotada em 20 de dezembro de 1993), em seu segundo artigo, a violência de gênero foi conceituada como aquela que abarca os seguintes atos, sem se limitar a eles: a) violência física, sexual e psicológica que se produz na família, incluindo maus tratos, o abuso sexual de meninas no lar, a violação pelo marido, os atos de violência perpetrados por outros membros da família e a violência relacionada com a exploração; b) a violência física, sexual e psicológica perpetrada dentro da comunidade em geral, a violação, o abuso sexual, o mau trato psicológico e as intimidações no trabalho, em instituições escolares e em outros lugares, o comércio ilegal de mulheres e a prostituição forçada; c) a violência física, sexual e psicológica perpetrada e tolerada pelo Estado, em qualquer lugar que ocorra (RODRIGUEZ, 2001).

Segundo Smigay (2002) a violência de gênero é resultante de um sistema de poder que delimita privilégios. Ao analisarmos os modelos de intervenção de violência, segundo a autora, é possível estabelecer 3 recortes: 1. Perspectivas clínicas, onde o foco é no sujeito psicológico e em como ele sofre; 2. Perspectivas psicoeducativas, onde o foco paira nas condutas disfuncionais ou desviantes; 3. Perspectivas feministas, em que o foco está no sujeito político.

Compreendendo que a dominação masculina é o ponto chave para entender a violência na esfera privada, a perspectiva feminista analisa a violência como um cenário onde os membros são atingidos de uma forma diferente. Neste contexto há a socialização de gênero onde os homens sustentam o modelo da “virilidade triunfante” e algumas mulheres, em decorrência da imersão cultural ainda patriarcal, justificam e se colocam em submissão. No entanto, apesar de submeter-se à violência, o vitimado não é passivo, pois aciona estratégias de resistência e de contra-reação, admitindo que suas perdas são mais onerosas que as do dominante (SMIGAY, 2002).

5 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO ATENDIMENTO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL

Enraizados no movimento feminista que buscou ações para garantir atendimento e apoio as mulheres, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM's) surgiram na década de 70 e 80. Segundo Pasinato e Santos (2008), dois fatores contribuíram para o surgimento das delegacias da mulher: Primeiramente, devido ao grande impacto que os movimentos feministas passaram a ter no início dos anos 1970 e o segundo fator refere-se à transição política ocorrida na primeira metade dos anos 1980, de um regime militar para um regime civil e de redemocratização do Estado. Essa mudança política fez emergir novas instituições e leis condizentes com um Estado de Direito Democrático.

Neste contexto, a primeira delegacia da mulher, criada em 1985 em São Paulo, atendeu um grande número da população do sexo feminino sob efeito da violência. Isso demonstrou a existência do problema, sua gravidade e carência de um atendimento policial especializado. Baseando-se nisso,

criaram-se delegacias em vários outros estados e grupos feministas e de mulheres passaram a lutar a favor da implantação de novas delegacias, com o intuito de garantir atendimento psicológico, jurídico e de assistência social às vítimas (PASINATO e SANTOS, 2008).

A criação de tais delegacias é resultante das diretrizes estabelecidas pela Comissão Interamericana de Mulheres (CIM), criada em 1928, durante a Sexta Conferência Internacional Americana, realizada em Havana, Cuba. Com o intuito de cumprir seus objetivos, a CIM possui diversas funções, sendo elas condizentes com o intuito de traçar e implantar estratégias para auxiliar na participação integral da mulher na sociedade, sua capacitação e educação, promover ações para eliminar a discriminação contra a mulher e sua proteção (BRASIL, 2010).

O Estatuto da CIM prevê a criação de Comitês Nacionais de Cooperação para auxiliar com a Delegacia Titular para os propósitos e finalidade da Comissão de cada país. Particularmente no Brasil, até o ano 2001 foi o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) que cumpriu o papel estipulado pelas diretrizes da CIM. Nos tempos atuais, quem cumpre a função, antes exercida pelo CNDM é a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Com o objetivo de afunilar e fazer com que as políticas públicas de enfrentamento da violência contra mulheres sejam melhores direcionadas, em 2003 foi criada a “Secretaria de Políticas para as Mulheres” no Brasil. Conseqüentemente, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas, por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática da violência contra as mulheres.

Em agosto de 2007, o pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher foi lançado pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, como parte da Agenda Social do Governo Federal. Ele consiste num acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que visem à consolidação da “Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, por meio da implementação das políticas públicas integradas (BRASIL, 2010).

Este pacto se baseia em quatro eixos/áreas estruturantes: Implementação da “Lei Maria da Penha” e Fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento; Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS; Combate à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão.

Tais eixos são alinhados aos aspectos técnicos, políticos, culturais, sociais e conceituais acerca do tema, orientando os procedimentos, os protocolos, normas e fluxos que institucionalizem e garantem legitimidade aos serviços prestados (BRASIL, 2010). A responsabilidade em lidar com essa questão passa, então, a ser atribuída a diferentes áreas do governo, no que se refere ao planejamento, orçamento, justiça, educação, saúde, assistência social, trabalho, segurança pública, cultura, entre outros (BRASIL, 2010). Dentre estas políticas e diretrizes, tem-se a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra mulheres e Adolescentes, que discorreremos a seguir.

6 UM DIÁLOGO COM A NORMA TÉCNICA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES: DE QUE FORMA ELA PRESERVA A SAÚDE MENTAL DAS VÍTIMAS?

Atento à dimensão de vulnerabilidade e de crueldade que a violência sexual contra as mulheres pode atingir, seja em qualquer espaço social e, sobretudo, no doméstico, o Ministério da Saúde, articulando com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, criou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012).

Reconhecendo, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos, a Norma aponta que é fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção dos tipos de violência, tais como procedimentos médicos viáveis e regulamentados por lei e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. Ela visa, em primeiro lugar, portanto, que cada mulher

seja atendida de acordo com sua demanda específica. A saber, é esperado que os mecanismos disponíveis de detecção dos tipos de violência, desde a notificação da suspeita de violência sexual até o tratamento médico especializado, ofereçam um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção às violências contra mulheres (BRASIL, 2012).

De antemão, a Norma Técnica prevê que as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitadas para o atendimento de casos de violência sexual e cabe aos gestores municipais e estaduais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência para estes casos (BRASIL, 2012). Com relação à instalação e área física, espera-se que o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual seja em um espaço físico fora do pronto-socorro ou da triagem, com o intuito de garantir a privacidade das pessoas durante a entrevista inicial e exames. Vemos aqui que a norma prevê um cuidado com a pessoa que sofreu violência, respeitando sua individualidade e compreendendo que é necessário um processo de acolhimento diferenciado que promove um ambiente respeitoso e de confiança. Isso, por sua vez, nos parece uma preocupação com a saúde mental das mulheres vítimas, já que preconiza entender o sujeito como um ser biopsicossocial que demanda cuidados para além do biológico.

Em formação complementar, com relação aos recursos humanos, a Norma prevê que o atendimento seja feito através de uma equipe interdisciplinar, ou seja, composta por membros de várias áreas da saúde como médicos (as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Partindo desse pressuposto, vemos que a Norma se ancora aos princípios de atenção integral do SUS, entendendo que a pessoa é um conjunto de dimensões com relações distintas entre cada esfera, ou seja, é um composto amplo que necessita de um cuidado integral. Assim, cabe a cada profissional de saúde, atento a sua prática de cuidado e dialogando entre as especialidades, contribuir para a avaliação do enredo, da estrutura e da dinâmica nos quais a pessoa em sofrimento esteja inserida. Em outras palavras, cabe à equipe profissional contribuir para a elaboração de um plano

de trabalho multidisciplinar que considere a pessoa em sua integralidade (BRASIL, 2013).

Essa diretriz, por sua vez, se remete a um cuidado com a saúde mental, já que, em primeiro lugar, não está dissociada da saúde geral. A saber, as práticas cotidianas da atenção básica é também um cuidado com a saúde mental, pois este cuidado específico é uma prática diária, de tal modo que intervenções como no caso de vítimas de violência sexual de mulheres e adolescentes devem ser capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo das usuárias, para que haja a prevenção de possíveis consequências na saúde mental dessas pessoas (BRASIL, 2013).

Ancorando-se neste entendimento, a Norma prevê também a sensibilização e a capacitação no atendimento aos casos de violência sexual, o que é de extrema importância para o cuidado biopsicossocial destas vítimas. Além disso, a Norma ressalta que a unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento, para que a unidade preserve a autonomia e a resolutividade do atendimento (BRASIL, 2012). Trazendo a compreensão de violência contra mulheres na perspectiva de gênero para o atendimento de vítimas de violência sexual

Entendendo o gênero como uma matriz discursiva binária (BUTLER, 1999), que atribui modos de ser rígidos de função e comportamento aos sexos, entendemos que a violência sexual contra mulheres não se restringe unicamente ao evento de abuso sexual em si. Este fenômeno é, antes de tudo, uma ilustração fundamentada num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder (BRASIL, 2012).

Estas relações de poder, a saber, são reforçadas e disseminadas, a todo o momento, por intermédio de normas que se constituem como regras de condutas de uma regularidade funcional, que prevê como os sujeitos devem ou não devem se comportar (FOUCAULT, 2001). Foucault (2001) vai dizer que, em nossa sociedade, se permeia um poder de normalização que, não se apoiando em uma só instituição, constituem instâncias de controle do anormal e é isso que transforma a norma, segundo o autor, como um importante problema teórico e político. Nas palavras do autor, “o velho direito de causar a

morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver a morte” (FOUCAULT, 1988, p. 130).

Partindo desse pressuposto, a partir da regulação dos corpos em prol do enquadramento deles à norma vigente, geram-se sofrimentos que diminuem o potencial de ação dos sujeitos que estão expostos a eles. Sawaia (2009) chamará este tipo de sofrimento de ético-político que se refere ao sofrimento oriundo da situação social de ser tratado como inferior. O sujeito, então, sofre pela negação imposta pela sociedade de produção material, cultural e social, além da negação de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2009).

Partindo desse pressuposto, entendemos que para que os profissionais de saúde tenham atenção integral às vítimas de violência, é necessário que eles compreendam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, do ponto de vista de seu contexto social, cultural e familiar e territorial no qual a paciente está inserida (BRASIL, 2010). Além disso, como posto por Sawaia (2009), é necessário que os profissionais, principalmente aqueles da área da Psicologia, fortaleçam as emoções alegres dos pacientes, para garantir que haja o processo de transformação social frente à eventos considerados tristes e traumáticos, por parte dos pacientes.

Por fim, a fim de ilustrar os temas abordados neste artigo, trazemos um estudo realizado por Cavalcanti e colaboradores (2006) com profissionais da assistência pré-natal em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Por meio dele, é possível perceber que há percepções sexistas e reducionistas da mulher nas falas dos profissionais, o que pode contribuir para que ela se silencie mediante a violência sofrida. No estudo, as representações sociais sobre a violência sexual cometida contra a mulher se encontram associadas às ideias de sofrimento, distúrbio de comportamento e relação sexual forçada.

Em relação às explicações para as causas de violência sexual contra as mulheres, estão presentes em três núcleos de sentido: (1) relações de gênero, (2) violência urbana e (3) imputação de culpa à mulher. No que diz respeito ao núcleo relações de gênero, os profissionais apontam que muitas vezes a violência ocorre quando a mulher não está com vontade de ter relação

sexual e o homem a obriga, o que concretiza uma crítica à submissão por parte da mulher, onde ela deveria ceder às vontades do parceiro. No núcleo da violência urbana, a violência sexual contra a mulher é caracterizada como decorrente da violência geral da sociedade. Por fim, consolidando o núcleo imputação de culpa à mulher, os profissionais de saúde apontaram que as mulheres, muitas vezes, são culpadas da violência, incitando, por meio de roupas curtas, a violência sexual (CAVALCANTI et. al., 2006).

Corroborando com esta discussão, Diez (2012) apresenta um estudo sobre o discurso dos profissionais de saúde mental na atenção primária de Valparaíso, Chile, sobre a violência de gênero. Segundo este estudo, destacam-se os pontos positivos dos discursos, onde os profissionais percebem a violência de gênero como um fenômeno que necessita de intervenção. Também ressaltam que no cuidado com mulheres que sofreram violência é importante oferecer um local terapêutico, acolhedor e empático. Porém, a autora demonstra que através da análise do discurso foi possível identificar controvérsias. Assim como em Cavalcanti et. al. (2006), os profissionais traziam a culpabilização das mulheres, a normalização da violência, assim como a invisibilidade das vítimas.

Neste sentido, Diez (2012) destaca a importância do trabalho em equipe para que possibilite a disseminação da perspectiva de gênero, onde exista a discussão do lugar social da violência. Assim como em Rosa et. al. (2013), em revisão integrativa sobre a violência contra mulheres, é preciso compreender o impacto da violência no âmbito individual e social, porém a análise das condições socioeconômicas e do estilo de vida das vítimas torna-se peça fundamental na prática do cuidado. Segundo este estudo, o cuidado ultrapassa as especialidades de ginecologia e obstetrícia, consolidando a ideia do cuidado em equipe, onde a psicologia, a assistência social, a psiquiatria, dentre outros, deveriam compor o cenário interdisciplinar de cuidado

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que profissionais de saúde devem garantir a atenção integral às vítimas de violência (BRASIL, 2010), vemos que a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual

contra mulheres prevê ações que sustentam essa lógica e entendem o sujeito em sua integralidade. No entanto, como visto pelo estudo de Cavalcanti e colaboradores (2006), é possível pensar que ainda há muito que se desconstruir no que tange às relações de poder que sustentam e disseminam a violência contra mulheres.

Entendendo que a violência é um objeto construído e produzido a partir de diferentes práticas humanas, em especial por intermédio do exercício de poder, opressão e dominação masculinas, entendemos que ela é objeto de conhecimento passível de estudos e de transformação social. Entendemos, portanto, que o mergulho com o intuito de desterritorializar a violência contra mulheres, pode auxiliar para que haja uma transformação social pautada na desconstrução de mitos, atitudes e normas que podem ressignificar esta violência.

Em acréscimo, compreendemos que a luta pelo combate da violência contra as mulheres deve ser constante e diário, já que, por mais que no ponto de vista da legislação brasileiras se almeja que haja igualdade de direitos e cuidado biopsicossocial, vemos que nas vivências cotidianas, como retratado no exemplo do estudo do Cavalcanti et al (2006), a violência e a desigualdade ainda se apresenta de maneira intensa, seja pelos salários menores, pela exploração sexual, pelo assédio, no tráfico, na prostituição, nas agressões físicas, na criminalização do aborto e na insignificante representação política e partidária (MUNIZ, 2016).

Portanto, discutir o cuidado preconizado na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres (2012) proporciona pensar e olhar para o fenômeno da violência de gênero com uma postura epistemológica ampliada. O cuidado humanizado, focado nos vínculos e na rede de apoio, promovendo o trabalho em equipe e não medicocentrado inaugura a potencialidade de mudança social e política, possibilitando, desta forma, a desestigmatização da violência e a discussão no âmbito social.

Neste sentido, a formação e educação permanente dos profissionais de saúde é uma estratégia importante do cuidado ampliado, onde a postura integradora do sujeito permite a co-responsabilização da vítima e da equipe

como referência de promoção de saúde. Tendo isto exposto, os profissionais de saúde entram em contato com outras áreas do saber, assim como conhecem mais de perto os diversos dispositivos da rede de cuidado. Através desta postura de cuidado as práticas potencializam a integralidade dos serviços e a troca profissional entre a equipe.

Salientamos também a importância da intervenção em conjunto com homens autores de violência, visto que dado que são corpos construídos a partir das normas e discursos sociais que o constroem em um âmbito frutífero para que se haja a redução, contenção e prevenção da violência de gênero.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). O Movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: a desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência, como desconstrução. In: _____. *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BAURUS-MICHEL, J. A. Violência complexa, paradoxal e multivocal. In: SOUZA, M.; MARTINS, F. M. M. C.; ARAUJO, J. N. G. (Org). *Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BLAY, E. A. *Assassinato de mulheres e direitos humanos*. São Paulo: USP, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. *Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 23 de março de 2017.

_____. *Secretarias de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar. Orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_desafios.pdf Acesso em: 23 de março de 2017.

_____. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília : Ministério da Saúde, 3. ed., 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf Acesso em: 23 de março de 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Acesso em: 23 de março de 2017.

BRASIL, Presidência da República. *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres / Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf Acesso em: 23 de março de 2017.

BUTLER, J. *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2012.

BUTLER, J. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CANTERA, L. M. Violencia en la pareja: fenómenos, procesos y teorías. In: SÁNCHEZ, T. (Org.) *Maltrato de género, infantil y de ancianos*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, p. 55-94, 2005.

CASTILLO, M. M.; OLIVEIRA, S. de (Org.). *Marcadas a ferro: violência contra a mulher - uma visão multidisciplinar*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, p. 260, 2005.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*, v. 22, p. 31 – 9, 2006.

CHAUÍ, M. *A não-violência do brasileiro: Um mito interessantíssimo*. Texto Mimeo, 1982.

_____. Participando do debate sobre mulher e violência. In: _____. *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 25-62, 1985.

DEJOURS, C. Violência ou dominação? In: SOUZA, M. de; MARTINS, F. M. M. C.; ARAUJO, J. N. G. de. (Org.). *Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DIEZ, B. S. Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3301 – 3310, 2012.

FERREIRA, F. M. Família, gênero e violência doméstica na infância. *Caderno Esp. Fem.*, Uberlândia/MG, v. 26, n. 1, 241-262, 2013.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

HERNANDEZ, R. A. Violencia masculina en el hogar. *El Cotidiano, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco*, México, v. 18, n. 113, pp. 28-36, mayo - junio, 2002.

MACEDO, A. G.; AMARAL, A. L. *Dicionário da crítica feminista*. Porto: Afrontamento, 2005.

MAYORGA, C. Algumas contribuições do feminismo à Psicologia Social Comunitária. *Atheneia Digital*, v. 14, n. 1, p. 221-236, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53730481010> Acesso em: 23 de março de 2017

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: *Congresso Paulista de Saúde Pública. Anais...* São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p. 145-154.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 07-18, 1994.

MUNIZ, Diva do C. G.. Violência de gênero no Brasil: feminicídio, crime hediondo. *Labrys, études féministes/estudos feministas*, Brasília; Paris, Janvier/Juillet 2016.

OLIVEIRA, E.R Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP*, Marília, 2012.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASINATO, W.; SANTOS, C. M. Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil. *Pagu/UNICAMP*, Campinas, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mapeamento-das-delegacias-da-mulher-no-brasil> Acesso em: 23 de março de 2017.

- RIFIOTIS, T. Violência policial na imprensa de São Paulo: o leitor-modelo no caso da Polícia Militar na Favela Naval (Diadema). *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 13, n. 2, 1999.
- ROSA, D. O. A.; RAMOS, R. C. DE S.; MELO, E. M. DE; MELO, V. H. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. *FEMINA*, v. 41, n. 2, p. 81 – 87, março/abril, 2013
- SAWAIA, B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009.
- SMIGAY, K. Sexismo, homofobia e outras expressões correlatas de violência: desafios para a psicologia política. *Psicologia em Revista*, v. 8, n. 11, p. 32-46, 2002.
- SOUZA, E. C. de (Org.). *Autobiografias, História de Vida e Formação: pesquisa e ensino*. EDUNEB - EDIPUCRS, Salvador, 2006.
- SOUZA, M. Vazio, feminino e restos. In: SOUZA, M. de; MARTINS, F. M. M. C.; ARAUJO, J. N. G. de (Org.). *Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade, sofrimento psíquico*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2011.
- TONELI, M. J. F.; BEIRAS, A.; RIED, J. *Políticas públicas e programas de atendimento: homens autores de violência contra a mulher*. Disponível em: http://www.cime2011.org/home/panel2/cime2011_P2_AdrianoBeiras_JulianaReid.pdf. Acesso: 23 de março de 2017.
- VASCONCELLOS, M. J. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 9. ed. Campinas: Papirus, 2010.
- VILLELA, W. V.; LAGO T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007.
- WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012: Os novos padrões da violência homicida no Brasil*. Instituto Sangari, São Paulo, 2011.
- Zanello, V. Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. In Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J.P.; Dantas, C. (Orgs). *Condições de Vida e Saúde Mental em Contextos Rurais*. São Paulo: Intermeios, 2016.