



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TIAGO MATHEUS CORRÊA

**ESCU TA PSICOLÓGICA A MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL: narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder**

Recife

2020

TIAGO MATHEUS CORRÊA

**ESCUITA PSICOLÓGICA A MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL: narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor/a em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia

**Orientador:** Prof. Dr. Benedito Medrado

RECIFE

2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

- C824e Corrêa, Tiago Matheus.  
Escuta psicológica a meninas e mulheres em situação de violência sexual :  
narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder / Tiago Matheus Corrêa. –  
2020.  
181 f. : il. ; 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Benedito Medrado.  
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.  
Inclui referências e apêndices.
1. Psicologia. 2. Escuta (Psicologia). 3. Crime sexual. 4. Meninas. 5. Mulheres I.  
Medrado, Benedito (Orientador). II. Título.
- 150 CDD (22. ed.) (BCFCH2020-175)

Tiago Matheus Corrêa

**ESCUITA PSICOLÓGICA A MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL: narrativas entre inteligibilidades, ética e jogos de poder**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor/a em Psicologia.

Aprovada em 01/04/2020

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Benedito Medrado Dantas (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Wanderson Vilton Nunes da Silva (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Maria Lúcia Chaves Lima (Examinadora Externa)  
Universidade Federal do Pará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez (Examinadora Externa)  
Universidade Federal da Paraíba

*À Angélica Oliveira,  
que me trouxe a psicologia.*

*Ao GEMA e à UFPE,  
que a fizeram luta e afeto.*

*Ao Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa,  
que me ensinou melhor como exercê-la*

*E à Edjane Sampaio,  
que nos deixou para seguir em sua defesa.*

## DESAGRADECIMENTOS

À estafa da tese, por colocar a negatividade em perspectiva.

Ao envelhecimento dos meus pais, pela previdência de uma educação sentimental.

Ao distanciamento dos meus irmãos, por permitir contemplar a liberdade em relação às origens.

Aos desentendimentos com meu amor, pela convicção em continuar brigando por mim, por ele e apesar dele.

Às ironias e aos julgamentos dos amigos e das amigas, pela persistência da diferença na igualdade compartilhada.

Às reuniões à toa e aos projetos abandonados no GEMA/UFPE, pelo gozo da companhia de utopias sentadas a uma mesma mesa.

Ao coração de Jorge e ao umbigo de Benedito, pela lembrança da carne talhável de que somos feitos/as.

As disputas e rivalidades no PPGPSI/UFPE, pela demanda de cuidado que depõe as admirações mútuas.

Aos horrores escutados das pacientes do SAM-WL, pelo aprendizado de que a vida mesmo às vezes diminuída subsiste à violência.

Aos conflitos e atritos da equipe do SAM-WL, por adoçar nossos cafés com fofocas e desacordos

À CAPES, por ainda existir e pelo breve auxílio a minha existência

***Un violador en tu camino***

*“El patriarcado es un juez  
que nos juzga por nacer,  
y nuestro castigo  
es la violencia que no ves.*

*El patriarcado es un juez  
que nos juzga por nacer,  
y nuestro castigo  
es la violencia que ya ves.*

*Es femicidio.  
Impunidad para mi asesino.  
Es la desaparición.  
Es la violación.*

*Y la culpa no era mía, ni dónde estaba ni cómo vestía.  
Y la culpa no era mía, ni dónde estaba ni cómo vestía.  
Y la culpa no era mía, ni dónde estaba ni cómo vestía.  
Y la culpa no era mía, ni dónde estaba ni cómo vestía.*

*El violador eras tú.  
El violador eres tú.*

*Son los pacos,  
los jueces,  
el Estado,  
el Presidente.*

*El Estado opresor es un macho violador.  
El Estado opresor es un macho violador.*

*El violador eras tú.  
El violador eres tú.*

*Duerme tranquila, niña inocente,  
sin preocuparte del bandolero,  
que por tu sueño dulce y sonriente  
vela tu amante carabinero.*

*El violador eres tú.  
El violador eres tú.  
El violador eres tú.  
El violador eres tú”.*

**(LASTESIS, 2019)**

## RESUMO

A tese tem como objetivo principal propor um conjunto de reflexões críticas sobre a escuta psicológica a meninas adolescentes e mulheres em situação de violência sexual. Inicialmente, oferece uma revisão conceitual a partir de uma matriz teórico-conceitual foucaultiana sobre a noção de escuta psicológica. Em seguida, situa a produção científica brasileira sobre escuta psicológica especificamente a pessoas em situação de violência sexual no panorama histórico do enfrentamento a essa forma de violência e das políticas públicas voltadas para assistência à saúde das vítimas. Dialogou-se com 17 artigos, 04 dissertações e 03 teses encontrados na SciELO, BVS-Psi e BDTD. Na sequência, descreve o exercício de reflexão colaborativa realizado entre o autor e seus quatro colegas, todos atuando como psicólogos no Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa, referência na assistência à saúde de meninas e mulheres em situação de violência sexual no estado de Pernambuco. Esse exercício foi realizado com base na Metodologia de Produções Narrativas de Marcel Balasch e Marisela Montenegro (2003) por meio da qual conversas entre pares, baseadas na informalidade e na afetuosidade, foram transformadas em narrativas de como cada um/a desses/as profissionais relatava sua escuta às pacientes do serviço. Às quatro narrativas, apresentadas na íntegra, seguem três pequenos ensaios ou provocações disparadas no processo da produção daquelas: 1º) discute as matrizes de inteligibilidades da escuta a pessoas em situação de violência sexual, distinguindo entre a jurídica e a terapêutica; 2º) indaga a ética das noções de autonomia, consentimento, risco/vulnerabilidade, apontando-as como forma de governo da violência sexual no processo da escuta; 3º) avalia os jogos de poder envolvidos na escuta psicológica a partir de suas múltiplas dimensões em intersecção (raça, classe, gênero, sexualidade etc.). Espera-se assim contribuir para a produção de conhecimento crítico em psicologia e o exercício ético e político da profissão.

Palavras-chave: Escuta psicológica. Violência sexual. Produções narrativas. jogos de poder.

## ABSTRACT

The main objective of the thesis is to propose a set of critical reflections on psychological listening to adolescent girls and women who survived sexual assault. Initially, it offers a conceptual review of the notion of psychological listening based on a Foucaultian theoretical-conceptual matrix. Then, it places the Brazilian scientific production on psychological listening specifically to people who survived sexual assault in the historical panorama of this form of violence and public policies aimed at their victims: 17 articles, 04 dissertations and 03 theses found in SciELO, BVS-PSI and BDTD were analyzed. Then, it describes the exercise of collaborative reflection carried out between the author and his colleagues, all working as psychologists in a specialized health care service for girls and women who survived sexual assault in Pernambuco, Brazil. This exercise was carried out based on the Methodology of Narrative Productions (MPN) by Marcel Balasch and Marisela Montenegro (2003) through which conversations between peers, based on informality and affection, were transformed into narratives of how each of them professionals reported their listening to the patients of the service. The narratives, presented in full, were linked to the elaboration of three small essays or provocations triggered in the process of producing of those: 1st) it discusses the intelligibility matrices of listening to people who suffered sexual assault, distinguishing between the legal and the therapeutic; 2nd) asks the ethics of the notions of consent, autonomy, risk/vulnerability as ways of governing sexuality that are at stake to define sexual violence in the listening process; 3rd) evaluates the power games involved in psychological listening from multiple intersecting dimensions (race, class, gender, sexuality, etc.). Thus, it is hoped to contribute to the production of critical knowledge in psychology and to the ethical and political exercise of the profession facing all forms of oppression and violence.

Keywords: Psychological listening. Sexual assault. Narrative Productions. Power games.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
AE	Anticoncepção de Emergência
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS-Psi	Biblioteca Virtual de Saúde Psicologia Brasil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPPL	Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAFIRE	Faculdade Frassinetti do Recife
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FUNASE	Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco
GEMA/UFPE	Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidade da UFPE
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Aplicadas
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MPN	Metodologia de Produções Narrativas
MS	Ministério da Saúde
NASE	Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
SAM-WL	Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Universal de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UPE	Universidade de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>POLÍTICAS DA ESCUTA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Ontologia política da escuta.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2</b>	<b>A escuta disciplinadora.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3</b>	<b>Escuta como forma de governo.....</b>	<b>28</b>
<b>2.4</b>	<b>A escuta como modo de resistência.....</b>	<b>30</b>
<b>2.5</b>	<b>Genealogias da escuta psicológica.....</b>	<b>33</b>
<b>2.6</b>	<b>Micropolíticas da escuta psicológica.....</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>DISCURSIVIDADES NA ESCUTA PSICOLÓGICA A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>Enfrentamento à violência sexual no Brasil.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2</b>	<b>Dados atualizados disponíveis sobre violência sexual no Brasil.....</b>	<b>47</b>
<b>3.3</b>	<b>Dialogando com a literatura científica em psicologia.....</b>	<b>51</b>
<b>3.4</b>	<b>Repertórios sobre violência sexual.....</b>	<b>54</b>
<b>3.5</b>	<b>Usos da escuta psicológica.....</b>	<b>59</b>
<b>3.6</b>	<b>Os silenciamentos da escuta psicológica.....</b>	<b>65</b>
<b>4</b>	<b>PRODUÇÕES NARRATIVAS SOBRE ESCUTAS PSICOLÓGICAS A MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>72</b>
<b>4.1</b>	<b>Metodologia das Produções Narrativas.....</b>	<b>73</b>
<b>4.2</b>	<b>Pedagogia sensível de uma escuta psicológica.....</b>	<b>80</b>
<b>4.3</b>	<b>O Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa (SAM-WL).....</b>	<b>84</b>
<b>4.4</b>	<b>O processo de produção de narrativas sobre escuta psicológica no SAM-WL.....</b>	<b>96</b>
<b>5</b>	<b>IVONE: “UM SERVIÇO QUE AJUDA A PENSAR” .....</b>	<b>100</b>
<b>5.1</b>	<b>Escuta inicial por Ivone a pessoas em situação de violência sexual.....</b>	<b>101</b>
<b>5.2</b>	<b>Acompanhamento de Ivone a pessoas em situação de violência sexual.....</b>	<b>105</b>
<b>5.3</b>	<b>Afetações de Ivone na escuta psicológica.....</b>	<b>107</b>

<b>6</b>	<b>MARIA JESUS: “EU ESTOU EM RISCO”</b> .....	<b>110</b>
<b>6.1</b>	<b>A escuta inicial por Maria Jesus a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>111</b>
<b>6.2</b>	<b>Acompanhamento de Maria Jesus a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>119</b>
<b>6.3</b>	<b>Afetação de Maria Jesus na escuta psicológica</b> .....	<b>120</b>
<b>7</b>	<b>BETÂNIA: “ISSO AQUI É DURO QUE SÓ A PESTE”</b> .....	<b>123</b>
<b>7.1</b>	<b>Escuta inicial por Betânia a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>125</b>
<b>7.2</b>	<b>Acompanhamento de Betânia a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>127</b>
<b>7.3</b>	<b>Afetações de Betânia na escuta psicológica</b> .....	<b>129</b>
<b>8</b>	<b>PAULO: “IMAGINA EU FALAR ISSO PARA UM HOMEM?”</b> .....	<b>131</b>
<b>8.1</b>	<b>Escuta inicial por Paulo a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>132</b>
<b>8.2</b>	<b>Acompanhamento de Paulo a pessoas em situação de violência sexual</b> .....	<b>136</b>
<b>8.3</b>	<b>Afetações de Paulo na escuta psicológica</b> .....	<b>138</b>
<b>9</b>	<b>A PRODUÇÃO DE INTELIGIBILIDADES E SENSIBILIDADES NA ESCUTA PSICOLÓGICA À MULHERES E MENINAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> .....	<b>140</b>
<b>9.1</b>	<b>Matrizes de inteligibilidade da violência sexual e produção de sensibilidades no SAM-WL</b> .....	<b>143</b>
<b>9.2</b>	<b>A escuta psicológica em meio a equipe multidisciplinar no SAM-WL</b> .....	<b>146</b>
<b>9.3</b>	<b>Perigos de uma escuta psicológica em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos</b> .....	<b>149</b>
<b>10</b>	<b>DO RISCO-VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL COMO ELEMENTO DA NECROPOLÍTICA</b> .....	<b>151</b>
<b>10.1</b>	<b>Consentimento e vulnerabilidade</b> .....	<b>152</b>
<b>10.2</b>	<b>O estupro e o abuso sexual como elementos da necropolítica</b> .....	<b>156</b>
<b>11</b>	<b>ENTRE LUGARES DE FALA E DE ESCUTA</b> .....	<b>160</b>
<b>11.1</b>	<b>Lugar de fala</b> .....	<b>161</b>
<b>11.2</b>	<b>Lugar de Escuta</b> .....	<b>163</b>
<b>11.3</b>	<b>A escuta terapêutica diante das opressões sociais</b> .....	<b>165</b>

<b>12</b>	<b>INQUIETAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>168</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>171</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS/AS PSICÓLOGOS/AS DO SAM-WL.....</b>	<b>178</b>
	<b>APÊNDICE B – INSTRUÇÃO PARA REVISÃO DO RELATO CONSTRUÍDO A PARTIR DAS CONVERSÇÕES COM OS/AS PSICÓLOGOS.....</b>	<b>180</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo principal dessa tese é propor um conjunto de reflexões críticas sobre a escuta psicológica a meninas adolescentes e mulheres em situação de violência sexual. Essas reflexões foram gradualmente tomando forma entre diálogos ensejados a partir da minha posição híbrida como pesquisador do Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE) e também como profissional de psicologia da equipe multidisciplinar do Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa (SAM-WL), referência no atendimento àquelas adolescentes e adultas na rede pública de saúde do estado de Pernambuco.

A epígrafe dessa tese – que serve tanto de homenagem às mulheres latino-americanas que há décadas atuam no enfrentamento ao machismo, a misoginia e suas múltiplas formas de violência, como demarca um posicionamento feminista em defesa dos direitos reprodutivos e sexuais –, faz parte de uma *performance* participativa de protesto criado pelo coletivo feminista Lastesis, de Valparaíso, Chile, com o objetivo de denunciar violações aos direitos das mulheres ocorridas durante a repressão estatal à insurreição popular iniciada naquele país em outubro de 2019.

Lá, como aqui em junho de 2013, a violência policial utilizada contra os protestos estudantis em razão do aumento da passagem do transporte público (o metrô em Santiago e o ônibus em São Paulo) serviu de estopim para convulsões sociais que se espalharam por ambos países em mobilizações massivas com múltiplas exigências. Aqui, no entanto, essas demandas, complexas e contraditórias, favoreceram a organização e instrumentalização de uma parcela de extrema direita da sociedade, que proveu apoio popular ao golpe jurídico-parlamentar contra a presidenta Dilma Roussef em 2016, a criminalização de movimentos sociais e partidos à esquerda do espectro político, cuja epítome foi a prisão do ex-Presidente Luís Inácio Lula da Silva e, por fim, a eleição de Jair Bolsonaro, notório pela defesa da ditadura, práticas de tortura, misoginia, LGBTfobia e racismo, como presidente em 2018. Ao mesmo tempo, como reação ao ultraconservadorismo emergente e aos ataques ao Estado Democrático de Direito, irromperam coalizões de movimentos sociais junto à partidos de esquerda (Frente Brasil Popular e Frente Povo Sem Medo).

No Chile, mais recentemente, os protestos tiveram como alvo políticas neoliberais. O país tem sido uma espécie de laboratório desde a ditadura de Augusto Pinochet, sendo propalado por economistas – como o nosso atual Ministro da Economia, Paulo Guedes –, como um modelo

a ser seguido a despeito de seus evidentes fracassos. Essas políticas foram responsáveis pela privatização de serviços básicos e a precarização de direitos sociais e trabalhistas, o que vem tornando o custo de vida no país progressivamente mais oneroso e insustentável para a maioria da população. Só pra se ater a um dos principais elementos da crise no país, basta apontar que a previdência chilena, cuja forma de capitalização Paulo Guedes desejava importar para o Brasil, funciona como um fundo privado para o qual o próprio empregado contribui ao longo da vida, terminando os aposentados/as recebendo em média 123.176 pesos chilenos (U\$150,60) por mês, bem abaixo do salário mínimo nacional de 241.000 pesos chilenos (U\$294).

Não à toa, foi justamente o aumento do custo de vida, simbolicamente expresso a partir da tarifa do metrô em Santiago, o fator responsável por acender o rastro de pólvora dos protestos e mobilizações naquele país, cuja escalada levou a uma resposta autoritária e violenta do governo de Sebastian Piñera, ao permitir o uso as Forças Armadas nas ruas pela primeira vez de volta desde o fim da ditadura chilena. O saldo dessa repressão, de acordo com documento produzido pelo Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos, incluiu 28.210 pessoas detidas, aproximadamente 350 pessoas com ferimentos nos olhos causado por balas de borracha, 23 mortos/as, além de vinte e quatro casos de violência sexual por agentes de segurança reportados (catorze contra mulheres, seis contra homens, três contra meninas adolescentes e um contra um menino)<sup>1</sup>.

Foi nesse panorama de revolta popular e denúncia das violências que o coletivo feminista Lastesis produziu a performance, a partir de uma tradução da obra da antropóloga feminista argentina Rita Segato (2003), para quem o estupro seria um instrumento de restauração da ordem patriarcal associado ao racismo colonial, ameaçada pelas transformações sociais de gênero e sexualidade. Realizada pela primeira vez em frente a Segunda Comisaría de Carabineros<sup>2</sup> do Chile, em Valparaíso, no dia 18 de novembro de 2019, a performance teve lugar uma segunda vez, com duas mil mulheres, no dia 25 de novembro do mesmo ano, como parte do Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra Mulher, quando foi gravada em vídeos difundidos globalmente pelas redes sociais. Em menos de uma semana, a performance foi traduzida e reproduzida em várias cidades do mundo, como Paris, Londres, Barcelona,

---

<sup>1</sup> Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2019/12/onu-denuncia-tortura-e-violencia-sexual-contr-manifestantes-no-chile.shtml>

<sup>2</sup> Os carabineiros são o corpo de polícia ostensiva do Chile, cuja atuação violenta nos protestos foi sido questionada e denunciada por organismos internacionais como a Human Rights Watch (HRW), a Anistia Internacional (AI) e também pelo Instituto Nacional de Direitos Humanos do Chile.

Buenos Aires e Cidade do México, sendo também realizada posteriormente em algumas capitais brasileiras.<sup>3</sup>

Nos vídeos, meninas e mulheres de olhos vendados, com ritmo marcado por um batuque grave, em coro e coreografia gritam: “o estupro é você”! Débora Diniz, comentando sobre a performance em sua coluna no jornal El País Brasil, afirma:

Sem liderança centralizada, porém com pautas políticas evidentes, centenas de anônimas se juntaram para um manifesto estético contra os efeitos do patriarcado na vida cotidiana. Os corpos e cantos das meninas desafiam dimensões ocultas sobre como gênero regula o espaço social: o coro do patriarcado tem o conforto da normalidade, opera pela falsa presunção de que há uma natureza imutável para a desigualdade de gênero. Não por acaso os versos provocam a dimensão estrutural e individual do poder patriarcal: assim como o macho abusador se protege pela cumplicidade do silêncio entre os homens da polícia, da justiça ou da religião, o Estado opressor se transforma no próprio macho abusador”<sup>4</sup>

Ao mimetizar a opressão do Estado ao abuso sexual por homens, não à toa a performance ressoou para além da realidade local para a qual se propôs. Aqui, por exemplo, o Presidente da República atualmente em exercício, foi condenado, inclusive, pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios por danos morais à deputada federal Maria do Rosário (PT-RS), pois, em 2014, quando era deputado federal pelo Rio de Janeiro, disse em entrevista que ela “não merecia ser estuprada” por ser “muito feia”. A indenização de dez mil reais por danos morais, no entanto, é uma condenação tibia e, portanto, cúmplice, ao que de outra forma, para alguém que ocupa o seu cargo, poderia ser lido como apologia ao estupro.

Principalmente num país em que somente em 2018 foram registrados, de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019), 66.041 estupros; numa média de 180 por dia no país. A subnotificação desse crime, é estimada em cerca de 90% nesse próprio documento, devido à discriminação e ao estigma em torno das pessoas que vivenciam situação de violação, assim como também em razão da violência institucional por parte dos órgãos responsáveis por acolher a denúncia, a qual, na maioria das vezes, não chega a ser contabilizadas em estatísticas oficiais. Calcula-se, a partir dessa estimativa, haver meio milhão de estupros anuais em nosso país.

---

<sup>3</sup> Fonte: <https://catracalivre.com.br/cidadania/brasileiras-aderem-ao-protesto-chileno-e-gravam-o-estuprador-e-voce/>

<sup>4</sup> “O estupro é você”, a catarse das meninas chilenas. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2019-12-05/o-estuprador-e-voce-as-meninas-chilenas.html>

Essa realidade, denunciada historicamente pelo movimento de mulheres e feministas e, mais recentemente através da Marcha das Vadias (Fernanda XIMENES, 2015<sup>5</sup>), tem recebido através dessa movimentação uma abordagem distinta no debate público, nos quais despontam termos como “masculinidade tóxica”, “relação abusiva”, “culpabilização da vítima”, “cultura do estupro”, etc., o que tem contribuído em alguma medida para enfrentamento do problema. As redes sociais têm se mostrado terreno fértil para essa discussão, através de mobilizações como a campanha #meuprimeiroassedio, em 2015, como reação a uma série de comentários machistas, pedófilos e grosseiros direcionados a uma competidora de 12 anos do programa televisivo Masterchef infantil. Nessa campanha, cuja finalidade era expor a banalidade das situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, se pedia às mulheres brasileiras que contassem seu primeiro caso de assédio sexual. Apenas em quatro dias, houve 82.000 mensagens, com as médias de idade do primeiro abuso pairando entre os 9 e 10 anos<sup>6</sup>.

No mesmo ano, o então presidente da Câmara, Eduardo Cunha (depois preso por corrupção, lavagem de dinheiro e evasão de divisas), apoiado pela bancada evangélica no Congresso, propôs projeto de lei que previa, dentre outras coisas, dificultar o acesso ao serviço de aborto legal para mulheres gestantes decorrente de estupro. A partir de então, mulheres em várias cidades do país foram às ruas, no que ficou conhecido como a já referida “primavera feminista”, a fim de manter os seus parques direitos reprodutivos e sexuais até então conquistados.

O aborto legal, previsto não só para caso de estupro, mas também de risco de morte para mulher e para fetos anencéfalos, embora sempre tenha sido alvo de questionamento por setores mais conservadores da sociedade, associados às igrejas católicas e evangélicas, vem sofrendo ataques com impetuosidade nessa atual conjuntura política. Antes mesmo de assumir o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, a pastora Damares Alves chegou a afirmar que iria priorizar a tramitação no Congresso do Estatuto do Nascituro, o qual prevê a garantia dos direitos do feto e a concessão de bolsa para mulheres grávidas decorrente de estupro, como uma compensação, para dizer o mínimo, ofensiva<sup>7</sup>.

Roger Ceccon e Stela Meneghel (2019) denominaram apropriadamente esse contexto atual de facismo de gênero, o qual definem como “um regime de relações sociais cimentadas por assimetrias no exercício de poder que produzem exclusão, subjugação e exploração

---

<sup>5</sup> Optou-se nessa tese por improvisar em relação às normas de citação da ABNT a fim de se visibilizar o gênero dos autore/as, rejeitando assim a ocultação da autoria feminina das produções.

<sup>6</sup> Fonte: <http://thinkolga.com/2015/10/26/hashtag-transformacao-82-mil-tweets-sobre-o-primeiroassedio>

<sup>7</sup> Fonte: [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2018/12/11/interna\\_politica,724570/damares-alves-defende-aprovacao-do-estatuto-do-nascituro.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2018/12/11/interna_politica,724570/damares-alves-defende-aprovacao-do-estatuto-do-nascituro.shtml)

feminina, (...) por meio da exclusão de direitos femininos e da violência como mecanismo de controle” (p. 449). É nesse contexto (ataque aos direitos sexuais reprodutivos das mulheres, ameaça ao direito à saúde da população em geral, a partir do engessamento de investimentos por duas décadas com a Emenda Constitucional de Teto de Gastos, a qual afeta diretamente o SUS, as condições dos seus trabalhadores e assistência à saúde) que se desenvolveu essa tese.

No caso da atenção à saúde das adolescentes e mulheres em situação de violência sexual, distintamente do barulho dos protestos, da visibilidade alcançada pelas campanhas nas redes sociais e do alcance público do debate, é a partir do sigilo, da privacidade e do diálogo quase sempre ignorado entre profissionais de saúde e pacientes que se atualiza uma determinada economia moral do estupro e seus desdobramentos no campo da saúde, ora reafirmando esse facismo de gênero, ora a ele resistindo. Os próprios serviços voltados a meninas e mulheres em situação de violência sexual, que tem dentre seus procedimentos a possibilidade de aborto legal, ao abrigar esse conflito social, são por isso mesmo um lugar privilegiado para produção de conhecimentos e reflexões críticas direcionadas a uma atuação política em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes.

Foi justamente a partir da minha entrada em 2016 como psicólogo no SAM-WL, simultaneamente ao meu ingresso no Doutorado de Psicologia da UFPE, que passei paulatinamente a pensar minhas inseguranças, dificuldades, conflitos e aprendizados no serviço como possíveis problemas de pesquisa, capazes de contribuir não só para o conhecimento no campo da psicologia, mas também para enfrentar o silenciamento em torno da prática profissional nesse espaço público da saúde tão atravessado por silêncios como por silenciamentos, estigma e discriminação, a ponto de ser pouco debatido. Não adotando um objetivo muito bem delineado, ou traçando um caminho previamente definido, foi a partir das leituras, diálogos e discussões no serviço e no GEMA/UFPE, do qual já fazia parte desde 2006, que foi se desenvolvendo pouco a pouco esse exercício crítico de reflexão sobre a escuta psicológica que resultou nessa tese.

Esse processo, obviamente, não se deu sem dificuldades e sobressaltos. O período de desdemocratização, recrudescimento das opressões estruturais e violências que atravessamos se abateu de forma particular sobre a universidade pública e a comunidade acadêmica, com sucessivos cortes de verba e ameaças de perda de bolsa de pesquisa, impactando a todos/as nós pesquisadores/as de diferentes maneiras. Antes mesmo da trágica eleição do atual presidente, o aumento da discriminação e do preconceito, sentidos no medo mais intenso de sofrer uma agressão passou a ser vivido também por nós, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), ainda que de formas distintas. E como psicólogo

comprometido com um projeto feminista de sociedade os ataques aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres eram palpáveis na ansiedade sentida nos atendimentos às pacientes grávidas decorrente de estupro.

Embora vendo-me ameaçado em todas essas frentes e sofrendo em alguma medida os efeitos dessas opressões, tive no afeto da equipe do SAM-WL, do GEMA/UFPE, dos/as amigos, no amor de Guigo, no apoio dos meus pais, no cuidado do meu terapeuta, Paulo e da minha psiquiatra, Larissa, o acolhimento necessário para não só finalizá-la, mas fazê-lo, acredito, com uma certa sobriedade e austeridade que penso mais favorável à reflexão sobre os horrores que nós, profissionais do SAM-WL, entramos em contato no serviço. Não significa dizer que se aparte de forma asséptica essa dimensão do sofrimento e do afeto da escrita, mas que a ela outros rumos necessitaram ser dados para que fosse trabalhada de maneira propriamente terapêutica, a fim de que a escrita pudesse ser feita com o esforço de precisão e sensibilidade capazes de contribuir para não ser de todo tomado por esses afetos e sofrimentos sem sua devida consideração.

A tese, enfim, ao se completar a partir das oportunidades e percalços de seu percurso, tal qual mosaico ou colcha de retalhos, foi sendo costurada ou bordada a partir da composição com os três capítulos iniciais, seguidos dos quatro relatos ou narrativas dos/as psicólogos do SAM-WL, aos quais se juntou três pequenos ensaios ou provocações. Assim, o primeiro capítulo teve como objetivo produzir uma revisão conceitual a partir de uma matriz teórico-conceitual foucaultiana sobre a noção de escuta psicológica. Essa revisão visou favorecer a problematização sensível da ética e política da prática profissional em psicologia. Para isso, acompanhamos as referências a escuta no percurso intelectual do autor, com base na sugestão da leitura de Lauri Siisiäinen (2010), em seguida adentramos brevemente na discussão sobre a prática psicológica promovida por Nikolas Rose (2008), para apresentar a etnografia da escuta psicológica produzida por Maria Epele (2010).

O segundo capítulo, após situar o panorama histórico no qual se dá o enfrentamento da violência sexual no Brasil, principalmente a partir das políticas públicas para assistência à saúde de pessoas que enfrentaram esse tipo de situação, oferece uma revisão sistemática da literatura científica brasileira a respeito da escuta psicológica a essas pessoas. De um modo geral, aponta para uma ênfase na escuta à criança e adolescentes, uma referência a diversos espaços de atuação profissional nos quais se realizam a escuta e a descontextualização da problemática social da violência sexual.

O terceiro capítulo busca situar melhor o leitor a respeito do SAM-WL e explicitar o exercício de reflexão colaborativa que se deu entre mim e meus/minhas colegas psicólogos/as

do SAM-WL a partir da metodologia de Produções Narrativas (MPN) de Marcel Balasch e Marisela Montenegro (2003). A partir de conversas entre pares, baseadas na informalidade e no afeto, foram produzidas narrativas de como cada um/a desses/as profissionais relatava sua escuta às pacientes do serviço, apostando na potência desse instrumento como capaz de favorecer uma compreensão “menos comportada” da escuta psicológica do que a literatura anteriormente analisada parece mostrar.

Em seguida, apresentamos na íntegra os relatos ou narrativas, os quais foram revisados pelos/as respectivos/as profissionais com os quais se produziu. Essa opção, justificada pela metodologia utilizada, parte do pressuposto de que cada narrativa revisitada já é por si só um exercício crítico de análise. As narrativas são sucedidas de ensaios produzidos por mim a partir de provocações disparadas durante seu processo de produção, nos quais busco dialogar tanto com minha vivência como psicólogo do SAM-WL, quanto como pesquisador do GEMA/UFPE e doutorando no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFPE.

O primeiro ensaio busca pensar a construção da escuta psicológica a partir de distintas trajetórias pessoais e profissionais dos psicólogos do SAM-WL que, ora dialoga, ora entra em tensão com outras escutas especializadas da equipe multidisciplinar do serviço, a partir do que denominei como *matrizes de inteligibilidades* da escuta à situação de violência sexual, distinguindo entre a jurídica e a terapêutica. Aponta para os modos como essas matrizes produzem distintas sensibilidades e moralidades, problematizando-as por meio do antagonismo entre uma política de suspeição da vítima de violência sexual e uma política de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A segunda provocação propõe perscrutar a *ética* das noções de consentimento, autonomia, risco/vulnerabilidade colocadas em jogo na definição das situações de violência sexual no processo de sua escuta, buscando sondar como essas categorias são operadas por profissionais de saúde e, mais especificamente, pelos/as psicólogos/as do SAM-WL, de modo a tornar a violência sexual um problema de saúde legítimo e conferir o *status* de vítima à paciente. Propomos, com base na crítica a essas noções, outro referencial capaz de deslocar a ênfase na centralidade do consentimento nas situações de violência sexual, para pensar a precariedade como efeito de políticas sexuais dirigidas a determinados corpos.

O terceiro ensaio parodia a leitura do conceito de “lugar de fala” realizada por Djamila Ribeiro (2017), o qual passa a ser relido como “lugar de escuta”, buscando apontar os *jogos de poder* envolvidos na escuta psicológica a partir de múltiplas dimensões em intersecção (raça, classe, gênero, sexualidade etc.) podendo servir de ferramenta para manutenção de iniquidades

sociais, reproduzindo privilégios e opressões, ou se orientar na perspectiva da promoção da igualdade, pensando-a como exercício micropolítico de democracia e justiça social.

Esperamos, com isso, contribuir para a produção de conhecimento crítico em psicologia e exercício ético e político da profissão em consonância com a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, o enfrentamento a todas as formas de opressão e violência e, especificamente, a assistência à saúde mental a meninas e mulheres em situação de violência sexual.

## 2 POLÍTICAS DA ESCUTA

Neste capítulo, desejamos abrir um diálogo sobre a escuta psicológica a partir de uma matriz teórica capaz de favorecer a problematização ética, política e conceitual, tendo por base um marco conceitual que dialoga com os pressupostos e postulados de Michel Foucault.

Inicialmente, buscaremos deslocar a audição/escuta<sup>8</sup> de seu sentido coloquial, tradicionalmente compreendida, sob uma perspectiva neurofisiológica, como uma faculdade perceptiva individual, alheia às circunstâncias históricas e políticas. Isto será feito a partir de crítica à noção de escuta, em debate com as reflexões foucaultianas presentes em “O Nascimento da Clínica”, obra escrita em 1963, em fase compreendida como inicial de seu pensamento, usualmente nomeada de arqueológica (FOUCAULT, 1977).

Em seguida, discutimos sobre a escuta ao longo de diferentes períodos da obra de Foucault, tomando como base as obras “Segurança, território e população” e “O nascimento da biopolítica”, respectivamente de 1978 e 1979. Comumente os comentadores do autor enquadram ambas na segunda fase do percurso intelectual do autor – a fase genealógica – em que se destacam as noções de “disciplina” (FOUCAULT, 2007) e “governamentalidade” (FOUCAULT, 2008a; 2008b). Por fim, a partir da obra “A Hermenêutica do Sujeito”, de 1982, dialogamos com a sua denominada terceira fase – a fase ética – na qual exploraremos a noção de resistência (FOUCAULT, 2006).

Ainda que essa organização do pensamento foucaultiano seja arbitrária e, como tal, problemática, ela nos auxilia a percorrer sua obra a fim de pensar sobre a dimensão da sensibilidade das relações de poder e, mais especificamente, sua imbricação com a escuta. Nosso percurso, em que distintas compreensões sobre escuta são analisadas a partir do desenvolvimento intelectual do autor, deve-se em grande medida às contribuições de Lauri Siisiäinen (2010), em sua obra “Vozes de Foucault: em busca de uma genealogia política do áudio-sonoro” (tradução nossa)<sup>9</sup>.

Os direcionamentos então abertos servirão para alinhar um comentário à prática psicológica feita por Nikolas Rose (2008). Este, ao pensá-la a partir do modo como saberes

---

<sup>8</sup> Popularmente, quando se diz que “ouvir é diferente de escutar” se demarca uma diferença entre captar sonoramente aquilo que se diz e a possibilidade de sua compreensão efetiva, como se a sensibilidade do aparelho auditivo se distinguísse da inteligência da linguagem. Ao não distinguir entre um e outro o que se deseja é apontar a arbitrariedade dessa fronteira a partir do caráter simultaneamente sensível e discursivo de todo som e linguagem. Todo som – inclusive o silêncio – é desde já linguagem na medida em que é essa própria quem produz as gramáticas que tornam o fonema diferente de barulho, ou a nota musical distinta do ruído, ainda que tanto o barulho, quanto o ruído são passíveis de serem alçadas a linguagem, ou o fonema e a nota musical serem relegados, a depender da paisagem sonora que compõem.

<sup>9</sup> Foucault’s Voice: toward the political genealogy of the auditory-sonorous.

psicológicos foram produzidos em instituições locais com o fito de regular sujeitos e governar suas condutas, caracteriza a psicologia menos como uma ciência e/ou profissão, mais a partir de suas contradições nos cotidianos institucionais em que ela se desenvolve. Acreditamos, no entanto, que apesar da reflexão crítica necessária que esse autor agrega a prática psicológica, há uma ênfase exclusiva no seu caráter de regulação de sujeitos, descurando outras políticas possíveis a partir da psicologia.

Com isso, abrimos o caminho para se tratar propriamente da noção de *escuta psicológica* a qual julgamos mais condizente com o modo de considerá-la como uma ação micropolítica. Com base na etnografia das práticas psi de Maria Epele (2010), a escuta psicológica passa a ser descrita como uma ação corpórea, que coloca em jogo múltiplas discursividades, moralidades e sensibilidades, realizada em territórios institucionais nos quais se inserem os/as psicólogos/as, o que favorece concebê-la como integrando mecanismos disciplinares, formas de governos e processos de resistências. Essa compreensão, pensamos, contribui para pensar o exercício da psicologia para além da prescrição de seus manuais e referências técnicas, apostando em sua ambivalência, contradição e diversidade.

É tributária de outros esforços críticos para pensar a psicologia brasileira em diálogo com o pensamento foucaultiano (Larissa CAVALCANTE et al., 2016), mas, ao tomar como objeto propriamente a escuta psicológica, tem como pretensão realizar sua análise de modo situado, nos contextos locais em que se processa, com ênfase nas políticas públicas em que profissionais de psicologia estão inseridos. Preferimos usar, portanto, a nomeação de escuta psicológica ao invés de prática profissional em psicologia justamente para não remeter aquela apenas a uma dimensão estritamente técnica da profissão (como se essa pudesse ser dissociada de sua política), entendendo que ela é realizada a partir da atuação profissional por sujeitos que, além do seu saber especializado, são habitados/as por discursividades, moralidades e sensibilidades que não se exaurem em sua formação profissional.

Desse modo, ao conceber a escuta psicológica sob uma matriz política, o que se busca é apontar justamente para essa hibridização de saberes, economias morais e políticas do sensível nela envolvida, não se limitando a remetê-la às escolas psicológicas tradicionais, especializações da profissão ou regulamentação de seu exercício. Mas, ao concebê-la como uma escuta feita por profissionais, em contexto institucional, no diálogo com sujeitos baseados nas diferenças produzidas numa determinada cultura, o que se deseja é ampliar os modos de dialogar sobre o que fazemos nesses espaços.

Esse esforço, por um lado, se assemelha àquele produzido por uma literatura psicanalítica brasileira de finais da década de 1980 e início da de 1990, que busca pensar a

psicanálise na cultura da classe média e trabalhadora brasileira (Luiz Fernando DUARTE, 1986; Sérvulo FIGUEIRA, 1988; Jurandir Freire COSTA, 1989; Jane RUSSO, 1993), por outro lado, se afasta tendo em vista não assumir um compromisso teórico com a psicanálise, nem com os efeitos das “práticas psi” num âmbito cultural mais amplo, mas se direciona especificamente a uma problematização ética e política da atuação profissional da psicologia em instituições.

## 2.1 Ontologia política da escuta

O debate sobre os sentidos e a sensorialidade em Foucault, aparentemente escasso na literatura acadêmica brasileira, tem já há algum tempo sido alvo de controvérsias na produção científica internacional (Martin JAY, 2007). Frequentemente, há uma acusação ao autor de superestimar a centralidade da visão, em detrimento de outras formas de percepção, sendo atribuído a ele a pecha de “oculocentrismo”, comum a outros pensadores ocidentais. No entanto, Lauri Siisiäinen (2010), pesquisador finlandês especializado em Ciência Política e Filosofia, ao rastrear as menções ao som, a voz e a escuta no percurso intelectual foucaultiano, produz uma leitura alternativa.

Ao tomar como ponto de partida essas menções, avançando com as teses foucaultianas – por vezes apesar do próprio Foucault – sobre o som e a voz, Siisiäinen (2010) produz uma política da escuta na qual nossos ouvidos são descritos não de forma física, naturalista, neutra ou ingênua, como transcendendo práticas de saber/poder, mas se entrelaçam a elas; nos convida a tomá-los como espaços de disputa situados entre relações de poder e formas de resistência.

Siisiäinen (2010) inicia discutindo a auscultação, algo aparentemente marginal, em “O Nascimento da Clínica” (FOUCAULT, 1977). De modo geral, nesta obra, Foucault apresenta sua tese sobre a medicalização, a formação discursiva da medicina clínico-anatômica moderna. Esta, tendo priorizado a observação empírica e a percepção sensorial, na forma da “experiência clínica”, constituiu uma reviravolta na história da medicina ocidental, ao produzir uma racionalidade sobre o corpo individual, a qual lhe tornou o objeto privilegiado do exame, diagnóstico e intervenção, a partir da distinção produzida entre normal e patológico.

Dentre os personagens abordados por Foucault, no que tange ao desenvolvimento da medicina moderna, encontra-se René Laënnec, médico francês que inventou o estetoscópio e a técnica da auscultação no século XIX. Ao retratá-lo, Foucault reconhece a participação da percepção auditiva na constituição da medicina clínica. No entanto, para ele, a escuta desempenharia, assim como o toque, uma função subordinada em relação à visão na experiência clínica.

Siisiäinein (2010), entretanto, considera que a inclusão e análise do trabalho de René Laënnec em “O Nascimento da Clínica” não autoriza esta hierarquização de sensorialidades. Ao contrário, o médico francês confere prioridade à audição no exame do corpo vivo para produção do saber médico e na prescrição de intervenções terapêuticas. Este privilégio dado a uma forma de sensorialidade sobre as demais, recorrente não só neste trabalho de Foucault, mas em outras passagens da obra do autor (basta reparar na frequência de termos como panóptico, visibilidade, olhar, luz etc.), favoreceu em grande medida as críticas endereçadas a ele.

Siisiäinein (2010) resume essas críticas em duas frentes: 1) a redução do sentido da visão e da visualidade a um olhar subjugador, ignorando múltiplas possibilidades e potencialidades de distintos regimes visuais; 2) o rótulo de oculoentrismo, ao ignorar a possibilidade de integrar outras formas de sensorialidade nas suas análises discursivas e o/ou sobre práticas de poder.

Se bem não considera essas críticas injustas, Siisiäinein (2010) ressalta que elas não esgotam as possibilidades de pensar a escuta em Foucault. A fim de demonstrar isso, aquele autor lança mão de um trabalho pouco conhecido deste pensador, elaborado apenas três anos depois de “O Nascimento da Clínica”, um pequeno seminário intitulado “Mensagem ou Ruído?” (FOUCAULT, 1966, apud SIISIÄNEIN, 2010).

Nele, Foucault argumenta que a produção do saber médico, a prática médica de exame e diagnóstico, pode ser descrita como interpretação de uma “mensagem patológica”. Essa mensagem, descreve o autor, indicando saúde ou doença, normalidade ou anormalidade, é sobretudo sonora. O corpo, nessa acepção, não envia mensagens no sentido literal, pois isto implicaria um sistema de significação e expressão que é em si mesmo natural. Ele emite apenas ruídos e à prática médica cabe a função de torná-los inteligíveis, construir a mensagem a ser decodificada e interpretada a partir da matéria sonora oferecida. A prática médica, nesse sentido, não lida com o corpo num sentido essencialista, como algo pronto, definido, visível e presente ao observador, mas como uma mensagem a ser interpretada a partir de um código pré-definido.

Foucault enfatiza que não se trata de simplesmente ouvir o barulho do corpo, mas de saber como escutar de uma determinada maneira. A integração da escuta na produção da experiência clínica implica seu treino e aprendizagem. A escuta médica, compreendida como uma atividade com uma racionalidade intrínseca, com sua técnica e sua arte específicas, ocupa uma posição central na formação do saber médico. Essa escuta a que o autor se refere, embora não utilize essa denominação, é, coloca Siisiäinein (2010), a auscultação. Dessa vez, argumenta

ele, Foucault não reduz a experiência clínica à visão, mas explicita que o ouvido se insere na racionalidade prática da clínica médica.

Embora seja necessário situar que em “Mensagem ou Ruído?” (SIISIÄNEIN, 2010) Foucault se atém à relevância da escuta na prática da clínica médica, não obstante, desse modo, ele demarca a historicidade da escuta, sua constituição a partir de práticas de saber/poder. A conclusão que Siisiäinein (2010) chega a partir desse ensaio é que a escuta – não só médica – pode e tem passado por transformações nas diferentes articulações com distintas formas de saber/poder:

O Foucault de “Mensagem ou Barulho?” considera a audição um assunto essencialmente político, isto é, efeito de intervenções estratégicas, articulações, regulações e práticas produtivas e, conseqüentemente, também irredutivelmente aberto a disputa, conflito, luta, inovação e transfiguração (...) (SIISIÄNEIN, 2010, p.40)<sup>10</sup>.

Siisiäinein (2010) utiliza esse pequeno texto como chave de leitura da escuta ao longo de distintos momentos no próprio pensamento foucaultiano, mesmo naquilo que ele deixa a desejar. Em seguida, desenvolveremos três desses momentos, compreendidos a partir das respectivas noções ou conceitos foucaultianos de disciplina, governamentalidade e resistência.

## 2.2 A escuta disciplinadora

De sua fase genealógica, se considera a análise do Panóptico, no modelo da casa de inspeção apresentado pelo filósofo utilitarista britânico Jeremy Bentham em 1787, em que se apresenta um esquema ou princípio geral de vigilância, passível de ser aplicado a quaisquer instituições, estabelecimentos ou conjunto de pessoas.

Essa análise é apresentada por Foucault em *Vigiar e Punir* (2007) a fim de exemplificar seu argumento da mutação de um poder punitivo soberano, pré-moderno, baseado na lógica do espetáculo, voltado para as massas (os suplícios), para um poder disciplinar e preventivo, moderno, que produz e incide sobre o indivíduo. Insere-se no panorama geral das análises das relações de poder, entendido não como uma substância a qual se detém, mas como processos produzidos a partir de condições históricas complexas e com múltiplos efeitos, inclusive de verdade, os quais devem ser considerados em sua positividade, de acordo com distintas modalidades de exercício.

---

<sup>10</sup> Do original: “The Foucault of Message or Noise? considers audition an essentially political issue, that is, an effect of strategic interventions, articulations, regulations and productive practices and, consequently, also irreducibly open to dispute, conflict, struggle, innovation, and transfiguration” (...)

O Panóptico, desse modo, é tomado como exemplar dessa modalidade de poder emergente na modernidade. Sua arquitetura prisional, já extensamente debatida e explorada, consiste num edifício em forma de anel, em meio ao qual há um pátio com uma torre de vigilância ao centro; o anel se divide em pequenas câmaras, visíveis para o interior; em cada câmara, haveria um prisioneiro; todos passíveis de vigilância pelo encarregado na torre, sem que este, no entanto, pudesse ser visto. Esse mecanismo, que poderia ser adaptado para quaisquer instituição disciplinar (escola, fábrica, etc.) infundiria uma vigilância contínua, generalizada e invisível e, ao mesmo tempo, uma economia significativa no seu uso a partir da ilusão de onipresença do vigilante sobre os vigiados, que internalizariam essa relação de poder, individualizando-a e individualizando-se a partir dela.

O Panóptico tem o objetivo primordial de controlar preventivamente as atividades através da regulamentação da conduta individual na experiência da vigilância constante. Expressa uma relação de poder tanto quanto um modo de conhecimento, ao oferecer um instrumento de observação e a possibilidade de constituição de um saber empírico sobre os indivíduos. Sua função é a produção e a manutenção da individualidade através da distribuição espacial de corpos num espaço delimitado e segmentado. Ao inserir os corpos em lugares demarcados, uma pluralidade é redefinida como indivíduos que podem simultaneamente ser observados e classificados.

Siisiäinein (2010) chama atenção, no entanto, para o fato de que o panoptismo é analisado por Foucault exclusivamente a partir da visão, muito embora nos escritos do próprio Jeremy Bentham a escuta possua também função relevante. Além do dispositivo visual, Bentham inclui também na sua proposta um sistema de tubos comunicantes entre as câmaras e a torre, que asseguram tanto a possibilidade de escutar quaisquer suspiros dos vigiados, quanto a possibilidade de emitir ordens e instruções à distância.

Esta omissão da escuta imprime a descrição foucaultiana do Panóptico o caráter de uma máquina exclusiva do olhar, que não leva em consideração outras formas de sensorialidade em seus cálculos. Ressaltar essa omissão abre a possibilidade de repensar a participação da escuta e das demais sensorialidades na configuração de relações de poder e dos mecanismos disciplinares; implica na possibilidade de problematizar a sociedade de vigilância da modernidade a partir de regimes sensíveis.

Contemporaneamente, ao pensarmos sobre a sociedade de vigilância em Foucault, é comum associarmos a sistemas de câmera de vigilância fechados ou poderíamos apontar ainda, numa versão sci-fi desse presente distópico, a tecnologia chinesa de óculos escuros com câmeras integradas a sistemas de reconhecimento facial, que vem sendo importada por estados

brasileiros para o uso de policiais, com a finalidade de encontrar criminosos foragidos. Ambos exemplos são facilmente associados a noção de vigilância em Foucault em razão de sua visualidade.

No entanto, a participação da sonoridade pode ser aventada ao se apontar os “grampos” e “escutas”, bem como seus fins judiciais, midiáticos e políticos – o que, se pensarmos na atual conjuntura brasileira, ganha ares dramáticos. Ou, de outra ordem, no modo como celulares e aparelhos digitais “ouvem” aquilo que seus usuários falam e o transformam em dados passíveis de ser utilizados inadvertidamente por empresas de publicidade para que elas atinjam públicos mais precisos para seus produtos.

Pensar, enfim, na produção de regimes de sensibilidades como mecanismos disciplinares pode abrir caminho para uma série de análises e problematizações. Nesses exemplos, mais pitorescos, esse modo de pensamento parece assumir um delineamento mais óbvio. Do ponto de vista do nosso interesse nessa tese, possibilita avanços sobre o modo como a escuta psicológica produz ou é atravessada por esses regimes, de que modo ela pode contribuir para construir mecanismos disciplinares e infundir vigilâncias ou, em última instância de que modo integra relações de poder.

### **2.3 Escuta como forma de governo**

Seguindo o curso das analíticas de poder de Foucault, é possível pensar a escuta também através da noção de governo. Essa noção surge em Foucault a partir de 1978, quando ele passa a refletir a emergência, entre finais do século XVI e inícios do século XVII, de uma forma de governar distinta da Idade Média. O conceito de governamentalidade, compreendido como “racionalização das práticas governamentais no exercício da soberania política” (FOUCAULT, 2008, p. 4), desponta então como uma análise dessa novidade, servindo como uma diretriz para uma genealogia do Estado Moderno, abarcando inclusive formas contemporâneas de governo neoliberal.

Nessa genealogia, Foucault chama atenção para a constituição de relações de poder/saber que consubstanciam concomitantemente o Estado e o sujeito modernos. Ao invés de uma análise que se atenha ao desenvolvimento e transformação de suas estruturas administrativas, o que ele apresenta são múltiplas relações entre a institucionalização do aparato estatal e formas históricas de subjetivação, esforçando-se para problematizar essa relação.

Limitando-nos aos fins de nossa proposição, nos concentraremos exclusivamente no modo como a governamentalidade liberal e neoliberal em Foucault se relaciona com a

percepção sensorial, sobretudo a escuta. Em outras palavras, o que se busca refletir é como a constituição do indivíduo autônomo, sujeito do (neo-)liberalismo, se dá a partir da pré-suposição de uma determinada experiência sensorial. Um dos eixos da análise da governamentalidade (neo-)liberal em Foucault é a noção de “homo economicus” e sua centralidade para a concepção de sujeito moderna. Essa noção, proveniente da economia clássica dos séculos XVIII e XIX, presente, por exemplo, ainda na compreensão do indivíduo como empreendedor, traz em seu bojo o entendimento de si em termos de uma racionalidade formal, a partir de um cálculo de meios e fins, como fundamento das escolhas e da conduta pessoal.

Além da orientação racional da conduta, Foucault (2008) destaca também uma certa maneira de responder sistematicamente à “realidade” a partir de uma sensibilidade própria. Considerando que nas formas de governo liberal e neoliberal, as quais supõem uma relação do indivíduo consigo mesmo a partir de um autogoverno, de modo que ele se torna governável não tanto a partir da intervenção direta, mas a partir do modo como responde às intervenções em seu meio (ambiental, econômico, social etc.), se faz necessário considerar essa responsividade, sua percepção ou a forma como esse sujeito é afetado por esse meio como condição e garantia de sua governabilidade.

Isto sugere uma série de questões. Como essa percepção, sensualidade e sensibilidade liberais são determinadas? Em outras palavras, o que é a sensorialidade do homo economicus e o que não é, o que ela exclui? Existe uma diferenciação de modalidades de percepção, de diferentes sentidos nesta configuração e como os diferentes sentidos são qualificados e organizados na constituição do sujeito econômico? E, finalmente, qual o lugar do ouvido, da audição e do som na matriz do sujeito econômico? (SIISIÄNEIN, 2010, p.65).

Sem pretensão de exaurir esses questionamentos, seguimos uma pista apontada pelo próprio autor, com base no enfoque dado por Foucault a cultura (neo-)liberal do risco, estratégia governamental que enseja a produção da sensibilização aos perigos da vida cotidiana pelo sujeito, ao oferecer parâmetros com que possa balizar sua conduta, incentivando, desse modo, um autocuidado ou autodefesa (ao invés do poder público ou da coletividade propiciá-los). A cultura do risco, enfim, produz, assim, uma determinada sensibilidade, baseada na determinação racional dos perigos, o que em última instância os produz enquanto objetos passíveis de percepção e de conhecimento.

O sujeito do (neo-)liberalismo, referência das práticas governamentais (neo-)liberais, tido como agente racional, se constitui também como um sujeito de uma percepção de determinado tipo, isto é, como um sujeito que tem uma experiência, uma sensibilidade e um

estado de alerta adequados aos constantes perigos que ameaçam sua vida e sua capacidade (re)produtiva. De tal modo que seus sentidos e sua capacidade perceptiva devem ser utilizados para localizar, estimar e calcular os perigos, de forma a adotar uma conduta efetiva em relação a eles.

Por exemplo, numa sociedade violenta como a brasileira, é esperado que as pessoas estejam alertas aos possíveis riscos de sofrer uma agressão. Em tal medida que em dadas circunstâncias (pense-se numa mulher andando sozinha à noite por uma rua deserta) seus sentidos se voltam todos para responder a uma possível ameaça. Para isso, contribui uma paisagem – também sonora – produzida em meio a narrativas que circulam boca a boca, matérias jornalísticas em diversas mídias, cálculos de políticas públicas, discursos de autoridades, o próprio aparelho repressivo estatal, o conhecimento produzido nas universidades, além de uma miríade de fatores dentre. Essa complexidade produz como efeito possível um medo difuso na sociedade (e, ainda mais numa patriarcal, sobre as mulheres) da violência, que joga sobre os/as cidadãos/ãs a responsabilidade em adotar comportamentos e estratégias capaz de evitá-la. Ao ponto de apontá-los como culpados caso enfrente alguma situação de violência, de modo a naturalizá-la, se retirando parcialmente do Estado sua obrigação em prover segurança, o que, nos casos de estupros, tem sido denominado como “culpabilização da vítima”.

Desse modo, a partir dessa reflexão do sujeito (neo-)liberal em Foucault, é possível pensar na cultura do risco como produzindo regimes de sensibilidades de forma a estabelecer governanças a determinados problemas. Do mesmo jeito, a escuta psicológica como ação sensível também pode ser tida como uma técnica de governo ao lidar com os/as sujeitos, suas percepções, afetos e condutas. Ora, então, a partir desses, oferecer possibilidades de resistência, como em seguida exploraremos.

#### **2.4 A escuta como modo de resistência**

Para isso, é necessário refletirmos sobre a escuta no quadro conceitual do período final do pensamento de Foucault, a saber, em seu curso denominado “A Hermenêutica do Sujeito”, finalizado em 1982, no qual ele discute sobre a filosofia helênica, sobretudo estoica, cínica e epicurista. Neste curso, ele aborda, dentre outras, as noções de cuidado de si, arte de viver e parresía, as quais se articulam com aquilo que para o autor é a finalidade precípua da filosofia: a superação e prevenção do medo e do terror ou, de outro modo, a coragem para enfrentar os perigos, dificuldades e perdas.

O interesse de Foucault na filosofia helênica se dá justamente pelo modo como era praticada como uma arte de viver, através de um conjunto de exercícios, técnicas e habilidades que constituíam a existência como obra a ser trabalhada. Dar forma à própria vida é, nesse sentido, a principal função da filosofia, conclui Foucault em sua análise do período helênico, o que para ele pode ser retomado como possibilidade de atualização no presente. Para essa autocriação, a liberdade é a condição necessária da qual a ética/estética assume sua forma reflexiva; o cuidado de si assumindo o valor mais alto na prática e aperfeiçoamento da liberdade.

Oposta à liberdade e, desse modo, à possibilidade de uma ética/estética da existência, estão os estados de passividade e dependência, aos quais Foucault denomina como medo e terror, produzidos quando um evento de algum tipo invade ou subjuga o indivíduo, influenciando e governando suas escolhas e ações. Esses eventos, para o autor, não influenciam o sujeito apenas negativamente, inibindo, constringendo ou limitando, mas também positivamente, estimulando, excitando, seduzindo.

A arte de viver e o cuidado de si, portanto, implicam numa batalha contínua e irreconciliável do sujeito contra o modo como estes eventos o afetam. Esta batalha requer que o sujeito se arme do *logos* ou discurso filosófico, entendido como equipamento protetivo capaz de tornar possível a resistência bem-sucedida contra estes eventos. Sem ele, o sujeito se torna vulnerável à privação de sua liberdade; ao medo e ao terror. Desse modo, o cuidado de si implica na resistência contra eventos capazes de dominar o sujeito.

A ausência do medo e do terror, provida a partir do equipamento discursivo apropriado e seus exercícios correlatos, é definida como coragem, estado em que o sujeito se torna impermeável a tentativas de influenciá-lo e governá-lo. A coragem é conferida uma relevância política ao permitir a resistência não só aos infortúnios, mas também às ordens e autoridades que nos governam. A luta contra o medo e o terror, ainda, não se limita apenas a resistência a violência ou formas de poder coercitivas, mas se aplica também àquelas produtivas.

É lícito, portanto, supor, embora não esteja explícito em seu texto, que a luta contra o medo e o terror e o equipamento discursivo filosófico necessário possam ser pensados como condição geral das resistências em contextos distintos do apontado pelo autor no período da filosofia helênica. Afinal, para ele, a luta mais urgente de hoje é a submissão da subjetividade. De tal modo que localiza a resistência na relação consigo mesmo, apostando na potência da reinvenção de práticas e técnicas de si

Retomando nossa questão a respeito da escuta, cabe questionar qual a sua contribuição a noção de resistência foucaultiana. Siisiäinen (2010) aposta na problematização inexistente

naquele autor da materialidade das diferentes mídias e das qualidades sensoriais e perceptivas do “equipamento discursivo” apontado por Foucault. Ele critica a ênfase exclusivamente semântica, voltada apenas ao conteúdo do discurso filosófico, abstraindo a forma específica com que se dá, o que acredita ser paradoxal em se tratando de uma reflexão sobre estética (da existência) que alija a sua dimensão propriamente estética, ao excluir qualquer referência a percepção/sensorialidade.

Aponta, ainda, uma passagem da *Hermenêutica do Sujeito*, em que Foucault (2006) reflete de maneira problemática sobre a significância do som, ao abordar a relação da arte de viver com a *Paideia* grega que, de modo simplista, pode ser entendida como a educação oficial na *polis*:

É a *paideía* que se constata em pessoas que, diz a tradução, são “artistas do verbo”, muito exatamente, *phonês ergastikoús*. Os *ergastikoí* são artesãos, operários, isto é, pessoas que trabalham não para elas mesmas, mas para vender e obter lucro. Sobre qual objeto elas trabalham? Sobre a *phonê*, quer dizer, a palavra enquanto ruído, não como o *lógos* ou a razão. Elas são, eu diria, “fazedores de palavras”. Pessoas que fabricam, para vender, certos efeitos ligados à sonoridade das palavras, não pessoas que trabalham para elas mesmas no plano do *lógos*, isto é, do arcabouço racional do discurso. Portanto, temos a *paideía* definida como aquilo que serve para jactar-se entre os outros e que é o próprio objeto dos artesãos do ruído verbal (FOUCAULT, 2006, p. 291)

Siisiäinen (2010) nota que nesta passagem Foucault contrasta de um lado o cuidado de si, a estética da existência e seu equipamento discursivo indispensável - logos - e de outro a *Paideia*, os artistas e artesãos do ruído verbal, separando dessa maneira a semântica do discurso de sua sonoridade. Embora não retorne a discutir, nem explicitar melhor seu sentido, nessa passagem ele opõe fone, a sonoridade e seus efeitos, ao logos, discurso significativo, comunicacional, baseado na razão, numa atitude de suspeição ante a primeira

Siisiäinen (2010) destaca ainda que Foucault era cioso da utilização da música e da poesia na *Paideia*, as quais ocupam uma posição singular na constituição e preservação da *polis* grega. A *Paideia*, em Foucault desponta, portanto, como uma forma de governo do irracional, como um conjunto de tecnologias do poder produtivas para o controle dos impulsos, disposições e afetos. Assemelha-se, em certo sentido, dada as devidas diferenças e particularidades históricas, à concepção moderna de disciplina, na medida em que ambas visam afetar e sujeitar indivíduos a determinadas normas.

A sonoridade, em Foucault, aparece, aponta Siisiäinen (2010), exclusivamente a partir da chave da sujeição e do governo do outro, alijada do cuidado de si e da arte de viver. No entanto, Siisiäinen não acredita que a análise das práticas discursivas filosóficas na

“Hermenêutica do Sujeito” se propõe a oferecer uma compreensão exaustiva do que constituem formas de resistência ética/estética/política. Nesse sentido a oposição entre fone e logos pode ser lida como situacional, restrita a periodização histórica da filosofia helênica, mas não necessariamente uma distinção a ser tomada de forma absoluta. De modo que é possível manter em aberto a questão sobre a participação da escuta nas formas de resistências.

Ao recusar a distinção entre fone e logos, materialidade e semântica, audição e escuta, se exige a atenção ao caráter situacional da análise destas na produção de regimes de sensibilidade a partir de práticas de poder/saber, o que pode servir aqui como eixo norteador da nossa reflexão sobre a escuta psicológica. Não se pretende aqui uma discussão exaustiva no que diz respeito a escuta em Foucault, mas utilizá-la para demarcar sua historicidade, seu caráter político e situado a partir de distintas práticas, cuja análise a partir das noções de disciplina, governo e resistência parecem úteis para enriquecer a compreensão de como ela se exerce.

## **2.5 Genealogias da escuta psicológica**

Nikolas Rose (2008) apostou nas duas primeiras noções (disciplina e governo) para produzir uma extensa genealogia das práticas psicológicas em contextos institucionais. Para Rose, o século XX pode ser definido como “século da psicologia”. Não somente devido a sua consolidação como disciplina científica, nem também à difusão da profissão, mas pelo impacto social exercido através dela, que pode ser aferido pelo modo como as pessoas passaram a conceber a si mesmo em termos de uma linguagem psicológica.

Isso se deve, segundo ele, a própria origem da psicologia, a qual segue caminho inverso de outros saberes. Ao invés de surgir como empreendimento científico ou através de sua regulamentação profissional, a partir do qual passa a ter uma aplicação prática com efeitos sociais, os dois primeiros são, para o autor, consequência do modo como a psicologia emerge como um conjunto heterogêneo de aplicações a partir da necessidade de distintas instituições administrar pessoas. Rose (2008) argumenta que a psicologia emergiu no século XIX nos espaços onde “problemas de conduta coletiva e individual humanas eram de responsabilidade das autoridades que procuravam controlá-las” (p. 156), tais como a escola, as fábricas, as forças armadas, etc.

Em seus primórdios, aponta Rose, a psicologia se constitui como uma “tecnologia de individualização”, a partir das exigências crescentes de manejo dos indivíduos por instituições de acordo com determinadas formas de governo, regimes, funções e competências. Esses projetos administrativos de individualização são beneficiados pela conceituação de várias

capacidades psicológicas, tais como percepção, inteligência, personalidade, dentre outras, de modo que a psicologia se estabelece como uma forma de diferenciação individual. Constitui, assim, diferenças e normalidades que não se associam a um conhecimento integral do humano, mas, em acordo com Canguilhem (2009), derivam das normas das próprias instituições que gerenciam os indivíduos, as quais se hibridizam com leis, estatísticas e filosofias.

As instituições nas quais a psicologia prolifera, ao administrarem seres humanos de acordo com o conhecimento/produção de suas diferenças, tornam-se menos arbitrárias e mais eficazes, reforçando, desse modo, sua autoridade. Ao mesmo tempo, se transformam em espécies de laboratórios onde os indivíduos são observados e controlados em prol da eficiência. Nesse processo se dá, a partir de uma linguagem psicológica, uma produção de identidades que se espalha pelo tecido social e modifica o modo com que os indivíduos são julgados não só por outros, mas a maneira como entendem a si mesmo.

A psicologia, assim, como “ciência do indivíduo” compôs, juntamente com outras ciências, uma racionalidade liberal de governo em que uma concepção abstrata de liberdade se associa a formas concretas de moldar o sujeito. Forneceu a tecnologia capaz de operacionalizar o individualismo das sociedades liberais em “um conjunto de programas específicos para regulação da existência” (p. 159).

Ainda nessa etapa individualizante, Rose (2008) reconhece na psicologia uma ciência social, no sentido de sua estruturação em torno de fins sociais. No entanto, pouco antes da Segunda Guerra Mundial, ela se torna social em outro sentido, à medida que se direciona às coletividades humanas, a fim de administrar não só indivíduos, mas também grupos e organizações.

A psicologia social produzida entre as décadas de 1930 e 1950, nota Rose (2008), faz frequentemente referência à democracia. Seu problema passa a ser “regular cidadãos democraticamente”, ou seja, através das interações de uns com os outros, conceituando e intervindo nestas. Essa psicologia social, portanto, cria um vocabulário para formular questões advindas das relações humanas e formas de manejá-las, baseada tanto numa racionalidade científica, quanto nos valores de sociedades liberais democráticas. “A psicologia social proporciona tanto a tecnologia humana quanto a intelectual para possibilitar que o governo democrático opere” (p. 159).

Rose (2008) chama ainda atenção para a emergência de uma nova articulação entre governo, sujeito e psicologia a partir dos anos 1980, com base na noção de empreendedorismo. Diversas práticas e instituições sociais foram se transformando de modo a acomodar uma concepção regulatória do self empreendedor, entendido, de modo geral, como aquele que se

empenha por seus objetivos. Essa noção de self emerge em espaços nos quais o vocabulário da empresa associa-se a retórica da política, promovendo programas administrativos baseados no autocontrole do indivíduo:

um bom governo é aquele baseado nas maneiras pelas quais as pessoas se governam. O “self” é para aspirar autonomia, para esforçar-se para alcançar satisfação pessoal em sua vida na terra, para interpretar sua realidade e destino como uma questão de responsabilidade individual, enfim, encontrar significado na existência moldando sua vida através de escolhas (ROSE, 2008, p.162).

Esse modo de pensar sobre si associa-se a uma forma de agir sobre os outros. Tendo em vista a falência da autoridade religiosa ou de moralidades tradicionais na orientação da conduta dos indivíduos, emergem então “especialistas da subjetividade” capazes de formular questões existenciais em termos técnicos, tornando a vida administrável.

Embora afirme que sua intenção não seja uma crítica à psicologia, ao menos no sentido de que é parte de uma estratégia de dominação e exploração, a discussão de Nikolas Rose se presta a tanto. Ao colocá-la exclusivamente como técnica de regulação, dificulta compreender-se e como a psicologia pode oferecer quaisquer resistências às relações hegemônicas de poder. Possivelmente, esse problema se dá na medida em que (a semelhança de Foucault em relação à filosofia) Rose concebe a psicologia apenas a partir de sua discursividade, alijando-a de uma sensibilidade. Ao tomá-la assim, acaba lhe conferindo indevidamente certa pureza, ao não permitir apontar não somente as resistências, mas suas imbricações em outras práticas e governamentalidades, como se o governo a partir da psicologia se desse de maneira linear, sem tensões ou transmutações.

Talvez essa conclusão tenha sido facilitada pelo *corpus* ao qual sua análise está circunscrita, a saber a psicologia europeia e norte-americana dos séculos XIX e XX. Ao se pensar sobre a psicologia no Brasil e na América Latina, ainda que predominantemente possa ser descrita também como técnica de regulação, é necessário problematizar sua insurgência ante as opressões e injustiças sociais. Considerado, por exemplo, o contexto das ditaduras que se instauraram no continente, a psicologia pode ser vista tanto como legitimando os regimes instituídos, quanto como resistindo a eles.

Cecília Coimbra (1995) descreve como, após o golpe de 1964, a psicologização operada no Brasil fortaleceu junto às classes médias o que denomina como “intimismo” e “familismo”, entendidos como refúgio do privado contra “os terrores da sociedade”, obstruindo o acesso à esfera pública e alienando a própria subjetividade. Além disso, a psicologia também contribuía para o regime ditatorial oferecendo argumentos “científicos” para o aprimoramento do aparato

de repressão estatal, ao identificar um perfil psicológico do “terrorista”; psicologizando comportamento dos militantes, os quais passam a ser tratados como “desviantes”; e, finalmente, silenciando ante os problemas vivenciados pela maioria da população.

Apesar disso, Ana Maria Jacó-Vilela e Sérgio Luís Braghini (2015) referem novas formas de se pensar e se fazer psicologia surgidas no contexto da luta revolucionária. Afirmam que o recrudescimento das lutas sociais no Brasil e na América Latina proporcionaram a radicalização de teorias e o trabalho de conscientização popular, contribuindo para isso a educação popular, a sociologia militante, e a teologia, filosofia e psicologia da libertação, bem como a psicologia comunitária. Todas, de certo modo, produzindo críticas à realidade brasileira e latino-americana, enfrentando desigualdades estruturais e combatendo injustiças sociais.

Não se trata aqui de adaptar a reflexão de Rose para os nossos trópicos, mas apenas apontar sua limitação a partir do contexto de produção da psicologia ao qual se refere. Embora não haja intenção de delinear uma historiografia da psicologia brasileira, é relevante considerar o modo como se produz e se pratica, bem como seus efeitos. Ao mesmo tempo, se critica tomar a relação do sujeito com a psicologia apenas a partir da sua discursividade, sem levar em consideração suas fissuras e tensões, bem como os regimes de sensibilidades produzindo também a partir de práticas de saber/poder, dentre as quais a escuta psicológica participa.

De fato, a investigação das “tecnologias psi” por Rose questionou em grande medida o modo como saberes e técnicas psicológicas transformam problemas sociais em individuais, traduziram relações de poder em categorias nosológicas e domesticaram populações. No entanto, não só os sujeitos não se reduzem e são governados pela psicologia, mas também resistem a ela e a outras relações de poder/saber, como nem tão pouco a psicologia é pura discursividade, mas praticada por psicólogos/as (e, em sentido amplo, por quem se autorizar se valer de seus saberes) que, além de capazes de refletir criticamente sobre seus usos, não se exaurem em sua formação profissional.

Nesse sentido, se aposta na potência de uma reflexão que, resguardando-se de abarcar uma perspectiva mais ampla e histórica que favorece pensar como a psicologia disciplina indivíduos e governa populações tal qual Rose (2008), se vale de uma análise micropolítica de exercício, a partir do qual é possível entrever seus conflitos, contradições e composições, bem como processos de resistência. Tomada a psicologia como um conjunto de saberes social e hierarquicamente difundidos, ainda que seu exercício não seja exclusivo de profissionais, é interessante distingui-lo quando feito a partir destes/as que em alguma medida têm a autoridade e legitimidade socialmente reconhecida para tanto. É a esse exercício micropolítico e situado da psicologia, realizado por psicólogos/as que não se (con)formam apenas a sua profissão, mas

são habitados por sensibilidades diversas e transitam em distintas instituições nas quais desempenham seu fazer, que julgamos mais proveitoso refletir como escuta psicológica. Trata-se, portanto, de concebê-la não só enquanto discursividade, mas como ação corpórea desenvolvida em território, na qual integra atividade relacionais e plurais, as quais desejamos problematizar com base nas noções trabalhadas de disciplina, governo e resistência.

## **2.6 Micropolíticas da escuta psicológica**

Maria Epele (2015) desenvolveu uma etnografia nos centros de saúde do sistema público de um bairro periférico da região metropolitana de Buenos Aires, na qual problematizou a escuta e os modos de escutar em tratamentos baseados na palavra oferecidos por psicólogos/as a populações marginalizadas. Ao invés de analisar as técnicas terapêuticas a partir das teorias psicológicas tradicionais, compreendeu a escuta e os modos de escutar como ação que se desenrola junto a outras no cotidiano do serviço. Concebendo-as, assim, através dos processos perceptivos e corporais com os quais aqueles/as profissionais vivenciam em territórios, os quais são atravessados por políticas que produzem e regulam as formas de sentir e se expressar das populações atendidas e estratégias de governo que as domesticam e/ou legitimam.

Nos territórios dos centros de saúde, a diversidade dos modos de escutar, que inclui, por exemplo, uma escuta especializada que tensiona e/ou integra outras formas de escuta (leigas, populares, marginais etc.), é problematizada a partir da maneira como compõem registros dos sensíveis, nos quais coexistem uma diversidade de matrizes de inteligibilidade, gramáticas afetivas e formas de expressão. Compõem o que Epele (2015) denomina de “governo do sensível”, através do qual se “reparte, regula e define as características do audível, dizível e visível e seus vínculos com o inteligível nos modos de viver e habitar por parte de diferentes populações em determinados territórios” (p.800).

Nesse espaço, a escuta psicológica propriamente dita é compreendida como um conjunto de cartografias que combinam saberes diversos sobre realidades complexas e experiências sociais de mal-estar e sofrimento, traduzindo-as em determinadas categorias. Além do mais, também é demarcada por lógicas institucionais e regulada por tecnologias que produzem formas de participar e modificar as relações locais entre o audível e inteligível, as quais são atravessadas por modos de governo da pobreza urbana que tomam forma nas áreas geográficas dos centros.

Se matrizes de saberes e técnicas especializadas da psicologia oferecem condições de articulação entre o audível e o inteligível nos centros de saúde, outros repertórios e saberes

também dão formas às tecnologias terapêuticas. Diferente das categorias diagnósticas psi tradicionais, que permeiam a prática profissional independente do contexto onde se realiza, nos centros de saúde entram em cena as noções de “vulnerabilidade”, “violência”, “desemprego” etc. Agregam-se também outros saberes populares e especializados (saúde coletiva, ciências sociais etc.) para se referir à população atendida. Dessa forma, para Epele, a investigação etnográfica sobre a escuta psicológica dirigidas a populações marginalizadas é uma maneira privilegiada de analisar a articulação entre realidades sociais em processo de transformação e tecnologias terapêuticas oferecidas por instituições públicas.

De modo similar ao Brasil, o acirramento nas últimas décadas das desigualdades sociais, econômicas e de saúde na Argentina, afirma a autora, transformou os repertórios sobre adoecimentos e mal-estar junto aos setores populares. Do mesmo modo, as mudanças das tradições e tecnologias psi num sistema público de saúde precarizado por reformas neoliberais transformaram as formas de inteligibilidade e as técnicas terapêuticas referentes àquelas morbidades.

Epele (2015) nota, em primeiro lugar, que nos centros de saúde pesquisados a escuta emerge como um problema na medida em que sua indagação se dá nas análises de casos, espaços de formação, supervisões grupais, debates entre psicólogos/as, bem como nas conversas e entrevistas realizadas pela pesquisadora. Em seguida, que o repertório sobre problemas, mal-estares e doenças envolve categorias semiespecializadas, mas também leigas, locais e cotidianas; que estas categorias, inclusive, são compartilhadas entre psicólogos/as e a população local.

Entre psicólogos/as, a escuta psicológica nos centros de saúde possui um conjunto de atributos que, segundo eles/as, a diferencia daquela ocorrida em consultórios privados. Inicialmente, a escuta está sujeita a certos ritmos institucionais que regulam seus tempos: a duração das sessões, do tratamento e suas interrupções; a definição do que é considerado continuidade ou urgência; o acompanhamento por um profissional ou sua troca, devido a férias, saída ou outros fatores. Apesar destas implicações, há, por outro lado, uma maior disponibilidade de recursos frente às distintas necessidades de atendimento (maior número de profissionais, telefones institucionais, a proximidade da comunidade etc.).

Maria Epele chama atenção também para o modo como a escuta é também modulada pelas condições arquitetônicas, a disponibilidade de sala e a localização dos centros de saúde nos bairros. Além disso, a maioria dos/as pacientes são atendidos por outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros etc.); os mais “vulneráveis”, integrados a outros programas e instituições.

Epele (2015) nota uma ruptura entre os vínculos habituais entre os sons e os sentidos, sinalizados a partir da precaução dos/as profissionais em se “desprender dos preconceitos” e “evitar saber de antemão”, que demarcam um estranhamento ante aos “outros que vivem outras realidades”. Esse estranhamento assinala a suspensão das matrizes de inteligibilidades tradicionais a respeito do que é ouvido. Os profissionais distinguem também entre formas diferentes de escuta junto a estas populações, seja em termos de “ouvir” *versus* “escutar”, ou ainda entre escutar “por cima”, “realmente”, “o óbvio” e “o excepcional”.

Os psicólogos/as dos centros de saúde em sua maioria delimitam ainda a insuficiência de uma escuta passiva, afirmando a necessidade de uma “intervenção”, seja com palavras, gestos e silêncios. Atribuem esse caráter interventivo a continuidade do tratamento; sendo a fala um modo de “acolher” o outro e o que lhe sucede. Desse modo,

as ações corporais, perceptuais e expressivas que envolvem o escutar nos tratamentos vão modificando as coordenadas habituais do sensível, sinalizando restrições da escuta especializada e das teorias dominantes que a modelam e envolvendo temporalidades diferentes para dar estatuto de realidade, ou seja para sua integração ao audível, dizível e visível no contexto terapêutico (EPELE, 2015, p.806).

De acordo com a autora, escutar certas experiências não só desafia as noções de sujeito e conhecimentos psicológicos, mas desencadeiam nos psicólogos/as questionamentos acerca da alteridade radical com que se deparam a partir do estranhamento de outras realidades produzido no encontro com aqueles/as. Aquilo que se escuta transborda e subverte os modelos de sofrimento disponíveis durante a formação profissional. A ruptura das coordenadas tradicionais a respeito dos padecimentos em contextos de pobreza urbana aponta a insuficiência da escuta especializada.

O efeito da escuta promovida por psicólogos/as nos centros de saúde pode-se encontrar, segundo a autora, sobretudo na produção de uma linguagem que confere condições de legitimidade e reconhecimento dos mal-estares e adoecimentos dos/as pacientes. Isto se dá a partir de três processos divergentes, os quais Epele denomina como: 1) especialização, tendência a alojar diferentes problemas e dificuldades de pacientes dentro das matrizes de saberes e técnicas psi; 2) popularização, a ampliação do registro do sensível para incluir os modos de falar, escutar e entender provenientes dos setores populares (gírias, expressões, modelos de sociabilidade, etc.); 3) marginalização, a diversificação do sensível a partir da incorporação de matrizes de inteligibilidade dos setores marginalizados que vivem nos bairros populares.

A partir disso, Epele (2015) sugere uma hierarquia de escuta que vai da restritiva, que reduz a diversidade de experiências e realidades às categorias psi; passando pela fragmentária, que multiplica as formas de ouvir e falar para além da especialidade da psicologia, ao incluir interlocutores leigos e de outras profissões, sem que a multiplicação de fluxo de informações se integre de forma produtiva; e, finalmente, a escuta em formação contínua, na qual a confrontação reflexiva das especialidades com as realidades sociais complexas produzem uma revisão das matrizes de inteligibilidade e das técnicas psi, dos vínculos entre profissionais e pacientes e os modos de atendimento através de políticas públicas específicas.

A reflexão de Epele, ao se situar em instituições públicas de saúde de um país latino-americano, permite problematizar o exercício da escuta psicológica ao retomar seu caráter de ação corporal localizada, no qual aquilo que é audível passa a ser traduzido por matrizes de inteligibilidade especializadas, populares e leigas; integra-se a outras sensorialidades, expressividades e afetividades, sendo atravessada regimes do sensível que compõe mecanismos disciplinares e governamentalidades; abre-se, no entanto, a partir do encontro com a alteridade radical para o se questionamento, reformulação e transgressão.

Desse modo, aponta para um horizonte da prática psicológica mais alvissareiro do que aquele feito por Nikolas Rose (2008) como tecnologia de regulação, ainda que esse tenha contribuído para evidenciar seu caráter disciplinar e de governo. Não se trata, como afirma Epele (2015), apenas de integrar a escuta psicológica no plano da análise a um “governo do sensível”, mas de uma proposta que pode ser utilizada para se permitir esboçar uma ética corpórea da psicologia.

### **3 DISCURSIVIDADES NA ESCUTA PSICOLÓGICA A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

No capítulo anterior, problematizamos a escuta psicológica como uma ação corpórea e política, que envolve discursividades e sensibilidades diversas, realizada nos territórios institucionais nos quais os/as psicólogos/as atuam, podendo integrar mecanismos disciplinares, formas de governos e processos de resistências. Logo, refletir sobre as distintas escutas psicológicas de modo situado, exige que especifiquemos esses diferentes elementos (discursividades, sensibilidades, território, instituição e agentes envolvidos) e seu modo de funcionamento na relação terapêutica constituída.

Com o objetivo de nos aproximar mais da escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual propriamente, passamos agora a analisar a literatura científica brasileira, entendendo-a como uma discursividade que produz essa escuta, na medida em que abrange o conhecimento psicológico considerado cientificamente como válido e envolve a construção de narrativas de pessoas em situação de violência sexual por pesquisadores/as do campo da psicologia nacional. Cumpre, portanto, apontar a relevância dessa literatura científica no sentido de apresentar uma espécie de estado da arte no modo como tem se orientado essa escuta psicológica no país.

Antes, no entanto, consideramos necessário contextualizar essa literatura e sua análise a partir de outras discursividades que lhe atravessam com base no histórico de iniciativas de enfrentamento à violência sexual no país, tomando como ponto de partida a discussão pública gerada pelo movimento feminista e/ou de mulheres e a resposta estatal com a proposição de políticas públicas para assistência às vítimas, com ênfase no setor de saúde (Regina FACCHINI; Carolina FERREIRA, 2016; Cláudia LIMA; Suely Ferreira DESLANDES, 2014; Ana Cristina PAIXÃO; Suely Ferreira DESLANDES, 2010; Wilza VILLELA; Tânia LAGO, 2007; Cynthia SARTI; Rosana BARBOSA; Marcelo SUAREZ, 2006).

Em seguida, apresentamos mais propriamente a metodologia da revisão sistemática da literatura científica realizada e a análise de dois elementos considerados relevantes: 1) os repertórios sobre violência sexual em psicologia; 2) os processos de escuta psicológico identificados. A partir desses elementos, se considerou, de um modo geral, a existência de uma forte ênfase na escuta a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, pouca abordagem a mulheres adultas em situação de violência sexual e nenhuma a homens adultos.

Há também uma referência a uma diversidade de instituições ou espaços de atuação profissional onde se desenrolam modalidades distintas de escuta psicológica, com

predominância da clínica e do hospital; a adoção de referenciais teóricos variadas que norteiam o processo, sobretudo a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental (TCC); e pouca atenção ao contexto institucional e as relações de poder envolvidas na relação entre profissionais ou pesquisadores em psicologia e pessoas em situação de violência sexual. .

### **3.1 Enfrentamento à violência sexual no Brasil**

No Brasil, o enfrentamento da violência sexual foi pautado em grande medida por uma compreensão desta como um problema de saúde e segurança pública no encalço da violência doméstica contra as mulheres, crianças e adolescentes. Recompôr a forma como essa questão passou a ser alvo de política pública requer trilhar a maneira como distintas violências passam a ser conceitualizadas no âmbito do Estado e da sociedade civil, a partir de discussões e debates que visibilizam determinados processos e obnubilam outros como modos específicos de violência (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

A partir das reivindicações do movimento feminista que se adensou na década de 1960, a violência contra as mulheres, até então relegada ao âmbito privado das relações interpessoais, foi paulatinamente alçando o status de um problema social que exigia do Estado iniciativas no sentido de combatê-lo. Na área da segurança pública, esse processo foi responsável, por exemplo, pela criação das delegacias especializadas de atendimento à mulher, cuja primeira foi fundada no ano de 1985, em São Paulo. Simultaneamente, as lutas em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, ocorridas em meio à redemocratização vivenciada no país, promoveram não apenas uma maior visibilidade das violências ocorridas no ambiente doméstico, mas produziram ações preventivas e apontaram seus impactos na saúde (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

Não à toa, tendo em vista a forte presença dos movimentos sociais nesse cenário político, a atenção à violência na área da saúde se delineou a partir do campo dos direitos das crianças e adolescentes, bem como dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Desse modo, a estruturação das ações na área de saúde voltadas ao enfrentamento da violência respondeu a demandas políticas de grupos específicos, o que é responsável, por exemplo, por relegar a maior parcela de pessoas vítimas de violência, ou seja, os homens negros jovens, a categoria genérica da violência urbana, cujo atendimento não se diferencia dos demais na emergência geral (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

A partir da década de 1990, com a mudança no perfil epidemiológico em vários países, as denominadas “causas externas”, que envolvem acidentes e violências, passam a ter um maior

destaque na morbimortalidade, de modo que a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde reconhecem em 1993 a violência como um problema de saúde pública. No entanto, nem toda forma de violência recebeu a mesma atenção.

Não comportando uma definição apriorística, as violências colocam em jogo distintos sujeitos culturais - a “vítima” e o “agressor” -, a partir dos quais se lhe nomeiam e se produzem políticas de assistência/enfrentamento. Nesse sentido, à assistência à saúde de crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência e o preterimento dos homens estão em consonância com construções simbólicas que associam a infância, a adolescência e a feminilidade como vulneráveis e, por outro lado, a masculinidade à violência, identificando os homens com agressores (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

Não obstante a violência sexual seja descrito no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO, 2002) a partir de suas múltiplas formas e independente do sexo dos envolvidos<sup>11</sup>, o documento que norteia a política de assistência à saúde de pessoas em situação de violência sexual no país silencia a respeito dos homens no lugar de vítima. Publicado em 1999, a “Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” já traz em seu título sua compreensão de quem pode ser vitimada, sendo tributário de discussões entre o setor de saúde e movimentos sociais.

Na década de 1980, a violência contra mulher já fazia parte das políticas públicas de saúde brasileiras, sendo abordada no conjunto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que contribuiu para estruturação das ações em saúde da mulher, tendo como ênfase os direitos sexuais e o planejamento familiar. Apesar disso, foi apenas em 1990 que surgiu o primeiro serviço de atendimento à violência sexual, no Hospital Municipal do Jabaquara, na cidade de São Paulo, a partir da articulação de agentes governamentais dos setores de saúde, segurança pública e do poder judiciário, movimento de mulheres, representados pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Sexuais e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (VILLELA; LAGO, 2007).

Também no mesmo ano, cabe ressaltar a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – lei 9.069/1990 – que estrutura o sistema de garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, conferindo maior expressão política ao abuso e exploração sexual.

---

<sup>11</sup> “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles” (p. 148).

Em 1993, Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) investigou as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes e trouxe à tona inúmeros casos de violação dos direitos infanto-juvenis, evidenciando a falta de políticas sociais básicas e de atendimento às vítimas (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

O Hospital Municipal do Jabaquara foi, entre 1990 e 1994, o único no SUS a realizar a interrupção de gestação decorrente de estupro. Embora não fosse considerado crime no Código Penal Brasileiro desde 1940, o aborto por vítima de violência sexual nunca havia sido realizado até então devido à forte rejeição social, baseada em concepções morais e religiosas, que enfrentou. Em 1994, após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, o país foi signatário de documento em que garantia a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei, a partir do qual novos serviços passam a ser inaugurados no país (VILLELA; LAGO, 2007).

Ainda assim, apenas em 1999, o Governo Federal, a partir da norma técnica anteriormente referida, regulamenta e estimula a implantação e o funcionamento de serviços específicos voltados a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual no âmbito do SUS. No ano seguinte, em 2000, foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, com a finalidade de assegurar a proteção integral às crianças e aos adolescentes em situação ou risco de violência sexual, prevendo inclusive a garantia de atendimento integral e especializado no campo da saúde.

Durante as últimas duas décadas, o Ministério da Saúde desenvolveu normas técnicas e portarias, visando a expansão e melhoria destes serviços, que enfrentam resistências internas no próprio SUS. A Lei 10.778/2003 instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher determinando ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de instrumento de coleta e sistematização da informação. Isto resultou na constituição do Sistema VIVA SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação), o qual é responsável por registrar os atendimentos de acidentes e violências no SUS, qualificando a informação produzida, com o detalhamento dos tipos de ocorrência (LIMA; DESLANDES, 2014).

Em 2004, o órgão publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual a partir do enfoque de gênero, enfatiza o enfrentamento à violência doméstica e sexual contra a mulher, oferecendo apoio técnico e financeiro as secretarias municipais e estaduais de saúde (LIMA; DESLANDES, 2014).

A reedição da norma técnica em 2005 buscou corrigir um equívoco ocorrido na versão original, dispensando a necessidade de boletim de ocorrência policial nos casos de gravidez decorrente de estupro. Embora nunca tenha sido de fato necessário, a reedição procurou sanar

a dificuldade oferecida pelos serviços que exigiam esse documento como pré-requisito para o acesso ao abortamento legal (LIMA; DESLANDES, 2014).

Ainda em 2005, o MS lançou o Cadernos de Perguntas e Respostas sobre Anticoncepção de Emergência (AE) e a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, permitindo um movimento de sensibilização dos profissionais de saúde para a introdução da AE nos atendimentos a pessoas em situação de violência sexual, bem como buscando desmistificar tabus em torno do aborto e das adolescentes e mulheres que buscam o acesso a esse direito. A AE, mais conhecida como “pílula do dia seguinte”, sofreu resistência de setores religiosos o que ocasionou, no âmbito do SUS, a sua rejeição por alguns municípios ao longo do país, com o retorno de lotes da medicação para o Ministério da Saúde (LIMA; DESLANDES, 2014).

A publicação da Portaria GM/MS de nº. 1.508/2005, que versa sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS, se constitui em outro avanço significativo na defesa dos direitos da mulher. Suscitou, no âmbito da saúde, a discussão sobre objeção da consciência, prerrogativa exclusiva de médicos e médicas em sua ética profissional, a qual dificulta a incorporação do procedimento na rotina dos atendimentos de saúde, ao colocar as convicções pessoais e religiosas dos médicos a frente das necessidades de saúde das mulheres em situação de violência (LIMA; DESLANDES, 2014).

O avanço da pauta do aborto legal no âmbito do SUS provocou reação de setores conservadores, os quais recebiam as iniciativas do Ministério da Saúde como uma tentativa de promover uma legalização irrestrita. No entanto, o Ministério da Saúde manteve seu papel na orientação e no cumprimento dos dispositivos legais a respeito desse direito das mulheres. Em 2007, a decisão do STF favorável ao aborto de anencéfalos, foi bastante representativa no sentido de fortalecer a defesa da legalidade do procedimento (LIMA; DESLANDES, 2014).

As leis nº 11.106/2005 e 12.015/2009, que alteraram o Código Penal, redefiniram violência sexual de modo a abranger ambos os sexos como alvo de práticas que envolvem o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não. A própria Lei Maria da Penha, nº 11.340/2006, traz a violência sexual dentre as formas que a violência doméstica familiar pode assumir. No seu encalce, na segunda metade da década de 2000, o Ministério da Justiça, em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, ampliou o número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, enquanto o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias de Saúde, os serviços voltados para mulheres em situação de violência.

A lei nº 12.845/2013, ao dispor sobre o atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) a vítimas de violência sexual, obriga todos os hospitais da rede pública a oferecer AE, profilaxia de IST, realização de exame de HIV, diagnóstico e tratamento de lesões no aparelho genital, imediato amparo médico, psicológico e social, além do acesso a informações sobre seus direitos legais.

A crescente visibilização da violência sexual e sua consequente resposta pública a partir da publicação de regulamentações e leis, desdobra-se também em um maior número de serviços destinados a acolher suas vítimas. De acordo com o Relatório de Gestão do PNAISM, em 2000, o SUS possuía 82 serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual, dos quais 69 realizavam o aborto legal. Ao final de 2010, eram 552 serviços que atendiam vítimas de violência sexual, tendo diminuído para 60 os que realizavam aborto (LIMA; DESLANDES, 2014). Em 2017, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, são 760 serviços que afirmam atender quem sofreu violência sexual e 90 que fazem a interrupção da gestação.

Estes números, no entanto, devem ser lidos com cautela. O maior número de serviços que afirmam atender pessoas em situação de violência sexual em relação aqueles que oferecem aborto legal pode ser atribuído a complexidade deste último procedimento, que exige uma estrutura hospitalar, podendo a atenção àquelas ser oferecida ambulatorialmente. Ainda assim, o Mapa de Aborto Legal, constatou que apenas 76 hospitais no país realizam o procedimento (ARTIGO 19, 2019).

Esta informação é condizente com a pesquisa realizada por Alberto Madeiro e Débora Diniz (2016), segundo a qual de 68 serviços de aborto legal avaliados, apenas 37 informaram realizar o procedimento. Destes, 15 serviços realizaram menos do que 10 procedimentos nos últimos 10 anos, sendo 4 deles localizados em capitais e os únicos da região. Em 07 estados, não havia serviços de aborto legal ativo. Em 14% dos serviços ativos, é exigido boletim de ocorrência para efetivação do aborto. Todas as 37 instituições em funcionamento relataram equipe multiprofissional mínima (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social) no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Apesar disso, 35 não contava com equipe específica, sendo o atendimento feito pelos profissionais em regime de plantão.

Se os serviços de acolhimento a mulheres e meninas vítimas de violência sexual, principalmente aqueles que oferecem aborto legal, encontram resistência no SUS, não é diferente o tratamento que tem recebido a temática no debate público. Os últimos anos, marcados por forte reação conservadora, culminaram com a eleição de um governo antidemocrático de ultradireita e uma legislatura predominantemente reacionária no Congresso

Nacional, trazendo consigo um conjunto de ameaças de retrocesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Dentre estas ameaças, se encontra o PL 5069/2013, que altera e restringe a abrangência do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em hospitais, ao requisitar a apresentação do boletim de ocorrência e exame de corpo de delito para prevenção ou interrupção da gravidez. Ou, ainda, a PEC 29/2015, que vem avançando no Senado, e prevê a alteração do artigo 5º da Constituição para assegurar a “inviolabilidade do direito à vida desde a concepção”, o que redundaria na ilegalidade dos abortos hoje previstos em lei.

Cabe, não obstante, mencionar o combate a qualquer política educacional que se proponha a dialogar sobre gênero e sexualidade, na esteira dos ataques ao que setores reacionários denominam “ideologia de gênero”, promovidos pelo movimento “Escola sem Partido”, os quais se contrapõem a tentativa de se discutir as iniquidades de gênero persistentes na sociedade brasileira, as quais mantem a violência sexual como prática enraizada. Além de discursos e práticas do executivo e legislativo que promovem violência de gênero e a culpabilização das vítimas de violência sexual, como a apologia ao estupro feito pelo atual Presidente da República, então deputado federal, contra a deputada Maria do Rosário em 2014 (FACCHINI; FERREIRA, 2016).

Apesar dessa reação conservadora, a segunda metade da década de 2010 foi marcada também pela eclosão da Marcha das Vadias, a denominada Primavera Feminista, as denúncias de estupros em universidades e a divulgação de casos de estupro coletivo no Rio de Janeiro e no Piauí, consolidando o combate a violência sexual e de gênero. As campanhas virtuais promovidas nas redes sociais como #meuprimeiroassedio e #meuamigosecreto, ao visibilizar depoimentos em primeira pessoa sobre violências sexuais, serviram também para politizar a problemática e alçar ao debate noções como a de “cultura de estupro”, “culpabilização da vítima”, “masculinidade tóxica”, que demarcam a banalização e disseminação da prática no cotidiano social. Além disso, em âmbito internacional, o movimento Me Too, que denunciou o assédio sexual em Hollywood, foi amplamente divulgado na mídia brasileira. (FACCHINI; FERREIRA, 2016).

### **3.2 Dados atualizados disponíveis sobre violência sexual no Brasil**

No que diz respeito as pessoas em situação de violência sexual, os dados no país são controversos. De acordo com o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019 – que apresenta os dados mais atualizados disponíveis – produzido pelo Fórum Brasileiro de

Segurança Pública (FBSP), foram registrados 66.041 estupros em 2018. Trata-se do maior número de casos até então registrados, numa média de 180 estupros por dia no país. Destes casos, 81,8% das vítimas são do sexo feminino, 53,8% tinham até 13 anos (quatro meninas de até 13 anos estupradas por hora no país), 50,9% são negras e 48,5% brancas.

Vale, no entanto, considerar também o Atlas da Violência de 2018 (IPEA, 2018), produzido pelo mesmo FBSP em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, no qual se trabalham com dados de violências sexuais de 2016 registrados na polícia e no SINAN. No Atlas, há uma comparação entre os casos notificados no SINAN e os registros policiais. Enquanto estes totalizaram 49.487 casos de estupro no país, no SINAN foram reportados 22.918 – menos da metade da cifra anterior.

Ainda que se considere o estupro um crime subnotificado, devido ao tabu e a discriminação em torno de suas vítimas, chama atenção que a base que consolida os dados das notificações em saúde tenha número tão inferior à quantidade de casos de registros policiais. O próprio Atlas, aliás estipula em 90% a taxa de notificação desse crime, o que colocaria sua prevalência no país entre 300 a 500 mil/ano.

A partir dos dados do SINAN disponibilizado no Atlas, embora abranjam uma menor quantidade de casos, é possível acompanhar anualmente não só informações a respeito das vítimas, mas como dos autores e da situação de violência. Nessa ferramenta, é possível perceber um aumento da notificação de casos não só de estupro, mas de violência como um todo, entre 2011 e 2016. O Atlas infere a partir desse crescimento três hipóteses: 1) o aumento dos estupros; 2) o aumento da notificação, com base nas campanhas levadas a cabo pelo movimento feminista e pelo governo; 3) a expansão e o aperfeiçoamento dos serviços responsáveis pela notificação.

Verificando, durante o mesmo período, que há um crescimento tanto de serviços de saúde que realizaram pelo menos uma notificação (124,2%), quanto de municípios que passaram a notificar (73,5%), atribui à terceira hipótese essa parcela do crescimento. Acrescentando a estabilidade dos números de notificação a partir de 2013 em serviços que faziam registro já em 2011, conclui que, se houve aumento do número de estupros, isto se deu em período anterior a 2013.

No que diz respeito às características demográficas das vítimas das notificações feitas no SINAN, em 2016, utilizou-se os dados conforme apresentados pelo Atlas da Violência de 2018. No entanto, cabe alertar, estes se referem as violências que vitimaram meninas e mulheres, tendo sido desconsiderado aquelas que atingiram meninos e homens. Embora aquelas sejam, de fato, a esmagadora maioria (88,14%), é importante ressaltar que há 10,68% de vítimas do sexo masculino e 1,18% que tiveram o seu sexo ignorado.

Quanto a faixa etária das meninas e mulheres em situação de violência sexual, 50,9% possuíam até 13 anos, 17% de 13 até 18 anos e 32,1% são maiores de idade. Em relação a cor/raça, 45,3% foram se consideraram pardas, 34,3% brancas, 8,7% pretas, 1,2% indígena, 0,7% amarela, já 8,7% teve a cor/raça ignorada e 1,1% não informada. Há uma maior proporção de estupros notificados com mulheres que tem pelo menos o ensino médio completo (54,1%). No entanto, tendo vista a maior proporção na população geral de mulheres com escolaridade inferior, é lícito supor que aquelas têm mais acesso aos serviços públicos.

Além da incidência da violência sexual associadas a gênero, geração, raça e escolaridade, 10,3% das vítimas de estupro possuíam alguma deficiência, dentre as quais 31,1% deficiência mental e 29,6% com transtorno mental. No que diz respeito às características da agressão, 77,6% foram cometidos por um agressor, 15,4% por dois ou mais, 6,6% teve o número de agressores ignorado e 0,4% não informado.

Quando considerada a relação dos agressores com a vítima, os casos de estupros contra crianças do sexo feminino são cometidos em sua maioria por amigos/conhecidos (30,13%), familiares próximos, tais como pai, padrastos, irmãos, mães e filhos (30,12%). Já em se tratando de meninas adolescentes há uma predominância de desconhecidos (32,5%), seguida de amigos/conhecidos (26,09%) e familiares próximos (17,23%). Nas mulheres adultas, 53,52% são desconhecidos, 18,82% amigos/conhecidos e 17,95% parceiros ou ex-parceiros.

Quando o agressor era conhecido da vítima, houve recorrência da violência em 54,9% das vezes. No caso de autores desconhecidos, o número de vítimas que havia sofrido estupro anteriormente era bem inferior, 13,9%. Além disso, quando ambos se conheciam, em 78,6% os estupros se deram em ambiente doméstico. Já quando eram desconhecidos, ainda assim a residência é o espaço mais frequente (63,9%), seguida da via pública (17,3%). Houve suspeita de álcool pelo autor em aproximadamente um terço dos casos. A força corporal (39,1%) e a ameaça (29,5%) são os principais meios empregados. Aparecem também armas de fogo (11,7%) e armas branca (7,2%).

Estes números, obtido a partir de dados oficiais, podem ser contrastados com outros produzidos na Pesquisa Nacional de Vitimização (DATAFOLHA; CRISP; SENASP, 2013), lançada pelo Ministério da Justiça, o qual estimou em 3,1% o número de pessoas da população brasileira adulta alvo de ofensas sexuais alguma vez na vida e em 0,8% nos 12 meses que antecederam a sua aplicação. A pesquisa, de caráter amostral, entrevistou 78 mil pessoas, em 346 municípios e conclui que a cifra de pessoas vitimadas por essa ofensa no ano de 2012 foi equivalente a 1,2 milhões. No entanto, cabe ressaltar, o termo utilizado “ofensa sexual” é

passível de compreender uma gama abrangente de agressões, que vão desde o assédio sexual até o estupro.

O que é interessante ressaltar desta última pesquisa é que, diferente dos dados expostos no Atlas, há uma consideração no que diz respeito ao sexo das vítimas. Nos 12 meses anteriores a sua realização, houve uma maior vitimização de mulheres (1,1%) do que homens (0,5%). Do total de vítimas, 7,8% das mulheres vitimadas afirmaram ter necessitado atendimento médico, enquanto esse número foi de 4,1% entre os homens. Se 10,4% de mulheres que sofreram agressão relataram haver recorrido à atendimento psicológico, apenas 2,8% dos homens fizeram o mesmo. Para 42,7% das mulheres e 13,5% dos homens, a situação de violência sexual foi descrita como trazendo prejuízos significativos para suas vidas. Declararam ter medo de sair de casa 31,5% das mulheres e 12,5% dos homens, relataram sintomas depressivos 29,7% das mulheres e 14,5% dos homens, admitiram traumas psicológicos 18,2% das mulheres versus 6,8% dos homens.

Se os dados apresentados tornam evidente a prevalência da violência sexual entre meninas e mulheres, principalmente entre aquelas negras e de baixa escolaridade, não se pode deixar de chamar atenção para a associação de sua incidência com o reconhecimento do lugar da mulher como vítima. É que a epidemiologia, não sendo isenta como as demais ciências, responde a uma lógica classificatória dos corpos, da saúde e da doença, a qual é atravessada por uma matriz de gênero. E, se por um lado, permite visibilizar violências no seu aspecto relacionado ao gênero, por outro invisibilizam manifestações que não correspondam a essa lógica (SARTI; SUAREZ 2006).

A vitimação de homens por violência sexual e sua invisibilização na política de saúde não é aqui apontada como um argumento para deslegitimar a pauta de defesa dos direitos das mulheres. Mas, ao contrário, para colocar em xeque a associação da masculinidade com violência, que identifica aqueles exclusivamente a agressores e para chamar atenção a necessidade de ampliação da política, obedecendo o princípio de universalidade do SUS de modo a abranger os que estão alijados da devida assistência. Nesse sentido, se concorda com Sarti e Suarez (2006), quando as autoras afirmam que:

A identificação prévia de quem pode ser vítima de violência por uma vulnerabilidade suposta corresponde à própria entrada da temática da violência na área da saúde, a partir dos movimentos sociais que trouxeram visibilidade à questão da violência nesse campo, contribuindo decisivamente para a criação de políticas públicas voltadas para mulheres e crianças. A visibilidade do fenômeno da violência é, assim, recortada por gênero, correspondendo às identidades sociais de homens e mulheres construídas em relações sociais. Homens adultos sofrem violência física, particularmente no

âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em conflitos domésticos. A expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de agressor e vítima (p. 174).

Os números e estatísticas, fundamentais para apontar a formatação e relevância social de problemas em saúde, são também uma forma de linguagem produzida socialmente a partir de metodologias científicas situadas e específicas. Apontar isso não é subestimar sua importância, mas argumentar na sua utilidade para construção de políticas públicas informadas por sua consideração crítica, de modo a possibilitar a avaliação dos seus limites e potencialidades, bem como da produção de silenciamentos e invisibilidades em sua efetivação.

### **3.3 Dialogando com a literatura científica em psicologia**

Do mesmo modo, como nos dados e estatísticas, a literatura científica em psicologia sobre pessoas em situação de violência sexual também joga sombras sobre determinadas regiões ao evidenciar outras. Se, tanto nas legislações, quando nas políticas referidas, é pacífica a necessidade de as vítimas serem atendidas e acompanhadas por profissionais de psicologia, menos consensual parece ser como, para que e para quem se propõe essa escuta. Assim, passamos agora a nos debruçar mais especificamente sobre essa literatura controversa.

No levantamento bibliográfico, adotamos como objetivo identificar produções científicas brasileiras que abordassem processos de escuta psicológica a adolescentes e adultos/as em situação de violência sexual. Foram deixadas de fora aquelas referentes exclusivamente a crianças, pois fugiam ao escopo da tese. No entanto, ainda assim, foram incluídas aquelas que tratavam de crianças quando estas apareciam juntamente com adolescentes e/ou adultos.

Foram excluídas também produções que, embora discorressem sobre violência sexual, não retratassem propriamente o processo da escuta psicológica, isto é, envolvessem apenas aspectos quantitativos, como epidemiologia, sintomatologia, perfil das vítimas, dos agressores ou da agressão, ou ainda aspectos qualitativos, como significados sobre a violência sexual ou sobre família para pessoas em situação de violência sexual etc.

Embora se compreenda que pesquisas qualitativas em psicologia com vítimas, familiares e/ou demais envolvidos necessariamente configuram um processo de escuta psicológica, em sentido amplo, buscou-se abordar apenas aquelas produções que tinham a

última como objeto, não propriamente as pessoas. Apesar disso, quando assumida enquanto pesquisa-ação, ou em seu caráter interventivo, estas também foram incluídas.

O levantamento bibliográfico foi feito em três bibliotecas virtuais: 1) a Scientific Electronic Library Online (SciELO); 2) a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); e 3) a Biblioteca Virtual de Saúde Psicologia Brasil (BVS-Psi).

A SciELO foi eleita por ser a principal referência de qualidade na disseminação do conhecimento científico no Brasil e América Latina. Enquanto no mundo apenas cerca de 25% dos periódicos tem acesso aberto e gratuito, a SciELO, criada em 1997, é responsável por esse percentual chegar a 80% no país. A BDTD, existente desde 2002, provê acesso aos textos completos das teses e dissertações defendidas em instituições brasileiras de ensino e pesquisa. A BVS-Psi reúne, organiza e divulga a literatura técnica e científica publicada na área de Psicologia. É uma iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Rede Brasileira de Bibliotecas da Área de Psicologia. A BVS-Psi possui quatro indexadores, que abarcam periódicos, dissertações/teses, livros e textos de divulgação científica; para fins deste levantamento, tendo em vista serem objetos de avaliação por pares, foram considerados apenas os artigos, dissertações e teses.

Em todas as três bibliotecas, foi possível utilizar o mesmo procedimento para levantamento bibliográfico, que consistiu na inserção de termos de busca na ferramenta de pesquisa dos sites de cada uma. Após breve testagem de expressões nas ferramentas de pesquisa, elegeu-se como termo de busca “violência sexual”, o qual obtinha um maior retorno de resultados e, se acreditou, abranger formas mais específicas (importunação sexual, abuso sexual, exploração sexual, estupro etc.). Apesar disso, a fim de abarcar produções que pudessem não estar contidas nessa pressuposição, se utilizou também uma nomeação mais específica: “estupro”. Não foi escolhido usar abuso ou exploração sexual tanto pela limitação temporal, mas também como forma de procurar abarcar um maior quantitativo de produções que versassem sobre pessoas adultas, tendo em vista que aquelas nomeações são referidas costumeiramente a crianças e adolescentes.

As pesquisas foram realizadas entre 11 e 18 de fevereiro de 2019, obtendo o seguinte resultado:

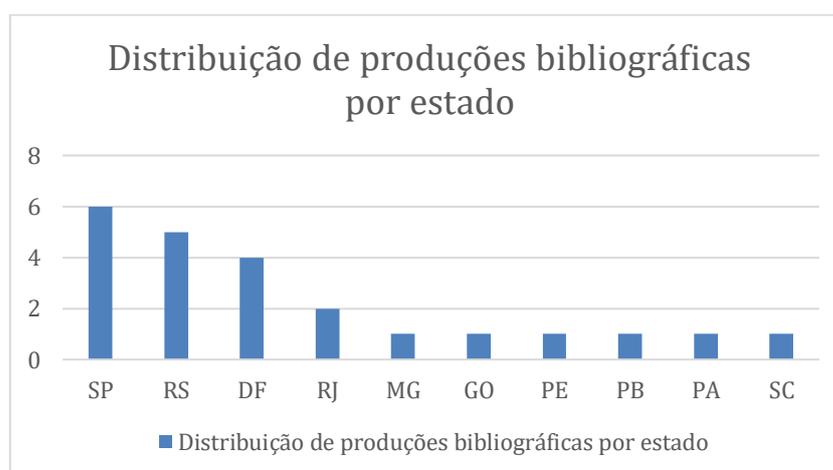
**TABELA 1** – Quantidade de produções de acordo com termos de busca utilizados nas bibliotecas digitais pesquisadas

	<b>Scielo</b>	<b>BVS/PSI</b>	<b>BDTD</b>
Estupro	90	39	180
Violência Sexual	534	477	1430

Fonte: O Autor, 2020

Após seleção das produções que satisfizeram os critérios para inclusão no levantamento e eliminação das repetições de um mesmo texto encontrado em mais de uma das bibliotecas, obteve-se o quantitativo final de **17 artigos, 04 dissertações e 03 teses**. Os artigos foram publicados entre 2001 e 2017, sem que houvesse qualquer concentração em um período específico. Do mesmo modo, as teses e dissertações foram defendidas entre 2009 e 2015.

No que diz respeito a distribuição geográfica, avaliou-se os artigos de acordo com a filiação institucional dos/as autores/as declarada nos artigos ou a pós-graduação referida nas dissertações e teses. Há um artigo de Portugal, apesar de ter sido publicado em revista brasileira (Carla RIO; Silvia FREITAS; Maria CABRAL, 2017). Os demais podem ser referenciados como relativas à: a) região norte, com um artigo; b) região nordeste, com um artigo e uma dissertação; c) região centro-oeste, com três artigos, uma dissertação e 01 tese ; d) região sul com quatro artigos, uma dissertação e uma tese; e) região sudeste com sete artigos, uma dissertação e uma tese. Com base nos estados, a distribuição está de acordo com o gráfico a seguir:



Fonte: O autor, 2020

Apesar da dispersão das produções, é possível perceber uma maior concentração nas regiões sul e sudeste. Em São Paulo, dois artigos possuem autores em comum (Eliane

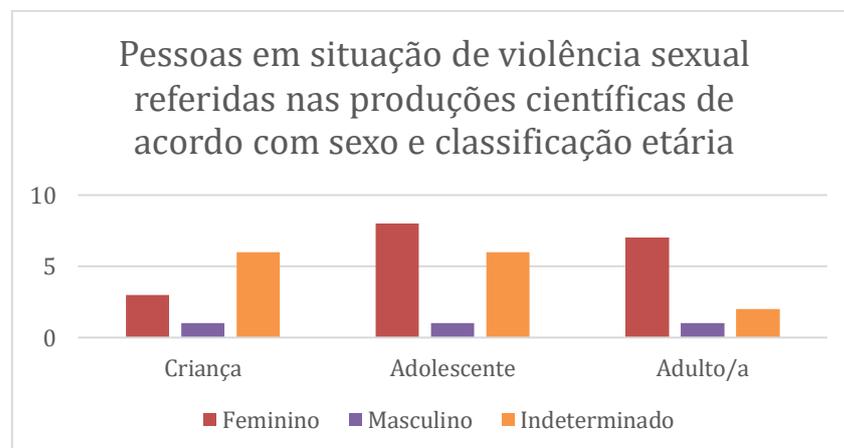
LUCÂNIA; Maria Cristina MIYAZAKI; Neide DOMINGOS, 2008 e 2009), enquanto no Rio Grande do Sul há claramente um grupo de autores produzindo sobre atendimento psicológico a pessoas em situação de violência sexual com base na terapia cognitivo-comportamental (Luísa HABIGZANG; Roberta HATZENBERGER; Fabiana CORTE; Fernanda STROHER; Sílvia KOLLER, 2006; Luísa HABIGZANG, 2010; Jean von HOHENDORFF; Roberta SALVADOR-SILVA; Rosiane ANDRADE; Luísa HABIGZANG; Sílvia KOLLER, 2014; Jean von HOHENDORFF; Silvia KOLLER; Luísa HABIGZANG, 2015).

Após a consideração da dispersão dos textos, realizamos sua leitura e fichamento, buscando responder os seguintes questionamentos: 1) Qual o referencial teórico adotado?; 2) A que contexto de atuação profissional se situa?; 3) Qual o principal argumento do/a autor/a?; 4) Qual a definição de violência sexual empregada?; 5) O que diz sobre escuta psicológica? Estas duas últimas perguntas serviram para abordar o foco da análise da literatura realizada.

### 3.4 Repertórios sobre violência sexual

Saltou aos olhos que a autoria das publicações é majoritariamente formada por nomes femininos. Tendo sido contabilizadas por cada produção, desconsiderando a repetição de autores em diferentes textos, apenas seis de um universo de 54 autores/as possuíam nome masculino.

No que se refere aos/as participantes das pesquisas, quando considerado o sexo juntamente com a classificação etária das pessoas em situação de violência retratadas nas produções científicas, foi possível perceber uma maioria de crianças e adolescentes do sexo feminino.



Fonte: O autor, 2020

Para esse cálculo se considerou o sexo de acordo com o que cada produção determinava. No caso de aparecer mais de um sexo, ou mais de um a classificação de idade numa mesma publicação, foram contadas mais de uma vez, de modo que o número total é superior a quantidade de textos encontrados no levantamento bibliográfico. Em se tratando de textos que abordam genericamente crianças e adolescentes, ou adultos/as em situação de violência sexual, se registrou como indeterminado. Cabe ressaltar, no entanto, que se trata de uma indeterminação discutível, que tende ao feminino

No caso das adultas, 03 textos abordavam mulheres que sofreram abuso sexual na infância e 03 que eram mães de vítimas de abuso sexual, de modo que apenas 01 retratava especificamente situações de violência sexual em mulheres adultas. Apenas 01 artigo se refere especificamente a meninos em situação de violência sexual (HOHENDORFF et al., 2014) e 01 a um homem adulto (Núbia JESUS, 2006), o qual, mesmo assim, havia sido condenado como autor de violência sexual, tendo participado em processo psicoterápico em instituição prisional, quando se abordou as violências físicas, psicológicas e sexuais sofridas na infância

*Trata-se, portanto, de um universo de produção em grande medida de mulheres sobre meninas.* O que é coerente tanto com a distribuição de profissionais e pesquisadores em psicologia, quanto com a de pessoas em situação de violência sexual. De acordo com dados do CFP, de 06 de maio de 2019, há 341.368 psicólogos no país, dentre os quais 84,9% identificados como pertencente ao sexo feminino, 12,9% ao sexo masculino e 2,2% sem informação a respeito. Já de acordo com dados da Plataforma Lattes, 74,6% de mestres e doutores em psicologia até o ano 2016 são do sexo feminino e 25,4% do sexo masculino.

Apesar disso, há uma baixa incidência no que diz respeito a problematização de gênero nas produções abordadas. Esperávamos que se tratasse de um universo que fosse marcado por perspectivas feministas e/ou de gênero, porém não foi o que se verificou. Sequer as formas de violência sexual abordadas eram percebidas a partir desse prisma.

Dentre as produções, 09 apenas utilizavam nomeações, tais como abuso sexual, estupro e violência sexual sem se preocupar em oferecer definições precisas. Outras 04 ofereceram definições consideradas genéricas, como, “violência sexual é um grave problema de saúde pública que atinge desde recém-nascidos a idosos” (LUCÂNIA et al., 2008), ou, ainda, “entende-se por abuso sexual qualquer relacionamento interpessoal no qual o ato sexual seja veiculado sem o consentimento da outra pessoa, ocorrendo com ou sem violência, seja esta física e/ou psicológica” (JESUS, 2006).

Foram encontradas seis produções em que aparecem definições de violência e abuso sexuais de documentos oficiais, seja o Relatório Mundial de Violência e Saúde da OMS<sup>12</sup>, seja da cartilha “Notificação contra maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde” do Ministério da Saúde<sup>13</sup>, ou ainda do Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes<sup>14</sup>.

As definições retiradas destes documentos se esforçam também por adotar um caráter genérico, buscando abranger uma ampla gama de situações consideradas violentas, independente do sexo dos autores e vítimas. No entanto, cabe apontar, que o único momento em que se problematiza orientação sexual nas produções abordadas é justamente a partir das referidas definições de abuso sexual, quando se aponta a possibilidade de relação hetero ou homossexual.

Dentre estas seis últimas, uma, no entanto, complementa a definição demarcando-a como violência de gênero, entendida, no caso, como violência contra a mulher. Santos (2013) utiliza a definição de violência sexual da Lei Maria da Penha<sup>15</sup>, colocando-a dentro do conjunto de violência doméstica e familiar contra mulher e apontando a “desigualdade de força e poder, de gênero e classe entre os atores” (p.16).

Além dessa, duas produções apontam para problematizações de gênero. Maria Eunice Guedes (2009) propõe uma reflexão geral sobre a violência, a partir de uma perspectiva de gênero e geração, na qual caracteriza o abuso sexual a partir dessas assimetrias. Do mesmo modo, para Joana Lima e Maria de Fátima Alberto (2016):

---

<sup>12</sup> “o abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes envolve ações de conteúdo sexual praticadas por pessoas que se encontram num estágio de desenvolvimento e maturidade superior ao da criança ou adolescente vítima. Essas práticas sexuais podem ser de natureza heterossexual ou homossexual e são impostas à vítima por meio de coação ou indução da sua vontade. Geralmente, a pessoa que pratica tais atos não utiliza a violência física, mas seu poder de influência sobre a vítima, que não está apta a consentir. Esse tipo de violência é considerado um problema de saúde pública pela frequência com que ocorre e, principalmente, pelo impacto das repercussões cognitivas e psicossociais que pode acarretar às vítimas e seus familiares” (Krug et al., 2002).

<sup>13</sup> “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sobre a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia”(Brasil, 2002, p. 13).

<sup>14</sup> “todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e adolescente vítimas.”

<sup>15</sup> “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (Brasil, 2006)

O abuso sexual entendido como violência de gênero, neste artigo, é compreendido a partir do conceito de patriarcado, donde é estabelecida uma relação de dominação-exploração baseada no poder em que o feminino é o dominado e explorado pelo masculino. Aliado ao patriarcado, o adultocentrismo fortalece essa assimetria entre gêneros, situando o poder nas mãos do masculino adulto (p.338).

Houve ainda um texto que com uma definição própria sobre abuso sexual (Elaine AZEVEDO, 2001)<sup>16</sup> e dois que abordavam especificamente o incesto como abuso sexual intra-familiar (Cláudia CANTELMO; Thainá CAVALCANTE; Liana COSTA, 2011; Gláucia BRIDA, 2013).

Cabe perguntar, então, por que tamanha ênfase em relação a escuta psicológica de crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, tão pouca atenção a mulheres e nenhuma a homens adultos vivenciado violência sexual? Ou, ainda, como as produções analisadas colocam em jogo determinados marcadores de diferença (gênero e geração, principalmente), ao mesmo tempo que desconsideram outros (raça, classe, território, orientação sexual, identidade de gênero, funcionalidade)? É importante relembrar que houve uma tentativa intencional de se excluir produções que discorriam sobre escuta psicológica a crianças, mas, ainda assim, em face da sua consideração conjunta com adolescentes, houve uma presença bastante significativa daquelas. Isso que nos leva a crer que a literatura mais ampla sobre violência sexual priorize também crianças e adolescentes, em detrimento de adultos.

Carvalho et al (2012) criticam a ênfase exclusiva nas violações como endossando uma perspectiva negativista sobre os direitos sexuais de crianças e adolescentes. Ao identificar estes direitos como sinônimo do combate ao abuso, exploração e violência sexual, pauta-se numa compreensão sobre sexualidade como algo que deve ser erradicado do universo infanto-juvenil, tributária da concepção de infância da sociedade ocidental moderna que a coloca como o divisor entre a infância e a fase adulta.

Foucault (2001) aponta a passagem do século XVIII para o XIX como o momento no qual os dispositivos médicos e familiar se mobilizam a fim de instituir a infância como dissociada da sexualidade, tornando-a um mal a ser exorcizado em prol da preservação da “inocência infantil”. Mesmo a adolescência, entendida a partir de discursos científicos como precursor da experiência sexual adulta, é tida como uma fase conturbada, de imaturidade ou

---

<sup>16</sup> “O abuso sexual é uma situação em que a criança ou o adolescente é usado para a gratificação sexual de um adulto ou até mesmo de um adolescente mais velho, baseado em relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência. Por vezes, esta prática inclui elementos de sadismo como flagelação, tortura e surras e exploração sexual visando fins econômicos” (p.67).

incapacidade para a prática sexual, o que suscita concepções tutelares que visam coibir ou controlar os riscos dela advindo, tais como a transmissão de patologias e a gravidez indesejada.

Neste sentido, é possível que a ênfase sobre as violações sexuais na infância e adolescência possam se associar a perseguição disciplinar da sexualidade infanto-juvenil, que dificulta compreender as distinções entre sexo, sexualidade e direitos sexuais. É evidente a necessidade de proteger crianças e adolescentes de violências sexuais, no entanto, ao compreender a sexualidade como não restrita a genitalidade, mas compondo a subjetividade ao se conectar com prazer, afetividade e autonomia, resta óbvia sua possibilidade de vivência e ampliação da discussão na infância e adolescência.

Para Ricardo Mello (2008) as relações entre direito, sexualidade e infância/adolescência na realidade brasileira são espinhosas, na medida em que só o viés da violação sexual se encontra em debate. O autor defende que o direito a proteção da infância e adolescência seja sopesado juntamente com o direito à sexualidade de crianças e adolescentes a fim de que não se perca de vista sua autonomia e seu desenvolvimento sexual. Neste sentido, a tensão entre tutela e autonomia emerge como um desafio a ser enfrentado no que diz respeito aos direitos sexuais na infância e adolescência.

Em sua tese, Mello (2005) produz uma genealogia da noção de abuso, apontando que a relação entre sexualidade-criança-jovem-adulto teve várias construções ao longo da história, mostrando como as atividades sexuais entre adultos e crianças nem sempre foram consideradas ilegais ou abusivas. Aponta que o termo tem um caráter polissêmico, tendo assumido ao longo do tempo diversos sentidos, com diferentes usos. De um modo geral, refere o autor:

O 'abuso' se tornou objeto do conhecimento científico passando a ser 'registrado' sob várias formas: câmeras fotográficas, exames clínicos com ou sem o uso de aparelhos (Raios X, colposcópico, por exemplo) e quadros estatísticos. Os registros serviram para 'representar' o 'abuso' sexual infantil, dando-lhe objetividade, visibilidade e 'materialidade inquestionáveis'. Concomitante, foi classificado como doença e relacionado a um 'trauma', no sentido de que suas conseqüências não se limitam ao aspecto físico, (uma lesão impressa no corpo), mas se referem também a uma lesão 'espiritual', 'sofrimento psíquico' (impressa na mente/lembrança). Em decorrência disto, passa a ser opinião geral que a pessoa submetida ao 'abuso' precisa de tratamento psicoterápico centrado na memória, já que são as lembranças doloridas de um acontecimento que trazem sofrimento (p. 201).

Assim, no que diz respeito a literatura aqui analisada, cabe questionar sem pretensão de chegar a uma resposta definitiva de que modo as produções em sua predominância sobre a atenção a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual não contribuem também para disciplinar e vigiar a sexualidade infanto-juvenil e, em menor medida, a feminina, ao concebê-

las como inerentemente violáveis. É possível, desse modo, que a quase ausência de produções sobre escuta a homens em situação de violência sexual possa ser lida não apenas como omissão ou negligência, mas reiterando práticas que naturalizam regulação de determinadas sexualidades e binarismos de gênero que reiterem uns como exclusivamente violáveis e outros/as como violadores.

### **3.5 Usos da escuta psicológica**

Ao se considerar o contexto de atuação apontado nas produções científicas analisadas, há um predomínio da psicologia da saúde/hospitalar com cinco artigos e uma dissertação, junto à psicologia clínica com três artigos e duas teses. Despontam também a psicologia jurídica com um artigo e duas dissertações e a assistência social com três artigos. Há dois artigos que se propõe a refletir conjuntamente sobre áreas distintas e, ainda, uma tese na área da psicologia do desenvolvimento, uma dissertação no campo de avaliação psicológica, um artigo sobre psicoterapia em instituição prisional. Tendo em vista seu caráter estritamente teórico, um artigo e uma dissertação não se adequaram a essa classificação.

A TCC é a abordagem psicoterapêutica mais referida em cinco artigos e uma tese, junto com a psicanálise com três artigos, duas dissertações e uma tese. Além dessas, foram também referidas com um artigo cada o psicodrama e a abordagem fenomenológico-existencial. As demais produções não se propõe a refletir sobre uma abordagem específica, mas sobre o atendimento psicológico de modo geral (dois artigos); sobre a atuação de psicólogos/as em instituições, seja de saúde, justiça e assistência social e judiciário (três artigos e uma dissertação); ou consistem em revisões de literatura (um artigo e uma dissertação). Há ainda dois artigos e uma tese que assumem a pesquisa como intervenção.

De um modo geral, pode-se dividir os processos de escuta elencados na produção em cinco categorias distintas: 1) psicoterapia; 2) atendimento psicossocial; 3) atendimento jurídico; 4) avaliação psicológica e 5) pesquisa-intervenção. Dentre aqueles classificados como psicoterápicos, podem ser destrinchados em individuais, em grupo, familiares ou referentes aos autores da violência. A seguir, se apresenta as produções encontradas.

Para Carla Rio, Silvia Freitas e Maria Teresa (2017), o psicodrama permite trabalhar diretamente os sintomas gerados por experiências traumáticas, como a violência sexual, através do recurso da atuação. Desse modo, torna possível identificar e exprimir emoções, integrá-las ao evento traumático vivenciado e confrontar a própria vulnerabilidade: “a reconstrução do

acontecimento, com o reviver das emoções, induz um processo de descarga emocional pelo qual a pessoa se liberta do conteúdo afetivo e de fortes emoções associadas” (p.46).

Elaine Azevedo (2001) parte de uma premissa similar, embora num viés psicanalítico, ao defender que a análise, no caso de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, permite: “uma simbolização e rememoração da violência sofrida e, no caso específico do incesto, o restabelecimento de mecanismos identificatórios transferenciais, permitindo uma nova construção psíquica” (p.69).

Para Luciana Chagas (2014), a psicoterapia para mulheres vítimas de violência sexual permite, por meio da linguagem, o tratamento dos sintomas decorrentes da violência sexual, tornando possível tanto sua remissão quanto a mudança de posição subjetiva com relação às dificuldades relacionadas à vida sexual atual. O atendimento psicológico a essas mulheres possui características próprias e demanda que os profissionais tenham formação continuada e específica, fazendo-se necessárias supervisões e discussões com seus pares em decorrência do alto grau de estresse causado aos profissionais atuantes nesse segmento.

Anna Mendes e Cassandra França (2012) refletem sobre o tratamento pelo psicanalista Sandor Ferenczi de pacientes adultos que sofreram abuso sexual na infância. Este conclui que por trás da docilidade e da transferência positiva, há um estado de extrema passividade que os colocava submisso a sua autoridade e a angústias produzidas no decorrer da análise. Apesar do seu empenho no tratamento, este lhes conduzia a sofrimentos intensos e, por causa disso, sentiam também ódio do analista. A partir de então, Ferenczi apostou na autenticidade e na relação de confiança no setting psicanalítico, que envolvia a abertura às críticas do paciente e o reconhecimento dos erros do analista, a fim de que o passado fosse reavivado como uma lembrança objetiva e o desequilíbrio psíquico associado se atenuasse.

Para Erick Silva e Lucilena Vagostello (2017), as intervenções psicoterapêuticas junto a mulheres vítimas de violência sexual objetivam a prevenção ou supressão de sintomas/comorbidades desencadeados pela experiência traumática, a elaboração do trauma e a reintegração psicossocial da mulher. Espera-se que ela, após um período inicial de isolamento social, seja capaz de retomar suas atividades cotidianas e interagir com outras pessoas. Outro aspecto a ser superado, para os autores, é a inibição do desejo de se relacionar afetiva e sexualmente com os seus parceiros ou com outros homens.

Essa intervenção pode ser focal (psicoterapia breve) ou de longa duração, determinada pelas singularidades de cada caso. Algumas modalidades de intervenção grupal, como grupos psicoeducativos e psicoterapia de grupo, também são referidas para oportunizar a reintegração

social, a troca de experiências, o confronto com conflitos e a integração de elementos dissociados da experiência traumática.

As autoras apontam, ainda, para a possibilidade de emprego de instrumentos objetivos (inventários) para avaliar aspectos específicos e de técnicas projetivas com finalidade diagnóstica ou, ainda, com finalidade mediadora. Neste último caso, os procedimentos projetivos propiciariam a comunicação de vivências que não puderam ser representadas por palavras.

Lucânia et al. (2009) apesar de ressaltarem a importância de um ambiente em que a vítima se sinta acolhida e segura independente da perspectiva teórica adotada no atendimento psicológico, defende que a TCC vem apresentado resultado superior ao de outras abordagens no tratamento da violência sexual. Para eles, “a intervenção cognitivo-comportamental poderia modificar comportamentos inadequados ou de risco, desenvolver habilidades para prevenir novas situações de violência e melhorar a qualidade vida da paciente” (p.819).

Lucânia et al. (2008), do mesmo modo, referem a importância do acolhimento independente do aporte teórico, mas defendem “uma abordagem mais diretiva e estruturada no trabalho com pessoas que sofreram abuso sexual” (p.79), a qual julgam ser mais compatíveis com o modelo cognitivo-comportamental. São definidas como funções do psicólogo “estabelecer o vínculo, fornecer suporte psicológico, realizar intervenção em crise, identificar sintomas/transtornos e consequências da violência sobre o funcionamento global da paciente e orientar sobre a importância do acompanhamento psicológico”.

Habigzang et al. (2006) afirmam que a TCC, tanto individual como em grupo, é um método eficaz para intervenção em casos de abuso sexual infantil, pois suas estratégias têm como alvo sintomas específicos, principalmente aqueles relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Segundo elas, a TCC ainda contribui na prevenção de revitimizações ao permitir trabalhar situações de risco.

Para Habigzang (2010), o tratamento em grupo dentro da perspectiva da TCC mostra-se como uma modalidade preferencial no atendimento de meninas adolescentes vítimas de abuso sexual. A abordagem grupal oportuniza às adolescentes trocar experiências e aprender com a experiência do grupo de pares, o que gera aprendizagem mais significativa do que com adultos/as. A intervenção em grupo para as adolescentes reduz sintomas psíquicos comuns em vítimas de abuso sexual, uma vez que no grupo se viabiliza o relacionamento positivo entre pessoas que passaram por situações semelhantes. O grupo representa também um espaço para aprendizagem de regras de socialização e habilidades sociais.

Hohendorff et al. (2014) discutem a adaptação para meninos de modelo de intervenção cognitivo-comportamental em grupo para meninas vítimas de violência sexual. Argumentam que a TCC vem sendo utilizada com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, obtendo evidências de efetividade em estudos internacionais e nacionais. Os estudos nacionais, no entanto, foram realizados apenas com meninas, sendo escassos nacionalmente aqueles que se referem a vítimas masculinas.

Débora Dell’Aglío, Andreína Moura e Samara Santos (2011) argumentam pelo atendimento psicológico às mães de vítimas de abuso sexual devido a sua importância durante todo o processo que diz respeito ao abuso sexual da filha, pelas dificuldades geradas pela relação de parentesco com o abusador e, por último, pela frequência do histórico de violência e abuso sexual das mães. Segundo elas, além de trabalhar sentimentos ambivalentes relacionados à descoberta do abuso, o atendimento psicológico tem a função de orientar em relação aos encaminhamentos e trâmites posteriores à rede protetiva e abordar as expectativas no que diz respeito ao sistema judiciário.

Deve, ainda, abranger e auxiliar questões práticas, como forma de garantir trabalho e renda, principalmente nos casos em que existe dependência financeira do abusador. As autoras discutem sobre propostas ou modelos de atendimento psicológicos a mães em diferentes abordagens teóricas, predominando a cognitivo-comportamental. Concluem que por mais diversas que sejam, todas destacam como fundamental o vínculo com as famílias e orientações específicas sobre como cuidar e proteger seus filhos.

Dell’Aglío, Moura e Santos (2011) apontam ainda o atendimento psicológico aos autores de violência sexual como um recurso que, apesar da dificuldade e complexidade envolvidas, pode contribuir, além da responsabilização penal, para prevenção de reincidências. As dificuldades apontadas, no entanto, dizem respeito à negação, minimização ou adoção de posturas defensivas pelos autores de violência, além da possibilidade de transtorno de personalidade antissocial.

O foco, nesse caso, é dado a adolescentes e jovens que cometeram violências sexuais, considerando que, segundo elas, o comportamento abusivo ainda não foi “cristalizado” nessa fase do desenvolvimento e que o contexto social desses autores de violência pode se apresentar particularmente problemático. As autoras analisam algumas propostas de intervenção junto a autores de violência que focalizam sobretudo a modificação do comportamento, sendo as técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais mais citadas. A maioria dos tratamentos, no entanto, enfatiza o manejo dos riscos e a diminuição da violência e não a melhoria da qualidade de vida daquele.

Núbia Jesus (2006), a partir de um referencial fenomenológico-existencial, no entanto, afirma que o objetivo da intervenção terapêutica junto a um autor de violência sexual – o qual também havia sido vítima em sua infância, seria ressignificar a violência sofrida, criando condições para falar sobre este e expressar conteúdos não manifestos –, além de reconstruir pensamentos, sentimentos e impressões a respeito das violências cometidas.

Hohendorff et al (2015) discutem, por meio de uma revisão de leis e diretrizes da assistência social e da saúde para vítimas de violência sexual, a garantia do acesso a tratamento psicoterápico de crianças e adolescentes abusadas sexualmente. Defende que enquanto à assistência cabe o atendimento psicossocial, à saúde cabe a psicoterapia. Constata, no entanto, que há baixos índices de encaminhamento para serviços que oferecem psicoterapia.

A partir do documento do CFP “Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo”, distinguem o atendimento psicossocial da psicoterapia, consistindo aquele em

um conjunto de procedimentos técnicos especializados, com o objetivo de estruturar ações de atendimento e de proteção a crianças e adolescentes, proporcionando-lhe condições para o fortalecimento da autoestima, o restabelecimento de seu direito à convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida e possibilitando a superação da situação de violação de direitos, além da reparação da violência sofrida (p.39).

Hohendorff et al. (2015), a partir do artigo 1º da resolução 10/2000 do CFP, referem a psicoterapia como:

processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos (p.39).

Concluem que a falta de capacitação desses profissionais é uma realidade indicada pelo próprio CFP (2009), devido à ausência da tematização da violência sexual em cursos de graduação, incluindo psicologia. E defende o investimento em tecnologias de capacitação para esses profissionais, visando torná-los aptos para a realização de avaliações psicológicas, bem como tratamentos psicoterápicos para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Bruno Florentino (2014), analisando o exercício profissional do psicólogo que trabalha no Serviço de Enfrentamento ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e de Adolescentes do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), aponta no sentido oposto as autora anteriores, pela validade da psicoterapia na assistência social, entendendo-a

como “uma estratégia indispensável no momento de se intervir junto às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, pois, ao mesmo tempo em que trabalha a confusão proveniente da situação abusiva, organiza o material inconsciente e as emoções encapsuladas (*sic*)”

No que diz respeito ainda ao atendimento psicossocial, Lima e Alberto (2016) ressaltam a importância do atendimento especializado também para as mães de meninas vítimas de violência, considerando que, assim como as filhas, também foram vitimadas, seja por causa da relação com o abusador, seja pela possibilidade de história pregressa de abuso sexual. Chama atenção para a capacitação dos profissionais para compreender a complexidade da situação de abuso sexual intrafamiliar e, mais ainda, da repetição intrafamiliar entre gerações da mesma família.

No contexto jurídico, a partir da feitura de laudos e pareceres psicológicos, em processos judiciais envolvendo acusações de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes em varas de família, Inês Santana (2009) aponta a contradição da inserção do psicólogo entre a construção de uma “verdade do sujeito” e o seu enquadramento ao que é estabelecido pelas leis. Ela sinaliza, nessa contradição, para a relevância do relatório psicossocial para a sentença judicial, na medida em que as decisões judiciais parecem acompanhar os pareceres técnicos. Entretanto, os conteúdos desses relatórios parecem revelar um embate político, de saber/poder, no âmbito institucional, envolvendo as figuras do juiz, do psicólogo e do assistente social.

Já Vivian Morete (2015), ao considerar a entrevista como a principal técnica de avaliação do psicólogo na justiça, produz uma revisão sistemática da produção científica empírica sobre técnicas de entrevista para avaliação de abuso sexual infanto-juvenil, compreendendo que a proteção à criança e ao adolescente vítima de violência sexual perpassa pela condução adequada dessa técnica e por aspectos, igualmente fundamentais, relacionados à integração de serviços de atendimento judiciário.

Defende, ainda, que a utilização de estratégias de entrevista investigadas empiricamente, padronizadas em protocolos ou não, tende a evitar descrições direcionadas e a vitimização secundária da criança que sofreu algum tipo de violência sexual. Também repercute em maior segurança para os acusados de crimes dessa natureza vez que técnicas eficientes reduzem a probabilidade de indução do relato e favorecem a elucidação das circunstâncias constantes da denúncia. Discute a função/objetivos da entrevista com a criança ou adolescente, a preparação para a entrevista, o estabelecimento de *rapport*, a atenção à formulação de questões/enunciados e o uso de recursos associados à entrevista.

Marck Torres (2014), no campo da avaliação psicológica, sugere que baterias de testes projetivos podem ser utilizados para identificar abuso sexual e seus efeitos em adolescentes,

tendo em vista que aqueles podem obter uma imagem do material inconsciente e do funcionamento profundo. Mais especificamente o Teste de Apercepção Temática na versão tradicional, ou na Abordagem Psicanalítica, bem como com o Procedimento Desenho Estória com Família. Conclui que o abuso sexual em adolescentes interfere no estabelecimento de uma diferenciação eu/outro, o que dificultaria uma estruturação identitária.

Santos (2013), a partir de uma pesquisa-ação, investigou o reconhecimento da condição de gravidez decorrente de violência sexual e sua vivência pelas participantes. Realizou entrevistas individuais e grupo terapêutico com as participantes em um serviço de atendimento a vítimas de violência, situado em um hospital público do DF, tendo como contexto o grupo de grávidas e puérperas que tiveram gestações decorrentes de violência sexual. Sinalizou para a intervenção grupal a partir da pesquisa-ação como tendo sido percebida como espaço coletivo legítimo para elaboração de vivências traumáticas.

### **3.6 Os silenciamentos da escuta psicológica**

De modo geral, as produções analisadas apostam, como parece óbvio, na escuta e no uso de recursos psicológicos como estratégias para identificar e/ou tratar o sofrimento psíquico advindo da violência sexual. A exceção talvez de Hohendorff et al (2015) e Santana (2009), tudo se passa mais ou menos como se as noções de vítima, de sofrimento e de escuta psicológica fossem tomadas sem mais questionamentos ou considerações críticas para além do “caráter técnico” da profissão e suas abordagens teóricas. Não se trata de questionar aqui a pertinência ou a utilidade das distintas escutas apontadas nas produções científicas analisadas, mas considerar o próprio endereçamento da problemática da violência sexual à psicologia e à saúde como algo a não ser tomado como dado.

Nicola Gavey (2013), nesse sentido, sugere que o problema da violência sexual nos EUA passou a ter mais visibilidade com a denominada segunda onda do feminismo no país, quando as vítimas relatavam o estupro sofrido de uma forma “politicamente carregada”. Ela lamenta que essa abordagem feminista à violência sexual, que buscava a transformação social através do ativismo, foi paulatinamente substituída por um aparato institucional dirigido a reparação e reabilitação da vítima, na qual o tratamento médico e psicoterapêutico passam a ser um componente importante no enfrentamento à violência sexual, sendo, no entanto, insuficientemente preventivo e político para combatê-la.

Para a autora, o objetivo principal do tratamento é auxiliar as vítimas a retomar ao seu estado anterior ao invés de promover ação política ou pensamento crítico. Ela critica essa noção

de cura, compreendendo-a a partir de um modelo de sociedade baseado na produtividade, na qual estar bem implica estar de volta às atividades usuais. Ainda assim, esse domínio clínico, segundo a autora, tem um lugar fundamental ao proporcionar as vítimas de violência sexual a oportunidade de elaborar sentidos sobre suas experiências.

Cynthia Sarti (2011), por sua vez, explora melhor a possibilidade da reabilitação e do tratamento como um espaço de construção de sentidos. Afirma que ao se considerar a dor e o sofrimento é impossível recusar a performatividade do corpo e dos afetos na sua dimensão comunicativa com a alteridade. A expressão do sofrimento – e não apenas o seu sentir – só ganha significado na relação com outrem, de modo que sua compreensão envolve códigos culturais que sancionam suas formas de manifestação. Desse modo, vivenciados sobre formas instituídas, a dor, o sofrimento e os sentimentos tornam-se socialmente inteligíveis; constituem-se na e como linguagem.

Para a antropóloga, nas linguagens que se expressam o sofrimento associado a violência e que a constitui como experiência, está em jogo uma tensão moral entre a dimensão subjetiva do sofrimento e as (im)possibilidades sociais de sua expressão, visto que esta não se separa dos danos e restrições provocados pela violência. Ao instaurar uma experiência traumática, no momento que ocorre, a violência é inassimilável, indizível, inarrável, podendo, no entanto, ser ressignificada em momento posterior de elaboração, a partir de uma interação discursiva. Isto implica em ponderar sobre as condições de possibilidade da elaboração de experiências de dor e sofrimento, associando aspectos subjetivos ao contexto social e político, de modo a compreender o que é falado e/ou silenciado.

A figura da vítima, portanto, emerge a partir de uma matriz de inteligibilidade que conforma a expressão do sofrimento associado à violência, legitimando demandas, reparações e cuidados. Configura uma forma de atribuir significado ao sofrimento de segmentos sociais específicos, em contextos históricos particulares, na qual suas reivindicações encontram legitimidade moral. Contemporaneamente, aponta a autora, o campo da saúde mental tem sido prolífico em ofertar sentidos ao sofrimento associados a violências.

Para ela, o DSM-III publicado pela Associação de Psiquiatria Americana em 1980 instituiu a categoria diagnóstica do TEPT dentre as quais identifica as vítimas de violência em sofrimento psíquico, juntamente com aquelas que sofreram acidentes ou desastres. Em contraposição ao DSM-II, no qual imperava a hegemonia da psicanálise na interpretação das perturbações mentais, a partir do DSM-III há uma virada biológica que reconfigura a noção de sofrimento psíquico, passando a orientar práticas terapêuticas. Nesse sentido, as emoções e o sofrimento associados a violência passam a ser, de certo modo, circunscritos pelo “mundo psi”,

que o reivindicam como objeto de sua intervenção. O TEPT provê a ferramenta de identificação e qualificação da vítima a partir da legitimidade moral de uma categoria diagnóstica, evidenciado a emergência de uma nova subjetividade política.

Embora nas produções abordadas, seja significativa a incidência de TEPT como categoria diagnóstica, a produção da subjetividade política da vítima se amplia para além da psicopatologia, encontrando-se presente em distintas abordagens teóricas-metodológicas, com base em diferentes noções e conceitos. Por exemplo, tomamos aqui na tese de empréstimo a nomeação da política pública, também utilizada em algumas produções referidas, de “pessoa em situação de violência”. Não se trata de mero sinônimo em relação à vítima, nem é neutra ou isenta assim como as demais. Em oposição à vítima, que abrange a identidade do sujeito na violência sofrida, a demarcação da situação de violência busca, de outro modo, transpõe sua identidade para além do problema vivenciado.

Ainda assim, em seus usos, as nomeações não só tensionam, como frequentemente se hibridizam. A própria literatura científica analisada, ao priorizar sobretudo crianças e adolescentes e, em menor medida, mulheres adultas, parece contribuir em grande parte a partir de diversos horizontes conceituais para a consolidação dessa figura de vítima, através da qual enseja cuidado, legitimação e reparação com o uso de ferramentas diversas e escutas múltiplas. Apesar disso, devido à ausência de contextualização, politização e reflexão crítica da literatura, a escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual corre o risco de, sob o pretexto da assistência e da proteção, justificar práticas misóginas, racistas, capacitista, cis e heteronormativas, através de uma moralidade que (não) se assume como técnica.

Em última instância, uma reflexão ética sobre os usos da escuta e ferramentas psicológicas junto a pessoas em situação de violência sexual necessita colocar em que medida contribui para o enfrentamento das opressões que expõem determinados corpos a essa forma de violência. Se o sofrimento e sua elaboração são vistos comumente como uma experiência humana que contribui, ao invés de aniquilar, a capacidade do sujeito agir e construir conhecimento sobre o mundo, não se imagina, no entanto, que a pobreza, o racismo, o machismo, a lgbtfobia, ou a violência sexual são experiências capazes de produzir saberes pertinentes. Isso porque a concepção de um sofrimento como algo que ao ser elaborado pode resultar em conhecimento válido em grande medida está associada à masculinidade branca e heterossexual.

Nas diversas escutas psicológicas apontadas na literatura descrita a experiência da violência sexual é algo que demanda tratamento, compreendido de maneira geral como um procedimento de eliminação da tensão e dos sintomas produzidos pela agressão. Sob o tema do

trauma ou da negatividade da violência, esse sofrimento pode ser identificado nos demais contextos de atuação profissional do/a psicólogo/a e administrado na relação terapêutica. Essa compreensão nos faz questionar até que ponto a escuta psicológica é passível de contribuir para uma possibilidade de resistência à violência sexual, ou apenas está comprometida com sua governabilidade através da suavização do sofrimento, tarefa que não é sobremaneira irrelevante, porém de alcance limitado. Mais especificamente, no que diz respeito à psicologia na assistência em saúde as pessoas em situação de violência sexual, cabe manter vivo o questionamento: o caráter terapêutico implica numa desautorização do saber e numa despolitização do sofrimento de quem sofre essa violência, ou pode contribuir também para ensejar saberes e ações políticas capazes de produzir transformações sociais?

Esse questionamento, aqui redescrito com base no nosso problema de pesquisa, não é inédito no campo da saúde. De modo geral, as diversas formas de escuta psicológica – e não seria diferente no caso de pessoas em situação de violência sexual no contexto da assistência pública em saúde brasileira - se atém mais ao conteúdo do que é dito ou ao não-dito pelos/as seus/suas usuários/as, menos às relações de poder que possibilitam as condições de existência da própria escuta. Para compreendê-las, é necessário em primeiro lugar considerar a situação da interação social, o que envolve abarcar o arranjo institucional no qual ocorre e o posicionamentos de seus/suas participantes.

Se, para nós psicólogos/as, a escuta desempenha uma função relevante ao contribuir para pessoas encontrar palavras, utilizar conceitos e produzir sentidos sobre suas experiências, isso não significa que não se deva apontar elementos delicados e se apostar numa reflexão crítica sobre esse processo. Ao nos colocarmos ou nos ser colocada a autoridade de um saber profissional a partir do qual a relação da pessoa ou de um grupo de pessoas consigo próprio passa a ser mediado, sendo-nos oferecida uma miríade de informações sobre seus pensamentos, sentimentos e ações, fica evidente a assimetria de poder e a tarefa fundamental de analisar os riscos nela envolvidos.

Nessa relação, aqueles/as que recorrem à psicologia se colocam numa posição subordinada na qual é inerente a possibilidade de assumir uma relação de dependência e passividade quanto ao/a psicólogo/a atinar verdades sobre si próprio. De tal modo que o que aparenta ser um apoio, uma ajuda ou uma contribuição possa resvalar em assimilação a normas ou reificação de identidades com base no saber professado pelo profissional. Ou, nas palavras de Foucault, uma confissão:

Ora, a confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado; é, também, um ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar; um ritual onde a verdade é autenticada pelos obstáculos e as resistências que teve de suprimir para poder manifestar-se; enfim, um ritual onde a enunciação em si, independentemente de suas consequências externas, produz em quem a articula modificações intrínsecas: inocenta-o, resgata-o, purifica-o, livra-o de suas faltas, libera-o, promete-lhe a salvação (FOUCAULT, 1999, p. 60).

Para Foucault, os discursos sobre si hegemonicamente disponíveis nas sociedades modernas são em grande medida confessionais e institucionalmente regulados. Apoiam-se numa noção de revelação de uma verdade sobre si que, ao ser nomeada, é passível de ser analisada, classificada e detalhada intrinsecamente a partir de saberes considerados legítimos. Prestam-se, portanto, a ser compreendidos com base em uma noção científica e objetiva, na qual a pessoa é portador de uma verdade a-histórica e transcendental, a qual as práticas psi foram em grande medida responsáveis por produzir, difundir e escrutinar, criando formas de disciplinar indivíduos e governar populações.

Nesse sentido, a relação entre psicólogo/a e paciente, ao se apoiar acriticamente na tradição desses saberes, corre o risco de assumir um carácter confessional, nas quais os pensamentos, afetos e comportamentos de quem ao/a profissional são abarcados num conhecimento especializada que esse não detém, o que denominei anteriormente como **escuta disciplinadora**. E, ignorando o processo sócio-histórico de produção desse arcabouço profissional de conceitos e ferramentas, servir a imperativos de gestão e opressão dos sujeitos e populações, o que denominei de **governo por meio da escuta**.

No caso específico da prática psicológica no contexto da saúde pública brasileira, essa reflexão crítica sobre a implicação da psicologia na regulação de subjetividades e a produção de exclusões sociais vem tomando diversas formas, tendo sido recorrentemente promovida por vários/as autores/as (Larrisa CAVALCANTE; Aline SILVA; Carlysson GOMES; Simone HUNING, 2016). Essa reflexão surge em meio ao acirramento dos impasses vivenciados por psicólogos/as e usuários/as nos cotidianos dos serviços públicos, tendo a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica sido responsáveis por um grande aporte daqueles na Saúde Pública.

Por exemplo, em um artigo que talvez já possa ser tido como clássico, Magda Dimenstein (2000) aponta para a produção de um determinado “sujeito psicológico” como efeito das práticas psis nas instituições públicas de saúde brasileiras, levada a cabo a partir de um ideário privatista e individualista presente na cultura profissional dos psicólogos/as

brasileiros/as, que seria responsável por diversos problemas, tais como: conflito entre as representações de saúde/doença entre usuários e profissionais; baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos; seleção e hierarquização da clientela; e a psicologização de problemas sociais.

A atuação profissional do psicólogo/a no Brasil, segundo Dimenstein (2000), sendo atravessada pela hegemonia do modelo clínico liberal-privatista da psicoterapia individual de inspiração psicanalítica, favoreceu o enfoque predominante sobre o indivíduo e seus aspectos intrapsíquicos. Este, ao ser transposto ao sistema público de saúde, cuja população atendida é diversificada e, em grande medida, de baixa renda, produz “um verdadeiro *apartheid* clínico, que tende a patologizar e ver negatividade e faltas essenciais onde provavelmente existem apenas diferenças culturais” (DIMENSTEIN, 2000, p. 111).

Mais de uma década depois, a autora insistiu em sua crítica, apontando que a psicologia ofereceu à saúde pública uma noção de interioridade/intimidade e a racionalidade técnica para seu governo, tornando-se um/a dos/as atores/atrizes que compõe o território dos serviços públicos de saúde, ainda que orientada por uma biologização e mecanização da vida, pela normatização das formas de existência, pela persistência na individualização do atendimento, a partir de relações verticais e sem a consideração das necessidades de saúde do usuário. Asseverou ainda a falta de criatividade nas intervenções e sua limitação às queixas e à remissão de sintomas, concluindo que a psicologia no SUS privilegia “estratégias de subjetivação norteadas pelos princípios da disciplina, da normatização e da cristalização das referências identitárias” (DIMENSTEIN, 2011).

Ainda hoje, é possível encontrar problematizações e apontamentos que corroboram praticamente *ipsis litteris* com essas conclusões. Ana Paula Cimino e Daniela Leite (2016) analisando a atuação de psicólogos/as nas Policlínicas Municipais de Recife, apontam a necessidade de

desenvolver uma atitude clínica ético-política vinculada às dimensões histórico-culturais e socioeconômicas da população e (...) para a necessidade de se repensar a formação acadêmica dos psicólogos, privilegiando modalidades de prática psicológica que possam acolher a demanda de sofrimento dos usuários, privilegiando uma maior articulação com o social (p. 14).

Apesar disso, essas recorrentes denúncias da atuação descontextualizada – disciplinar e excludente – do profissional de psicologia no SUS tem contribuído para produzir novas propostas de formação profissional mais adequadas a demanda da população a partir de

mudanças no ensino superior (Delane PITOMBEIRA; Alessandra XAVIER; Raimunda BARROSO; Pedro OLIVEIRA, 2016). Isso é consequência também da mudança do perfil profissional do/a psicólogo/a, que atua majoritariamente no setor público, principalmente no SUS, não como profissional liberal tal qual no passado (Antonio BASTOS, Sonia GONDIM, 2010). Vale sublinhar ainda as diversas iniciativas do Conselho Federal de Psicologia em contribuir para uma atuação psicológica mais politizada e interdisciplinar no campo da saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2013, 2011).

Isto não implica necessariamente em afirmar na suplantação de um “sujeito psicológico” por um “sujeito político-social”, como se fossem categorias modernas capazes de serem separadas e colocadas numa lógica de progresso, a partir da qual as terapêuticas psicológicas possam ser direcionadas de maneira mais acurada e efetiva, seja no que diz respeito a pessoas em situação de violência sexual, seja enfrentando outros problemas. Mas, semelhante ao que apontado por Epele (2010) nos centros de saúde argentinos, parece haver uma coexistência ora produtiva, ora conflitante de práticas, modelos de intervenção, repertórios sobre mal-estar/sofrimento e concepções de sujeito que atravessam a escuta psicológica e exigem sua consideração – ao menos na pesquisa – menos na tônica do “dever ser” e mais a partir de suas multiplicidades e contradições.

#### **4 PRODUÇÕES NARRATIVAS SOBRE ESCUTAS PSICOLÓGICAS A MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Com base nos questionamentos ensejados pela literatura científica brasileira a respeito da escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual, alertamos para possíveis riscos de sua descontextualização política, apontando o perigo de silenciamento, desvalorização ou subordinação dos saberes de pessoas que vivenciam violência/opressão, o que pode ser lido como um mecanismo disciplinar em operação na relação terapêutica. Isso pode implicar, fizemos a suposição, numa forma de governar o sofrimento que, ao invés de promover o enfrentamento à violência sexual, apenas a tome em sua negatividade, disciplinando como meramente vítima a quem a ela recorre, produzindo uma mitigação da dor e do mal-estar relacionado à violência, sem alterar, não obstante, a problemática.

Se, entretanto, essas reflexões parecem encontrar acolhida numa literatura mais crítica referente à formação em psicologia para o SUS (DIMENSTEIN, 2000; Mary Jane SPINK, 2007; DIMENSTEIN, 2011; PITOMBEIRA; XAVIER; BARROSO; OLIVEIRA, 2016; Raquel MELLO; Carla TEO, 2019), por outro lado, essa literatura crítica, não à toa, tem seu foco na atuação do/a psicólogo/a na Saúde Mental e na Atenção Básica, as quais, sem dúvida, lidam com a problemática da violência sexual, mas de maneira distinta àquela vivenciada por profissionais num serviço de caráter hospitalar voltado para o atendimento de meninas e mulheres em situação de violência da rede pública de saúde. Essa literatura, além disso, ao se ater ao currículo do curso de psicologia, não deixa entrever uma concepção ampliada de formação, em que se integre aspectos formais e informais, bem como sua continuidade a partir das trajetórias profissionais dos/as psicólogos/as e do conhecimento produzido a partir destes/as em sua experiência profissional. Isso, nos parece, dificulta abordar a psicologia para além de seu caráter de regulação e exclusão, além de não jogar luz sobre outros espaços de atuação profissional da psicologia que devida ou indevidamente se julgam mais sujeitos a uma lógica biomédica como nos serviços hospitalares.

Esse capítulo aposta na possibilidade de construção de narrativas com psicólogos/as do Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa como um exercício de reflexão crítica sobre a escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual no âmbito da saúde. Nesse exercício podem ser evidenciados de forma integrada diferentes aspectos (discursividades, sensibilidades, moralidades) através dos desdobramentos da formação pessoal e profissional contínuas de cada profissional nos relatos das relações terapêuticas junto às pacientes do serviço e na convivência com sua equipe multidisciplinar.

Essa aposta se deu a partir de inquietações diante da minha própria inserção no SAM-WL como parte do meu percurso pessoal, profissional e militante, os quais narro logo após descrever a proposta metodológica. Esta, ao me favorecer a produção de narrativas sobre a escuta psicológica no SAM-WL com base na *conversação entre pares* em clima de informalidade e afetividade, auxiliou a produzir relatos menos formais, técnicos e bem-acabados, os quais contribuíram com a possibilidade de discutir aspectos fundamentais do uso e efeitos da escuta psicológica no serviço. Ao final, busco situar o SAM-WL temporal e espacialmente, seu cotidiano e funcionamento, bem como as relações entre os/as profissionais da equipe.

#### **4.1 Metodologia das Produções Narrativas**

A proposta metodológica das produções narrativas (MPN) de Marcel Balasch e Marisela Montenegro (2003) nos pareceu mais apropriada para abordar a escuta psicológica pelos profissionais no SAM-WL sem tratá-la como uma técnica anestesiada de sua dimensão sensível, sendo capaz de se valer da informalidade e afetuosidade em seu uso, aspectos que considero pouco discutidos no âmbito da prática profissional, em específico no que diz respeito a atenção a meninas e mulheres em situação de violência sexual.

A MPN se baseia no construcionismo social e na noção de conhecimento situado de Donna Haraway (2009). Tem sido desenvolvida a partir do final da década de 1990, no âmbito do Grupo de Investigación FIC – Fractalidades en Investigación Crítica – do departamento de psicologia social da Universidade Autônoma de Barcelona, com quem o GEMA/UFPE mantém interlocução. Sua produção se deu em meio a crítica sobre usos e efeitos de metodologias qualitativas tradicionais, no ensejo de produzir modos de pesquisar que rompessem a dicotomia entre pesquisador/a e sujeitos da pesquisa, reconhecendo a agência destes/as na produção do conhecimento.

A MPN se insere dentre um conjunto metodologias surgidas nas ciências humanas ocorridas após o denominado “giro linguístico”, no qual a linguagem deixa de ser considerada como um sistema abstrato de signos e símbolos, para ser tomada como uma prática social dinâmica, exercida por agentes em seus dia-a-dia. Ao invés de concebida como mediação da realidade, a linguagem nessa compreensão assume seu caráter performativo na produção de sua materialidade e das relações. Assume um caráter pragmático, partilhada com o construcionismo social, com base no uso através da dialogia e da sua cristalização em discursos (Antar MARTÍNEZ-GUZMÁN; Marisela MONTENEGRO, 2014).

A MPN se distingue, no entanto, de outras metodologias discursivas e/ou baseadas no construcionismo social, por sua ênfase mais específica, como demarca sua própria nomenclatura, na produção de narrativas. Essa ênfase se dá devido ao pressuposto de que as relações sociais são atravessadas e produzidas por histórias, as quais não apenas nos informam, mas são constituídas e nos constituem no ato de narrá-las. Em outras palavras, as narrativas nessa perspectiva não são apenas relatos do nosso passado, mas constroem sentidos no presente, articulando e produzindo sujeitos, suas relações e a realidade social que compartilham (Teresa CABRUJA; Lupicínio IÑIGUES; Félix VAZQUES, 2000).

Apesar de partilhar esse pressuposto com outras abordagens narrativas, a MPN se diferencia por não compreender as narrações como um esquema cognitivo individual, ou tão somente uma forma de comunicação. Destoa da ênfase concedida à posição de quem narra, na qual se subsume a narrativa a um efeito da organização da experiência pessoal. Itziar Goikoetxea e Nagore Fernández (2014) criticam essa concepção personalista, preferindo tomar a narrativa como um artefato cultural e caracterizam-na como um dispositivo de construção de sentidos, abrangendo suas condições de produção, as interações entre atores e atrizes em jogo, assim como seus processos em transformação.

Para Matínez-Guzmán e Montenegro (2014) a narrativa é um dispositivo cuja forma discursiva interconecta acontecimentos e entrelaça diversos atores/atrizes de maneira particular, constituindo-se não somente uma forma de produção de conhecimento, mas um veículo para ação social. O lugar a partir do qual é produzida não é identificado a um “sujeito forte”, que expressa seus pensamentos tais quais provenientes de seu mundo interno. Mas também não se assemelha a meras reproduções de discursos socialmente disponíveis. Esse lugar demarca um espaço relacional em que múltiplas vozes são invocadas para construção de um relato cuja autoria se desenvolve responsivamente no contexto de sua enunciação.

Dessa maneira, as narrativas produzidas no cotidiano emergem de contextos de possibilidade dos processos relacionais e dialógicos, não cabendo se apelar a noção de individualidade, mas a uma compreensão incompleta e parcial do sujeito. De tal modo que os relatos tecidos no encontro entre pesquisadores/as e participantes na MPN não atualizam um sujeito ou uma voz, mas uma rede de relações, no qual nem somente o indivíduo, nem tão pouco os discursos que o rodeiam possam ser tomados como ponto de partida.

A MPN, portanto, explora a narrativa como dispositivo, ao propor, conforme descrevem Balasch e Montenegro (2003), uma ferramenta de construção de um texto híbrido entre pesquisador e pesquisados/as, no qual estes podem integrar, ou melhor, articular distintos posicionamentos junto àqueles do próprio pesquisador numa narrativa. De modo sintético, a

MPN se materializa a partir de uma proposição simples, que envolve três etapas: 1) encontros em que pesquisador/a e participantes falam e discutem sobre o objeto de estudo e seus distintos aspectos; 2) a textualização desses encontros inicialmente pelo pesquisador/a à partir de uma reflexão sobre o que foi discutido, fazendo sua tradução em um relato organizável e comunicável, que apresente as distintas posições e argumentos envolvidos; 3) sua revisão pelos/as participantes, os/as quais são livres para corrigir, modificar e expandir o texto inicial até validarem a narrativa construída, reconhecendo desse modo a agência destes/as no processo de produção do conhecimento.

A MPN, mais detalhadamente, prevê o contato com os/as participantes escolhidos com base nos critérios considerados pertinentes em função do objetivo da pesquisa. Após o contato inicial, marca-se um encontro (individual ou em grupo) a fim de abordar o tema desejado. Os encontros adotam uma forma similar a um diálogo ou conversação, já que o pesquisador pode se posicionar explicitamente e colocar em jogo seus argumentos sobre o tema. Esses encontros são gravados a fim de facilitar sua textualização posteriormente. O arquivo em áudio não é literalmente transcrito, mas serve de base para se elaborar um relato com sentido narrativo, o qual deve ser dotado de uma estrutura coerente e um estilo claro e ágil, a fim de facilitar sua leitura (BALASCH; MONTENEGRO, 2003).

Esse rascunho inicial é em seguida enviado aos/as participantes para que o modifiquem como desejarem. Frequentemente, isto implica em idas e vindas a fim de se aprofundar as mudanças e detalhes específicos. Esse processo se repete até que “depois de diversas adições, correções e esclarecimentos se alcança a finalização do produto com a aceitação expressa de que a narração mostra sua visão sobre o fenômeno” (BALASCH; MONTENEGRO, 2003, p. 44 – tradução nossa).

Essa ferramenta exige que os/as participantes produzam um texto em coautoria com o/a pesquisador. O texto se torna a materialização do dispositivo nos quais as relações entre pesquisador/a e pesquisado/a se desenvolvem a partir de um contexto localizado e um objetivo definido. Nele não se “dá voz” aos/as participantes, mas se propõe um processo de construção conjunto numa prática articulada em que atores/atrizes sociais distintos/as se vinculam. Transpõe-se, desse modo, a dicotomia tradicional entre pesquisador/a e sujeitos/as da pesquisa a partir de uma dimensão ética em que a autoria final do texto recai também sobre esses últimos (BALASCH; MONTENEGRO, 2003).

A relação entre pesquisador e pesquisado possibilitada pela MPN aponta para uma rede material e semiótica, invocada no processo da produção de histórias, que ao ser tecida sob a aposta da parcialidade, da precariedade e da multiplicidade de vozes e posições, favorece a

visualização de sua complexidade e ambiguidade. Evidencia-se, a partir dessas contradições, tensão entre narrativas, geralmente entre aquelas dominantes – que silenciam histórias que fogem aos roteiros normativos oficiais disponíveis culturalmente – e contra-hegemônicas, as quais colocam em jogo imaginários e práticas transformadoras.

Nesse sentido, a MPN sustenta-se também numa epistemologia feminista e (pós)-construcionista, para as quais o conhecimento científico é uma prática social permeada de relações de poder e dominação, próprias dos contextos históricos e sociais nas quais está inserido. Contrapõe-se, assim, a uma noção objetiva, universal e isenta de valor da ciência, se para propor a produção de um conhecimento localizado, assumidamente cultural e político.

A MPN, assim, toma de empréstimo a noção de “conhecimentos situados” de Donna Haraway (2009), que parte de um olhar, ou, para utilizar uma metáfora mais a fim a nossa pesquisa, de uma escuta parcial e posicionada, a qual não toma como parâmetros nem a neutralidade e a objetividade do positivismo, nem o imobilismo do relativismo de algumas abordagens discursivas. Enquanto, a partir de uma postura positivista, se omite o sujeito do conhecimento, a fim de se produzir uma perspectiva que se deseja universal e homogeneizante, o relativismo, por sua vez considera que a perspectiva é sempre atinente a uma determinada posição. Ambas compartilham uma concepção epistemológica totalizante, na qual o conhecimento ou é produzido a partir de lugar nenhum, ou igualmente de todos os lugares. Negam, desse modo, a parcialidade do conhecimento, entendida aqui como a própria condição de sua produção a partir do seu processo de construção com base no diálogo entre distintas posições dos sujeitos da pesquisa.

Ao compreender os distintos posicionamentos como lugares semióticos e materiais nos quais nos relacionamos com aquilo ou aqueles/as que experimentamos, a MPN permite produzir saberes sobre uma realidade que não é exterior a nós mesmos/as, mas produto da relação entre pesquisador/a e aquilo ou aqueles/as pesquisados/as. Tratam-se de conexões, na medida em que se compartilham linguagens e experiências e parciais, porquanto se dá entre posições que diferem entre si, ou seja, que não se conectam a partir da identidade, mas na tensão entre semelhanças e diferenças (MARTÍNEZ-GUZMÁN; MONTENEGRO, 2014).

Além da parcialidade, a MPN reivindica de Haraway a noção de “responsabilidade” como base para uma nova objetividade de caráter feminista. Se um conhecimento é tido nesse sentido como verdadeiro, portanto, parcial e situado, isso implica em nos responsabilizarmos pela sua feitura e pelos efeitos que produz: “Não perseguimos a parcialidade em si mesma, mas pelas possibilidades de conexões e aberturas inesperadas que o conhecimento situado oferece. O único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular” (p.

33). De modo que a objetividade, segundo Haraway, não se alcança se retirando do mundo, mas reconhecendo nosso local nele e refletindo criticamente sobre a posição que ocupamos e, a partir de então, permitindo múltiplos diálogos entre saberes produzidos com base em distintos posicionamentos, possibilitando emergir composições fragmentárias e polifônicas.

Assim, importa mais a MPN o povoamento de distintas posições sobre um determinado fenômeno estudado, de modo a se ampliar o conhecimento disponível sobre ele. Através da abertura de espaços de compreensão e produção de sentidos, se apela a geração de um conhecimento crítico, no qual o foco se mostra nos seus efeitos enquanto possibilidade de construção de um mundo menos organizado em torno de eixos que normatizem o que é considerado como válido, trazendo à tona possibilidades de transformações desse mesmo conhecimento.

A MPN de Balasch e Montenegro (2003) busca justamente articular em texto os efeitos dessas conexões parciais com outras posições como tarefa imprescindível. Trata-se, portanto, de uma ferramenta que opera promovendo a demarcação de posicionamentos a partir da qual se produz o conhecimento e sua transformação a partir do diálogo com outros/s agentes. Ao assumir a limitação da própria perspectiva do/a pesquisador/a e, portanto, a necessidade de ensejar conexões parciais com outros/as agentes, pressupõe a responsabilidade política ante ao objeto de estudo, que se expressa nas articulações com aqueles/as, a partir das quais é possível produzir deslocamentos do pesquisador. Estas conexões favorecerão a produção e fixação parcial de sentidos sobre o fenômeno estudado que se colocarão de forma antagônica a outros sentidos existentes.

A MPN não ignora que a relação entre pesquisadores/as e participantes são atravessadas por relações de poder. Irrompem no texto as relações de poder que atravessam o diálogo entre pesquisador/a e participantes, que imbricam gênero, sexualidade, raça/cor, classe etc, mas não, necessariamente, de dominação. As narrativas produzidas nessa coautoria são um produto politicamente responsável com os/as participantes, que visa valorizar a capacidade de agência destes/as, ao disponibilizar a possibilidade de se acrescentar modificações e correções ao texto, assim como transpor o contexto concreto de sua produção ao tornar possível repensar suas contribuições e recolocá-las no texto, de acordo com seu interesse (BALASCH; MONTENEGRO, 2003).

Realizado esse procedimento com cada participante ou em coletivo obtém-se um resultado em que um conjunto de narrativas produzidas oferecem perspectivas argumentadas diferentes sobre o fenômeno estudado, formando uma composição de conhecimentos situados e parciais a respeito da temática, o qual pode servir de ponto de partida para a reflexão teórica.

No entanto, as narrativas não se prestam a ser tratadas como material puramente empírico, isto é, objeto de análise no sentido tradicional do termo, já que isso restauraria a assimetria entre pesquisador e pesquisados/as no qual aquele ocuparia a condição de superioridade epistemológica (BALASCH; MONTENEGRO, 2003).

O que interessa na análise das narrativas é a conexão que o pesquisador/a realiza com as distintas posições que permitem mudar e ampliar sua compreensão do fenômeno. Embora as narrativas presentes no texto surjam a partir do dispositivo metodológico, não serão tratadas como descrição de um fenômeno, mas como uma produção localizada de perspectivas sobre aquele fenômeno. E, portanto, não cabem serem submetida a análise a partir de um determinado referencial teórico que o submeta a categorias prévias, mas são propícios de sinalizar para a possibilidade de mudanças das perspectivas pelo/a pesquisador/a. As narrativas produzidas, desse modo, encontram-se em relação isomórfica com os demais textos conectados para produzir conhecimento durante a pesquisa, de modo a ressaltar os efeitos de heterogeneidade no leitor, a partir de distintos relatos sobre o fenômeno analisado.

Com base nisso, Martínez-Guzmán e Montenegro (2014) chamam atenção para a proposta de pesquisa-ação imbuída na MPN. Em primeiro lugar, pelo seu caráter performativo, a partir das quais instauram ou questionam verdades e matrizes de compreensão específicas. Além do mais, a própria atividade manejada pelo sujeito para construção de um relato particular que exige um trabalho de seleção, concatenação e ordenamento que implica no estabelecimento de critérios para incluir ou descartar elementos. Por fim, aponta o caráter de transformação imbuído na própria geração de conhecimento através de uma atividade colaborativa. “A co-produção de narrativas pode ser pensado como um instrumento de investigação e ação no contexto das disputas em todo dos regimes de verdade” (p.120).

Trata-se, como descreve Lelya Pérez, Caterine Valderrama e Catalina Alvarez (2017), de um circuito que incorpora a oralidade, a escrita, a leitura e a contra-escrita num processo colaborativo que, idealmente, vai se aprofundando e gerando maior confiança e conexão com os/as participantes. Ao invés de momentos isolados de coletas de informação, desenvolve-se um processo contínuo e coautoral que implica necessariamente no rompimento da ideia de “aplicação do método” como algo pré-determinado, abrindo espaço para a criatividade do seu desenho e a reflexão a respeito das técnicas utilizadas. Assim, a tensão entre os pressupostos metodológicos e o modo como são efetivados durante a pesquisa torna-se parte de uma reflexão necessária para se produzir um conhecimento transformador tanto no seu conteúdo, quanto na sua elaboração.

No entanto, estas autoras chamam também atenção para as dificuldades enfrentadas em relação a proposta de uma maior horizontalidade pretendida na MPN. A partir de duas pesquisas realizadas por elas, apontaram que o uso coletivo da metodologia nem sempre trouxe o mesmo nível de compromisso dos/as integrantes dos grupos ao longo de diferentes sessões. Por outro lado, ao ser utilizada individualmente, se obteve uma relação mais implicada dos/as participantes, mas uma maior subordinação a opinião do/a pesquisador/a. Alguns/as participantes, habituados/as a uma forma de pesquisa tradicional, se mantiveram numa posição fixa de “informante”, sem se apropriar do processo oferecido. Elas referem ainda que a exigência de tempo para participação, redação e leitura ofereceu uma considerável dificuldade para realização das pesquisas, havendo participantes que ofereceram contribuições menores e/ou apenas estilísticas. Em outros casos, a própria finalidade de se obter um texto que seria reconhecido como valor teórico, dificultou que participantes com menos recursos linguísticos e habilidades com a escrita se sentissem à vontade para participar da construção do relato (PÉREZ; VALDERRAMA; ÁLVAREZ, 2017).

As autoras, portanto, chamam atenção que ao se pesquisar com MPN é importante se atentar para as relações de dominação que permeiam a produção de conhecimento, assumindo por vezes impossibilidade de escaparmos dela. O comprometimento com uma epistemologia e metodologia feminista, que busque a minimização das relações de dominação presentes no curso da pesquisa, exige a possibilidade de visibilizar o emaranhado dessas mesmas relações no processo da produção narrativa, o que permite uma negociação mais democrática entre pesquisador/a e participante. São justamente, afirmam elas, as técnicas utilizadas para essa negociação que merecem ser analisadas para uma maior reflexividade, assim como as formas que estas técnicas possibilitam um determinado produto narrativo, incorporando, assim, uma autocrítica por parte do pesquisador/a a respeito da implicação de suas ações no processo da pesquisa.

Ao adotar a MPN para dialogar sobre a escuta psicológica a adolescentes e mulheres num serviço especializado de saúde pública, do qual faço também parte também como psicólogo, é necessário apontar essa posição inicial híbrida de pesquisador e integrante da equipe do serviço no qual foi realizada a pesquisa. Se, por um lado, ser “amigo” ou “colega de trabalho” contribuiu para um acesso mais fácil e um caráter mais informal no diálogo junto aos meus pares, por outro, pode ter resultado numa maior reserva crítica, na medida em que se esforça por evitar alguma indisposição na relação entre pares e, por isso mesmo, na construção dos relatos, se tangenciou possíveis deslizos ou contradições.

No entanto, essa “restrição” pode ser lidar de outra forma, como cuidado junto a relações mais horizontalizadas em que, devido a própria condição mais ou menos similar de acesso a recursos linguísticos e conhecimento, se constroem possibilidades de dominação. Não se trata de negar obviamente a possibilidade de assimetrias mesmo na relação “entre pares”, mas de se estar mais atento para que ela não resvale em usos destes apenas como personagens de um argumento retórico que justifique um determinado argumento “científico”.

Utilizar a MPN junto a colegas da mesma equipe de um serviço de saúde foi uma possibilidade de instaurar um processo reflexivo colaborativo sobre distintas escutas desenvolvida junto as adolescentes e mulheres em situação de violência sexual. Permitiu colocar em diálogo posições e perspectivas parciais heterogêneas que eu acreditava até então silenciadas, tendo em vista as dificuldades já apontadas de se produzir espaços de diálogos que resultem em transformações efetivas no cotidiano de um serviço invisibilizado, cujos profissionais enfrentam o estigma da violência sexual e do aborto legal juntamente com a realidade de precarização do SUS e de suas relações de trabalho.

#### **4.2 Pedagogia sensível de uma escuta psicológica**

A escolha do uso por essa metodologia se dá dentro de um processo também passível de ser narrado. No entanto, o passado é tecido nas narrativas do presente e sua costura produz um desejo ou uma ameaça de futuro. Tomar de memória o novelo da formação da minha escuta psicológica exige eleger qual fio tomar e com quais outros entrelaçar. Gostaria, inicialmente, de recusar o barulho mecânico da indústria de máquinas têxteis e a malharia de imagens pré-fabricadas com datas etiquetadas, retomar a tecelagem em seu aspecto artesanal, feita à mão, em grande medida por mulheres, junto a família e no espaço doméstico.

Se é a escuta a nossa matéria, qualificada na formação em psicologia, é nas memórias sensoriais do ouvido, entretecidas com outras sensorialidades, que talvez possa se começar essa história. Antes mesmo que se entendesse como ouvido essa articulação cava do mundo que em mim se incorporou, já havia seus sons e linguagens. Foi no português, com sotaque de Recife e gramática branca de classe média que fui nomeado e nomeando a mim e meu entorno.

“É um menino”, devem ter me dito em barriga de mãe. Ela escolheu: “Tiago”, adicionou do seu sobrenome “Matheus”, enquanto meu pai me pôs o “Corrêa”. Sabe-se lá quantas palavras, sensações e afetos se aferraram a mim antes que emergissem esse senso de si que ora parece definido, ora borrado e impreciso. Veio então um pesadelo de monstro que urrando me puxava pra debaixo da cama. A ceninha edipiana dos trópicos dormindo em meio a mamãe e

papai silenciosos. O grito pela amputação do dedo polegar que precisou ser reimplantado por causa de uma “traquinagem” do irmão mais velho. Tudo discutidos e rediscutidos com diferentes analistas (freudiana, lacaniana, bioenergética e “uspiano”) pelos quais passei após meu início da graduação em psicologia.

Vivi a maior parte num típico apartamento de um prédio de muros cada vez mais altos de família da classe média recifense. No bairro de Setúbal, o mesmo do coronelismo urbano, do medo difuso e da iminência da violência de “Som ao Redor”, filme de Kléber Mendonça Arroz, estrogonofe e batata palha servidos com piadas racistas na mesa do almoço. Minha mãe ensinava a rezar santo anjo às noites e se queixava da empregada doméstica durante o dia. Meu pai, militar da aeronáutica, pregava ordem e disciplina quando chegava em casa, mas se não percebia os abusos físicos perpetrados contra mim pelo meu irmão mais velho: “irmãos tem que ser unidos”. Havia amor, conflito, descontração e delírio. Havia também bastante televisão ligada na Rede Globo todas às noites e aos domingos. Entre limites e possibilidades, era inegável o esforço mútuo e um senso perene de ambos com a educação dos três filhos, ambos trabalhando para poder pagar as “melhores escolas” ou, ao menos, as melhores para aprovação em uma universidade federal, cujo processo seletivo, à época sem cotas raciais ou sociais, privilegiava ainda mais aqueles que tinham acesso ao ensino bancário, bancado e embranquecido.

Durante dois anos, contava eu com cinco a sete anos de idade, moramos numa vila militar próximo da Base Aérea do Galeão, onde meu pai serviu durante a época. Via sem saber da varanda do meu apartamento um dos principais locais de práticas de tortura durante a ditadura no Rio de Janeiro, algo que só aprenderia – já havia contraído a coceirinha gostosa do conhecimento – com o estudo de História no ensino médio. Do outro lado da avenida, que separava a base da vila, foram outras as perversidades praticadas: os ritos de iniciação da masculinidade (histórias de terror, diversões sádicas e agressões) de gerações distintas de meninos, que conviviam juntos e longe das vistas das mães, crenes das salvaguardas imposta pelos muros e soldados que circundavam o vasto terreno da vila. Apesar disso, havia também festas ao som de DJ Marlboro, tardes de videogames com amigos regada a biscoitos e boatos curiosos que circulavam sobre algum menino mais velho ter comido uma menina e, às vezes, um outro menino mais novos.

Se o uniforme de militar é fetiche sexual para uns, tudo indica, Sr. Presidente, que para alguns filhos e pais dos militarismos a homossexualidade seja a orientação sexual mais desejada. Foi bem mais tarde, junto a filhos de militares, com quem convivi durante a adolescência em Recife, que conheci Aline, a qual tempos depois namoraria com Angélica, as

quais me levariam com dezoito anos feitos para Boate Metr pole, onde ao som de bate estaca e em meio a boys de grife, pela primeira vez me senti   vontade com minha sexualidade.

Até então, era apenas segredo entre amigas e pornografia durante as madrugadas de internet discada. Na m dia ou na (des)educa o sexual escolar, cazuzas esqu lidos sem música, nem poesia. Entre amigos e colegas, escárnio: “viado”! Em casa, fora necessário a saída de armário um tio, meu avô materno também militar, vinte anos feitos e uma foto desleixada de um beijo com o primeiro namorado para que virasse assunto familiar – para minha surpresa – , bem-vindo.

  que o filho dedicado, o estudante disciplinado e o amigo cordato eram figuras que tomaram vulto na minha adolescência ante o temor da discrimina o pela minha homossexualidade. Povoava a vida, a meu jeito, com música erudita tocada no violino, os saberes de mármore, encantadores, mas um tanto g lidos, dos livros de teologia e filosofia e as histórias orais compartilhadas de mundos de fantasia e criaturas m ticas em jogos de RPG. Foi neles, que eu conheci Angélica: além de sapat o, negra e psicóloga. Logo em sequência, abandonei a Faculdade de Direito do Recife (FDR) pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Como outras pessoas LGBT, o curso de psicologia foi desejado menos como um conjunto de saberes ou técnicas específicos, mais como a possibilidade de um espaço acolhedor em rela o a sexualidade e/ou identidade de gênero.  , acredito, precisamente por isso, que me incomoda tomar a forma o em psicologia apenas a partir dos parâmetros curriculares, numa didática conteudista, ignorando fluxos, desejos e projetos de conhecimento numa leitura  tica. Foi também na sala de aula, mas ainda mais nas rela es construídas, nos prazeres experimentados e nos saberes compartilhados junto a amigos/as e – ao menos alguns e algumas – dos/as professores/as do curso que o conhecimento em psicologia se incorporou como experiência vívida. Sem d vida, isso só foi possível no ambiente de uma universidade pública, a UFPE, a partir da aproxima o com estudantes que compunham o movimento estudantil, a integra o como pesquisador do GEMA/UFPE e a participa o no Núcleo Pernambucano da ABRAPSO

Se fui em busca de um ambiente mais acolhedor, mais do que isso, o que eu obtive a partir da politiza o possibilitada do *campus* universitário foi uma pedagogia erótica e sensível a partir da qual pude ter acesso n  s  a uma diversidade de saberes, mas um espaço através do qual eu constrói grande parte das minhas amizades e conheci quase todos meus namorados: dois se formaram pela FDR e três no Centro de Artes e Comunica o. O curso de psicologia, mais propriamente, dentro de uma universidade pública, em seu tripé de ensino, pesquisa e

extensão, abre possibilidades de múltiplas vivências. A minha, graças a participação no GEMA/UFPE e da ABRAPSO, se deu principalmente nas discussões e aprendizado ética e politicamente situados sobre psicologia social, gênero, sexualidade e feminismo.

Se essa vivência foi possível a partir dos privilégios com os quais pude viver a universidade e suas múltiplas possibilidades sem discriminações e obstáculos, ter acompanhado desde minha entrada num curso branco e elitista até o final do doutorado a inclusão de pessoas negras, de escola pública, do interior do estado, com deficiências, não-binárias, travestis e transexuais, permitiu repensar esses privilégios de uma maneira crítica, assanhado recentemente, ainda que apenas de forma introdutória, o interesse pelo feminismo negro e decolonial. A possibilidade de conviver junto as diferenças também se acentuou com minha participação no movimento LGBT, possibilitada através da minha inserção no GEMA/UFPE, o que resultou na minha dissertação sobre a Parada da Diversidade em Pernambuco.

Posteriormente, o desejo de atuar como psicólogo em políticas públicas, levou-me por alguns meses ao Centro Estadual de Combate à Homofobia, equipamento de direitos humanos do estado de Pernambuco para atendimento a pessoas LGBT em situação de violência. Qual a frustração ante as (im)possibilidades de atuação num aparelho que se propunha a abranger um estado inteiro apenas com cinco pessoas em sua equipe. Logo em seguida, fui nomeado na FUNASE, onde testemunhei impotente por um ano a aniquilação das subjetividades de adolescentes negros em medida socioeducativa de semiliberdade.

Agora, no SAM-WL, atendendo meninas e mulheres que chegam devido a abusos ou estupro sofridos, em meio a outras formas de violência, apesar de entrar em contato com o horror dessas experiências, tenho podido entre angústias e indignação, encontrado também algum prazer em cuidar. Talvez meus trabalhos anteriores e o percurso analítico pessoal tenham contribuído em alguma medida para me fortalecer ante a escuta de narrativas de violência. Sem dúvida, porque as relações entre a equipe são mais descontraídas, solidárias e saudáveis. De certo, contou a formação na UFPE e a produção de conhecimentos e amizades no GEMA/UFPE. Também porque, apesar de nem sempre povoada por trajetórias heroicas e ascendentes, é reconfortante acompanhar e aprender com a capacidade de meninas e mulheres sobrepujar o terror e aniquilação impostas. Entre a LGBTfobia, o encarceramento da juventude negra e o terrorismo patriarcal contra as mulheres que pude acompanhar, o pressentimento da mesma necropolítica em formas distintas, a partir dos modos como o Estado precariza determinados corpos, relações e comunidades, tornando alvos do facismo de gênero, cis-heteronormativo e supremacista. “É preciso estar atento e forte”, mas quem tem o privilégio de não temer (a violência e) a morte?

### 4.3 O Serviço de Apoio à Mulher Wilma Lessa (SAM-WL)

Minha entrada no SAM-WL, junto com outros profissionais provenientes do concurso realizado pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco em 2015, e as consequentes transformações que a nova equipe foi produzindo ao longo dos últimos anos no serviço, não se dá em um lugar sem história, dinâmicas institucionais e conflitos progressos. Nesse sentido, é necessário reconhecer no anonimato do trabalho empenhado pelos profissionais que nos antecederam, não só a circulação dessas histórias, mas também um certo modo de proceder, nem que seja em sua crítica, junto a adolescentes e mulheres em situação de violência.

Localizado na Estrada do Arraial, no bairro de Casa Amarela, zona norte de Recife, o Hospital Agamenon Magalhães abriga dentre outros o Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa, que se destina a oferecer assistência integral a saúde de adolescentes e mulheres vítimas de violência doméstica e/ou sexual no estado de Pernambuco. Estranhamente, no entanto, embora exista desde 2001, o serviço não consta na página virtual do próprio hospital, no site da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco<sup>17</sup>, a qual descreve sua fundação como instituição privada em 1948, sua venda para o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários em 1953<sup>18</sup> e seu processo de readequação, juntamente com os demais grandes hospitais do estado<sup>19</sup>, a partir de sua integração ao SUS.

Na página, há menção à cinco mil pacientes/mês atendidos nas emergências (clínica, cardiológica, otorrinolaringologia e a maternidade de alto risco), ao reconhecimento como referência em cardiologia, maternidade de alto risco, saúde auditiva, sendo realizado na unidade implantes cocleares. É citado, ainda, a realização de cirurgias bariátrica, vascular, plástica e geral. Aparecem, por fim, os ambulatórios de diversas especialidades.

Essa ausência do SAM-WL talvez diga respeito a sua história, ao menos nas versões de alguns de seus/suas funcionários/as mais antigos ainda na equipe. Lançado com certa pompa

---

<sup>17</sup><http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-agamenon-magalhaes>

<sup>18</sup> A história da previdência social no Brasil, na qual se inclui a assistência à saúde, tem um marco na Lei Elói Chaves de 1923, que crias às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais originalmente foram organizadas por empregados e empresas. Regidas pelo regime de capitalização, possuíam inúmeras fragilidades, pois dependiam das empresas e dos trabalhadores, além de estarem sujeitas a elevado número de fraudes na concessão de benefícios. Em 1930, o presidente da república Getúlio Vargas promoveu a extinção das CAPs substituindo-as pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como estruturas hierárquicas de autarquias, centralizadas no governo federal, associadas à determinadas categorias profissionais (MENICUCCI, 2014).

<sup>19</sup> Após as Caixas e os IAPs, em 1966 houve a unificação de todos os Institutos no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, o que significou a cobertura de todos os assalariados urbanos e a expansão da assistência médica. A partir de meados da década de 1970, no Brasil, emerge o chamado movimento sanitário, propondo um sistema de saúde universal e de caráter igualitário, que consagra na Constituição de 1988 o SUS. (MENICUCCI, 2014).

em 18 de Junho de 2001, durante a gestão do governador Jarbas Vasconcelos (PMDB), atualmente senador pelo mesmo partido, o serviço seria uma forma de disputar capital político com a prefeitura à época, cuja gestão por João Paulo (PT), atualmente deputado estadual pelo PCdoB, havia criado o Centro de Referência Clarice Lispector para mulheres vítimas de violência doméstica e/ou sexista. Sua equipe inicial, formada por profissionais cedidos pelo IMIP<sup>20</sup>, não tinha relação com os demais trabalhadores da unidade hospitalar. E o funcionamento do serviço, pela sua própria natureza sigilosa, era desconhecido em relação aos demais setores.

Inicialmente, segundo os relatos, o serviço atendia mais casos de violência doméstica. Desde 2012, com as mudanças progressivas na equipe, a qual passou a ser integrada por servidores do estado e funcionários contratados pela secretaria de saúde, bem como a aposentadoria de um médico – o único do hospital que realizava o aborto legal – passou a ser exigido que os/as médicos/as do SAM-WL realizassem o procedimento. Estas alterações transformaram também o perfil de pacientes<sup>21</sup> atendidas, o qual passou a ser composto majoritariamente por adolescentes e mulheres em situação de violência sexual. Só para se ter uma noção, no primeiro trimestre de 2019, houve 81 novas pacientes que recorreram ao serviço, das quais 77 haviam sofrido algum tipo de violência sexual, tendo sido realizado 09 procedimentos de aborto legal.

A “omissão” do SAM-WL na página do hospital talvez se dê ainda em função de sua integração ao fluxo da emergência geral. É por lá que as pacientes dão entrada, antes de acessar as dependências do serviço, ainda que sejam dispensadas da triagem a que os/as demais pacientes estão sujeitos/as. Ao referir o nome do serviço ou o motivo na recepção, lhe é entregue uma ficha com seus dados básicos e encaminhada para um corredor mais afastado em outro prédio, à esquerda da entrada da emergência geral, próximo ao laboratório e anexo a emergência de otorrinolaringologia.

Uma porta dupla branca com uma pequena janela de vidro fumê, ao lado da qual se vê uma placa de ferro com o nome do serviço desgastado, é tudo que é possível enxergar do lado de fora. Colado na porta, há um papel impresso que aponta a campainha com uma seta para os/as desavisados/as. Construído para garantir o sigilo e a privacidade da paciente, sua

---

<sup>20</sup> O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira é considerado uma entidade filantrópica, embora, além do complexo hospitalar no centro da cidade de Recife, seja responsável pela administração de diversos serviços públicos de saúde em Pernambuco e esteja associado a Faculdade Pernambucana de Saúde, dita sem fins lucrativos, mas com mensalidades que chegam a valor superior a cinco mil reais para o curso de medicina.

<sup>21</sup> Optamos por utilizar essa nomenclatura em lugar de usuária, vítima, ou outra denominação respeitando o modo como os/as profissionais utilizam a nomeação no cotidiano. Não se trata, obviamente, de um termo casual, mas que explicita o caráter hospitalar do serviço.

arquitetura tem como efeito produzir também uma certa invisibilidade, a ponto de ainda ser tido como desconhecido mesmo entre funcionários do restante do hospital.

Isso gerou, desde a penúltima coordenação - exercida por Mayara Mendes (2016-2018), atualmente assistente social licenciada para realização de seus estudos do doutorado -, a motivação em realizar e participar de eventos promovidos no auditório do hospital e em alguns equipamentos públicos de saúde e assistência social da região metropolitana de Recife, tais como Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Referência de Assistência Social e Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos. Essas iniciativas visavam ampliar a divulgação do serviço, o qual, na avaliação da equipe presente ao momento, era em grande medida desconhecido e subutilizado, possuindo baixo fluxo de pacientes, sendo a maioria provenientes instituições associadas a Segurança Pública, tais como delegacias e IML.

Quem adentra no serviço se depara inicialmente com a sala de espera, com dois jogos de três cadeiras conjuntas um em frente ao outro, uma cadeira de balanço ao lado do jogo à frente de quem entra, junto a qual há no chão de porcelana um jarro de planta e um cestinho com algumas revistas, gibis, giz de cera e brinquedos velhos. A parede à direita, logo após à entrada, é de cobogós de vidro, através da qual atravessa a luz externa e é possível visualizar silhuetas difusas dos passantes, estando ela e a outra que lhe é perpendicular repleta de cartazes de campanhas de enfrentamento à violência contra mulher, racismo, lgbtfobia, conscientização sobre o uso do nome social de pessoas trans e dois banners com uma lista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Na mesa de mármore em frente a parede de cobogó há um filtro de água, copos de plástico, um recipiente com preservativo feminino e outro com preservativo masculino, que fazem com que alguns/as funcionários/as, principalmente terceirizados, ligados à limpeza e serviços gerais, visitem ocasionalmente o SAM-WL.

A sala de espera possui na sua outra extremidade, duas outras portas perpendiculares: da sala de atendimento de serviço social, que funciona como um anexo da sala de espera e da passagem para os demais ambientes do serviço. Geralmente, as assistentes sociais são as primeiras profissionais a receber a paciente e, quando vêm acompanhadas, seus familiares. A entrada da sala em que elas fazem o “acolhimento inicial” dá para um arquivo. A esquerda, há uma mesa de mármore com um telefone e um computador, ao lado da qual fica uma pequena cômoda.

A entrevista social, de um modo geral, além do primeiro acolhimento, tem a finalidade de colher informações referente à violência sofrida, averiguar a existência de outras violações de direito possíveis, identificar situação de vulnerabilidade da paciente e delinear encaminhamentos a outras instituições da rede de saúde, assistência social, enfrentamento a

violência contra mulher e segurança pública, ou ainda, em caso de adolescente, Conselho Tutelar.

A passagem da sala de espera para os demais ambientes se abre para um longo corredor, no qual se vê grandes cômodas onde se arquivam parte dos prontuários das vítimas atendidas, cuja numeração, a 31 de agosto de 2019, chegava até o prontuário nº 9174. No meio do corredor, outra mesa de mármore, com um computador e um telefone apoiados sobre ele. Junto à mesa, do lado direito do corredor, fica a maior das salas, de atendimento médico, onde além da mesa na qual se realiza a consulta, após uma divisória, há um espaço para exame ginecológico com seus maquinários e devidos instrumentais, a frente do qual se dispõe uma farmácia com um armário de medicamentos, uma geladeira e uma pia de alumínio e, à esquerda da farmácia, um banheiro.

Além do exame físico e ginecológico, no atendimento médico se prescreve exames laboratoriais, realizados por uma técnica de enfermagem do laboratório hospitalar no próprio serviço e, caso necessário, a contracepção de emergência (a “pílula do dia seguinte”, que, na verdade, pode ser administrada até 5 dias após a agressão sexual) e as profilaxias para HIV<sup>22</sup> (eficazes durante as 72h posteriores), IST<sup>23</sup> e Hepatite B<sup>24</sup>. Geralmente, os exames clínicos são realizados novamente quatro vezes depois, com 15, 30, 60, 120 dias, a fim de se avaliar os efeitos das medicações, durante o período de administração, e a ocorrência de infecção. Nos casos de gravidez decorrente de violência sexual, se prescreve apenas exames laboratoriais para verificar IST e a ultrassonografia para avaliar a idade gestacional.

Passando a sala de atendimento médico, do mesmo lado da sala de atendimento médico, há um depósito onde se arquiva mais prontuários, juntamente com preservativos, lubrificantes e materiais de escritório. Após esse depósito, fica o quarto de descanso dos funcionários, com duas camas e uma beliche e os armários de cada profissional do serviço, além do banheiro dos funcionários. Os colchões, desconfortáveis, são de material emborrachado para facilitar a

---

<sup>22</sup> O esquema preferencial de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) deve incluir combinações de três antirretrovirais (tenofovir, lamivudina e dolutegravir) administrado por 28 dias seguidos. Esse esquema possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico. As pacientes, no entanto, relatam frequentemente náusea, vômitos e diarreia. O tenofovir está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes. Há ainda o risco de e exacerbação (“*flares*” hepáticos) entre pessoas infectadas por hepatite B quando os esquemas de PEP com tenofovir são finalizados (BRASIL, 2018).

<sup>23</sup> Para sífilis, indica-se tratamento imediato com a famigerada benzatril (penicilina benzatina) administrada em duas aplicações em via intramuscular profunda (2,4 milhões de UI IM). Para gonorréia, há a aplicação de ceftriaxona 500mg também via intramuscular. Para tricomoníase é administrada dose única de metronidazol 2g, via oral. E infecção por *C. trachomatis*, também dose única de azitromicina 1g, via oral (BRASIL, 2018).

<sup>24</sup> Recomenda-se imunizar todas as pessoas expostas não previamente vacinadas, ou sem conhecimento de vacinação prévia, e sem indícios de infecção por Hepatite B (BRASIL, 2018).

higienização, mas dificultam o sono pelo barulho que produzem a qualquer movimento de quem deita. Somado a isso, os roncos, o radinho do vigia da guarita do lado externo, os gritos e choros provenientes da emergência de otorrino, e as sirenes de ambulância que chegam ao hospital, contribuem para fazer dos plantões noturnos um desafio para quem tem sono leve, mesmo durante os plantões noturnos em que não há atendimento nas madrugadas.

Em frente a sala de atendimento médico, fica a sala de atendimento psicológico, na qual há um sofá de dois lugares de couro sintético preto desgastado, com rachaduras evidentes no tecido, ladeado por um pufe também de couro sintético da mesma cor. Acima dele, na parede, há um quadro mal pintado, sem perspectiva ou variação de tonalidade entre as cores, no qual se vê uma praia com coqueiros e uma jangada vazias. Junto a um dos braços do sofá, fica uma mesinha de vidro sobre a qual repousa uma caixinha com lenços de papel descartável para paciente enxugar o choro ou assoar o nariz. No meio da sala, a cadeira móvel na qual o/a profissional realiza a escuta da paciente. No cantinho da sala, do outro lado do sofá, uma mesa pequena, onde fica o computador no qual se preenche ou evolui os prontuários que, a partir de outubro de 2019, se tornaram eletrônico. Essa configuração da sala foi feita há cerca de três anos, sendo anteriormente similar as demais salas, na qual havia uma mesa de mármore entre o/a profissional e a paciente. A mudança foi proposta como uma tentativa de oferecer um espaço e um atendimento mais “acolhedor”.

Separada por uma parede fina de gesso da sala de atendimento psicológico, a ponto de ser possível vazar algum som mais alto de uma a outra, fica a sala de reuniões. Com uma mesa circular, algumas cadeiras dispostas a sua volta, do lado rente a sala de atendimento psicológico e, do lado oposto, um sofá de couro sintético bege com três lugares, próximo ao qual há um armário com uma pequena biblioteca. Na parede que divide com o corredor, fica uma televisão de 42 polegadas, quase sempre ligada na Rede Globo e, às vezes, na Bandeirantes.

Durante a última coordenação, de Mônica Gomes (2018-2019), foram realizadas reuniões mensalmente para se discutir questões clínicas e administrativas. Ainda que dificilmente as reuniões contem com a maioria dos/as profissionais, é possível se considerar um avanço em relação a períodos anteriores, quando eram feitas sem uma frequência determinada, a depender de convocação pelo/a coordenador/a. Em se tratado de um serviço em que os profissionais atuam em regime de plantão e que a grande maioria possui também outros vínculos profissionais, há uma dificuldade significativa em promover encontros entre profissionais de plantões diferentes.

Passada a sala de reuniões, em frente ao descanso dos funcionários, fica o quarto da paciente, onde são alojadas menina ou mulheres que irão realizar aborto legal para gravidez

decorrente de estupro. Mobiliada com uma cama, uma mesa de cabeceira de um lado e uma poltrona reclinável para o/a acompanhante do outro, um armário de metal e um cabideiro, possui também um banheiro próprio.

O método abortivo depende da idade gestacional. A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é realizada até 12 semanas e utiliza cânulas com diâmetros variáveis acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares através da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Após 12 e até 20 semanas se promove a indução farmacológica com a administração de misoprostol (Cytotec) via vaginal com quantidades e periodicidade definidas de acordo com critérios clínicos e, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina, que consiste na raspagem da cavidade uterina extraíndo-se o material remanescente.

Em se tratando de AMIU, a paciente apenas espera no quarto para que o bloco cirúrgico e o/a anestesista estejam disponíveis, quando o maqueiro a leva para que o/a médico/a no plantão realize o procedimento. No caso de indução, todo procedimento até a expulsão é feito no quarto, quando a paciente sobe para o mesmo bloco a fim de realizar a curetagem. O feto é posteriormente descartado como material biológico.

Não pelos seus riscos à paciente ou seu caráter técnico, mas devido às concepções morais e religiosas envolvidas, o aborto é sem dúvida o procedimento realizado no serviço que mais cria dificuldades tanto para os/as profissionais, quanto para as próprias pacientes. O sofrimento psíquico geralmente envolvido na decisão, a objeção de consciência de médicos/as, principalmente anestesistas, necessários/as durante a finalização do procedimento, além das próprias fragilidades de um serviço de saúde público precarizado, colocam alguns desafios e obstáculos na realização do procedimento.

Não foi sem alguma resistência que o próprio SAM-WL passou a realizar o procedimento, após a aposentadoria do único profissional de medicina que se habilitava a fazê-lo no hospital. Com a mudança, uma das médicas declarou objeção de consciência, mantendo-se no serviço até pouco menos de quatro anos atrás. Há três anos atrás, se definiu – como pareceria óbvio –, que não é possível haver profissional na equipe que adote essa postura.

Outra alteração relativamente recente, com cerca de três anos, foi a substituição do leito na maternidade em que a usuária se mantinha internada após o procedimento por um leito na enfermaria de ginecologia. Essa substituição ocorreu devido ao sofrimento relatado recorrentemente pelas pacientes que realizarem aborto ante a permanência junto a mães com seus filhos recém-nascidos.

Essas histórias e transformações, contadas xícaras de café, almoços e jantares, circulavam principalmente na copa, o ambiente ao final do corredor do SAM-WL. Com uma

geladeira, micro-ondas, armários, pia, talheres e louças, é lá onde acontece a maior parte das conversas informais entre os/as profissionais de cada plantão e na troca de plantões. Ouvi-lhes, sem nenhuma pretensão de registro e sistematização, mas deixo aqui anotadas como uma espécie de materialização da memória do serviço, que não tem uma autoria bem definida, mas sintetizo de modo que seja possível oferecer uma descrição detalhada, simultaneamente espacial e temporal, sobre o local onde atuo há cerca de quatro anos.

A equipe multidisciplinar do SAM-WL hoje é composta apenas por servidores estatutários, contando com três psicólogos, duas psicólogas, seis enfermeiras, quatro assistentes sociais, duas médicas e dois médicos. Com exceção das assistentes sociais, que trabalham apenas em regime de plantão diurno (sabe-se lá por que razão), os/as demais profissionais têm plantões “casados”, ou seja, um plantão noturno e um plantão diurno durante a semana. A não ser os médicos/as, que têm oito plantões mensais, o “restante” é obrigado a dar dez plantões semanais, o que implicam em um ou dois “complementares” durante o mês, pagos de acordo com a necessidade do serviço e da negociação entre os profissionais de mesma categoria.

A rigor, a fim de garantir uma escala com equipe integral 24h, deveria haver sete profissionais por área, o que nunca ocorreu em 18 anos de existência do serviço. A carência de profissionais traz dificuldades tanto para o serviço, quanto para o atendimento das pacientes. Definir plantões complementares, férias e gozo de licenças prêmio, além das eventuais licenças por motivo de saúde ou estudo, é uma constante fonte de preocupação por parte da coordenação do SAM-WL.

Além disso, a rotatividade de profissionais também impacta no atendimento, tendo no período posterior a minha chegada – juntamente com mais um psicólogo, uma psicóloga, três assistentes sociais e uma enfermeira –, saído: três médicos (um nomeado para gestão de outro serviço no hospital, outra removida a pedido para outro setor do hospital e um por abandono de cargo), três enfermeiros (um enfermeiro e uma enfermeira por expiração de contrato simplificado, outra enfermeira removida a pedido), uma assistente social (exonerada a pedido) e três psicólogos (um por expiração de contrato simplificado, uma exonerada a pedido e outra removida de ofício). Por outro lado, no mesmo período, chegaram dois médicos (ambos removidos a pedido de outro setor do hospital), quatro enfermeiras (todas removidas a pedido de outro setor do hospital), duas assistentes sociais (uma removida a pedido de outro setor do hospital e outra também removida a pedido, mas de cargo de gestão na secretaria de saúde) e três psicólogas (duas nomeadas posteriormente no mesmo concurso e uma removida a pedido de cargo de gestão na secretaria de saúde).

A ausência de equipe multidisciplinar completa em um mesmo plantão é, obviamente, uma flagrante violação do que preconiza a Portaria nº 485 de 2014 do Ministério da Saúde, que define o funcionamento dos Serviços de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, bem como da correspondente Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, também do Ministério da Saúde. A própria coordenação do serviço já emitiu ofícios para diretoria do hospital, que os reencaminhou à Secretaria Estadual de Saúde, relatando a situação. Esse problema obriga a realização de alguns “arranjos” feitos pela equipe para tentar contornar o problema e se esforçar numa tentativa de integralidade no atendimento a paciente.

Por exemplo, em plantões em que há a presença de apenas dois profissionais, foi definida a necessidade de priorizar um da “área clínica” (médico/a ou enfermeira) e um da “área psicossocial” (psicólogo/a ou assistente social). Em alguma medida, esse arranjo pode ser um indício das concepções da equipe sobre as atuações de acordo com formações biomédicas ou humanistas. No entanto, o atendimento inicial por cada especialidade profissional continua sendo realizado, o que na prática termina por obrigar a paciente, no caso de plantões incompletos, a ter que retornar em um outro no qual seja possível encontrar o/a profissional que não a atendeu em sua primeira vez no serviço.

No caso de plantão sem médico/a, em que há apenas enfermeira, esta pode prescrever todas as medicações profiláticas e contraceptivas, mas não a penicilina benzatina, de modo que a ausência de médico/a no plantão implica em não poder realizar a medicação de imediato. Mais comum é a ausência de assistente social, principalmente nos plantões noturnos, ocasião em que geralmente o/a psicólogo/a fica responsável por iniciar o acolhimento.

A ausência de profissionais de medicina, no que diz respeito a indução de gestação decorrente de estupro, provoca, inclusive, um problema grave. Como cada paciente reage de maneira diversa ao esquema de medicação, podendo expulsar o feto logo ao início, apenas ao final, ou até não expulsá-lo, sendo necessário outras tentativas de indução (desde minha chegada em março de 2016, houve três casos de pacientes que expulsaram o feto apenas na terceira tentativa), é necessário garantir ao menos 36h com enfermeiro e médico disponível. Esse é o intervalo considerado viável para o procedimento, de modo que se estipulou as 36h também como um “arranjo” para dar conta das induções diante da ausência de equipe completa.

Como só há quatro médicos/as na equipe, é um desafio considerável articula-los nessas situações – e um pesadelo para a gestão e para as pacientes no caso de necessidade de ausência de resposta à medicação. Em agosto de 2018, devido a licença de um médico e a ausência de

outra em razão de problema de saúde familiar, as pacientes que desejaram interromper gestação superior a 12 semanas, necessitaram de forma inédita ser reencaminhadas ao CISAM/UPE<sup>25</sup>.

Além dos atendimentos para adolescentes e mulheres em situação de violência sexual e aborto legal para gravidez decorrente de estupro, no SAM-WL se atende também, ainda que em menor número, mulheres em situação de violência doméstica. Nessa situação, a não ser que se trate também de violência sexual cometida por parceiro/a ou pessoa com quem mantenha vínculo familiar/afetivo, o atendimento é prioritariamente oferecido pelos/as psicólogos/as e assistentes sociais.

Ocasionalmente, quando há alguma demanda clínica/ginecológica da paciente em situação de violência doméstica, se solicita atendimento médico<sup>26</sup>. Embora se dê em menor número, o volume desses casos vem aumentando recentemente em razão do HAM ter se tornado, no segundo semestre de 2018, referência para cirurgia plástica para lesões com deformidade decorrente de violência doméstica.

Isto se deu em decorrência da lei estadual nº 13.300 de 2007, a qual ainda não havia sido implementada e “cria regime especial de atendimento para a mulher vítima de agressão, nos serviços públicos de saúde, de referência em cirurgia plástica, no âmbito do Estado de Pernambuco, quando o dano físico necessite de realização de procedimento cirúrgico-estético reparador”. Nesses casos, a “triagem” é feita pelo SAM-WL, devendo a paciente apresentar boletim de ocorrência ou sumário de alta médica que associe a lesão à violência doméstica, podendo, se desejar, passar a ser acompanhada também pelo serviço.

De um modo geral, as atividades no SAM são cotidianamente descritas como “procedimento” ou “protocolo” (aborto legal), realizados exclusivamente por médicos, “atendimento de primeira vez” (acolhimento inicial), que deve ser realizado por todos/as e “retornos” (acompanhamentos), a depender da demanda da paciente.

Do ponto de vista clínico, no sentido que a palavra recebe no SAM-WL, como já referido anteriormente, são marcados cinco retornos (15, 30, 45, 90, 180 dias) para situações de

---

<sup>25</sup> O Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros – CISAM – é um hospital-escola ligado à Universidade de Pernambuco, localizado no bairro da Encruzilhada, Recife. Funciona como referência no estado na assistência à gestante de alto risco e na assistência integral a saúde da mulher. Em 1993, a partir da atuação local do movimento de mulheres em defesa do aborto legal, passou a ser a primeira unidade de saúde no estado a realizar o procedimento. Em 1996, tornou-se referência para assistência à mulher vítima de violência. Em 2009, um de seus médicos foi inclusive excomungado pela Igreja Católica por realizar o aborto em uma menina de nove anos, grávida de gêmeos.

<sup>26</sup> Nos casos de violência doméstica com lesão física, é necessário atendimento anterior em emergência ou pronto-socorro a fim de estabilizar a paciente. Do mesmo modo, em situações de violência sexual que envolvem também agressão física grave.

violência sexual<sup>27</sup>, para realizar exames que avaliam o efeito dos medicamentos e a possibilidade de infecção e realizado apenas atendimento a pedido de outros profissionais para casos de violência doméstica.

No caso do serviço social, independente da forma de violência, logo após o primeiro atendimento em geral já são feitos os encaminhamentos e relatórios que se julgam necessários: à delegacia, não havendo sido realizada denúncia e havendo desejo por parte da paciente; defensoria pública estadual, sendo observada necessidade de advogado/a; ao conselho tutelar, em caso de adolescente; ao conselho específico, no caso de idosa; para inserção em programa social, quando há situação de vulnerabilidade; à secretaria de saúde do município, a fim de garantir transporte fora do domicílio para paciente de cidade fora da região metropolitana; para comunicação de acidente de trabalho (CAT) ao INSS, em caso de violência no ambiente ou a caminho do trabalho – dentre outras possibilidades não exauridas nesta exemplificação.

No que se refere ao atendimento psicológico, embora tenham sido feitas algumas pactuações entre os/as psicólogos/as no sentido de se delinear uma linha de cuidado em saúde mental a meninas e mulheres em situação de violência ao longo desses últimos três anos, ainda carece – na minha opinião – de princípios e diretrizes mais bem definidas.

Inicialmente, profissionais de psicologia anteriores a atual configuração da equipe transmitiram seu fazer como envolvendo um “acolhimento”, no qual se avaliaria possibilidades de “encaminhamento” e, a depender do entendimento de cada profissional e, obviamente, do desejo da paciente, era possível realizar “acompanhamento psicológico” até quando a paciente enfrentasse problemas decorrentes da violência relatada. Havia, no entanto, entendimentos divergentes, com um dos psicólogos antigos defendendo que não se oferecesse “psicoterapia” às pacientes ali, mas as encaminhassem para um ambulatório no qual pudessem ser referenciadas.

Não era definido qual as especificidades que implica um “acolhimento” às pacientes. Houve algumas discussões a respeito dos “encaminhamentos”: a Tamarineira<sup>28</sup>, em caso de risco de suicídio; CAPS, para situações de crise; e a secretaria municipal de saúde para pacientes

---

<sup>27</sup> Há, obviamente, casos em quem a paciente não chega logo após 72h da violência sexual, quando pode ser administrado a profilaxia para IST, ou 05 dias, quando ainda pode ser realizada a contracepção. Nessas circunstâncias, não estando a paciente gestante, os retornos clínicos são realizados para avaliar a possibilidade de infecção até 06 meses da data reportada da agressão.

<sup>28</sup> O Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP) foi inaugurado em 1883, na época sob administração da Santa Casa de Misericórdia, com o nome de Hospital dos Alienados, passando para gestão estadual em 1924. Foi rebatizado com o atual nome em 1979, em reconhecimento a importância do médico na saúde mental no estado. Em 1992, o HUP, conhecido popularmente como Tamarineira, devido ao bairro do Recife em que está localizado, foi tombado pelo Patrimônio Histórico do Estado. Além de 160 leitos, o hospital conta com a única emergência psiquiátrica 24h em Pernambuco.

que, embora desejassem realizar “acompanhamento psicológico”, residissem em outro município, distante do hospital. Considerou-se, ainda, a dificuldade de encontrar profissional de psicologia que ofereça psicoterapia ambulatorialmente nas redes municipais e estadual e a possibilidade de se realizar no próprio SAM-WL. A diferença, se há alguma, entre acompanhamento psicológico e psicoterapia não é muito clara.

Não há qualquer esboço de um planejamento da atenção psicológica desenhando no SAM-WL. As reuniões clínicas, sejam com a equipe geral, ou entre psicólogos/as, eram até o ano de 2019 inexistentes. Quando havia alguma reunião, geralmente tinha a finalidade de discutir questões administrativas, como escalas, férias etc.

Durante a coordenação anterior, um ou dois “casos complicados” foram discutidos em reuniões esparsas. Mais recentemente, a partir de 2018, tem havido um esforço por parte da coordenação, de discutir casos, documentos e referências técnicas nas reuniões gerais, as quais passaram a acontecer mensalmente, de modo a subsidiar a assistência às meninas e mulheres atendidas no serviço. No entanto, não houve ainda uma movimentação correspondente por parte dos/as profissionais de psicologia, não tendo sido realizado nenhum encontro para refletir coletivamente sobre a prática psicológica.

Os encontros rarefeitos e a falta de sistematicidade não significam, porém, ausência de reflexão sobre o fazer. As conversas informais, pessoais e em grupos de whatsapp, são canais de comunicação relevantes no cotidiano do SAM-WL, através dos quais discussões sobre o funcionamento do serviço, elementos pontuais sobre determinados casos, indicação de textos e eventos são corriqueiramente abordados. Por exemplo, em agosto de 2019, com a mudança para prontuário eletrônico, foi realizada uma breve discussão via aplicativo sobre quais os elementos considerados relevantes de se registrar, o que desembocou numa rápida conversa sobre o primeiro atendimento. Eventos e cursos de formação são compartilhados seja pelo desejo de aprendizado, seja pelo acréscimo na gratificação de desempenho<sup>29</sup> ao final do mês. Durante alguns meses, eu e mais duas psicólogas do serviço realizamos supervisão particular no CPPL<sup>30</sup>, tendo sido interrompida após o adoecimento de uma delas.

A dificuldade de se realizar encontros e reuniões se deve em grande medida ao regime de plantão e ao caráter hospitalar do serviço, que impede que profissionais de plantões

---

<sup>29</sup> A gratificação de desempenho foi implantada pela Lei Estadual Complementar nº 194/2011, sendo aferida a partir de indicadores institucionais e individuais consonantes com as prioridades do Modelo de Atenção e Gestão Estadual. Entre os profissionais não-médicos do SAM, seu valor gira em média em torno de R\$300 a R\$500 mensais.

<sup>30</sup> Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem é uma instituição privada que tem como objetivo prestar serviços em clínica psicanalítica, consultoria em gestão, formação e aperfeiçoamento no estado de Pernambuco e demais estados do nordeste.

diferentes se encontrem com regularidade. Some-se a isso o fato de que, devido à desvalorização da remuneração<sup>31</sup> dos profissionais de saúde não-médicos no estado, todos/as possuem um segundo vínculo público ou emprego na iniciativa privada, a fim de obter uma renda mais adequada às suas necessidades – o que torna ainda mais difícil conciliar agenda para encontros fora do horário de trabalho.

Apesar disso, ainda que haja conflitos significativos (como o que provocou no início de 2018 a saída de uma antiga psicóloga do serviço, após a equipe ter chegado ao consenso de que ela havia desrespeitado deliberações coletivas, quebrado o sigilo de um caso e ofendido a coordenadora, sendo levada a situação ao conhecimento direção do HAM, que a removeu de ofício), há, de modo geral, um clima amistoso de cooperação e diálogo não só entre psicólogos/as, mas entre demais profissionais do SAM-WL.

Essa solidariedade foi fortalecida, de uma maneira trágica, no falecimento de uma das psicólogas. Na quinta-feira, primeiro de agosto de 2019, uma das psicólogas me pediu, via whatsapp, que eu assumisse seu plantão noturno da próxima quarta-feira. Explicou que, há cerca de três ou quatro semanas, Edjane havia retornado à UTI. Ela se recuperava de um quadro de septicemia, após uma série de procedimentos cirúrgicos realizados em razão de problemas cardíacos que apresentara.

Essa psicóloga, amigos/as e familiares de Edjane, tendo percebido seu sofrimento em se manter isolada durante as noites no leito da UTI, conseguiram se articular para que ela fosse transferida para próximo a uma janela, através da qual conseguiam se revezar para lhe fazer companhia dormindo no hospital. Sabendo disso, outra psicóloga havia se oferecido para ajudar dando um plantão a aquela ou, ainda para uma terceira, que também se colocou à disposição para ser uma das acompanhantes de Edjane. Agora, a primeira das psicólogas pedia auxílio também a mim e ao outro psicólogo do serviço para que ela ou outra pudessem dispensar seus plantões noturnos, de modo a ficarem próximas a Edjane.

Edjane, eu e os demais éramos até então um/a dos/as seis os/as psicólogos/as do SAM-WL. Cinco dias depois, no grupo do whatsapp do SAM-WL, foi comunicado o falecimento de Edjane, a qual, após um período de recuperação em que voltara a respirar sem auxílio de oxigênio, teve uma parada cardíaca ao se levantar pela primeira vez após a internação, vindo a óbito aos 49 anos.

---

<sup>31</sup> Meu vencimento do cargo de Analista em Gestão em Saúde, o qual conta adicional de 15% devido ao mestrado, de acordo com o Portal da Transparência de Pernambuco, é atualmente R\$1.791 mensais. Com a gratificação adicional de plantão (R\$887,41) e vale alimentação (R\$70,00) – chamado ironicamente de “vale coxinha” – totaliza uma remuneração bruta de R\$2.749,79, ao qual se aplica ainda descontos da previdência e imposto de renda.

Em seu velório, estávamos presente parte da equipe do SAM-WL, profissionais e usuários do CAPS Livremente<sup>32</sup> - no qual Edjane também trabalhava -, pessoas ligadas ao CPPL e à luta antimanicomial em Pernambuco, sua mãe, irmãos, sobrinha e amigos. Hinos de louvor se juntavam à prantos copiosos e breves elegias sussurradas ao pé do ouvido. Alguns homens, dentre eles usuários do serviço de saúde mental onde exerceu boa parte de sua vida profissional, carregaram seu caixão até o carro da funerária, o qual seguiu em cortejo até o jazigo onde foi enterrada no cemitério de Santo Amaro<sup>33</sup> em Recife, sob os gritos de “Edjane! Presente! Manicômio nunca mais!”<sup>34</sup>

O falecimento de Edjane e o luto da equipe por sua perda foi também uma oportunidade para o estreitamento de laços entre os profissionais do SAM-WL. Ao mesmo tempo, seu funeral permitiu entrever as redes nas quais ela estava inserida, ou seja, não só na assistência a mulher e adolescente em situação de violência no estado de Pernambuco, mas também na assistência à saúde mental no município de Recife, assim como no movimento da luta antimanicomial e na psicanálise no estado.

Infelizmente, não foi possível durante o percurso dessa pesquisa dialogar antes de seu falecimento sobre a escuta psicológica que ela exercia. No entanto, esse silêncio colocado pela sua morte reverbera a partir dos vínculos construídos durante sua vida e trajetória profissional. Do mesmo modo, não é possível ignorar em relação aos demais profissionais do SAM-WL que sua atuação no serviço não se conforma apenas seu exercício pontual, mas, assim como o meu, integra um processo de formação pessoal e profissional envolto em discursividades, sensibilidades e moralidades, as quais que eu pretendia abarcar numa metodologia de pesquisa.

#### **4.4 O processo de produção de narrativas sobre escuta psicológica no SAM-WL**

Tendo em vista as distintas formações, trajetórias profissionais, espaços de atuação e militância dos psicólogos/as do SAM-WL, optamos como estratégia utilizar individualmente da metodologia da MPN a fim de se produzir narrativas da escuta psicológica por cada um dos/as psicólogos/as a meninas e mulheres em situação de violência sexual. Optamos assim também pelo desejo de que emergissem uma diversidade de formas de exercer a escuta

---

<sup>32</sup> O CAPS Livremente, localizado no bairro de Boa Viagem, pertencente ao distrito sanitário VI do município de Recife, atende a pacientes com transtornos graves, em situação de sofrimento psíquico, fazendo parte da Rede de Atenção Psicossocial da Prefeitura da Cidade de Recife, a qual se estrutura a partir de oito distritos sanitários.

<sup>33</sup> O Cemitério Senhor Bom Jesus da Redenção, mais conhecido como Cemitério de Santo Amaro, é o maior da cidade de Recife, localizado no bairro de mesmo nome, em área central do município.

<sup>34</sup> Roberto Efrem (2017) define essa chamada como um ritual de pranteamento próprio dos movimentos sociais, a partir do qual se lamenta a perda de companheiros de luta que se foram e se reforça a constituição de um sujeito político.

psicológica, mas também devido: 1) a ausência de um norte ou delineamento coletivo ou institucional dessa escuta; 2) a comodidade em acessar cada profissional separadamente em seu plantão; 3) a curiosidade pessoal de conhecer melhor a conduta de cada colega no serviço; e 4) a tentativa de evitar se criar alguma animosidade ou comparação entre as distintas formas de proceder.

Esperávamos, de algum modo, que a diversidade dos relatos contemplasse aspectos não só pouco discutidos no SAM-WL em específico, mas que diziam a respeito a escuta psicológica de um modo geral, principalmente, no tocante a poder e relações de gênero, sexualidade, raça, classe etc. Para isso, buscamos trazer esses elementos mais explicitamente no próprio roteiro da entrevista realizada junto aos psicólogos/as do SAM-WL (ver Apêndice A). Esse roteiro foi adaptado de pesquisa anterior do GEMA/UFPE para psicólogos/as em serviços de atendimento a pessoas em situação de LGBTfobia, realizada no ano de 2018, cujo título era “Atenção psicossocial no contexto das estratégias governamentais para enfrentamento à violência baseada em orientação sexual e/ou identidade de gênero”.

Antes das entrevistas propriamente dita, no dia 12 de setembro de 2019, embora a tese já fosse assunto informal de conversa entre a equipe do SAM-WL, apresentamos formalmente em reunião uma síntese dos objetivos da pesquisa. Essa apresentação foi feita com o intuito de fortalecer a transparência e o compromisso junto a equipe em busca ensejar um processo cuidadoso de reflexão crítica sobre o fazer profissional. As conversas foram realizadas, posteriormente de 25 de setembro a 10 de outubro de 2019, duraram em torno de 1h30 cada. A primeira versão dos relatos foi concluída e enviada aos psicólogos/as 17 de dezembro, terminando o processo de modificação em 30 de janeiro de 2020.

Inicialmente, enfrentamos dificuldade em relação a escrita do relato inicial, por se se manter preso aos moldes de uma pesquisa qualitativa tradicional, respeitando a ordem e a fala do entrevistado, tal qual uma transcrição fosse. Durante o processo, no entanto, antes mesmo de enviar a primeira versão aos profissionais de psicologia, se fez uma revisão dos relatos, buscando compreendê-lo como uma coprodução, sem receio de que a edição e o uso de expressões que julgamos mais adequadas para a escrita fossem utilizadas, já que ainda seriam posteriormente validadas.

O relato foi escrito tomando a mim como narrador, com intenção justamente de me fazer mais visível na autoria do texto, muito embora tenha se escolhido omitir a dialogia, a fim de facilitar a leitura do texto. Quando se quis enfatizar algum termo ou expressão da pessoa entrevista, se usou aspas. Assim, as narrativas produzidas foram organizadas de acordo com a seguinte sequência: 1) Apresentação do/a psicólogo/as; 2) Escuta a meninas ou mulheres em

situação de violência sexual no SAM-WL; 3) Acompanhamento psicológico no SAM-WL; 4) Afetações no processo da escuta no serviço.

Uma das psicólogas aprovou o texto sem modificações, outro fez algumas modificações pontuais e duas relataram algum desconforto com a leitura das narrativas. Uma delas, embora não tenha discordado do conteúdo em si, relatou incômodo em ter se colocado de maneira tão “desprotegida”, tendo receio a respeito da “exposição” que poderia gerar, não só dela mesma, quanto de pacientes. Segundo ela, embora se sentisse segura quanto a sua atuação, a informalidade da conversa proporcionou que alguns trechos do relato pudessem ser mal interpretados. A ela, foi assegurada a possibilidade de revisão completa, inclusive, um novo encontro no qual pudessemos analisar conjuntamente o que ela consideraria pertinente de manter ou retirar e, caso fosse seu desejo, excluir o relato da pesquisa. Nenhuma dessas possibilidades se mostrou necessária, tendo ela preferido realizar sua revisão também virtualmente, a partir de marcações e anotações no Word.

A segunda demonstrou desconforto com a possibilidade de ter cometido algum equívoco, afirmando inseguranças na profissão e na atuação profissional. A ela, foi assegurada a qualidade do conteúdo do seu relato, inclusive a possibilidade de explorar as inseguranças e equívocos como uma vantagem não só da metodologia, mas para discussão da escuta psicológica no SAM-WL, visto que são exatamente esses problemas que, acreditamos, são silenciados nos modos como falamos e escrevemos sobre nosso fazer. Reasseveramos o compromisso ético na promoção de reflexão crítica sobre o fazer profissional, não a crítica pessoal, tendo em vista que os problemas e dificuldades apontados não podem ser atribuídos a um ou outro profissional individualmente, mas aos problemas da formação em psicologia e do seu exercício precário em um serviço público de saúde.

Tais preocupações, contudo, não são irrelevantes. Em se tratando de pesquisa sobre uma atuação profissional que atravessa temas tão sensíveis como a violência sexual e o aborto, num serviço tão invisibilizado quanto o SAM-WL, cujos profissionais podem ser facilmente identificados por quem estiver mais familiarizado, o compromisso ético do pesquisador em proteger os pesquisados, bem como as pacientes presentes em seu relato, não pode se reduzir ao Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE) exigido pelo Comitê de Ética da UFPE, ao qual essa pesquisa foi submetida.

No que diz respeito às pacientes, quaisquer riscos de quebra de sigilo e violação da privacidade são facilmente dirimidos ao se omitir o nome e outros elementos que caracterizem especificamente de quem se fala. Já em relação aos/as profissionais, ainda que se faça o uso de pseudônimo, isso não elimina a possibilidade de reconhecimento pelos demais profissionais ou

por quem de algum modo conheça mais a respeito do SAM-WL. Isso, no entanto, foi colocado e negociado junto aos/as psicólogos/as tanto durante a conversa realizada, quanto na capa da primeira versão do relato enviado (ver Apêndice B).

Nessa instrução, descrevi tanto o que foi feito, quanto o que esperava que eles pudessem fazer e, ainda, o que não pôde ser feito. Esse último tópico referia-se à intenção de poder compartilhar entre nós os relatos construídos para que pudéssemos discutir coletivamente, o que, infelizmente, devido ao prazo para entrega da tese, não foi possível realizar. Mas assumimos o compromisso de fazê-lo posteriormente.

Enquanto esperava o retorno dos psicólogos/as em relação aos relatos, iniciei a construção de ensaios a partir das reflexões que a primeira versão destes geraram. Cada narrativa, não se prestando a ser submetida a análise, visto que já traz em seu bojo um processo dialógico e reflexivo por si só, é apresentada independentemente. A elas se seguem as provocações ou ensaios gerados pelas inquietações emergidas na própria feitura das narrativas, em conjunto com a minha vivência enquanto psicólogo do SAM-WL, pesquisador do GEMA/UFPE e doutorando no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFPE.

Os ensaios não tem pretensão de exaurir, nem se ater exclusivamente a apenas um dos relatos, mas se deu com base em elementos que se encontram dispersos entre eles. Constituiu num esforço de conjugar certa sistematicidade ao efeito de fragmentação e heterogeneidade das narrativas, a fim de dar conta de múltiplas perspectivas possíveis sobre a escuta psicológica, quanto contribuir para propor uma reflexão crítica sobre estas. Aos psicólogos/as do serviço foram dados nomes com fins de homenagear figuras importantes para o feminismo e a educação em Pernambuco, a saber Ivone Gebara, Maria Jesus de Moura, Betânia Ávila e Paulo Freire.

## 5 IVONE: “UM SERVIÇO QUE AJUDA A PENSAR”

Numa quarta-feira, 25 de setembro de 2019, pela tarde, como combinado anteriormente, me encontrei com Ivone para conversarmos. Por quase duas horas, trocamos um pouco de nossas experiências na sala de atendimento psicológico do SAM-WL, precisando fazer um ligeiro intervalo na metade para depois poder retomar. Ivone é uma mulher franzina, de fala suave e doce, que expressa, entre dúvidas e inseguranças, um pensamento arguto.

Declarou-se mulher cis, heterossexual e parda. Disse não possuir religião, mas frequentar eventualmente espaços religiosos cristãos com sua família, a qual é originária de Bom Conselho, interior de Pernambuco. Contou ter concluído a graduação em psicologia em 2010, pela UPE, no *campus* de Garanhuns, onde também fez sua especialização em Saúde Pública no ano de 2012.

Finalizou, em 2014, residência em Psicologia na área de Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas da UFPE. Nessa mesma universidade, lembrou, obteve o título de mestra em Saúde da Criança e Adolescente, defendendo dissertação que teve como coorientador Jorge Lyra, um dos coordenadores do GEMA/UFPE.

Teve ainda, segundo ela, experiência profissional na Assistência Social, atuando brevemente, após o término de sua graduação, nos CRAS dos municípios de Águas Belas (03 meses), Arcoverde (02 meses) e Bom Conselho (01 mês). Desde 2017, declarou, atua como psicóloga no Hospital Naval de Recife, sendo militar de 2ª Classe da Marinha do Brasil. E, a partir de 2018, ingressou no SAM-WL.

Ivone revelou não ter recordação de ter discutido sobre violência sexual ou aborto durante a sua formação na graduação, especialização e mestrado. Nem teve, lembrou, antes do seu ingresso no SAM-WL, contato com pessoas que afirmaram vivenciar situação de violência sexual ou realizado aborto legal. Quando muito, considerou que durante sua residência se abordou o tema da violência obstétrica.

Declarou que, além das normas técnicas do Ministério da Saúde, adota também nota técnica do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (2018) que orienta sobre o atendimento a mulheres em situação de interrupção voluntária de gravidez como norte de sua atuação. Avaliou, contudo, que tanto estas, quanto a literatura científica que teve acesso deixam a desejar em relação a especificidade do atendimento a pessoas em situação de violência sexual e/ou abortamento legal, citando, por exemplo, a insuficiência em relação a como manejar o medo, recorrente no relato das pacientes atendidas.

Questionou-se se isso se referia a um maior desconhecimento seu da literatura, ou a uma ênfase mais teórica e estatística a respeito da problemática da violência sexual nas referências que chegou a consultar. Compartilhou, também, sua dúvida a respeito das dificuldades em pensar a partir de sua abordagem teórica de base analítica as questões com que lidava no atendimento. Interrogou-se, por exemplo, ainda tratando a respeito do medo, se não estaria adotando uma “compreensão cognitivista”, ao pensá-lo como algo que nem sempre emerge diante de um “risco real”, mas diante de “associações” que a paciente realiza com elementos vivenciados durante a violência sofrida.

Apesar, todavia, de acreditar na necessidade de mais leitura, assegurou-se que “a clínica” também se desenvolve no próprio fazer. Nesse sentido, citou a experiência adquirida no serviço, a experimentação nos atendimentos e a reflexão pessoal ou em psicoterapia como as principais ferramentas utilizadas para desenvolver sua escuta no SAM-WL.

### **5.1 Escuta inicial por Ivone a pessoas em situação de violência sexual**

Ivone defendeu a relevância da escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual com base na própria formação profissional, a qual acredita ser mais voltada para oferecer um “acolhimento” e um “suporte necessário”. Por se tratar também de uma violência que se dá no âmbito da sexualidade, que perpassa a intimidade das pacientes e envolve questões sobre consentimento, prazer e privacidade, traz consigo um “conteúdo psicológico”. Além disso, em sua compreensão, pode permear questões ou problemas prévios da pessoa, tais como a autoestima, dificuldade de socialização ou medo da morte, que, ao seu ver, são pertinentes à psicologia.

Ao mesmo tempo, enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar, acredita que outras escutas enriquecem o atendimento e tornam mais prazeroso seu trabalho à medida em que coloca em diálogo distintas opiniões, facilitando compreender a paciente de uma “forma holística”. Apontou, por exemplo, a ansiedade gerada pelos exames médicos como um exemplo de situação em que esse diálogo pode ser produtivo. Acredita que a escuta psicológica pode contribuir junto à equipe para uma maior “sensibilização” dos/as demais profissionais e para “humanização” do atendimento à paciente, com base na sua história, ao chamar atenção para “dimensões” que considera relevantes de sua vida (afetiva, familiar etc.).

Ivone disse preferir fazer a escuta inicial junto com a assistente social. Para ela, atender conjuntamente é tanto uma forma de evitar a repetição de um relato doloroso pela paciente, como uma forma de aprendizado a respeito do “olhar do serviço social”, inclusive para

identificar melhor demandas a ser encaminhadas àquelas profissionais. Por isso mesmo, quando a primeira escuta à paciente no serviço é realizada somente pela assistente social, Ivone adota uma maior cautela maior para evitar que a história da violência seja recontada.

Reconhece que a narrativa da violência sexual não provoca sofrimento somente à paciente, mas também a profissional que lhe escuta. Acredita que são necessários alguns “mecanismos de defesas” para que essa escuta cotidiana das violências não lhe afete negativamente, mas se percebe desprovida destes em algumas situações. A depender, por exemplo, do modo, do detalhamento e da intensidade com que outro/a profissional do serviço lhe repassa, admite sentir mal-estar.

Lembrou, por exemplo, de uma ocasião em que se sentiu mal, quando lhe foi reportado por uma outra profissional do plantão o episódio de violência que uma paciente contou ter sofrido. Tratava-se de uma mulher que estava passando férias em um município de interior e foi a um barzinho da cidade na companhia de amigas, tendo aceitado, pela ausência de transporte com que pudesse voltar, uma carona para voltar para casa na moto oferecido por um homem que estava no estabelecimento. Ele a levou a um motel, onde a estuprou. Como ela resistiu, tentou leva-la a um outro local, mas enquanto ela era conduzida na moto, tentou fugir diversas vezes, se machucando bastante.

Ivone ficou comovida tanto com o relato detalhado desse episódio feito pela profissional, como com as marcas que a paciente trazia em seu corpo, as quais supôs que teriam consequências para sua “autoimagem”. Ainda mais, mobilizou-se com o sofrimento dela ante a negativa das testemunhas, que a viram sendo levada na moto, em se pronunciar em sua defesa por medo de uma represália. Sendo também natural de município do interior, Ivone acreditava que isso se devia a banalidade com que conflitos são resolvidos através da violência e do assassinato nessa região do estado.

Tanto para evitar intensificar o sofrimento da paciente, como para não sofrer também impacto daquele, portanto, Ivone busca se ater mais com o “estado da paciente” em suas “múltiplas dimensões”. Especificou que, desse modo, no primeiro atendimento visa abranger tanto “sentimentos” da paciente, como seu “contexto familiar”, a situação prévia da relação conjugal, quando há e, também, o que denominou como “recursos pessoais”. Nestes últimos, incluiu a “condição de saúde mental” (presença de “sintomas psicopatológicos”, como falta de apetite, dificuldade de sono, pesadelos, fobias etc.), “concepção sobre violência sexual”, “capacidade de autoavaliação” e o “suporte do entorno social”.

Por exemplo, no que diz respeito a “concepção sobre violência sexual”, supõe com base nos atendimentos realizados por ela, que uma agressão perpetrada por um desconhecido em

relação a paciente possivelmente tem repercussões distintas do que quando realizada por um parceiro sexual. A primeira, a seu ver, causa mais repulsa e pode vir mais associada a uma possibilidade maior de trauma do que a segunda. Lembrando de uma paciente que se condenava por ter reagido a situação, o que surpreendeu Ivone porque até então havia escutado das demais justamente o contrário, avaliou haver formas distintas como cada uma se culpabiliza pela violência vivida.

A raça, nível de renda e idade também são elementos que parecem relevantes à Ivone. Como há um número elevado de casos no serviço público de mulheres com esses marcadores (pobres, negras e jovens), os considera como um “fator de risco” para violência sexual e também um obstáculo para acessar e ser acompanhada pelo serviço, devido à dificuldade, por exemplo, com a locomoção pelo gasto financeiro, o que impacta na sua recuperação e, conseqüentemente, em sua autonomia. Pensa haver uma percepção de homens autores de violência que os faz sentir autorizados a violentar essas mulheres. O racismo para ela, nesse sentido, é “bem explícito na pele das pacientes”.

O território em que a paciente reside é, sem dúvida, para Ivone, um aspecto importante a ser considerado na sua escuta. Associou a realidade de município de interior a dos bairros periféricos no modo como se lida com a violência contra as mulheres, levando em consideração que ambas se baseiam numa vivência comunitária mais aproximada, na qual as pessoas “sabem uma da vida das outras”. Segundo ela, isso torna mais difícil a “superação da violência”, já que há um receio maior no modo como pode ser olhada ou apontada pelos demais. Além disso, nota, esse estigma da violência sexual na comunidade faz reviver frequentemente o sofrimento da agressão vivenciada.

Em sua compreensão, em que pese os conservadorismos e tabus em torno da violência sexual e também do aborto, a religião das pacientes desponta em grande medida como um suporte ou uma forma de dar sentido a experiência vivida. Recordou-se, por exemplo, de uma adolescente atendida por ela no SAM-WL, a qual veio acompanhada pela tia. Embora a própria adolescente estivesse sofrendo em decorrência da violência, como sua tia estava desconsolada, aquela se via na condição de apoiar a tia: “Deus tem um plano pra tu”. De acordo com Ivone, a religião apareceu nessa situação como uma forma de cuidado da paciente para quem estava tentando cuidá-la, mas apresentava um sofrimento mais intenso ou visível.

Aliás, em relação às adolescentes, Ivone admitiu sentir certa dificuldade na escuta inicial. Compreende que existem várias formas de ser adolescente e se questionou se o problema diz respeito a diferença do modo como ela foi adolescente em relação ao das pacientes atendidas. Ou, ainda, se se trata talvez de uma “limitação de fala” das adolescentes, ou de

alguma “falta de empatia” sua em relação a elas. Apontou, por exemplo, que as compreensões distintas suas e das adolescentes em relação à gravidade da violência relatada aparecia como obstáculo no atendimento.

Afirmou, no entanto, adotar cautela para que sua concepção sobre a violência não se imponha à adolescente. Acredita, nesses casos, que seja válido propor reflexões sobre autonomia, consentimento e limites corporais, para que ela entenda que ninguém está autorizado a tocar no seu corpo sem que ela queira. Disse, ainda, se valer comumente do desenho não como teste projetivo, mas como forma de comunicação.

Embora prefira escutar inicialmente quem sofreu a violência sexual, posteriormente, amplia a possibilidade da escuta ao familiar ou acompanhante. Justifica a necessidade disso, ao considerar que eventos como adoecimento, violência e suicídio afetam todo entorno de quem vivencia, sendo necessário “acolher” também o sofrimento de familiares. No caso especificamente da violência sexual, considera ser relevante também para prevenir ou amenizar a culpabilização sofrida pela paciente. E, principalmente nas situações de violência sexual intrafamiliar, contribuir no enfrentamento aos silenciamentos, conflitos e a perpetuação da violência por um mesmo autor através de gerações da mesma família.

Nesse sentido, lembrou-se de uma adolescente, com menos de 14 anos, a qual veio ao SAM-WL devido a estupro de vulnerável pelo cunhado, mas não compreendia como violência a relação sexual mantida com ele, que o teria “seduzido” através de elogios. De acordo com Ivone, o sofrimento de que a adolescente se queixava não era decorrente dessa relação sexual, mas dos conflitos com a irmã, que passou a vivenciar após a situação. Ivone também a atendeu, bem como a mãe, a qual, segundo ela, relatou estar em choque, visto ter deixado de se relacionar com homens devido ao temor de que suas filhas sofressem abuso sexual pelo seu parceiro.

Rememorou também o atendimento a um adolescente trans, que antes de sua transição, foi abusado sexualmente pelo avô, o qual já havia abusado previamente da mãe daquele. Na época, ela se mantivera em silêncio e, agora, após o adolescente denunciar o avô, passou a ser condenado pela avó, esposa do autor da violência, por ter “destruído a família”, contou Ivone.

No que diz respeito a escuta dos companheiros de mulheres em situação de violência sexual, Ivone apontou a necessidade de se trabalhar elementos associados à “masculinidade”, os efeitos da violência sobre o casal e formas de cuidado com a companheira. Acredita que, devido ao machismo vigente na sociedade, muitas vezes a violência sexual é percebida pelos homens como traição: “minha mulher foi tocada por outra pessoa”.

Por último, no que diz respeito a escuta a mulheres grávidas decorrente de estupro, Ivone julga importante não só abordar o interesse em interromper a gestação, mas, considerando que

elas não viriam ao SAM-WL caso não estivessem grávidas, entende que é necessário também minimizar a ansiedade decorrente da gestação indesejada e do procedimento de aborto. Para isso, acredita ser necessário compreender qual a sua representação do feto, sua concepção e de seu entorno sobre o aborto e trabalhar questões sobre a autonomia corporal: “de quem é o seu corpo”?

## **5.2 Acompanhamento de Ivone a pessoas em situação de violência sexual**

Ivone afirmou oferecer “psicoterapia individual” no SAM-WL para pacientes com um “maior grau de elaboração”, o que não atribui à escolaridade, nem a outro fator mais objetivo, mas a motivação de fazer do atendimento psicológico um “momento de reflexão e autoconhecimento”. Entende que, no caso de portadora de transtorno grave, isso se dá com muita dificuldade ou é mesmo inviável, sendo mais cabível, em sua concepção, oferecer um “suporte”. Declarou, ainda, ter desejo de realizar “grupos”, por considerar a utilidade de tratar questões similares entre pacientes e pelo próprio apoio que uma paciente poderia oferecer a outra.

Para Ivone, o acompanhamento psicológico é importante para avaliar a necessidade de encaminhamento para serviço de saúde mental. Embora confesse resistência em propor encaminhamento a psiquiatra, considera que tanto a avaliação pelo médico, quanto os psicofármacos podem ser ferramentas importantes para se lançar mão a depender da situação de sofrimento da paciente. Verifica que, quando os “recursos pessoais” e o próprio acompanhamento psicológico não dão resultado e há uma piora dos sintomas psicopatológicos referidos pela paciente, há necessidade de se encaminhar para um CAPS ou Policlínica.

Em relação ao processo psicoterapêutico, abordou especificamente o medo trazido pelas pacientes após a situação de violência vivenciada. Considera primeiro ser necessário pensar em “estratégias” para lidar com essa dificuldade. Por exemplo, falou de uma paciente cuja violência vivenciada ocorreu durante a noite, a qual se queixava de ter mais medo durante esse turno, tendo passado a dormir mais cedo como uma forma de evitar o problema.

Defende a necessidade de apontar “sugestões práticas” para lidar com problemas apresentado pelas pacientes. Contou sobre uma mulher que tinha dificuldade de dormir devido ao medo do escuro, a qual aconselhou colocar uma luminária ao lado da cama para que pudesse se sentir mais segura. Entende que a associação com o escuro se dá pela crença de que a noite, espaços mal iluminados e desertos são mais propícios ao estupro. No entanto, acredita que

oferecer uma solução mais pragmática é mais apropriado do que inicialmente buscar o que a escuridão remete a ela.

Em um segundo momento, julga ser possível refletir sobre essas estratégias e suas implicações para a vida da paciente. Aponta que, mesmo alguma delas sendo aparentemente ineficazes, podem ser acionadas como uma forma de amenizar o medo de uma nova agressão. Lembrou, nesse aspecto, de uma paciente que ela acompanhou, que referia se sentir mais segura ao andar junto com sua filha de 12 anos, a qual, segundo Ivone, não tinha qualquer condição de protegê-la de um novo episódio de violência.

Aposta, numa última etapa, sem desprezar o risco de uma nova violência, na necessidade de questionar esse medo diretamente, ou a partir da analogia com outras situações amedrontadoras já vivenciadas por ela ao longo da vida, facilitando “viver ainda que na incerteza”.

Diante das ausências e abandonos recorrentes das pacientes, questiona-se se não estaria falhando no “enquadramento” da escuta psicológica, situando melhor seus limites e possibilidades, bem como a necessidade de sinalizar encerramento ou desistência. Defende, nesse sentido, a ligação telefônica para paciente que falta o atendimento como uma forma de “acolhimento”, mas se ainda assim ela não retornar, acha melhor não insistir.

Mesmo em relação a uma “alta acordada”, de uma adolescente de 12 anos que realizou aborto legal, a qual Ivone acompanhou ainda por três meses depois do procedimento, se interrogou sobre a pertinência desse desfecho. Questionou-se até que ponto sua finalização não se deu também em decorrência de sua dificuldade própria em suportar os silêncios e a limitação de fala da menina, ainda que acreditasse que ela tivesse “elaborado” a experiência que havia vivido.

Nessa situação específica, a menina, segundo Ivone, não havia mantido relação sexual antes de sofrer um estupro. Evangélica, sua queixa se devia mais ao seu afastamento das atividades da igreja pelo pastor, que tomou conhecimento da situação. Ivone se perguntava durante os atendimentos se ela tinha “noção” do que teria se passado. O rompimento do hímen devido a um estupro, entendido como perda da virgindade, que é algo importante para mulheres de algumas denominações evangélicas antes do casamento, provocou sua exclusão temporária na sua comunidade religiosa. Apesar disso, depois de conversas da família com o pastor, contou Ivone, este retrocedera em sua decisão, concordando com o retorno da adolescente para atividades religiosas da igreja. E, muito embora professassem preceitos cristãos contrários ao aborto, tanto ela, como a família concordaram em realizar o procedimento.

Ivone se mostrou insatisfeita em relação a esse caso ao repensar a possibilidade de ter trazido outros conteúdos para dialogar com a adolescente. Ao mesmo tempo, avaliou que a paciente falou suficientemente tanto sobre o estupro, como sobre o aborto. Julgou que ela estava se “organizando” após tudo o que viveu, tinha o “suporte” de toda a família e, além da escola, desenvolvia a contento atividades extraescolares. Mesmo assim, ao finalizar o processo psicoterapêutico, manteve a “porta aberta” para ela a qualquer momento, chegando a indicar que ela voltasse quando não estivesse bem, ou vivenciasse algum receio em relação a algum aspecto de sua sexualidade.

### **5.3 Afetações de Ivone na escuta psicológica**

Ivone afirmou se questionar a todo tempo sobre sua escuta no serviço. Mesmo em atendimentos com pacientes antigas, busca repensar suas formas de cuidado. Ainda que tenha dito se sentir mais à vontade com aquelas que aparentam algum esforço para superar as dificuldades enfrentadas, logo depois se corrigiu pensando que isso não diz respeito a paciente, mas a si própria. O modo como a paciente se coloca diante dela no atendimento não necessariamente diz respeito a como vive fora dele, pensou. É possível que a paciente demonstre melhora na tentativa de agradar ela e o retorno do trabalho precisa dizer respeito a paciente e não a profissional que lhe atende.

Trabalha na sua psicoterapia pessoal em como “lidar com a falta” diante das pacientes. Para ela, essa falta diz respeito às situações em que ela não sabe como reagir, o que fazer, ou qual será sua intervenção. Essa “falta” se apresenta principalmente na escuta inicial, que lhe trazem uma maior insegurança, já que não conhece “o terreno em que vai pisar”, como se dará a “vinculação” e que afetos serão “mobilizados” nela própria.

Por exemplo, falando a respeito do acompanhamento de dois pacientes, uma mulher transexual e um adolescente trans, admitiu ter tido dificuldade em relação ao uso do nome social. A primeira, passando a ter mais medo de sofrer violência física em 2019, começou a se descaracterizar, cortando o cabelo curto e usando roupas masculinizadas. Com isso, Ivone a tratou indevidamente algumas vezes no masculino, o que foi trazido como um incômodo pela paciente e trabalhado ao longo do atendimento.

Pouco tempo depois, acompanhou durante cinco encontros o adolescente transexual referido anteriormente, o qual tinha 16 anos de idade. Muito embora, devido ao caso de antes, tenha se policiado para não lhe chamar pelo nome de registro, isso lhe gerou tamanha angústia que acabou por fazê-lo diante de sua família. Em atendimento individual, contudo, o chamou

apenas pelo nome social. E, além do mais, identificou que a família o trouxe devido a um mal-estar com sua identidade de gênero masculina.

Inicialmente, considerou que ele poderia necessitar de algum suporte ainda devido ao abuso sexual. Embora ele em algum momento tenha chegado a se cortar, havia abandonado a prática e seus ferimentos estavam cicatrizados. Foi após cortar o cabelo curto, adotar roupas masculinas, se identificar como transexual e começar a namorar com uma menina que sua família, evangélica, lhe tomou o celular, passou a proibir que saísse de casa e lhe trouxe de volta ao SAM-WL.

Apesar de sua dificuldade inicial com o nome social do adolescente, Ivone contou ter se esforçado por demarcar que sua função ali não era lhe transformar ou mudar de acordo com os desejos de sua família, mas oferecer um apoio para enfrentar a convivência com a família dela. Ainda que ele lhe tenha revelado planos de sair de casa e se tornar independente, considerou que seriam necessários viver junto aos pais por pelo menos dois anos ainda. Logo, o que poderia obter através do acompanhamento psicológico no SAM-WL era uma forma de resistir ao sofrimento provocado por eles.

Mostrou-se indignada em relação a situações de violência sexual intrafamiliar, na qual os demais familiares se voltam contra a pessoa que sofreu a violência. Para ela, o suporte familiar é importante na recuperação da paciente e sua ausência é mais uma violência na série daquelas que acomete a pessoa violentada sexualmente. Por outro lado, se choca com as diversas formas que se exime a responsabilidade do autor da violência, por exemplo, ao nomeá-lo como “louco”.

Acredita que a escuta psicológica no SAM-WL exige um maior autocuidado por parte do profissional. Apesar dos receios que passou a ter depois de escutar diversas situações de violência, diferencia suas experiências das pessoas que atende e se arrisca a viver “loucuras”, podendo conversar sobre isso em sua terapia pessoal. Concordou que é possível que a intensidade do sofrimento que entra em contato a faz ter vontade de “extravasar”. Sente-se mais adulta, autônoma e mais à vontade de vivenciar sua sexualidade sem muitos receios.

Embora ache difícil o trabalho, envolvendo uma diversidade e complexidade de situações que chegam ali, gosta da equipe e do ambiente do SAM-WL. Afirma que o serviço é fruto de um “olhar das políticas públicas para uma realidade que não podia ser negada, mas que durante tanto tempo foi encoberto”. Por isso, sente ser um “privilegio” poder atuar nele e uma possibilidade de contribuir para o “empoderamento feminino e LGBT”.

“É um serviço que ajuda a pensar”, disse. “Um espaço de troca, de convivência e de reflexão”, visto que os colegas são questionadores, gostam de discutir e contextualizar as

situações vivenciadas. Reconhece ser importante para ela como pessoa, ao lhe permitir pensar sobre a “diversidade”, sobre “como se colocar no mundo”, sobre “o respeito ao próximo” e sobre os “limites em relação aos outros”.

## 6 MARIA JESUS: “EU ESTOU EM RISCO”

Conversei com Maria Jesus logo na sequência de Ivone, já que seu plantão noturno se dava em seguida, à noite do dia 25 de setembro. Como tínhamos mais afinidade, nos conhecendo desde a época da graduação, o diálogo se deu num clima de bastante informalidade e intimidade, motivo que posteriormente a fez se sentir “desprotegida” na leitura do relato.

Ela disse ter 33 anos, ser mulher cis, bissexual, “mas sem paciência para homem”, parda e católica, tendo concluído a graduação em Psicologia na UFPE em 2008. Em seguida, contou, obteve especialização em Saúde Mental pela Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE) e foi, ainda, residente no Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental do Hospital Ulysses Pernambucano, terminando ambas em 2011. Nesse mesmo ano, foi contratada pela Prefeitura Municipal de Camaragibe, contribuindo até 2012 no processo de desinstitucionalização dos ex-usuários/as do Hospital José Alberto Maia. Ainda em 2011, se tornou servidora da Prefeitura Municipal de Recife, trabalhando no CAPS Espaço Livremente, onde conheceu Edjane. Manteve-se lá até o ano de 2016, quando ingressou no SAM-WL.

Maria Jesus trabalha também, desde 2014, no Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante da UFPE (NASE/UFPE), atendendo ambulatorialmente discentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica e/ou violação de direitos. Em 2018, ingressou no Mestrado Profissional em Políticas Públicas da UFPE, dedicando-se a pesquisar sobre seu campo de atuação na assistência estudantil. No mesmo ano, organizou o Protocolo de Atenção a Mulher em Situação de Violência na UFPE, cuja proposta foi resultado de uma audiência pública exigida por um coletivo de mulheres formado por estudantes, após situações de violência sexual ocorrida no campus da universidade. Participou, ainda, como derivado dessa mobilização, de evento de lançamento da campanha de enfrentamento a violência contra mulher promovida pela UFPE. Considera que, sob esse aspecto, seu trabalho no SAM-WL tem contribuído para sua atuação no NASE/UFPE.

Embora tenha dito que em sua formação não entrou em contato com o tema da violência sexual, contou ter alguma experiência prévia ao SAM-WL com pessoas em situação de violência, principalmente mulheres que sofreram violência doméstica e, em menor quantidade, também violência sexual. Situações de “desorganização psíquica”, disse, especificando o “surto” ou “uso prejudicial de substâncias” – as quais era solicitada a intervir em sua atuação no campo da saúde mental–, “vulnerabilizam” as mulheres em relação a violências.

No CAPS, contou ter acompanhado uma paciente que, além de portadora de transtorno mental, fazia uso de crack. Certa vez, disse, como ela não tinha condições de pagar pela droga

que havia consumido, sofreu um estupro e foi encontrada vagando nua em via pública. Como ela, na concepção de Maria Jesus, “naturalizava” a violência sofrida como decorrência da impossibilidade de pagar o que havia utilizado, Maria Jesus julgou na ocasião ser necessário nomear a situação vivenciada como estupro.

Não conhecia, entretanto, antes de seu ingresso, o SAM-WL. Nem havia encaminhado nenhuma paciente anteriormente ao serviço. Apesar disso, acredita que seu percurso na saúde mental facilitou sua atuação na instituição, na medida em que frequentemente atende pessoas portadoras de transtorno mental e, mesmo quando ausente nas pacientes do serviço alguma psicopatologia, trazem ainda assim intenso sofrimento psíquico. Tem prazer em atuar em espaços onde um encontro com a pessoa possa fazer diferença, como é para ela o caso das “situações de crise”.

Não acredita que qualquer pessoa que consiga trabalhar em espaços como os CAPS e o SAM-WL, nem “qualquer psicólogo que consegue escutar o que nós escutamos”, disse, descrevendo isso como uma “satisfação narcísica”. Diferente de uma psicoterapia, em que para ela há uma “escuta continuada”, nas situações de crise é necessária uma condição diferente, que implica em suportar a desorganização psíquica, o choro, a angústia. Embora avalie como mais desgastante do que o trabalho psicoterapêutico, para ela é mais gratificante. Além disso, atuar no SAM-WL exige que se lide com o aborto, que é considerado um tabu.

Declarou que adota como referência técnica de seu atendimento no SAM-WL: 1) A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do MS; 2) A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, também do MS; 3) a cartilha de Referências Técnicas para Atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Falou ainda que consulta a literatura científica e faz cursos virtuais na UNASUS como forma de se atualizar. No entanto, apontou que sua escuta a pessoas em situação de violência sexual foi sendo desenvolvida principalmente com base em sua experiência no SAM-WL.

### **6.1 A escuta inicial por Maria Jesus a pessoas em situação de violência sexual**

No que diz respeito propriamente a escuta psicológica no SAM-WL, pensa que ela é norteada pelo seu caráter multidisciplinar. Atende, inclusive, quando há profissional e a paciente se sente confortável, junto com assistente social e/ou médico, porque acredita que assim a paciente evita repetir a sua história.

Acha, no entanto, que seria melhor para o serviço se não funcionasse em esquema de plantão, o qual, na sua avaliação, “fragmenta o atendimento” e dificulta a realização de “reuniões clínicas”. Muito embora, considera que seria difícil para os profissionais escutar diariamente histórias de situações de violência.

A carência de profissional de serviço social em seus plantões implica em, além de abordar outras questões que considera pertinentes, avaliar a necessidade de encaminhamentos a demais serviços (CRAS, Conselho Tutelar, Delegacia etc.), providenciar abrigo e solicitar transporte para retorno. Embora não considere essas atribuições como competência exclusiva das assistentes sociais, verifica que nos plantões em que estão presentes, geralmente são assumidas por elas. Na ausência delas, o atendimento se torna mais trabalhoso, bem como quando há “ideação suicida” da paciente, em que é necessário articular acolhimento em serviço de saúde mental.

Disse que, diferente de outros serviços em hospital, não sente no SAM-WL uma hierarquia demarcada entre médicos e demais profissionais. Sente-se, inclusive, a vontade para questionar a conduta de quem quer que seja. Por isso mesmo, não gosta quando é chamada para atender paciente internada em outro setor do hospital.

Para Maria Jesus, a primeira escuta é fundamental, haja vista a ausência bastante recorrente de retorno das pacientes. Apesar de achar “muito pesado”, acredita que é melhor para paciente quando ela chega imediatamente após a violência, antes de haver passado pela delegacia e pelo IML, tendo em vista os relatos frequentes de violência institucional, justamente no momento em que ela está mais “exposta” e “vulnerabilizada”.

A primeira escuta necessita, em sua concepção, abarcar questões tanto subjetivas, quanto práticas. Informar sobre os efeitos recorrentes da violência sexual e estratégias para lidar com eles. Abordar, por exemplo, o medo produzido pela violência, mas refletir também sobre estratégias de segurança. Dialogar sobre a insegurança em sair de casa ou circular por determinados lugares, mas estimular a possibilidade de pedir ajuda caso não consiga fazê-lo sozinha. Aproveita, ainda, para refletir sobre as noções de violência da paciente, constatando que muitas as pacientes referem nunca ter pensado sobre isso, ou mesmo, possuem concepções distintas da nossa.

Sua condução desse primeiro atendimento, pensa, depende tanto da probabilidade de seu retorno, quanto da identificação da demanda das pacientes. São várias, cada uma exigindo um direcionamento diferente. Distingue as demandas de acordo com a situação de violência referida/relação com o autor da violência, a idade da paciente, sua condição psíquica e se há ou não gravidez decorrente de estupro.

Quando identifica haver uma chance menor dela retornar para o atendimento psicológico, como nos casos de pacientes do interior do estado, disse realizar uma “escuta mais ativa”, oferecendo orientações e apontando elementos que considera relevante para que ela não se surpreenda com as possíveis dificuldades a ser enfrentadas decorrente da violência sofrida. Além disso, busca entregar a paciente encaminhamento a secretaria de saúde de seu município, no qual reporta o atendimento no serviço devido a “vivência traumática”, alegando a necessidade de “acompanhamento psicológico”.

Já no caso de pacientes que moram mais próximo ao serviço, desejam “romper ciclo de violência doméstica” ou, ainda, que querem realizar aborto legal, situações nas quais Maria Jesus acredita haver maior probabilidade de retorno, declarou se sentir mais à vontade para fazer uma “escuta menos ativa”.

Contou que, de um modo geral, ao receber a paciente, faz uma breve introdução sobre o serviço, explicando atender especificamente mulheres em situação de violência, detalhando a possibilidade de cuidado que ela pode obter tanto pro “corpo”, quanto pra “mente” ou pro “juízo”, além de “questões sociais”. Em seguida, ao questionar a paciente a respeito do motivo de sua vinda, Maria Jesus relatou proceder uma “escuta o mais atenta possível de sua história sem se preocupar inicialmente com o registro”. Na maioria das vezes, refletiu, enquanto narra a situação de violência, a paciente traz também sensações, emoções e sentimentos associados. Quando isso não acontece, afirmou, tenta provocá-la nesse sentido, para que ela “possa acessar o que essa experiência desperta”. Maria Jesus apontou ser muito comum que emergjam elementos de “culpa”, “medo” e “raiva”.

Acredita que uma das principais funções da escuta no SAM-WL é permitir ressignificar essa culpa, não só ao afirmar que ela nunca é da mulher, mas situá-la em relação aos seus direitos (“todo mundo tem direito de fumar um”), às injustiças e perversões da sociedade, se colocando em colaboração com ela. Considerou que, frequentemente, a culpa se associa a algo que ela fazia antes de sofrer a violência, como ir à escola, sair do trabalho, estar em determinado lugar, ou fora de casa tarde, beber álcool etc.

A fim de dissuadi-la de que a culpa esteja ligada a qualquer coisa que tenha feito, costuma comentar sobre a diversidade imensa de situações na qual as pacientes atendidas no serviço sofrem violência. Usa como exemplo, inclusive, o caso de uma paciente que foi estuprada em seu quarto, diante do marido, por um homem que entrou armado pela janela de casa. Se, conclui com a paciente, até nessa situação é possível sofrer uma violência, ela não precisa se culpar acreditando que seja lá o que tenha feito ocasionou o estupro.

Reflete que, dessa forma, buscar se contrapor a uma noção “aprisionante” de risco, que supõe ser possível fazer ou deixar de fazer algo a fim de evitar uma violência. Em sua perspectiva, é a própria “condição da mulher” que a põe em risco, não o que ela faz ou deixa de fazer. Essa percepção foi sendo desenvolvida ao longo de seu próprio percurso pessoal no SAM-WL, que inicialmente a fazia enxergar em tudo que a própria Maria Jesus fazia um perigo, o que restringia sua liberdade. “Não importa o que eu faço, eu estou em risco. O que me vulnerabiliza é minha existência e eu não vou deixar de existir”.

Diferente de mulheres que vivem em “vulnerabilidade social”, mulheres com renda mais alta, pelo que denominou como “condições de privilégio”, estão mais protegidas de sofrer violência sexual, apontou. Apesar de ter lembrado de uma paciente com uma condição econômica bastante privilegiada, que foi abordada ao entrar no carro na Avenida Boa Viagem, constatou que é um tipo de situação bem menos frequente. A própria possibilidade de se locomover na cidade com carro próprio já dificulta bastante em relação a quem precisa andar a pé na rua.

Distinguiu o nível de renda do que denominou como “maior esclarecimento” o que, em sua perspectiva, diz respeito a uma “noção mais ampliada de seus direitos”. Explicou isso a partir de um caso que atendeu no qual não identificou ter havido uma violência sexual ou doméstica propriamente dita, mas uma violência urbana, na qual um homem desconhecido se utilizou de força física para derrubar a paciente. Ela própria, afirma, quem convenceu Maria Jesus de que se tratava de uma violência de gênero, portanto, passível de ser atendida no SAM-WL.

Uma maior apropriação de determinadas discussões pela paciente, como sobre aborto e violência contra mulher, a participação de coletivos de mulheres e ou/feministas, refletiu, facilita com que ela conteste inclusive os profissionais e exija um atendimento mais qualificado. Ainda assim, isso não implica necessariamente numa maior clareza sobre o processo vivenciado devido a violência.

Nem exime de dialogar junto a paciente sobre seus medos, sua segurança e sobre formas com que ela avalia o risco de suas decisões. Diante de uma violência sexual cometida por um vizinho, por exemplo, não buscar junto a paciente pensar formas de se proteger após uma denúncia pode colocá-la em maus lençóis. Ao mesmo tempo, considera a denúncia como uma forma de proteger outras mulheres, principalmente nos casos em que o estupro tem caráter de violência urbana, realizado por um desconhecido, visto que é possível que ela volte a cometer novamente o mesmo crime com outra pessoa. Ainda assim, mesmo estimulando, para ela cabe a paciente a decisão de realizar ou não a denúncia.

Além do medo ante a uma represália pelo autor da violência ou um novo estupro, referiu também como temores trabalhados no atendimento junto as pacientes as IST, a gravidez e o julgamento por outras pessoas. Conversou sobre a importância de se orientá-las sobre a profilaxia e o tratamento das IST, ou a contracepção e a possibilidade de aborto, em caso de gravidez.

Em relação ao julgamento moral, reconhece junto a paciente que infelizmente ela possa vir a sofrer em alguma medida e que para isso é necessário que ela possa “se fortalecer” de modo a não ser tão afetada. Mas, também, que é responsabilidade não só dos profissionais e sim de todos/as poder enfrentar esse preconceito e, quando ela estiver se sentindo melhor, talvez possa contribuir para mudar essa realidade no seu entorno.

Quanto a forma de conduzir a primeira escuta de acordo com a situação específica de violência sexual e a relação com o autor, no caso de mulher adulta, diferencia entre: 1) urbana, perpetrada por desconhecido; 2) doméstica, por companheiro ou familiar. Nessa última, considerou ser mais apropriado buscar “fortalecê-la” para que ela rompa “o ciclo de violência” vivenciado junto ao autor da violência. Na primeira, afirmou que um “acolhimento mais suportivo” seria o mais indicado.

Contou que já chegou a sentar junto no sofá da sala de atendimento psicológico com pacientes a fim de se utilizar da “presença corporal” como forma de “acolhimento”. Inclusive, no caso de uma mulher em situação de rua, que chegou sozinha e ensanguentada ao serviço, a “ajudou no banho”.

Disse ainda, a respeito de uma mulher que se encontrava “desorganizada”, tendo vindo imediatamente após a violência sofrida e chegado durante troca de turnos do plantão, quando ela e Edjane estavam ambas no serviço, atenderam juntas “alisando a cabeça” da paciente. Reconheceu que esse “suporte mais concreto” extrapola a compreensão mais tradicional da atuação de psicólogo/a, mas defendeu sua relevância nos casos em que a paciente vem só ou se encontra desamparada.

Especificou, ainda, para as adolescentes, além da violência intrafamiliar, os casos que denominou de “fuga” e “sedução”. Enquanto essa seria quando um homem mais velho comete estupro de vulnerável contra menor de 14 anos, aquela se refere a situações em que ela foge em decorrência de um conflito familiar e vem a sofrer ou a família suspeita haver sofrido algum abuso, ou mesmo ainda quando abandona a casa devido a um relacionamento afetivo-sexual, sendo trazida pelo temor dos familiares de que engravide ou contraia uma doença.

No caso da escuta a adolescentes, afirmou geralmente questioná-las se preferem ser atendida individualmente ou com familiar, quando vem acompanhada, deixando a seu critério.

Embora prefira atender individualmente, em seguida atendendo a família, acredita que, em situações em que a adolescente chega muito retraída, é proveitoso atender conjuntamente.

Nas situações em que define como “sedução”, não hesita em falar para adolescente que a sociedade e o direito entendem que um homem ou mesmo um outro adolescente mais velho se relacionar com uma menina com menos de 14 anos, ainda que ela tenha vontade, é considerado uma violência, haja vista a importância de protegê-la, indicando que provavelmente por isso ela foi trazida pela família ao SAM-WL. Apesar disso, busca compreender sua motivação para haver mantido relação sexual, se há alguma espécie de “antecipação da vida sexual” ou se é uma realidade condizente com as demais meninas de seu entorno.

Maria Jesus questionou-se se definir a iniciação sexual como precoce não poderia se referir a sua própria forma de concebê-la, a partir de uma “condição de privilégio”, considerando que essa idade é definida de acordo com as normas da comunidade em que ela vive. Ao mesmo tempo, ponderou que se de alguma forma não fosse considerada problemática, ela não teria sido trazida ao SAM-WL.

Defendeu a importância de buscar compreender o que se passou sob a perspectiva da adolescente e se esforçar para que o momento do atendimento faça sentido a ela, servindo para que ela possa refletir de alguma maneira sobre: a relação sexual, forçada ou não, a descoberta e a reação da família, a denúncia na delegacia, quando feita, o encaminhamento ao Conselho Tutelar e, enfim, o próprio atendimento no SAM-WL, com a realização de exames e a administração de medicação (caso necessários). A escuta da adolescente, nesse sentido, é fundamental para que tudo isso não seja apenas uma sequência de arbitrariedades sobre sua vida.

Trabalha com ela os vínculos familiares, com os possíveis conflitos, castigos e quebras de confiança que podem ocorrer após a situação, pensando proativamente em como lidar com essas situações. Além disso, reconhecendo o desejo sexual da adolescente, acredita ser possível em certas ocasiões explorar a oportunidade para dialogar sobre a relevância da prevenção à gravidez e as IST, apontando-as como situações difíceis de se vivenciar em sua etapa da vida.

Reconheceu, no entanto, ter dificuldade de atender “meninas muito novas”. Não se sentiria bem em atender crianças em situação de violência sexual, pois “tudo que chega muito próximo de criança mexe comigo”. Lembrou de uma menina com 12 anos, abusada pelo pai, a qual atendeu duas ou três vezes, “tava muito lascadinha”, tendo dito que precisou se desdobrar bastante devido à “dificuldade de acessá-la e tocar no assunto”. Como ela falava pouco, chegou a “desenhar com ela”, brincando de fazer o perfil do facebook.

No caso de paciente que chega “desorganizada” psiquicamente ou encaminhada da Tamarineira, Maria Jesus conta que a escuta se inicia já na sala de espera, quando ela avalia se há algum risco para ela própria de trazê-la a sala de atendimento psicológico. Riu ao lembrar que já chegou a sofrer uma agressão de uma paciente em surto no serviço. Disse, ainda, que duas semanas antes da nossa conversa, atendeu uma paciente que chegou bastante agressiva e agitada, trazida por policiais, junto com acompanhante, o qual disse ter sido agredido por aquela anteriormente. Constatou, então, que não havia condições de atendê-la em sala fechada. Rememorou, na sequência, outra paciente que atendeu junto à irmã na sala, tendo aquela subido no sofá, derrubar um quadro que havia na parede e a mesa de cabeceira.

Apesar disso, entende que mesmo “desorganizada psiquicamente” é a paciente quem recebe os cuidados, não os familiares ou acompanhantes, os quais não deixam de ser também atendidos. Mas, afirmou buscar situar para a paciente a fim de que ela possa compreender minimamente o que a trouxe ao SAM-WL. Para que ela não confunda com um serviço específico de saúde mental ou um hospital psiquiátrico, aponta o motivo da entrada no serviço em razão da situação de violência referida. Fala, mesmo quando a paciente está muito desorganizada, que ela não deve estar entendendo, mas lhe foi repassada que ela passou por um momento difícil.

Como, por exemplo, no caso de uma paciente que foi internada na Tamarineira, após ter sido encontrada vagando em sua cidade com um pedaço de madeira na mão e sangrando. Essa paciente foi posteriormente trazida ao SAM-WL já um pouco mais “organizada”. Como havia suspeita de violência sexual, Maria Jesus relatou a ela a história que lhe foi passada, explicado que ali no SAM-WL ela iria se proteger de possíveis doenças.

Independentemente de qualquer circunstância, ao vir acompanhada por parceiro/a ou familiar, Maria Jesus, com a concordância daquela, se for possível, oferece também a oportunidade de realizar “escuta ao acompanhante”. Ao demarcar a violência como um evento que mexe com todos, abre a oportunidade que o acompanhante expresse sobre seus sentimentos em relação ao ocorrido. Reforça importância do apoio à paciente, buscando dissuadir possíveis culpabilizações por parte dos/as acompanhantes e apontar sua importância em proteger a paciente de possíveis comentários e julgamentos de outras pessoas.

Ao perceber processo de culpabilização por parte de companheiro, numa relação heterossexual, busca ponderar sobre como a liberdade que ele teria na mesma situação é descrita enquanto um risco ou uma falta de cuidado para ela. Chega a falar com eles, disse, que homens podem andar na rua sem medo de ser estuprado ou ficar sem camisa sem receio de sofrer um assédio, algo que não é possível para as mulheres.

Insiste que há um limite até onde pode dialogar sobre a culpabilização com o/a acompanhante. Lembrou, por exemplo, de um atendimento a um casal de mulheres, no qual a companheira questionava repetida e agressivamente a paciente sobre a violência que havia reportado sofrer, chegando aquela a afirmar na frente da paciente que não sabia se ia aguentar continuar a relação. Diante disso, rememorou Maria Jesus, necessitou intervir de forma mais enérgica: “Olha, ela não está precisando disso agora. O que ela precisa é de apoio. Mais pra frente, você vai poder tratar dessas coisas com ela, mas, agora, é momento de acolher e de cuidar”.

Para Maria Jesus, as situações de pacientes que chegam grávida em decorrência de estupro, variam também em decorrência do grau de familiaridade delas com o autor de violência, se desconhecido, conhecido ou parente. Considera que, nas duas primeiras situações, se tratam de mulheres que silenciaram ante a violência, recorrendo ao SAM-WL, após a descoberta da gravidez. Nota que a primeira se dá no contexto de violência urbana, a segunda aparece no serviço mais a partir de mulheres de boa condição de renda que tinham alguma intimidade ou confiança com o autor da violência, a qual se dá em festa ou ambiente privado e a terceira é mais comum entre adolescentes.

Maria Jesus esclareceu que nessas situações faz uma escuta similar as situações de violência sexual anteriormente apontadas, tratando adicionalmente da gestação. Reassegura a paciente de que o atendimento não tem finalidade investigativa, de averiguar a veracidade do seu relato, mas de auxiliá-la na tomada de sua decisão, independente qual seja, apontando os três caminhos possíveis: a maternidade, a entrega para adoção e a interrupção da gestação. Criticou, no entanto, a necessidade de ter que verbalizar essas três possibilidades, a qual apontou como determinação da norma técnica do Ministério da Saúde, visto que pode soar como tentativa de demovê-la de sua decisão.

Quanto à gestação, acredita ser importante compreender quando a paciente soube, como isso a afetou, se já compartilhou com alguém, se havia ou não pensado na possibilidade de engravidar após a violência. Essas informações, junto com o tempo decorrido desde a descoberta da gravidez, são relevantes para Maria Jesus avaliar o grau de segurança da paciente em relação ao seguimento ou a interrupção da gestação. Quanto maior esse tempo, acredita, mais reflexão e amadurecimento ela pôde já ter realizado, não sendo exigido maior problematização. Diferente, comentou, do caso da paciente que chega ao serviço imediatamente após a descoberta da gravidez, a qual, caso a idade gestacional permita, seria favorecida, na compreensão de Maria Jesus, com um pouco mais de tempo para a tomada dessa decisão.

Nessa última hipótese, apesar da urgência e da angústia de paciente que buscam o aborto em determinados casos, acredita que o tempo necessário para dar seguimento as etapas necessárias do protocolo de aborto (que envolve atendimentos a pacientes por outros profissionais, exames necessários e o agendamento do procedimento) pode ser aproveitado para levá-la a refletir sobre essa experiência, tendo em vista o peso que o aborto tem em nossa sociedade, pensa Maria Jesus. Logo, em sua compreensão, se trata de uma decisão que provavelmente ela vai ter que lidar ao longo de sua vida. É para tentar tranquilizá-la a esse respeito que a escuta psicológica pode contribuir, afirma.

## **6.2 Acompanhamento de Maria Jesus a pessoas em situação de violência sexual**

Maria Jesus indica sempre, a qualquer paciente que tenha condições de retornar, a possibilidade de realizar acompanhamento psicológico no SAM-WL. Mesmo quando alguma não demonstra interesse, deixa a “porta aberta” caso sentir necessidade posteriormente, em decorrência de alguma dificuldade que ela possa enfrentar após a violência: “alguns elementos só são acessados com o tempo”. Geralmente, sugere à paciente que com mais encontros, a “relação de confiança” entre as duas pode se consolidar, o que favorece com que Maria Jesus possa ajudá-la melhor. Defende junto à paciente a importância de um espaço no qual ela possa conversar “sem ser julgada”. Caso ela não retorne, no entanto, prefere não insistir, ou fazer ligação telefônica.

Embora já tenha acompanhado pacientes por períodos mais longos, reconheceu que a maioria não se mantém por muito tempo. Uma das razões que ela apontou para descontinuidade no acompanhamento psicológica das pacientes foram às férias e licenças. Quando vai gozá-las, busca solicitar a outro/a psicólogo/o que continue o acompanhamento para pacientes que estão a pouco tempo com ela, ou em uma situação mais complicada. No entanto, acredita que isso não tem funcionado. Após suas últimas férias, as pacientes para quem articulou algum/a outro/a profissional, não chegaram a buscá-los/las. No caso de pacientes mais antigas, caso avalie haver condições, marca o retorno após o fim do período de afastamento dela mesma.

O desfecho, ou a alta, ocorre, em sua concepção, de acordo com a vontade da paciente. Lembrou, como exemplo, de uma mulher acompanhada por ela, a qual vivia situação de violência doméstica com o companheiro, tendo chegado a se separar dele por um momento e reatado posteriormente a relação de uma maneira, na avaliação da própria paciente, mais saudável. Antes de sair de férias, Maria Jesus sugeriu que ela experimentasse esse período sem acompanhamento e, logo depois, a paciente ainda continuou por um tempo, trazendo não mais

tanto questões de seu relacionamento, mas relativas a o adoecimento de uma irmã. Passado mais um mês, a própria paciente disse se sentir bem e o acompanhamento foi encerrado.

### **6.3 Afetação de Maria Jesus na escuta psicológica**

Maria Jesus falou também das diversas formas que a escuta às adolescentes e mulheres a afeta. Não somente em relação ao temor e a sensação de constante perigo que vivenciou inicialmente a partir dos atendimentos no SAM-WL, mas também dor, raiva, espanto e indignação. Admitiu se angustiar com casos que são de algum modo mais próximos da realidade que ela vive. Por exemplo, quando o autor da violência é um vizinho, ou um motorista de UBER.

Contou sobre o atendimento a uma senhora idosa, com mais de 80 anos, residente em município de interior, que chegou ao SAM-WL encaminhada de um estabelecimento de saúde dessa cidade, onde havia ficado internada. Em seu relato, a paciente disse que um homem desconhecido invadiu sua casa e a estuprou, tendo ela se mantido rezando e de olho fechado durante o ocorrido. Como ela sofreu uma lesão vaginal durante o estupro, buscou serviço de saúde de sua localidade, alegando, devido a vergonha, ter sofrido um acidente, até que conseguiu contar sua história para uma assistente social, que a encaminhou ao SAM-WL. Maria Jesus disse ter ficado surpresa ao escutar, durante o atendimento, ela falar: “Minha filha, eu tô viva. Deus foi tão bom comigo!” Descreveu a escuta como dolorosa: “Essa senhorinha me fodeu! Parecia que eu tava vendo minha avó violentada”. Refletiu, a partir dessa história, sobre como a escuta no serviço lhe provoca a “sair do seu lugar o tempo todo”.

Outra situação que lhe trouxe mal-estar e a fez se sentir “extremamente vulnerável”, devido à lesbofobia envolvida, foi a de um casal de mulheres que foram ambas assaltadas e, em seguida, estupradas por dois homens. Maria Jesus contou que um dos agressores as questionou: “quem é o homem”? Uma delas, que Maria Jesus referiu como mais experiente e com mais acesso a reflexões, contou ter respondido: “Não tem isso!” Apesar disso, a outra, que segundo Maria Jesus, afirmou que eles não iriam ficar em paz enquanto não escutasse uma resposta, se colocou: “Sou eu!” Maria Jesus relata que foram mais cruéis com a última, chegando a utilizar instrumentos para penetrá-la. Falou, ainda, que ela não havia sequer tido relação sexual com a parceira, era o seu primeiro relacionamento com uma mulher e elas ainda estavam se conhecendo. Atendeu as duas juntas: “estavam as duas lascadas”. Voltaram duas ou três vezes só, disse. “Era tudo muito dolorido... foi muito pesado”. Questionava-se: “como isso deve ter marcado a vida delas?”

Essa violência ocorreu, segundo Maria Jesus, nas proximidades da rodoviária de Recife, o Terminal Integrado de Passageiros (TIP). Na mesma época, outras pacientes foram atendidas relatando ter sofrido estupro na mesma região, também por dois homens com as mesmas características. “Eu sabia que isso tava acontecendo e a gente não tinha como falar”, constatou indignada. Uma dessas pacientes era, colocou Maria Jesus, uma mulher negra do candomblé que foi junto com um amigo fazer um ebó na mata, onde foi abordada por esses agressores, que apontaram a arma para aquele e, enquanto a estupravam, a xingavam: “macumbeira”. Questionada sobre se percebia também alguma relação entre racismo e violência sexual, ela atribuiu a percepção de que a maioria das pacientes são mulheres negras devido a “vulnerabilidade social” que vivenciam,

Enquanto nesse último classificou a violência sexual também como uma forma de intolerância religiosa, outros dois atendimentos realizados por ela se referiram a pacientes que foram violentadas por autoridades religiosas: uma adolescente que disse ter sido estuprada por um pai de santo, o qual a ameaçou de fazer “trabalhos” contra ela, caso ela contasse a alguém; e uma mulher que sofreu estupro por um pastor.

Acompanhou uma paciente que relatou também ter vivido estupro por uma autoridade, não de cunho religioso, mas por um médico. Essa paciente afirmou ter sofrido a violência sexual durante atendimento numa UPA. Maria Jesus refletiu, com base nessa situação, que apesar das discussões e das tentativas no sentido de demover qualquer suspeita da fala da mulher durante o atendimento – o que acredita não ser frequente no SAM-WL –, ainda assim a dúvida pode ocorrer em determinadas situações “esdrúxulas.”

Esse caso teve uma certa repercussão midiática e, nas notícias da internet, havia uma série de comentários violentos e culpabilizantes, que a paciente lia e trazia aos atendimentos, contou Maria Jesus. As pessoas foram extremamente cruéis nesses comentários, condenou, exemplificado com alguns: “Como ela tava vestida? Ela bem que queria.... Tá querendo dinheiro”! Precisou intervir de maneira firme para que ela parasse de lê-los, recomendado, caso a adolescente desejasse saber das notícias, que se servisse da própria Maria Jesus como mediadora.

A própria paciente disse em atendimento que achava que ninguém acreditaria nela. Foi só após sua mãe perceber, depois dela passar dias chorando, que havia algo errado, que ela quebrou o silêncio e fez a denúncia. Daí então, com a exposição de seu caso na mídia, mais treze pessoas denunciaram haver sofrido violência sexual pelo mesmo médico, o qual foi finalmente preso.

Pelo menos, treze pessoas foram estupradas por esse médico e não disseram nada, Maria Jesus contou chocada. Uma delas, segundo ela, acordou da anestesia da cirurgia a qual foi submetida sendo violentada e, como também achava que ninguém acreditaria nela, ficou calada. Maria Jesus, se lembrado do relato de amigas que foram assediadas em consulta médicas, se colocou no lugar delas: “isso pode acontecer comigo também”. Por isso, concluiu, mesmo diante das “situações mais esdrúxulas”, não duvida da mulher. “Até que provem o contrário, a palavra da mulher tem sentido. Jamais vou abrir minha boca para desconfiar de uma mulher”.

## 7 BETÂNIA: “ISSO AQUI É DURO QUE SÓ A PESTE”

Encontrei-me com Betânia no SAM-WL numa tarde de quarta-feira, 03 de outubro. Nossa conversa durou cerca de uma hora e meia. Em grande medida descontraída, o diálogo assumia em alguns momentos um certo tom melancólico, povoado por silêncios, como se pesasse a delicadeza ou o sofrimento envolvido em algumas histórias compartilhadas.

Ela disse ter 56 anos, ser branca, mulher cis, hétero, sem religião, mas “com muita fé em Deus”. Contou ter concluído a graduação de psicologia na UFPE em 1994. Durante o curso, lembrou, teve duas filhas, o que a obrigou a concluído mais demoradamente, trancando semestres e/ou fazendo poucas disciplinas em alguns períodos, de modo a conciliar a faculdade com a maternidade. Em sua formação, na clínica da UFPE, atuou a partir da “psicoterapia breve de base analítica”.

Em 1995, disse ter feito juntamente com sua irmã, que teve tese orientada também por Benedito e uma amiga, orientada por Jorge Lyra, Residência em Medicina Preventiva e Social pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ. Como as três se interessavam por Saúde Mental e não havia à época quem as orientasse, recordou, foram encaminhadas durante a residência para fazer especialização em Psiquiatria Social na Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação de Paulo Amarante, concluindo em 1996.

Declarou ter participado da reforma psiquiátrica e da implementação da Política de Saúde Mental em Pernambuco, atuando tanto em nível estadual, como municipal. Nesse processo, contribuindo com fechamento de hospitais psiquiátricos, criação de residências terapêuticas e organização da rede de saúde mental. “Era vida, era sangue!”

Após um período de maior expansão, contextualizou, a reforma psiquiátrica em Pernambuco começou a sofrer resistência de setores conservadores, o que trouxe um certo desgaste a ela e a fez se afastar da Saúde Mental. Declarou, no entanto, atuar ainda no Movimento da Luta Antimanicomial, mas, “para sobreviver”, passou a dar supervisões institucionais, consultorias para implantação de USF e trabalhar com planejamento em saúde em municípios do estado.

Apesar de ter trabalhado mais junto a gestão, considerou que seu contato com as equipes multiprofissionais de serviços de saúde e as supervisões institucionais lhe mantiveram “próxima da clínica”. Ainda que nessas atividades fosse vista como “estrangeira”, sob a argumentação de que ela não vivenciava o atendimento junto ao/à paciente, a “discussão de caso clínico” era uma forma de produzir “reviravoltas”. Citou como exemplo a experiência de uma supervisão junto

a uma equipe de residência terapêutica que facilitou a um morador ter autonomia para residir por conta própria.

Retornou “para clínica diretamente” em 2017, após concurso da Prefeitura de Recife, atuando num CAPS AD por seis meses. Anteriormente, fora contratada pela Santa Casa de Misericórdia para atuar junto as residências terapêuticas vinculadas a outro CAPS, contrato que ainda se mantém vigente. Achava muito pesado lidar com esses dois vínculos profissionais, até que conseguiu ser transferida do CAPS AD para uma Policlínica do Município de Recife, fazendo parte do ambulatório de psicologia, onde se mantém até hoje.

Lá, passou a trabalhar como “psicóloga naqueles moldes”, “individual”, “cada profissional com sua agenda”, “atendendo oito pacientes por dia”. Acompanhava inicialmente crianças durante o seu primeiro ano na instituição, até que duas novas profissionais se dispuseram a realizar o atendimento infantil. Hoje, atende principalmente adolescentes e adultos, a maioria com “transtorno grave”, encaminhados dos CAPS do município. Além de facilitar grupos, vem discutindo junto com a equipe e com a coordenação de saúde mental do município a lógica do ambulatório, a fim de integrá-lo a rede de saúde mental e aos NASF da cidade.

Tendo em vista seu histórico em defesa dos direitos e da cidadania dos pacientes com transtorno mental, antes de ingressar no SAM-WL, Betânia já tinha afinidade com o enfrentamento a violência contra a mulher. Na sua avaliação, apesar de importante, o SAM-WL é pouco divulgado e precisa dialogar mais com movimentos sociais. Acredita que a visão mais ampla da saúde mental e das políticas públicas contribui bastante para a sua atuação no serviço. No entanto, chegou assustada, porque é uma “psicóloga sozinha no plantão” e não tinha dimensão do modo como atuar no SAM-WL rebateria nela.

Não tinha formação prévia a sua atuação no SAM-WL para atuar com pessoas em situação de violência sexual, sequer em sua graduação foi abordado sexualidade de forma mais aprofundada. Já havia, apesar disso, entrado em contato com pacientes internados em hospital psiquiátrico e usuários da rede de saúde mental com histórico de abuso e violência sexual.

Inclusive, tendo participado do processo de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, produziu junto a outras profissionais dossiê sobre as violências relatadas por aqueles, no qual havia denúncias de violência sexual, dentre outras “abomináveis”. Tudo, segundo ela, muito naturalizado e banalizado: “O Diretor me dava um real pra eu chupar a rola dele”, reproduz fala de uma usuária que fora desinstitucionalizada. E ficava como “a fala do louco”, que não tem nenhum crédito, mas “a gente sabe que é verdade”.

Do mesmo modo, em relação a pessoas em situação de rua e usuários de drogas com quem teve contato, notava a vulnerabilidade em relação as múltiplas formas de violência, dentre elas sexual e a dificuldade de conseguir acessar os serviços de saúde mental, devido a exigência de documentos, acompanhantes, dentre outras colocadas.

Acredita que o SAM-WL coloca menos empecilhos ao atendimento, bastando a paciente chegar ao serviço. Não há, na sua avaliação, barreiras institucionais ao acesso. Há sim barreiras colocadas pela divulgação insuficiente do serviço e pelo próprio preconceito em relação a pessoas em situação de violência sexual. Vê, nesse sentido, semelhança entre as meninas e mulheres em situação de violência sexual e pessoas com transtorno mental no que diz respeito a desqualificação da fala.

Em sua percepção, mesmo dentro do próprio HAM há um preconceito com o SAM-WL, como um local separado e escondido do próprio hospital, que avalia ser em decorrência do tipo de escuta realizada e a cultura dos demais profissionais.

### **7.1 Escuta inicial por Betânia a pessoas em situação de violência sexual**

Para Betânia, no SAM-WL se trabalha efetivamente numa equipe multiprofissional, onde o psicólogo é colocado “muito de frente”. Acredita que a psicologia no SAM-WL é fundamental para que a pessoa tenha “um lugar de escuta” e também para oferecer uma “sustentação” ao restante da equipe. “É muita dor, é muito sofrimento”.

Em seu plantão, das terças noites e sábados dias, não havia assistente social logo que chegou. De modo que ela realizava a primeira escuta a paciente quando essa chegava ao serviço. Para ela, ao mesmo tempo que é um “impacto”, é também uma “valorização” da escuta psicológica, a partir da qual ela faz o repasse da história da paciente aos demais profissionais do plantão.

Betânia defendeu a relevância da escuta psicológica para traduzir a esses outros profissionais o relato da paciente, resguardando sua privacidade e sigilo, de modo a evitar que ela enfrente no próprio serviço algum tipo de reserva. O “repasso” é feito com “filtragens” e “encaminhamentos”, em alguma medida, “para garantir o direito da mulher”. Revelou se incomodar com a fala de alguns integrantes da equipe que por vezes corrobora com a banalização e naturalização da violência e a deslegitimação da fala da paciente.

Citou, como exemplo, uma situação hipotética de um estupro cometido por um noivo no qual a mulher tenha ficado em choque e não conseguido esboçar reação, o qual supõe que ao repassar a situação para o restante do plantão ela daria já uma melhor “caracterizada”, para

evitar questionamentos do tipo: “oxente, não foi com o noivo dela?”. Betânia relatou que, nessa hipótese, além de delinear bem a violência, reforçaria a ausência de consentimento por parte da paciente e demarcaria o choque ou a paralisia como uma reação psicológica frente a um estresse agudo ou violência.

Ressaltou que a forma com que se conta para os demais profissionais ou se registra a história da paciente no protocolo é fundamental para garantir um bom acolhimento, que não resvale em nenhum tipo de suspeita ou discriminação, mesmos sutis, à paciente. Para isso, em sua compreensão, o caráter técnico da escuta psicológica é fundamental, na medida em que pode proteger a paciente, já que “ninguém vai poder questionar”.

Sentiu dificuldade de falar de maneira geral como se porta num primeiro atendimento, acreditando que depende da situação particular. Mas descreveu a escuta psicológica no SAM-WL a partir das funções de “acolhimento de demanda”, “avaliação psicológica” e “suporte”. Esforça-se tanto para “acolher o que vier”, “sem julgamento”, ocupar o “lugar de ajuda” conforme a necessidade da paciente e “explicar sobre o serviço”.

Afirmou sempre escutar primeiro a paciente, para depois os/as acompanhantes. No entanto, muitas vezes, a paciente não quer vir sozinha, daí, logicamente, a escuta acompanhada. A não ser nessas situações, acha relevante priorizar a escuta inicial sozinha com a paciente inclusive para entender que “entraves” ela pode trazer a respeito de seus familiares, ou parceiro/a, se eles de alguma forma a culpabiliza. Nesses casos, sendo de interesse para paciente, se oferece para conversar com os/as acompanhantes em seguida.

Identifica que, no caso de atendimento a parceiros/as e familiares, nem sempre os conflitos são necessariamente referentes a culpabilização da violência atual, mas de um histórico de violência doméstica pregresso, ou negligências e abusos durante a infância, que são retomados com intensidade a partir da situação de violência presente. Aliás, em relação a paciente, é recorrente a situação de violência atual remeter a uma anterior, de modo que durante o atendimento ela nem aborda muito a presente e se queixa mais da pregressa.

Em relação às adolescentes que atende, Betânia acredita que logo no primeiro atendimento é mais difícil que elas se expressem. Acredita que sofrem uma maior pressão “do lado de fora”. Por isso, ela reforça a importância do sigilo junto a elas e aposta que com o tempo os encontros fluam melhor. Nem todo mundo, segundo ela, tem “paciência para adolescente”, mas ela disse gostar bastante de atendê-las.

Na escuta inicial, acredita ser necessário colher informações para identificar que tipo de suporte a paciente pode obter no serviço. Acha relevante, nesse sentido, entender com quem mora, quem ela pode contar, qual a sua rede apoio, se tem trabalho e renda. Essas informações,

em sua opinião, não são meramente burocráticas, mas essenciais para considerar quais as reais possibilidades de assistência que o serviço pode oferecer a paciente.

Especifica fazer uma avaliação do “grau de risco e vulnerabilidade” da pessoa atendida. Essa, em sua concepção busca abarcar a probabilidade dela não retornar ou não se vincular ao SAM-WL, a qual considera relevante principalmente quando a paciente relata chegar já grávida de um estupro, em razão dela poder vir a se sentir obrigada a levar adiante uma gestação indesejada.

Nesse sentido, compreender a quem relatou ou não antes a violência sexual e por que não buscou o serviço pode ser importante para entender seus receios e facilitar o suporte a ser oferecido. Isso pode ajudar a paciente no seu processo de escolha em relação o/a acompanhante, durante o procedimento do aborto, o qual, embora não seja uma exigência, é recomendável para que ela obtenha um maior apoio.

Em situações em que mulheres que desejam interromper a gestação já chegam bastante certas e resolvidas a respeito de sua decisão, acredita que não há muito o que “mastigar”. Conta que muitas já elaboraram o bastante e já pensaram tanto sobre o assunto que chega com o objetivo bem definido. Sente-se inclusive à vontade, nesses casos, para assinar documentação da equipe multiprofissional que autoriza o procedimento sem necessitar de mais atendimentos.

## **7.2 Acompanhamento de Betânia a pessoas em situação de violência sexual**

O acompanhamento psicológico, na perspectiva de Betânia, não é uma psicoterapia, mas um apoio, na medida em que se propõe a “adotar um foco” e envolve um esforço significativo da pessoa para lidar com a situação de violência. Posteriormente, a paciente pode, se a interessar, buscar fora do serviço uma psicoterapia. Apesar disso, considerando a escassez de psicoterapia na rede pública de saúde, prefere mantê-la mais tempo sob acompanhamento psicológico no SAM-WL do que encaminhá-la a um serviço no qual ela não pode iniciar prontamente uma psicoterapia.

Betânia afirma clareza da dificuldade da maioria das pacientes retornar ao SAM-WL, devido ao trauma que a trouxe para o serviço. Quando começou a atendê-las, acreditava que devia manter contato telefônico, caso alguma paciente faltasse. No entanto, acha que hoje a insistência pode ser até invasiva. Supõe que muitas sequer dão contato telefônico próprio, seja porque não tem mesmo, seja porque por alguma razão não querem ser contactadas. Disse já ter encontrado prontuários cujo número telefônico era de um orelhão do próprio HAM.

Betânia, tendo isso em mente, quando se trata de paciente que deseja realizar aborto legal decorrente de um estupro, em que há maior necessidade de realizar ligação telefônica, para marcar exames e retornos, inclusive, enfatiza a importância desse contato, esclarecendo que é só para comunicar estritamente o recado necessário, de modo a se preservar o sigilo do atendimento.

Avalia que a continuidade do acompanhamento psicológico no SAM-WL depende não só da motivação da paciente, mas de outros fatores, como por exemplo o dinheiro da passagem ou, quando de município de interior, disponibilidade de transporte pela prefeitura. Nesse sentido, ainda que não se mantenha sendo acompanhado com ela, acredita ser importante se adequar a sua realidade e avaliar junto a equipe a viabilidade de seu retorno, por exemplo, caso for necessário, desloca-la para voltar em plantões completos.

Adentrando nos casos das pacientes acompanhadas por ela, disse ter se sentido muito mal com o caso de uma adolescente com “retardo mental” gestante em decorrência de estupro de vulnerável, a qual chegou acompanhada pela mãe e pelo padrasto. A mãe, segundo Betânia, tinha um “discurso empobrecido”, sem muito entendimento, e lhe disse em atendimento: “E eu vou pegar menino pra eu criar, é? Ela não vai ter condições de criar. Eu quero mais não”. Não conseguia, disse Betânia, “sair disso”. O padrasto também afirmava optar pelo aborto.

Betânia, ao repensar esse caso, fez a crítica de que ela e a equipe não deram muita oportunidade para que a adolescente pudesse decidir. Seu acompanhamento no SAM-WL se encaminhou de uma forma que foi mais de acordo com a decisão do padrasto. A mãe, segundo ela, não tinha muita clareza, muito entendimento. E a menina, após o procedimento já iniciado, começou a chorar e dizer: “Eu não quero não, mãe! Eu não quero não!”

Isso a incomodou bastante, tendo debatido algumas vezes esse caso, refletido sobre de quem deveria ser o direito da escolha nessa condição. Acredita, no entanto, que a adolescente não tinha realmente compreensão sobre o que se passava, nem havia tempo hábil para a equipe trabalhar isso, o que causou em Betânia bastante mal-estar.

Lembrou-se de outra paciente também com “retardo mental” (sic), dessa vez uma adulta, que veio encaminhada pelo Hospital Miguel Arraes, sob suspeita de abuso por um cuidador. Estava há um mês sem defecar, não se despia em frente a ninguém do hospital, o que fez com que a equipe do hospital tivesse essa suspeita. Betânia identificou que no atendimento ela se portava de maneira “infantilizada”. A chamava de avó e a enfermeira de tia. Apesar disso, contou que ela mesma quem havia contratado esse cuidador pela Internet no celular e Betânia, durante a conversa, percebeu que ela tinha boa habilidade de usar aplicativos. Ao mesmo tempo, referia um maqueiro como “a coisa mais linda do mundo”, e chamava-o de “tio pão”.

Ao contornar essa ingenuidade aparente, Betânia pôde desfazer a suspeita da equipe do hospital que a encaminhou, ao compreender que ela tinha dois “cuidadores”, um dos quais ela tinha uma relação afetiva, sem necessariamente ter relação sexual. Enquanto um passava o dia todo com ela, mas não cozinhava, o outro cozinhava suas refeições e almoçava com ela, que não gostava de comer sozinha e, então, ela pagava pela sua companhia. Antes dele, havia uma outra cuidadora, a quem ela chamava de “mãe”, a qual a paciente havia conhecido também através de redes sociais, a quem ela pagava pela companhia.

Betânia, no entanto, sentiu dificuldade em elaborar o relatório para devolver ao Hospital Miguel Arraes. “Pela forma que eles perguntam, parece que a gente vai ter bola de cristal aqui, né?”

Betânia contou ainda sobre uma professora que havia se aposentado e passado a sofrer com uma demência, a qual foi encontrada após três dias de desaparecimento e foi trazida por familiares ao SAM-WL com um “discurso bastante confuso”. Seu marido, ao sair para trabalhar, a deixava trancada em casa. Além disso, outros familiares moravam na mesma rua. Apesar disso, na ocasião do desaparecimento, havia conseguido sair sem ser percebida. Seus familiares chegaram bastante sobressaltados ao serviço.

Em atendimento, ela dizia estar grávida, citava o nome dos irmãos como filhos e outros elementos desconexos. Betânia apontou, no entanto, que ela falou muito claramente a respeito da importância de ser professora e do reconhecimento profissional, conversou sobre suas aulas e seus alunos. Betânia acreditava que o processo de demência dela não era à toa. Disse ainda que durante o exame médico, ao qual para Betânia foi significativo ela não apresentar nenhuma dificuldade ou resistência, não parecia haver sinais de violência sexual. Após isso, atendeu os familiares, abordando o isolamento da paciente em casa e a importância dela ter um/a cuidador/a.

### **7.3 Afetações de Betânia na escuta psicológica**

“Isso aqui é duro que só a peste”, disse Betânia referindo-se ao trabalho no SAM-WL. Mesmo durante um plantão no qual não há atendimento, o que para ela faz com que algumas pessoas do HAM pensem que não se faz nada no SAM-WL, há a expectativa de que vai chegar alguém em algum momento, o que a deixa em estado de “prontidão”. Isso a deixava muito “sobressaltada” de início, o que vem melhorando com o tempo. Ainda assim, o trabalho no SAM-WL para ela tem sido relevante do ponto de vista pessoal. Fez com que ela repensasse

inclusive sua relação afetiva, atentando mais para as microviolências do cotidiano a dois e se valorizar mais enquanto mulher.

Acredita que a violência contra as mulheres é de uma ordem muito profunda, enraizada, a partir do machismo, a ponto de que muitas pacientes nem se dão conta da violência que estão sofrendo e a naturalizam, vivendo em relações de submissão e precariedade. Sentiu seu estômago se revirar algumas vezes ao escutar alguma das histórias das pacientes. Não consegue nem distinguir qual foi a mais difícil, porque, em sua concepção, são muitas situações distintas.

Relata ter escutado várias histórias que já lhe mobilizaram e lhe pegaram “desprevenida”. Contou sobre uma adolescente que estava em busca de emprego num estúdio de tatuagem e foi abordada na BR por um grupo de homens no carro. Enquanto um a estuprava os outros davam cobertura a ele. Ela tinha contado as moedas para a passagem a fim de ir atrás do trabalho.

Outro atendimento que “impactou demais”, tendo lhe marcado. Tratava-se de uma mulher com 58 anos, que estava dormindo em casa e já acordou com um homem em cima dela a estuprando. Ela tinha reumatismo, sofria muito com dores, “as mãozinhas todas tronchas, os pés e os joelhos, toda tronchinha”. Ao longo da escuta, Betânia foi compreendendo que o estupro tinha se dado em decorrência de dívida de tráfico assumida pelo filho da mulher, por isso ela não fez a denúncia, nem contou para outra pessoa. “Ela não esperava de jeito nenhum! Nunca! Tava dormindo, tomava medicação e acorda desse jeito?”.

Contou ter se sentindo mobilizada também com uma policial que tentava pela terceira vez interromper gestação decorrente de estupro por seu companheiro, também policial. Betânia lembrou ter sido um caso que mobilizou bastante gente no SAM-WL. Recordou-se especificamente “do olhar dela pedindo socorro” durante o procedimento. “E se não for essa terceira vez, o que vai ser?”, perguntava-se Betânia.

## 8 PAULO: “IMAGINA EU FALAR ISSO PARA UM HOMEM?”

A última conversa foi com Paulo, na tarde da quinta-feira, 10 de outubro. Também o conhecia, ainda que sem muita proximidade, da época da graduação. Reservado, Paulo tem um humor irônico e comentários precisos.

Disse ter 37 anos, se colocou como homem cis, “hétero de boa na lagoa” e, embora se afirme moreno, brinca dizendo que é “café com leite amanteigado”, com ascendência holandesa, índia e negra. Revelou ser ateu, não possuindo nenhuma religião. Contou ter se graduado em psicologia pela UFPE em 2008. Durante os últimos dois anos da graduação, falou ter trabalhado como agente administrativo escolar da Prefeitura do Recife. Depois, lembrou ter ingressado em 2009 na Residência Multiprofissional em Saúde pelo IMIP, concluindo em 2011. Informou ter cursado a partir de 2012 o Mestrado Integrado em Saúde Coletiva da UFPE, obtendo título de mestre em 2014 com dissertação na qual realiza uma avaliação qualitativa sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Esse serviço, onde trabalha como psicólogo contratado pelo IMIP desde 2011, faz também parte do HAM e se propõe a oferecer atendimento humanizado em casa a pacientes com agravos em saúde, principalmente idosos e/ou pacientes em palição. Ingressou no SAM-WL em março de 2016.

Tanto em um serviço, como no outro, atua em equipe multiprofissional. No SAD, entretanto, além de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, há ainda as especialidades de terapia ocupacional e, antigamente, havia de fonoaudiologia. Enquanto nesse o “setting”, como denomina, é a casa do paciente, no SAM-WL, em sua avaliação, ele é mais “quadrado e bonitinho”. Essa configuração, mais tradicional, em conformidade com sua formação universitária, “de psicólogo de consultório”, destoa dos desafios que é pensar a intervenção dentro da casa de pacientes do SAD. Além disso, nesse serviço a “rede de apoio”, na qual inclui a família, os serviços comunitários e instituições religiosas, possui “uma estruturação”, já em relação ao SAM-WL ela precisa ser construída a cada caso. Apesar dessas diferenças, define os dois trabalhos como “tão densos quantos” e declara adotar a mesma leitura “psicodinâmica”.

Durante sua formação, teve muito pouco contato com textos que abordassem violência sexual. Antes de ingressar no SAM-WL, buscou saber “o que a psicologia faz nesse lugar”. Para ele, a psicologia no Brasil é recente, ainda mais no campo da Saúde. Assim, para se informar, leu alguns poucos textos, além das leis e políticas que regulamentam a assistência a pessoas em situação de violência sexual e/ou abortamento humanizado. Ao longo da residência, em sua vivência em CAPS, acompanhou adolescente cuja mãe, assim como ela, havia sofrido

violência sexual pelo mesmo autor, parente de ambas. Encaminhou as duas à época ao SAM-WL. Já na Atenção Básica, em passagem por uma USF, observou frequentemente situações de violência doméstica.

Em duas ocasiões, inclusive, foi procurado por maridos cujas esposas haviam sido atendidas por ele e que, segundo ele, disseram que “elas estavam com umas ideias diferentes”. Disse que chegou a atender esses homens, “que chegaram meio brabos”, mas conversou tranquilamente a respeito de sua prática profissional, respeitando o sigilo das pacientes. Ao recordar que um deles tinha a expectativa que fosse uma psicóloga, não um psicólogo, questionou se ser homem teve algum efeito nessas situações. “Não sei explicar minha coragem não, mas eu conduzi como um profissional”.

Declarou ter dificuldade no SAM-WL em relação a articulação com a rede de cuidados no território da paciente, por exemplo, quando acha ser necessário encaminhamento a psiquiatra ou quando ela tem alguma outra necessidade específica. O que, para ele, dentro de uma lógica da integralidade da saúde, aponta, a partir do qual é preciso garantir sua assistência como um todo, impacta no atendimento psicológico, que, por si só, é insuficiente. “Não adianta o meu atendimento aqui só, se não tem essas outras coisas - que são saúde também - mais ou menos garantidas: o trabalho, o lazer, a religiosidade etc.”

Sente falta, também, de uma maior intersectorialidade, podendo dialogar com a educação, a segurança, a justiça etc. Reconhece, entretanto, a dificuldade devido ao regime de plantão dos profissionais. Mas relatou ter feito visitas em escolas que achou “bem bacanas” e uma troca produtiva. Além disso, identifica a necessidade de uma supervisão da equipe como um todo.

### **8.1 Escuta inicial por Paulo a pessoas em situação de violência sexual**

Para ele, não somente ser homem, mas ter cabelo grande, são elementos que recorrentemente despontam como tema dos atendimentos. “Me chamam de vários nomes: Jesus, Capim Cubano etc.”. Em muitas ocasiões, principalmente com adolescentes, pontua, conversar sobre o cabelo é um “quebra-gelo”.

Aliás, tem em mente ao atender a uma paciente pela primeira vez no SAM-WL, principalmente nas situações de violência sexual, a possibilidade de ofertar a escuta por uma psicóloga. A maioria, “aparentemente”, faz a ressalva, fica tranquila. Outras, afirmou, chegam já dizendo: “é bom que já vejo se aprendo a conviver melhor com homem”. Apenas em duas ocasiões necessitou, de fato, encaminhar pacientes para uma psicóloga do serviço, devido ao

mal-estar expressado em ser atendida por um profissional do sexo masculino. Ainda assim, uma delas retornou posteriormente para ele.

A partir da recordação de uma escuta realizada no dia anterior à nossa conversa, com uma idosa que atendeu no SAD, refletiu sobre seu lugar como homem e psicólogo. Tratava-se do primeiro atendimento a uma senhora de 60 anos que, “do nada”, passou a falar sobre sua vida sexual com o marido. “Como assim eu sou um homem e ela começa a falar sobre sexualidade e sexo comigo? Ela me enxerga como um profissional, naquele pedestal, de quem sabe muito”. Se ele fosse tido apenas como homem, supõe, talvez ela não se sentisse à vontade. Mas, ao que parece para ele, a condição de profissional facilita que as pacientes se sintam um pouco mais confortáveis.

Acompanha no SAM-WL uma paciente que tem uma “disfunção sexual”. “Imagina ela falar com isso com um homem”? De praxe, em sua primeira escuta, sugeriu a possibilidade de ser acompanhada por uma psicóloga. Mesmo assim, ela escolheu continuar com ele. Isso não significa, em sua perspectiva, que haja alguma regularidade no modo como as pacientes se portam em relação a masculinidade de profissionais de psicologia. No entanto, considera que “o suposto saber” acaba sendo mais importante. Até porque, diferente de um consultório particular, onde se pode escolher ser atendido por homem ou mulher, no SUS já há dificuldade de encontrar profissionais de saúde disponíveis, quanto mais de optar em função do gênero.

Apesar de transpor barreiras de gênero ao versar sobre sexualidade, entende que a escuta psicológica no SAM-WL se dá em moldes mais tradicionais, “porque tem esse quadradinho aqui” (referindo-se à sala de atendimento psicológico). Aprecia isso, no entanto, já que em sua opinião, a prescrição de adaptação e diversidade do setting da psicologia na saúde em muitas situações dá a impressão de que tem que ser “a psicologia de qualquer jeito”. Ao contrário, para ele, é fundamental ter um espaço legal e tranquilo para poder trabalhar. Queixa-se apenas, da espessura fina das paredes, que deixam vazar som tanto de dentro para fora, como de fora para dentro.

Para Paulo, o SAM-WL obedece a uma lógica hospitalar de atendimento em saúde, constituindo-se num serviço híbrido tanto emergencial, quanto ambulatorial. Enquanto emergência, independentemente da situação na qual a paciente chega, a escuta funciona como um “plantão psicológico”, cujo objetivo é realizar o “acolhimento” e construir o “vínculo” da paciente com o SAM-WL: “Algum elo, por menor que seja, um pouco de confiança. No primeiro atendimento, você não vai conseguir fazer isso, mas abre o espaço para um começo”. Não se trata, em sua concepção, de uma psicoterapia, até porque algumas mulheres não vêm com o desejo de fazer um acompanhamento de maior duração. Por exemplo, as três últimas

mulheres que atendeu numa primeira vez antes de nossa conversa, já faziam psicoterapia com profissional da rede privada.

Na primeira escuta, embora acredite que dependa muito do caso, em geral busca desvincular o SAM-WL das instituições jurídicas e policiais e da lógica de investigação da violência destas. Denominou isso de “meta-análise da saúde”, na qual busca explicar o que é o campo da saúde, como se insere nele o SAM-WL e qual a proposta de cuidado e compreensão do sofrimento desenvolvido nele. Por mais que busque desfazê-la, compreende que há uma associação do cuidado à pessoa em situação de violência à “questão jurídica”. Não só por parte da paciente, mas também dentro do próprio serviço. Especificamente, aponta, nas demandas de aborto previsto em lei.

Nas situações de relato de gravidez decorrente de estupro, busca ainda desvencilhar o espaço do atendimento do procedimento médico, apontado que a escuta pode ocorrer antes, durante e depois do aborto legal. Apesar disso, não lembra de uma paciente que tenha continuado em acompanhamento posteriormente a interrupção da gestação. Aponta como possíveis obstáculos “o peso” que seria voltar a um espaço cuja referência foi associado ao processo de sofrimento que ela vivenciou. Ou, ainda, o desejo de apagá-lo de sua vida, sendo o aborto “a borracha que ela precisava para aquilo”.

Inclusive, se disse preocupado com a ausência de uma paciente que ele havia atendido antes e até mesmo no dia propriamente do aborto, mas que ainda não havia retornado. Sua família era do interior de São Paulo e ela morava sozinha em Recife. Em geral, comentou, faz contato telefônico diante de uma primeira ausência, mas caso ela não retorne posteriormente, não liga novamente.

Acredita que esclarecer o sentido da escuta a paciente, o lugar da psicologia e o sigilo profissional “quebra algumas travas”, facilitando à paciente dialogar. Apesar disso, na maioria das vezes, nota que apenas uma pergunta já é suficiente para a paciente “disparar uma metralhadora” de situações de violência que não se limitam aquela que a trouxe ao serviço, mas abrange outras que são lembradas a partir dessa ou, até mesmo, ganham mais relevo do que a atual.

Para ele, a presença de um/a acompanhante durante o atendimento atua também, em certo sentido, como um facilitador da escuta, na medida em que ela pode ter receio de ficar só com ele numa sala. Seja pelo receio de um homem, seja também pela dificuldade da situação, pode ser importante a presença de uma referência afetiva. Por outro lado, isso pode a constranger de falar “coisas que a pessoa do lado não vai gostar de ouvir”, mas que ela pode tratar posteriormente, quando se sentir à vontade para ser atendida individualmente.

Lembrou de uma adolescente que não conseguia de jeito nenhum ficar sozinha no atendimento, sendo atendida durante dois meses na companhia de uma amiga até que ele “fez o corte” e ela continuou com ele sozinha. Nesse sentido, a presença de um acompanhante é uma estratégia para construção do vínculo, que pode ser dispensada em outro momento. A não ser, quando se trata de adolescente, em que é necessário chamar o/a responsável para discutir o andamento do processo e definir acordos quanto a horários, frequência etc.

Além do acolhimento e da construção do vínculo, busca compreender numa primeira escuta sobre a rotina da paciente, para determinar “como ela pratica saúde no dia a dia”. Adota perspectiva da integralidade da saúde e o cotidiano da pessoa é uma referência para avaliar o que ela faz e como se cuida. “Se vive só em casa, não tem família, não tem lazer, não faz nada, isso é algo a ter atenção”. Para ele, é importante saber se ela faz atividade física, se se alimenta bem, se dorme bem, vai para atendimento médico, faz prevenção etc.

Quanto ao início de um acompanhamento mais prolongado, não acredita que haja nada específico que favoreça a paciente que foi atendida na perspectiva de um “plantão psicológico” iniciar uma “psicoterapia”. Já atendeu pacientes que achou que teria bastante o que trabalhar, mas que não se vinculou ao serviço. “Às vezes, não bateu o santo, não tá a fim naquele momento”. Citou uma paciente, “com uma demanda arretada”, a qual reconheceu a necessidade do acompanhamento, ainda assim reiterou não ter desejo em fazê-lo, tendo Paulo apenas indicado a possibilidade de ela retornar quando caso sentisse vontade.

Relatou também ter atendido um menino trans, que pensou em encaminhar para o Espaço Trans do HC/UFPE. Havia sido encaminhado ao SAM-WL pelo Conselho Tutelar, devido a uma violência familiar. Ele tinha vindo a Recife recentemente, morava anteriormente em São Paulo e já lá havia passado a assumir identidade de gênero masculina. Embora sua família em São Paulo fosse “um pouco mais tranquila quanto a isso”, os parentes em Recife eram “evangélicos e militares”. Segundo Paulo, ele tinha o cabelo curto e usava roupas masculinas, desejando iniciar a hormonização. Como era adolescente, com dezessete anos, ainda dependia de autorização dos responsáveis para isso, mas em breve atingiria a maioridade. Não tinha, no entanto, afirmou Paulo, interesse em realizar acompanhamento psicológico, nem manifestava nenhuma demanda aparente. Pareceu, ao seu ver, se contentar com a orientação sobre a existência do Espaço Trans.

## 8.2 Acompanhamento de Paulo a pessoas em situação de violência sexual

Já quando uma paciente tem desejo de se manter sendo acompanhada por um/a profissional, aí sim, em sua compreensão, se trata de uma “psicoterapia”. No trabalho psicoterapêutico, adota uma “referência psicanalítica”, conjugada a uma “leitura da psicologia social” associada a “esquizoanálise”.

Em um primeiro momento, para ele, não é cabível fazer nenhum “aprofundamento muito grotesco”, mas “fortalecê-la” a partir daquilo que ela vive no momento. Caso haja desejo de um maior aprofundamento, pode prosseguir o processo psicoterapêutico inclusive por períodos mais longos, já tendo acompanhado pacientes entre um ano e dois anos e meio.

Em sua avaliação, não há, pela ausência de dados, como determinar o impacto que tem a psicoterapia em pacientes do SAM-WL, diferenciando de outras pessoas em situação de violência que não vivenciaram esse processo. No entanto, novamente dentro de uma perspectiva integral de saúde, acredita ser importante na medida que assume um caráter preventivo. Segundo ele, a possibilidade de refletir sobre a violência vivida, “para que seja reelaborada, ressignificada, confrontada e não reprimida”, pode ter o efeito de inibir adoecimentos.

Sente isso principalmente quando se trata de adolescentes, a quem diz gostar bastante de atender. Recusa o rótulo de rebeldia, preferindo adotar uma compreensão da adolescência como um processo de construção de si, em busca de identificações, sobre o qual a família e a sociedade exercem uma série de pressões e cobranças. A partir da psicologia, é possível contribuir para a adolescente ao “mexer nos monstros que ela quiser mexer”, a fim de que ela possa “se construir de formas mais harmônicas dentro da desarmonia de cada um” e lidar “de forma mais amadurecida com a realidade dela, com os bichos que aparecem”.

Afirma perceber com mais clareza o efeito do processo psicoterapêutico sobre as adolescentes que atende, acredita conseguir “mexer mais um pouco”. Atribui isso a “falta de conteúdo e discurso sobre ela mesma”, já que “ninguém da família conversa sobre sexualidade, drogas, desejo de vida, sobre política... um vazio de sentido”. Acredita que a psicoterapia pode ofertar a possibilidade de ela construir sentido sobre ela, o ambiente em que ela vive e apontar outros espaços nos quais ela pode se identificar, seja religioso, artístico ou político.

Lembrou de uma adolescente que, num encontro terapêutico, após ele perguntar como havia sido a semana, respondeu: “eu tirei umas angústias que tavam me sobrando e aí foi tudo bem”. “Como assim umas angústias sobrando?”, riu ele, apontando ao mesmo tempo que ela passou a refletir sobre os sentimentos de uma forma reflexiva, reconhecendo sua importância, mas também abrindo caminho para se portar de uma forma diferente diante deles. Sinalizou,

nesse caso, isso como um amadurecimento fruto do processo psicoterapêutico, juntamente com a perda da timidez e a construção de novas relações de amizade

Esse amadurecimento também vale para as mulheres adultas. Citou uma paciente que chegou “bastante fragilizada”, sofrendo “violência crônica” por parte do parceiro íntimo, a qual “qualquer problema que acontecia na sua vida durante o processo terapêutico, seja algo realmente grave no trabalho, seja uma desavença menor com o filho, virava uma questão que acabava o mundo daquela pessoa”. Ao final do processo, ela própria verbalizou: “esses problemas vão tá na minha vida, agora eu não vou me acabar por conta deles”. Para Paulo, esse amadurecimento se deu na medida em que ela passou a perceber o sofrimento como pertinente à vida e não algo desestruturante. “A tristeza é importante também, sabe? Dá acesso a esses sentimentos, que parece que são proibidos, é importante”.

Recordou, ainda, de uma idosa, a qual se sentiu particularmente à vontade em ter atendido, devido aos dez anos de experiência com idosos no SAD. Seu primeiro atendimento no SAM-WL foi iniciado pela assistente social do plantão, que prontamente solicitou o apoio de Paulo, porque a paciente estava “chorando horrores” e os dois profissionais realizaram juntos o acolhimento da senhora que vivia em situação de violência doméstica. Paulo relatou que, num primeiro momento, ela identificava a violência psicológica e física, mas não a sexual, a qual passou a reconhecer com o percurso terapêutico, porque entendia até então que manter relação sexual com seu esposo “era sua obrigação como mulher”.

Questionado sobre se já teve dificuldade em alguma situação, lembrou de uma paciente que, segundo ele, “ficava tentando testar minha competência técnica”, exigindo “garantias de que ela iria ficar bem”, perguntando “quais as habilidades minhas como profissional, quantos casos eu já havia atendido e quantos havia conseguido curar – olha que coisa!” Para ele, “foi bem chato e complicado”, até porque a paciente tinha uma história bem “difícil e pesada”, além do que passou a ser acompanhada por ele após uma psicóloga do próprio SAM-WL ter lhe encaminhado por ter considerado que não conseguiu estabelecer uma boa relação. “É difícil, mas ao mesmo tempo é bom”, concluiu. “Instiga a estudar, pensar, discutir, enfim”.

Lembrou de dois casos de mulheres que sofreram “estupros corretivos”<sup>35</sup>. Uma não quis atendimento. A outra era de uma mulher bissexual, que “tava mexida quanto a isso”, porque

---

<sup>35</sup> O termo é usado coloquialmente para se referir ao estupro de mulheres lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero, a partir da concepção do autor da violência que “ensinaria a ser mulher de verdade” impondo uma heterossexualidade compulsória através da violação, por isso corretivo, ou restabelecendo a ordem de gênero num ato que redobra o caráter misógino da coerção sexual sobre a vítima. Apesar de utilizar a expressão do profissional, prefiro referir a essa forma de violência como estupro lesbo, bi ou transfóbico, de modo a demarcar a discriminação da orientação sexual e/ou identidade de gênero.

sua família não aceitava e chegou a achar que algum parente havia sido mandante do crime. Acompanhou ela durante quatro meses até que, ao iniciar uma relação afetiva, não quis prosseguir com os atendimentos. Avaliou, a partir desse caso, que é algo relativamente comum se encerrar o acompanhamento durante início de uma relação afetiva, “porque tá bem na vida, tá amando”.

Embora identifique que a maioria das pacientes são negras, não percebe na fala delas conteúdos relativos à raça ou racismo. Pergunta-se, inclusive, sobre a racialidade das pacientes que realizam o aborto legal, tendo a impressão de que se trata de mulheres mais brancas do que negras.

Apesar de ter realizado acompanhamentos de longo prazo e “dado alta” a algumas pacientes, afirma que a maioria se desliga. “Dá para contar quantas altas eu dei, altas combinadas, de finalização mesmo: umas dez a quinze”.

### **8.3 Afetações de Paulo na escuta psicológica**

Diz ter se emocionado bastante com uma das primeiras pacientes naquele mês em que aconteceu nossa conversa, a qual chegou acompanhada pelo irmão. Segundo Paulo, eles tinham uma relação difícil, mas ao mesmo tempo de muito cuidado um com o outro. Moravam em estados diferentes e ela veio a Recife para que pudesse ser cuidada por ele. Paulo atendeu os dois juntos. “Ela tava bem mal e fragilizada e ele tava tentando cuidar dela”.

Para Paulo: “ver o sofrimento do irmão tentando cuidar dela... eu olhar... pesado, mesmo... ele sofrendo e tentando... porque a gente tem esse lugar aqui de observar, né? A gente consegue ver e eu gosto muito de observar a mímica. Enquanto ela tava mais apática, mais abatida, pelo cansaço, eu acho, a expressão de sofrimento que ele tava, de preocupação, sem saber o que fazer... foi bem mexido. Aquele atendimento foi bem pesado. Saí com a cabeça bem pesada”. Após alguns atendimentos, essa paciente se desligou sem que Paulo houvesse dado alta. “Tinha uma demanda manifesta muito forte, mas tem conteúdo latente ali que você não sabe, né? E a gente não tá aqui pra investigar”.

Questionado sobre se algum caso o tinha deixado indignado, respondeu: “um bocado, um monte”. Principalmente, disse, quando é adolescente ou criança e a família chega com discurso de “a gente tentou resolver na família”. Disse fazer intervenções bem diretas na família nessas situações: apontando o dever deles garantirem o cuidado a adolescente do ponto de vista legal e também como uma forma de prevenir problemas a ela no futuro.

Para Paulo, que diz gostar bastante de trabalhar no SAM-WL, tanto pelos atendimentos, quanto pelo espaço e pela equipe, ser lotado no serviço foi uma surpresa bem-vinda. Embora já trabalhasse há cerca de seis anos no HAM e soubesse da existência do SAM-WL, acreditava que só mulheres poderiam trabalhar nele. Ainda que não tenha escolhido vir ao serviço, tinha interesse tanto pela temática, quanto pela possibilidade de ser um espaço onde poderia realizar atendimentos regulares.

## 9 A PRODUÇÃO DE INTELIGIBILIDADES E SENSIBILIDADES NA ESCUTA PSICOLÓGICA À MULHERES E MENINAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Buscamos aqui pensar a construção da escuta psicológica a partir de distintas trajetórias pessoais e profissionais dos psicólogos do SAM-WL que, ora dialoga, ora entra em tensão com outras escutas especializadas da equipe multidisciplinar do serviço, a partir do que denominei como *matrizes de inteligibilidades* da escuta à situação de violência sexual, distinguindo entre a jurídica e a terapêutica. Aponta para os modos como essas matrizes produzem distintas sensibilidades e moralidades, problematizando-as por meio do antagonismo entre uma política de suspeição da vítima de violência sexual e uma política de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Ivone, por exemplo, evidencia em seu relato, como os demais profissionais, processos de reflexão crítica sobre a escuta desenvolvida junto as meninas e mulheres atendidas no SAM-WL. Nesse processo, entram elementos de sua formação universitária e de pós graduação, de suas experiências profissionais prévias, dos diálogos com outras especialidades da equipe multidisciplinar, de experimentações na própria relação terapêutica, bem como de seu autodidatismo, sua psicoterapia e vivências pessoais e afetações no cuidado às pacientes. Esses elementos, aos quais se acrescente a militância política referida na narrativa de Betânia, sintetizam a complexidade desse processo em jogo no atendimento psicológico.

Apesar de todos os profissionais com que conversei tenham se graduado em universidades públicas do estado (UPE e UFPE), é notável o consenso sobre a falta de problematização da violência sexual não só no curso universitário, mas também na continuidade da formação seja em pós-graduação, seja na atuação em outros serviços. Ainda que se possa supor que se trate de profissionais graduados com outros currículos distinto do atual, parece lícito afirmar que isso diga mais respeito à invisibilidade da violência sexual e do aborto legal na sociedade, que se reflete também na sua falta de tematização nos processos formativos formais. É na atuação em serviços públicos, antes mesmo da inserção do SAM-WL, que um ou outro psicólogo/a entra em contato com pessoas que passaram por essa situação.

Apesar disso, considerando a continuidade da formação profissional dos psicólogos/as e sua inserção em outras políticas públicas, nenhum dos/as psicólogos/as se considerou de todo desprovido de aparato técnico-conceitual capaz de produzir uma análise crítica de escuta a meninas e mulheres em situação de violência sexual. Ademais, se mostraram ávidos em refletir criticamente sobre as contingências institucionais do SAM-WL e se apropriar dos documentos

e normativas que referendam as políticas públicas de assistência à saúde de pessoas em situação de violência sexual, quanto daquelas que passam pelo abortamento legal.

No entanto, essa capacidade crítica e seus processos reflexivos tem esbarrado, como se aponta em algumas das narrativas, com um limite institucional difícil de se transpor: a escassez de diálogos sistemáticos entre profissionais, a precariedade do compartilhamento de conhecimentos e a impossibilidade de se qualificar o debate sobre a escuta psicológica e, de um modo geral, a assistência à saúde de pessoas em situação de violência sexual, a partir da integração de diferentes saberes, perspectivas e posicionamentos.

A baixa frequência de reuniões clínicas e administrativas que, quando ocorrem, ainda assim não encontram adesão de toda a equipe; a total ausência de supervisão institucional, a qual poderia facilitar emergir novas possibilidades de escuta e contribuir para apontar processos cristalizados pouco visíveis na assistência ofertada pelos/as profissionais; a presença praticamente nula em eventos científicos de trabalhos que permitam a uma audiência científica debater sobre as propostas de intervenções do SAM-WL junto às pacientes; a inquietante inexistência de um controle social mais atuante sobre as ações do serviço e a aproximação tibia com os movimentos sociais; tudo isso contribui para que qualquer possibilidade de reflexão crítica tenha alcance limitado e potencial duvidoso.

Reconhecer isso não implica assumir culpa por esse quadro apontado, mas de apontar a responsabilidade como trabalhadores/as em denunciar a precarização do SUS, as condições desfavoráveis de trabalho e a cultura hospitalar e biomédica na qual se aloja o serviço como barreiras que dificultam que uma equipe que ser arvore uma significativa capacidade técnica não possa contribuir para um debate mais profícuo sobre o acolhimento e o acompanhamento a meninas e mulheres em situação de violência sexual. Baixos salários, regime de plantão, dificuldades em alcançar uma interdisciplinaridade de forma mais efetiva, a necessidade dos profissionais de manter mais de um vínculo público, trabalhando 60 horas semanais, para obter renda satisfatória, todos esses são problemas enfrentados não apenas no SAM-WL, mas capazes de comprometer a melhoria da atenção à saúde prestada às pacientes.

Em que pese tudo isso, no que diz respeito a escuta psicológica no SAM-WL, é possível vislumbrar uma significativa transformação em curso na cultura profissional, como a aponta Dimenstein (2000) nas instituições de saúde, não sendo mais exclusivamente restrita um ideário privatista e individualista. Ainda assim, estão presentes em maior ou menor grau os problemas trazidos por ela, quando em todas as narrativas se considera os abandonos e desligamentos de pacientes, bem como a ausência de processos de avaliação dessa escuta que impedem discutir sua pertinência terapêutica. Essa aparente contradição implica, em relativizar o peso que é dado

à formação no enfrentamento desses problemas (BEATO; FERREIRA NETO, 2016), repensando-os também com base na cultura organizacional e a precarização das relações de trabalho no SUS, elementos que não se restringem apenas uma categoria profissional específica.

Por outro lado, a avaliação de Dimenstein (2000) parece não se aplicar no que diz respeito a seleção e hierarquização das pacientes, as distintas concepções de saúde/doença entre aquelas e os/as profissionais e a psicologização dos problemas sociais. Há um significativo esforço dos psicólogos/as do SAM-WL em propor formas distintas de escuta para adequá-la a diversidade das pacientes, dialogar com diferentes concepções de saúde/doença e recusar em pensá-las exclusivamente a partir de aspectos intrapsíquicos, até mesmo pela natureza do problema responsável pela chega das pacientes no serviço: a violência sexual e/ou doméstica.

Há, de um modo geral, nas narrativas uma tentativa de se diferenciar uma escuta mais tradicional, associada ao modelo clínico-privatista, de formas de escuta mais afinada a um serviço público de saúde. Mesmo no caso do último relato, de Paulo, em que devido a existência de uma sala de atendimento psicológico própria, se aproxima a atuação no SAM-WL aos moldes tradicionais, não se faz a partir de uma identidade total. Ao contrário, se trata a sala “bonitinha” e “ajeitadinha”, como um ambiente que proporciona melhor condição de trabalho do que outros os quais, embora se preveja uma variabilidade e diversidade do setting terapêutico na saúde, acabam por sujeitar o/a profissional a precariedade de condições e a praticar “uma psicologia de qualquer jeito”.

Não obstante, Ivone fala numa escuta que não se propõe a ser apenas compreensiva ou reflexiva, mas oferece “sugestões práticas” para lidar com os problemas enfrentados pela paciente. Maria Jesus aponta a variação entre uma “escuta mais ou menos ativa”, compreendendo por isso a quantidade de orientação e informações que considera necessárias para oferecer a paciente sobre os possíveis efeitos da violência sofrida, a depender da possibilidade de seu retorno ao serviço. Betânia recusa a possibilidade de se fazer psicoterapia no SAM-WL e defende “adotar um foco” que diz respeito ao enfrentamento da situação de violência pela paciente.

As palavras “sustentação”, “apoio”, “ajuda”, ainda que possam ter acepções distintas nos relatos de cada profissional, podem ser colocadas em oposição a “psicoterapia”, mesmo que essa possibilidade não seja recusada por todos/as profissionais às pacientes do SAM-WL. Essa oposição, que despontam com alguma constância nas narrativas, parecem demarcar uma tentativa de afastamento de uma escuta com objetivos analíticos, psicodiagnósticos ou curativos, para uma outra mais “concreta”, que tem em vista não só as necessidades imediatas das pacientes, mas busque também a potencialização destas, pautadas em perspectivas nem

sempre semelhantes, mas nem por isso menos férteis, de promoção de saúde (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Nos relatos, surgem funções diversas da escuta, associados a situação de violência da paciente, tais como: avaliar existência de situação de risco e/o vulnerabilidade, propor estratégias de segurança, proteger contra julgamentos e novas violências, favorecer o reconhecimento de situações de violência naturalizadas, estimular a comunicação e denúncia das violências, orientar sobre profilaxia/aborto, prevenir adoecimentos, manejar sofrimento e produzir fortalecimento. No que diz respeito especificamente ao manejo do sofrimento atribuído a violência sexual, sobressai a tentativa de alívio da vergonha, enfrentamento do medo e ressignificação da culpa tidas como efeitos da violência.

### **9.1 Matrizes de inteligibilidade da violência sexual e produção de sensibilidades no SAM-WL**

Dentre os distintos objetivos e concepções de escuta expostas nas narrativas dos/as psicólogos/as, subjaz a nomeação “acolhimento”. Essa palavra calorosa e polissêmica, retirada da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>36</sup>, cujos usos parecem produzir sentidos nem sempre em acordo, mas não necessariamente em desacordo com a PNH, apela à uma determinada postura ou sensibilidade tida como natural, portanto pouco problematizada, dos profissionais de saúde em relação aos/as usuários/as.

No entanto, parece assumir contornos mais precisos nas narrativas, no que diz respeito ao estatuto de verdade da fala da paciente. Quando Betânia a compara a “fala do louco”, descreditada e sem valor, quando Maria Jesus afirma que “até que provem o contrário (...), jamais vou abrir minha boca pra desconfiar da fala da mulher”, ou quando Paulo busca situar o SAM-WL e a escuta psicológica no campo da saúde, desvinculando de instituições policiais e jurídicas, se aponta para uma tensão entre distintas matrizes de inteligibilidade das narrativas sobre situações de violência sexual entre a saúde e o direito.

---

<sup>36</sup> “Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: a) ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; b) estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; c) política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros” (BRASIL, 2010).

Para Foucault, a lei produz verdades que contribuem para a gestão e administração de populações heterogêneas com o fim de inibir transformações políticas e sociais. A existência das instituições jurídicas se dá exatamente pela finalidade de regular a sociedade, manter a ordem e prevenir mudanças abruptas. O discurso legal, na medida que trata o poder como estritamente repressivo e desassociado de um saber, legitima com isso conhecimentos que mantêm hierarquias sociais vigentes. Suas mudanças progressivas se dão apenas através de uma série de processos de lutas sociais (FOUCAULT, 2012).

Naquilo concernente a fala de meninas e mulheres em situação de violência sexual, em que pese as últimas inovações legais que ampliam o escopo de seus direitos e as obrigações pelo Estado, mantém-se constrangimentos e violências impostos pelas regras discursivas do direito que demarcam suas narrativas a partir do binarismo verdadeiro/falso, ignorando quaisquer outra dimensão daquelas, com base em critérios de autoria, materialidade e prova do crime. A partir desse regime discursivo, o que interessa é estabelecer a culpa ou inocência de determinados atores/atrizes sociais, independente da diversidade das experiências sexuais e das iniquidades de gênero envolvidas.

Essa compreensão, ao ser popularizada, joga em favor das desigualdades existentes na sociedade entre homens e mulheres, promovendo o que feministas tem combatido com a difusão das expressões “culpabilização da vítima” e “cultura de estupro”. Em se tratando esse crime de difícil comprovação, que na maioria das vezes não tem testemunhas, nem deixa marcas visíveis, sobressai a fala e a reputação da vítima:

Aqui entra o fator da reputação, ou seja, o modo como a sociedade julga o comportamento da vítima antes do estupro. Atrelado à reputação é que se concede ou não o status de vítima de estupro para uma mulher. Desse modo, ser vítima de estupro é um status social condicionado à reputação e que corresponde a muito além do que apenas sofrer a violência sexual – é receber da sociedade o aval de quem realmente é inocente com relação ao ocorrido. A construção social da vítima perfeita de estupro parte da ideia de que a castidade feminina, ou o mais próximo disso, é uma questão moral não apenas da mulher que a carrega, como, também, um atestado de bons antecedentes de sua família (SOUSA, 2017, p.16).

Contra esse regime discursivo, seja em seu uso jurídico, seja a partir da sua popularização, é que a escuta psicológica no SAM-WL parece tentar erigir barreiras e outros modos de compreensão em seu “acolhimento”. Interessa menos saber a verdade num sentido legal, mais a verdade da mulher ou da adolescente – pelo menos a partir dos parâmetros e regras eticamente mais maleáveis de uma matriz de inteligibilidade terapêutica que opera na relação

entre psicólogo/a e paciente –, sem o fito de estabelecer culpa ou inocência, ou de comprovar um fato.

Aliás, se aponta a partir dessa mesma matriz para o dano possível do inquérito policial e das audiências de justiça, as quais conformam a fala da vítima de modo tal a lhe infligir a memória sofrida das datas, lugares, circunstâncias e elementos do estupro, tidos como objetivos, os quais a partir de uma perspectiva psicologizante são referidos como capazes de produzir uma “revitimização” (mas, numa redescrição menos individualista, pode ser redefinida como violência institucional). Nesse sentido, é naquilo que os psicólogos/as do SAM-WL nomeiam apropriadamente como “não julgar” – recusar a posição de juiz e o discurso jurídico –, que a escuta psicológica alça, ainda que limitadamente, seu caráter de **resistência**.

Ao que parece, é justamente a partir da tônica do enfrentamento da culpabilização pelos familiares e/ou parceiros/as que a escuta se amplia para além da pessoa diretamente afetada pela violência relatada. Embora, em alguma medida, se reconheça que a violência sexual se trate de um evento que afete não só aquela, mas também quem lhe é íntima, se abrindo espaço para que os/as acompanhantes falem também a respeito de seu sofrimento, se faz isto principalmente em benefício da paciente. Seja para amenizar e prevenir possíveis culpabilizações, favorecer o enfrentamento dos conflitos e perpetuação da violência, quando intrafamiliar, ou discutir sobre estratégias de cuidado àquela. Essa possibilidade tem, no entanto, na compreensão de Maria Jesus, um limiar bastante definido, quando resvala em agressão verbal durante o atendimento junto à paciente, sendo necessária uma intervenção enérgica para coibi-la.

Assim, essa matriz de inteligibilidade terapêutica, propõe contra o binarismo verdade/inverdade do discurso legal os matizes da elaboração da experiência. Ao invés da busca de um culpado, o esforço pelo cuidado a partir do qual até mesmo a culpa e a vergonha pela violência sofrida são passíveis de ressignificação. Em vez de ensejar comprovação da materialidade e autoria de um fato, a produção conjunta de estratégias para lidar com o medo, a dor, o sofrimento. Ou, pelo menos, é o que se deseja. Afinal, não é o bastante lembrar que essa reflexão é possível a partir de narrativas produzidas entre mim e meus colegas do SAM-WL, o que provavelmente dificulta perceber suas fissuras e contradições.

Mesmo assim, elas aparecem. Principalmente quando essas duas matrizes discursivas parecem se chocar a partir da categoria “estupro de vulnerável”. No caso das adolescentes com menos de 14 anos, além de se apontar para os entraves na comunicação e a necessidade de uso de outras linguagens que não se restringem à oralidade, emergem nas distintas narrativas sobre a escuta sentidos contraditórios atribuídos por nós, profissionais, pelos familiares, pelas

instituições jurídicas e pela própria adolescente no que diz respeito a experiência sexual vivenciada, quando essa última afirma ser então desejada.

Não reconhecendo o direito e as instituições jurídicas a sua capacidade em consentir, resta a sua classificação como estupro e aos profissionais a hesitação entre adotar uma postura tutelar e/ou se posicionar em favor da autonomia da adolescente: basear-se na perspectiva da adolescente; pôr em jogo as perspectivas distintas entre ela, familiares e sociedade; mediar conflito entre adolescente e familiares; fortalecer a adolescente para resistir às violências e opressões familiares; oferecer uma educação sexual, em que se trabalhe questões como autonomia, consentimento, prazer e limites corporais? Posições e conduções distintas que operam na costura das narrativas em que emergem essa tensão das matrizes jurídica e terapêutica em jogo.

Essas amarras, descritas de outro modo, se dão a partir do que Contardo Calligaris (2009) delimita como duplo vínculo do adulto com o/a adolescente que reconhece a maturação de seu corpo sob a determinação de sua imaturidade sexual, valoriza sua autonomia e independência desde que subordinada à tutela daquele. Ou, como descrevem Maria Leal e Marilda Castelar (2017), encerram os dilemas de uma visão adultocêntrica em relação ao/a adolescente, suas necessidades, interesses e capacidade de escolha, principalmente no que diz respeito a sua sexualidade e vida reprodutiva.

## **9.2 A escuta psicológica em meio a equipe multidisciplinar no SAM-WL**

Outro ponto de atrito, sinalizado não tanto na escuta psicológica da paciente em si, mas na relação dessa escuta especializada com outras na equipe multidisciplinar do SAM-WL, parece se dar entre distintos saberes e práticas profissionais convocados na assistência à saúde da paciente. Aquilo que Ivone fala de um modo geral como a possibilidade de “sensibilização da equipe” e “humanização do atendimento”, em Betânia ganha a feição de “filtro” e “caracterização” no repasse do relato da paciente aos demais, a fim de evitar suspeitas e discriminações.

Evidencia-se, desse modo, a operação no próprio SAM-WL do que Débora Diniz, Vanessa Dios, Myriam Mastrella e Alberto Madeiro (2014) denominaram de “regime de suspeição” (p.293) sistematicamente instaurados nos serviços de referência para vítimas de estupro. Estes autores apontam que esse regime produz uma “economia moral” na qual a “verdade do estupro” é constituída a partir de um conjunto de exames e procedimentos que, ao

fim e ao cabo, definem quais podem ou não ser consideradas vítimas, dificilmente bastando apenas a narrativa da paciente.

Se, no entanto, há um regime de suspeição, esse coexiste nas narrativas no interior do próprio serviço em conflito com outro “regime de garantia da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas e mulheres”. Esse embate atualiza, em outros termos, o anterior entre matrizes de inteligibilidade jurídica e terapêutica das narrativas sobre violências sexuais. Coloca-o em meio aos diferentes saberes e especialidades da equipe multidisciplinar do serviço, assumindo um “caráter técnico”. Seja a partir do tensionamento, quando Betânia sinaliza que “ninguém vai poder questionar” a fundamentação técnica de sua escuta, que ela faz uso a fim de facilitar o acesso da paciente aos seus direitos no serviço, seja de uma maneira mais dialógica, quando Maria Jesus aponta se sentir à vontade para questionar a conduta de quem quer que seja e não perceber uma hierarquia demarcada entre distintas especialidades.

Essa tensão entre regimes discursivos ou matrizes de inteligibilidade, se bem que aproxima escutas e formações – basta notar como o primeiro atendimento logo que a paciente chega ao serviço é corriqueiramente referido como sendo realizado em conjunto com a assistente social de plantão –, afasta outras, cuja perspectiva biomédica da saúde dificulta colocar em evidência valores, crenças e ideias dos/as profissionais em relação à sexualidade, à violência e à diversidade de pacientes. Não significa, contudo, dizer que esses embates se dão sempre e, quando se dão, também não necessariamente de forma reiterada entre a “área clínica” e a “área psicossocial”, podendo ser assumido por diferentes atores e atrizes a depender das circunstâncias.

Sem dúvida, esse embate se acirra nas situações em que mulheres e meninas desejam realizar o aborto legal. Para Diniz e os demais autores (2014), o regime de suspeição é acionado devido ao próprio estatuto moral ambíguo dos serviços de saúde, responsáveis por executar uma prática criminalizada, porém admitida na situação de gravidez decorrente de estupro. Nessas circunstâncias, a vigilância contra a possibilidade de má fé das pacientes, segundo os/as autores/as, fantasma sempre temido pelos profissionais, os coloca como “guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto” através das técnicas e exames concernentes as suas especialidades. Essa compreensão talvez sirva para elucidar não apenas as necessidades de traduções e tensionamentos entre distintas escutas especializadas dos profissionais do SAM-WL, mas também o isolamento no hospital, seu desconhecimento – quantas vezes me disseram “nunca tinha ouvido falar desse serviço” –, e sua “falta de divulgação”.

No regime de suspeição, sob o crivo das distintas escutas especializadas, entra em jogo, segundo Diniz e demais autores/as (2014), técnicas confessionais e práticas disciplinares, cuja

finalidade repousaria em atestar a “veracidade” da violência e “qualificar” a mulher como vítima. Nesse jogo, a orientação sexual, a relação do agressor com a vítima, o cenário, as circunstâncias e a intensidade da violência despontam como “moduladores” da veracidade. Mulheres heterossexuais e casadas que relatavam violência sexual por seus maridos são mais suspeitas. Se o estupro foi mais brutal e/ou perpetrado por pai, ou padrasto, mobiliza maior compaixão. Para os/as autores:

Mesmo em serviços em que a retórica dos direitos é mais clara, a dupla dimensão investigativa da verdade do estupro – acontecimento da violência e subjetividade da vítima – guia a fase de acolhimento da mulher pelas equipes de saúde. É como uma figura detentora da verdade que a mulher é inquirida pelas equipes – e não imediatamente como uma vítima detentora de um direito. Seu sofrimento move a compaixão, mas também aciona táticas de saber para a investigação da verdade. A mulher se transformará em vítima se aprovada nos testes de verificação a que se submeterá. Uma explicação para esse regime investigativo é o caráter de exceção da lei punitiva: mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados, pelo estigma imposto aos serviços, pela ameaça persecutória e pela moral hegemônica do aborto como um ato violador, a atualizar táticas e práticas periciais (p. 297).

Contrapõe-se, no entanto, a esse argumento, a existência de um regime de garantia da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos no SAM-WL, sustentado, ainda que de forma parcial e posicionada nas narrativas, a partir de uma escuta psicológica que se coloca como *resistência* a esse regime de suspeição. Não se conclui, assim, que esse é necessariamente o modo exclusivo como a escuta psicológica opera, nem que esse regime se atualiza exclusivamente na escuta psicológica, mas é possível apontá-la como relevante situacionalmente na garantia do direito das mulheres e das adolescentes ao atendimento multidisciplinar no SAM-WL e ao aborto legal.

Ivone, por exemplo, aponta a necessidade de minimizar a ansiedade decorrente do aborto legal. Betânia aborda a relevância da escuta psicológica no auxílio ao processo de escolha do/a acompanhante durante a internação. Ela também acredita ser desnecessário “mastigar” decisão de paciente que vem segura ao SAM-WL. Embora não seja uma postura antagônica, Maria Jesus traz elementos que indicam o que ela entende por “amadurecimento” da decisão, apontando a relevância de refletir com a paciente sobre a escolha, tendo em vista a carga simbólica negativa conferida pela cultura.

Se o regime de suspeição parece atualizar uma matriz de inteligibilidade jurídica a partir de noções como verdade/mentira, culpa/inocência etc., o regime de garantia de direitos, por sua vez, atualiza uma matriz terapêutica permeável a repertórios de políticas públicas e movimentos

sociais, com base em noções como “saúde integral”, “saúde mental”, “risco”, “vulnerabilidade”, “culpabilização” “direitos da mulher”, “empoderamento feminino e LGBT”, dentre outros.

Nesse sentido, o estatuto da fala conferido à paciente reverbera em grande medida seu reconhecimento como portadora de direitos (não apenas de uma verdade a ser provada), condizente com pautas e reivindicações do movimento feminista no que diz respeito ao estupro de adolescentes e mulheres. Vem ao encontro de noções de autonomia, consentimento e violência que tem sido publicamente debatidas desde o irrompimento desse movimento, tendo ganhando maior difusão na última década devido ao impacto das redes sociais.

Cabe destacar, nesse sentido, a própria formação complementar e participação dos psicólogos/as do SAM-WL em outros espaços profissionais e/ou de militância, como um elemento significativo no desenvolvimento de escutas que tem como horizonte assegurar os direitos das mulheres e adolescentes. Ivone, cujo mestrado possibilitou entrar em contato com estudos de gênero; Maria Jesus, que organizou Protocolo de Atenção a Mulher em Situação de Violência na UFPE; Betânia, através da militância na luta antimanicomial; ou mesmo eu, como pesquisador do GEMA/UFPE, com passagem pelo movimento LGBT.

### **9.3 Perigos de uma escuta psicológica em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos**

Apesar disso, é necessário alertar para o perigo envolvido numa escuta psicológica que, ainda que adote como referência perspectivas advindas do feminismo e em defesa do direito das meninas e das mulheres, possa sub-repticiamente promover práticas confessionais e mecanismos disciplinares. Nicola Gavey (2013), por exemplo, aponta que em muitas situações, uma compreensão binária de práticas como estupro/relação sexual pode não ser um parâmetro ético adequado para produzir sentidos sobre determinadas interações de natureza sexual. De fato, ela chega a apontar que em experiências que não constituem sob o ponto de vista de quem vivenciou nitidamente um estupro, esse entendimento pode mesmo dificultar sua abordagem, ao obrigar a pessoa a colocá-la nos termos dessa perspectiva binária. Segundo a autora, muitas pessoas relatam se sentir inseguras se uma experiência sexual indesejável configura ou não uma violência e a resposta nem sempre é tão óbvia.

Ela cita exemplos de narrativas de mulheres que: 1) não disseram não durante um relação sexual prejudicial por medo de que se dissessem e o homem continuasse da mesma maneira, iriam ter que se considerar como vítima de estupro, uma identidade indesejável e estigmatizada; 2) praticaram sexo prejudicial porque acreditavam que pessoas saudáveis mantinham frequentemente relações sexuais, em acordo com concepções liberais de expressão

sexual; 3) decidem continuar uma relação sexual indesejada porque se preocupam em não satisfazer o parceiro sexual, reiterando a supervalorização da satisfação sexual masculina em detrimento da feminina.

Linda Alcoff (2018) defende a utilidade de adotar em determinadas situações uma atitude de relativismo discursivo em relação a narrativas de violência sexual. Para ela, adotar uma concepção crítica a respeito de experiências sexuais prejudiciais pode ser útil para pessoas cujas narrativas não são facilmente enquadráveis nos roteiros de estupro e abuso sexual. A autora é contrária à compreensão de que apenas vítimas confusas e/ou em negação produzem histórias lacunosas e ambíguas sobre experiências sexuais indesejáveis. Ela argumenta que a hesitação sobre como descrever essas experiências pode se dever ao sexismo, estigma ou vergonha, mas também a uma atitude crítica diante da experiência vivenciada.

Indeterminação, portanto, pode significar apenas que a pessoa ainda não decidiu sobre o sentido de suas experiências e os sentimentos de incerteza podem servir como ímpeto para uma reflexão. Do mesmo modo, a ambiguidade pode contribuir para construir formas mais complexas de entrar em contato com más experiências sexuais, hesitar antes de se apressar em uma conclusão e talvez buscar explicações fora das vias convencionais (ALCOFF, 2018).

Esse relativismo discursivo, distinto daquele posto em funcionamento no regime de suspeição, pode nos ajudar a nos contrapormos as técnicas confessionais e práticas disciplinares, contribuindo para escutarmos meninas e mulheres de modo mais colaborativo quando sua experiência entra em conflito com as nossas sensibilidades e moralidades, possibilitando relações menos centradas em noções próprias ou intrapsíquicas, mais voltadas a sua construção a partir de um processo dialógico, situado e reflexivo de escuta psicológica.

## 10 DO RISCO-VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL COMO ELEMENTO DA NECROPOLÍTICA

Nesta ensaio, me esforço por analisar *a ética* das noções de consentimento, autonomia, risco/vulnerabilidade colocadas em jogo na definição das situações de violência sexual no processo de sua escuta, buscando sondar como essas categorias são operadas por profissionais de saúde e, mais especificamente, pelos/as psicólogos/as do SAM-WL, de modo a tornar a violência sexual um problema de saúde legítimo e conferir o *status* de vítima à paciente. Propomos, com base na crítica a essas noções, outro referencial capaz de deslocar a ênfase na centralidade do consentimento nas situações de violência sexual, para pensar a precariedade como efeito de políticas sexuais dirigidas a determinados corpos.

Em todos os relatos dos/as psicólogos/as do SAM-WL emergem, de maneiras mais ou menos explícitas, noções nem sempre complementares e correlatas que relacionam risco/vulnerabilidade à violência sexual. Essas noções e as formas como se apresentam parecem, por um lado, reproduzir de modo mais específico a tensão entre distintas inteligibilidades no campo da saúde em tensão com o direito, por outro pôr em jogo sensibilidades por vezes dissonantes ante a iniquidades e opressões sociais no que diz respeito à violência sexual. Não se faz, entretanto, de uma maneira coerente e linear, de modo que essas palavras ganham sentidos e usos distintos por vezes dentro de uma mesma narrativa.

Por exemplo, Ivone fala em buscar compreender “múltiplas dimensões” e, ao mesmo tempo, identificar “fatores de risco”, das pacientes. Betânia fala na importância de “compreender o grau de risco e vulnerabilidade”, entendendo por isso não só a possibilidade de sofrer retaliação do agressor, como também de ter recursos para manter seu acompanhamento no SAM-WL. Maria Jesus se identifica claramente às pacientes a partir da noção de risco e vulnerabilidade das mulheres à violência sexual: “Não importa o que eu faço, eu estou em risco. O que me vulnerabiliza é minha existência e eu não vou deixar de existir”. Aponta também uma maior “vulnerabilidade social” das mulheres negras ao estupro. Paulo se pergunta sobre a possibilidade de pacientes brancas terem maior acesso ao aborto legal no serviço.

Diferentes elementos se associam às noções de risco/vulnerabilidade, a partir de critérios ora individuais, ora situacionais, ora sociais. Idade, gênero, sexualidade, raça, deficiência, saúde mental, trabalho, nível de renda, conjugalidade, parentesco, territorialidade, religião são aspectos que podem despontar já na primeira escuta relacionados à situação de

violência sexual relatada pela paciente. Segundo Betânia, “não são (informações) meramente burocráticas, mas essenciais para considerar quais as reais possibilidades de assistência que o serviço pode oferecer a paciente”. Pode-se deduzir, a partir disso, que são postos em ação a fim de se configurar em sua diversidade e, ao mesmo tempo, identidade o *status* legítimo de paciente no SAM-WL (menina ou mulher em situação de violência sexual), obtendo acesso ao serviço e as suas diferentes modalidades de acompanhamento.

Parece aqui que estamos diante de categorias que governam a assistência à saúde e, mais especificamente, a escuta psicológica das meninas e mulheres em situação de violência sexual. Desse modo, consideramos útil perscrutá-las, juntamente com as noções de autonomia e consentimento, de modo a auxiliar a compreensão de como são operadas na escuta de modo a tornar a violência sexual um problema legítimo de saúde e conferir status de vítima às pacientes do SAM-WL. A partir disso, propomos o deslocamento da ênfase na centralidade do consentimento nas situações de violência sexual, para pensar a vulnerabilidade como efeito de políticas sexuais dirigidas a determinados corpos.

### **10.1 Consentimento e vulnerabilidade**

Para Laura Lowenkron (2015), a linguagem dos direitos e da violência é atualmente o regime discursivo hegemônico para regulação da sexualidade. Embora, a exemplo da moralidade cristã, concorra com outros modelos de compreensão até mesmo em instituições públicas e governamentais pretensamente laicas, os princípios da autonomia e liberdade individuais têm assumido lugar de destaque nas economias morais da sexualidade, tornando-se o consentimento o elemento central na definição de legalidade/ilegalidade, legitimidade/ilegitimidade dos comportamentos sexuais.

De inspiração liberal, esse “modelo consensualista de regulação da sexualidade” tomou vulto a partir das décadas de 1960 e 1970, com a atuação do movimento feminista e homossexual, que provocaram o questionamento e o deslocamento parciais do “sexo heterossexual e reprodutivo” para o “sexo consentido e seguro”. Essa transformação exigiu – e continua exigindo –, a construção e o descarte contínuos de sexualidades dejetas. A produção, portanto, da liberalização ou diversidade sexual como valor não se fez sem a eleição de novos inimigos da “boa sexualidade”: os “irresponsáveis”, que não tomariam cuidado consigo ou com os outros e, no extremo, os estupradores e abusadores, que violam o consentimento, o qual baliza o sexo como livre, digno e legítimo (LOWENKRON, 2015).

Ainda que o estupro e as diversas formas de violência sexual não sejam um problema recente, passaram a ser reformulados em função dessa transição da moralidade sexual em voga, sendo concebidos como graves violações de direitos humanos no campo da sexualidade; a recusa do consentimento o principal critério utilizado para defini-los. No entanto, como aponta Maria Filomena Gregori (2014), sendo a estrutura da sociedade de direito em que vivemos constituída pela relação entre sujeitos desiguais, a determinação do consentimento se torna difícil e complexa. O problema passa a ser se, diante de contextos assimétricos, em meio a relações de opressão e dominação, é possível asseverar a existência de consentimento genuinamente autônomo.

Segundo Flávia Biroli (2013), a noção de consentimento se tornou chave para a crítica feminista de finais do século XX, que apontou aquela como fundamental para democracias liberais e suas contradições, sendo a dualidade entre livre-escolha e coerção colocada como insuficiente a partir das desigualdades materiais e simbólicas que restringem a autonomia individual das mulheres, sobretudo no que diz respeito à sexualidade. A autora cita como exemplo uma ampla pesquisa realizada na década de 1990 nos Estados Unidos (Nussbaum, apud BIROLI, 2013), em que se constatou uma enorme disparidade entre a percepção que homens e mulheres possuíam de sexo consentido e sexo forçado, na qual 22% das mulheres diziam ter sido forçadas à prática sexual, enquanto apenas 3% dos homens relataram ter usado a força para manter relação em algum momento de suas vidas. Mais do que mentira ou recusa em assumir o uso de força por parte dos homens, a pesquisa conclui que a maioria destes não reconhecem o quanto as mulheres percebiam seu comportamento como coercivo.

Do mesmo modo, Lowekron (2015) busca apontar a insuficiência do binarismo livre-escolha/coerção em matéria de relação sexual dentro de um paradigma liberal. Ela faz isso explorando a tensão entre as noções de consentimento e vulnerabilidade, entendendo-as como constructos sociais e políticos formulados em contextos histórico e culturais específicos, aos quais se associam distintas concepções sujeito.

O consentimento, do ponto de vista liberal, pode ser entendido tanto como ato de vontade, como capacidade para exercer livremente a própria vontade, pressupondo a noção um sujeito livre de coações e constrangimentos, capaz de governar racionalmente a si próprio. A essa concepção de um indivíduo autônomo, a mesma que Foucault (2007) nomeia como autodisciplinado a partir de normas que não necessariamente o reprimem, mas o constituem através propriamente da sua sujeição a um regime discursivo que o concebe como dotado de liberdade, que a autora busca colocar sua crítica.

Seja a partir da constatação da distribuição desigual de capacidades que garantem o exercício da liberdade entre homens e mulheres, seja no que diz respeito a atomização do indivíduo às custas de suas qualidades relacionais, responsável por expurgar a intersubjetividade, a corporalidade e a afetividade como aspectos considerados inferiores, irracionais ou femininos, a compreensão de sujeito autônomo do liberalismo é, na perspectiva de Lowekron (2015), tida como masculina. Para a autora, portanto, a “autonomia racional” socialmente descontextualizada e desassociada de emoções não contribui para conceber a dimensão situada da tomada de decisões éticas no cotidiano, além de valorizar capacidade e competências de determinados grupos sociais os quais foram responsáveis por definir as formas “corretas” de percepção e ação que podem ser definida como propriamente autônomas e, portanto, o que é capaz de ser lido como consentimento.

Ela aponta com isso para as limitações da noção jurídica de vulnerabilidade, a qual anula a possibilidade de consentimento pela inexistência de uma autonomia da vontade, como restrita a atributos individuais ou a situações específicas, que, por um lado, ignoram as desigualdades sociais e de gênero, por outro, reduzem pessoas tidas como vulnerável à uma pura passividade e sua vitimação.

Nesse sentido, autonomia e vulnerabilidade são noções geralmente colocadas como antagônicas. De maneira geral, a vulnerabilidade, compreendida como passividade, dependência, debilidade ou possibilidade de ser ferido, supõe a anulação ou, pelo menos, a limitação da autonomia. Do mesmo modo, ao se entender esta como uma propriedade do sujeito, se considera que ele/a tenha ou não autonomia a depender das condições socio-estruturais em que se encontra, variando desde aqueles com autonomia plena àqueles que em sua condição de sujeição e dominação lhe são despojados (Itziar GOIKOETXEA, 2019).

Cinde-se, desse modo, o sujeito da ação. Pressupõe-se, assim, que há sujeitos que pré-existent às suas ações e, portanto, são capazes de agir; enquanto outros, compreendidos como não de todo sujeitos, apenas são passíveis de ser alvo da ação de um outro. Essa noção de autonomia, portanto, não é reconhecida a quaisquer pessoas, mas àquelas que encerram uma concepção normativa de quem pode ou não ser reconhecida como sendo de fato sujeito (GOIKOETXEA, 2019).

Por exemplo, qualquer ato sexual com menores – de 14 anos, no ordenamento jurídico brasileiro, de acordo com o artigo 217-A do Código Penal (CP) – corresponde ao crime de estupro de vulnerável, sendo entendida como uma relação sexual não consentida. Na lei brasileira, o/a menor de 14 anos é tido como objeto, nunca como sujeito de uma relação sexual, seu desejo e autonomia desconsiderados do ponto de vista jurídico, sendo por isso mesmo

tuteladas sob o dever de proteger àqueles/as que não são considerados capazes de governar a si próprio.

No caso da menoridade, entretanto, o não reconhecimento da autonomia da criança e/ou adolescente e sua conseqüente tutela recoloca a contradição entre autonomia/vulnerabilidade, livre-escolha/coerção a partir da moralidade problemática dos operadores do direito. Lowekron (2015) aponta que a idade não é o único critério jurídico utilizado em casos concretos para determinar a vulnerabilidade na relação sexual, sendo por vezes relativizado com base em diferentes argumentos. Relembra acórdão do STF de 1996 de um caso em que um acusado foi absolvido de estupro de vulnerável (estupro presumido, na legislação da época) com uma menor de 12 anos, em que os magistrados enfatizaram a “aparência madura” e a “experiência sexual precoce” da menina, concluindo que:

o que está em negociação nesse processo de relativização da lei que define a idade do consentimento não é a ideia de que crianças são incapazes de consentir em relações sexuais com adultos, mas sim a delimitação de uma idade a partir da qual termina a infância bem como a classificação de sujeitos específicos como crianças. Observa-se, assim, uma exigência moral de corresponder ao ideal de infância para ser juridicamente reconhecido e protegido enquanto criança (p. 237).

A vulnerabilidade, nessa circunstância, diz respeito a um atributo individual menos maturacional ou cognitivo do que moral. Associa-se a uma compreensão naturalizada da infância como inocência ou ingenuidade que se reconhece e se tutela, invalidando ou não a possibilidade de consentimento, a depender das exigências que cumpre a menina.

No campo da saúde, a partir da tensão com o direito, adolescentes que chegam ao SAM-WL devido a estupro de vulnerável colocam para os psicólogos/as contradições em outros termos. Ivone, por exemplo, fala de uma cautela no caso de adolescentes para que sua concepção de violência não se imponha a dela. Aposta, entretanto, na possibilidade de explorar junto a ela noções sobre autonomia, consentimento e limite corporal. Maria Jesus prefere usar o termo “sedução” e leva em consideração o desejo da adolescente, avaliando se há alguma precocidade nessa iniciação. No entanto, questiona-se, inclusive se a definição dessa precocidade se dá de acordo com seus critérios morais (“condições de privilégio”), ou se é coerente com a vivência da sexualidade na comunidade da adolescente. Paulo aponta um “vazio de sentido” em adolescentes devido à falta de educação doméstica em relação a sexualidade, drogas, desejo e política que pode encontrar possibilidade de elaboração a partir da psicoterapia. Betânia, consternada, em uma das situações mais sofríveis narradas, faz crítica ao próprio acompanhamento no SAM-WL de uma adolescente grávida decorrente de estupro de vulnerável

com déficit cognitivo, submetido a situação ao aborto legal, sem que tivesse compreendido o que se passava, por desejo da mãe e do padrasto, questionando-se de quem deveria ser o direito nessa ocasião.

Aliás, além da menoridade, como define o primeiro parágrafo do artigo do 217-A do CP, a vulnerabilidade é atribuída a quem “por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”. A falta de discernimento do parágrafo, concebida também como atributo individual, pode ser discutida na mesma linha da anterior, assemelhando-se em alguma medida a menoridade.

No entanto, a incapacidade de resistência, remete a ausência de consentimento por um elemento situacional. Essa “situação de vulnerabilidade” é a única forma, a partir dessa perspectiva liberal do CP, em que se reconhece posições de subordinação ou inferioridade social. Ainda assim, a incapacidade de resistência atribuída nessa situação aponta menos para a relação de assimetria entre autor e vítima da violência mais a ausência de alternativas justificáveis que possibilitem a recusa do consentimento. Lowekron (2015), com base nisso, questiona: essas alternativas devem ser justificáveis do ponto de vista de quem?

A “situação de vulnerabilidade” recoloca, desse modo, a moralidade na identificação de circunstâncias que seriam aceitáveis como forma de validar ou invalidar o consentimento no caso de pessoas adultas de maneira similar à menoridade para adolescentes com menos de 14 anos ou a quem falta discernimento. Ao se concebê-la a partir de quaisquer elementos da violência vivenciada, seja intrínsecos ao autor, seja da vítima, seja da relação ou de alguma circunstância, é como se fosse possível diagnosticar, prever e generalizar características que definem quem supostamente pode ou não ser reconhecida como vitimizada a partir do alijamento de sua capacidade de agência. Tais definições, mesmo quando assumem critérios como idade, gênero, sexualidade, raça etc. dependem de concepções morais a partir dos quais se passa a definir a vítima segundo aqueles elementos como inevitavelmente vulnerável à violência, podendo acarretar como efeito a redução da agência de pessoas tidas supostamente como vulneráveis e excluir da condição de vítima quem desse modo não for concebido.

## **10.2 O estupro e o abuso sexual como elementos da necropolítica**

Lowekron (2015), entretanto, alerta que esses elementos só adquirem sentido em contextos sociais específicos que não se restringem à relação entre autor e vítima da violência. Ela lembra que, no campo dos direitos humanos, o conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido

de modo a articular as estruturas de oportunidades sociais oferecidas pela sociedade e pelo Estado a indivíduos e grupos, seus recursos materiais e simbólicos, bem como as estratégias no uso desses recursos. Na Saúde, a partir de um paradigma de cidadania e direitos humanos, o conceito surgiu como crítica a noção de “grupos de riscos” das políticas de HIV/Aids, sendo descrito por José Ayres, Vera Paiva e Cássia Buchalla (2012) em três dimensões:

a) individual, sempre já como intersubjetividade, isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro; b) social, já sempre como contexto de interação, isto é, como os espaços de experiência concreta da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais etc; c) programática, já sempre como formas institucionalizadas de interação, isto é, como conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes.

Essa compreensão contribui para ampliar o foco da noção de vulnerabilidade e, conseqüentemente, problematizar a autonomia e o consentimento, de atributos ou situações específicas para o contexto social e os suportes materiais, simbólicos e institucionais mais amplos. Desse modo, a vulnerabilidade ao estupro ou à violência sexual, semelhante à do HIV/Aids, pode ser compreendida como efeito de políticas ou da ausência de políticas, redes e apoio econômico e social, nas quais gênero, sexualidade, raça, dentre outros elementos, só se tornam situações de vulnerabilidade em contextos cis-heteronormativos, sexistas e racistas

A tomar em consideração o reconhecimento de alguma autonomia das adolescentes em casos de estupro de vulnerável e as críticas a violência sexual a partir das menções ao machismo, racismo, lesbofobia, é possível que a compreensão da noção de vulnerabilidade dentre os psicólogos no SAM-WL aproxime-se mais desse conceito ampliado, menos do pensamento liberal do CP. Deslocando-se, dessa forma, o problema da oposição livre-escolha/coerção, autonomia/vulnerabilidade da violência sexual, o consentimento perde relevo ao ser pensando a partir das relações de poder, opressão e dominação existentes e da agência efetiva dos sujeitos envolvidos. Evita-se, com isso, ao atribuir centralidade a noção de consentimento nas violências sexuais, a reificação de uma compreensão liberal de sujeito, como livre e senhor de si, que recorre numa excessiva responsabilização às avessas de pessoas que se vem as voltas com situações de violência sexual que nem sempre correspondem aos roteiros de estupro e abuso sexual das moralidades dominantes (“culpabilização da vítima”).

Ao invés de opor as noções de autonomia e vulnerabilidade, é possível se problematizar a autonomia e o consentimento no campo da sexualidade como possível a partir da vulnerabilidade, o que se aproxima da compreensão de precariedade da filósofa estadunidense

Judith Butler (2004). Para ela, a precariedade não corresponde a um atributo ou situação de (quase) sujeitos específicos constituídos a partir da desigualdade e subordinação com uma noção normativa e genérica de sujeito (logo, adulto, masculino, racional etc.). Ela sugere, ao revés, que a precariedade (não a autonomia) é justamente o que caracteriza a condição humana, na medida em que somos seres sociais, devido a abertura, relação e interdependência de nossos corpos.

Por isso mesmo, para que as vidas humanas sejam vivíveis, necessitam de condições afetivas e materiais, dependendo do apoio de instituições e do mundo social. Desse modo, alguns corpos individuais e/ou coletivos podem se tornar situacional ou historicamente mais precários do que outros, quando submetidos a uma “condição politicamente induzida em que certas populações sofrem de falta de redes de apoio sociais e econômicas e estão diferencialmente mais expostas a danos, violência e morte” (BUTLER, 2010, p 46).

É desse modo que corpos femininos jovens e negros, submetidos ao longo da história um regime político patriarcal, adultocêntrico e racista, podem ser pensados não como intrinsecamente vulneráveis, mas como alvos de uma necropolítica. Esse termo, em Achille Mbembe (2016), especifica a política de morte sustentada na dimensão da racialização, na subalternidade reservada aos negros, no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Na forma específica do estupro, ela age sobre que a sexualidade de meninas e mulheres, em sua grande maioria negras, as despojando reiteradamente da autonomia sobre seus corpos e seus desejos ao expô-los continuamente a violências, que vão desde o silenciamento produzido pela ausência de uma efetiva educação sexual até as subsequentes humilhações e culpabilizações a que são submetidas, situação que obviamente não proporciona condições mínimas de exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, levando-os a aniquilação social, psíquica ou mesmo física, através de suicídios e feminicídios.

Essa compreensão evita tomar corpos tidos como femininos, jovens e negros enquanto inerentemente violáveis e os corpos que se assumem como masculinos, adultos e brancos como naturalmente agressores, incorporando e essencializando como atributo individual uma política de iniquidade de gênero, geração, raça e sexualidade baseada numa compreensão abstrata e generalizada. Evita-se, assim, em acordo com Amber Chiacchieri (2019) uma leitura heterossexista dos corpos envolvidos na violência sexual, em que sexualidades e performances de gênero atípicas, como homossexualidade, transexualidade, intersexualidade e formas de sexualidade não-genitais dificilmente encontram guarida e são problematizadas.

Essa naturalização ignora que homens (cis ou trans) tem partes do corpo capazes de ser penetradas e mulheres (também cis ou trans) capazes de penetrar; que as violências sexuais e

mesmo o estupro não necessariamente correspondem ao roteiro heterossexual e falocêntrico da penetração do pênis na boca, ânus ou vagina; e que a genitália tida como masculina, pela sua própria morfologia externa, numa outra perspectiva menos machista, é que poderia ser descrita como intrinsecamente vulnerável (CHIACCHIERI, 2019).

Pensar assim não implica em ignorar que nossos corpos e nossas sexualidades são amplamente compreendidos e vivenciados a partir de um binarismo de gênero, da cis-heteronormatividade das genitálias sexuais, do racismo ou de outras relações de poder e dominação que são produzidas e acionadas também nas violências sexuais. Embora estas e, especificamente, o estupro possam produzir danos distintos a depender dos sujeitos envolvidos, quando um homem estupra uma mulher, ou quando uma pessoa branca estupra uma preta, esse ato pode ter uma carga simbólica específica de sexismo e/ou racismo, dentro da qual a vítima é capaz de experienciar seu sofrimento a partir de uma categoria histórica e social relevante, tal como vergonha, culpa, medo etc. (CHIACCHIERI, 2019).

Já, por exemplo, quando uma mulher estupra outra, embora essa ação sem dúvida possa produzir efeitos danosos, é possível que a vítima tenha dificuldade em reconhecer ou nomear, sendo o estupro tão associado a uma lógica heterossexual falocêntrica. O estupro entre homens, embora mais inteligível devido a penetração do pênis, parece ser mais estigmatizado justamente por romper mesmo que na violência uma heteronormatividade. Isso não implica, obviamente, em se fazer uma hierarquia das experiências de estupro, mas aponta para a necessidade de se pensá-lo a partir das posições sociais dos envolvidos sem essencializá-las e, principalmente, para além das categorias morais e normativas a partir do qual reconhecemos as distintas formas de violência (CHIACCHIERI, 2019).

## 11 ENTRE LUGARES DE FALA E DE ESCUTA

Agora, parodiamos a leitura do conceito de “lugar de fala” realizada por Djamila Ribeiro (2017), o qual passa a ser relido como “lugar de escuta”, buscando apontar os *jogos de poder* envolvidos na escuta psicológica a partir de múltiplas dimensões em intersecção (raça, classe, gênero, sexualidade etc.) podendo servir de ferramenta para manutenção de iniquidades sociais, reproduzindo privilégios e opressões, ou se orientar na perspectiva da promoção da igualdade, pensando-a como exercício micropolítico de democracia e justiça social.

Paulo, em seu relato, reflete sobre sua condição masculina na relação com as pacientes do SAM-WL. Ainda que em duas ocasiões esta tenha se mostrado uma barreira à escuta, ele considera que na maioria das vezes, mesmo que seja por falta de alternativa, sobressaia para as pacientes sua posição profissional. Assim como ele, em vários momentos ser psicólogo pareceu me recolocar em relação a minha masculinidade no que diz respeito às pacientes, escutando recorrentemente o medo que passaram a ter de homens após a violência sexual, seguido da explicação de que isso não se aplicava a mim. Aliás, em conversas de mesas de bar, sempre que contava a alguém sobre meu trabalho, a primeira reação era de surpresa com a existência do SAM-WL, a segunda de estranhamento: como assim um homem atendendo mulheres vítimas de estupro?

Se, antes mesmos das narrativas, já atentava para proeminência da dimensão de gênero na assistência meninas e mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica, após as conversas com os colegas outras questões emergiram. Ivone, a partir da dificuldade com o uso do nome social de um adolescente trans, aponta para barreiras institucionais no acesso a pessoas trans no SAM-WL devido ao próprio binarismo de gênero no qual se baseia um serviço voltado para meninas e mulheres. Ela, que tem naturalidade de município do interior do estado, chamou atenção para pacientes tanto do interior, quanto da periferia da RMR.

Paulo e Maria Jesus fizeram menção relevante a orientação sexual em casos específicos que atenderam. Ela e Betânia, pela trajetória na saúde mental, tem uma atenção a pessoas com transtorno mental e/ou déficit cognitivo. Em todos/as, a idade das pacientes, principalmente quando adolescentes, mas em menor medida no caso de idosas, despontam como elemento mobilizador e/ou dificultador da escuta. Raça e racismo despontam muito brevemente *en passant* em alguns relatos. Mas a maioria desses elementos são considerados como pertinentes à paciente, distintamente da masculinidade, que diz respeito ao profissional.

Ainda que seja compreensível a saliência da identidade de gênero dos/as psicólogos/as na escuta a mulheres e meninas em situação de violência sexual, não deixa de ser interessante

atinar para o silenciamento no que diz respeito a outras identidades possíveis. Por exemplo, por que também não se questionar a raça, orientação sexual ou quaisquer outros marcadores do psicólogo/a na escuta da paciente? Nesse sentido, parece útil ampliar essa discussão de modo a abranger outras dimensões de relações de poder que atravessam a escuta psicológica, produzindo a partir dela inteligibilidades e sensibilidades. Para isso, tomamos de empréstimo a leitura da noção de lugar de fala de Djamija Ribeiro (2017), relido para nossos fins como “lugar de escuta”.

### **11.1 Lugar de fala**

A autora afirma que não há uma origem precisa a respeito do termo, mas faz um esforço teórico a fim de pensá-lo a partir de referências do feminismo negro. A hipótese que ela lança é que se trata de uma derivação da “teoria feminista do ponto de vista”, que promove a valorização da diversidade de experiências e pontos de vista de homens e mulheres na análise de fenômenos, demarcando sua diferença de acordo com a dimensão de gênero que atravessa essa análise. Para ela, essa demarcação, na medida em que desafia uma determinada apreensão da realidade, a partir de uma noção de verdade tida como objetiva e universal, desafia o modo com o qual se constrói consensos e hegemonias.

Na descrição de Ribeiro (2017), a “teoria feminista do ponto de vista” dá menos ênfase às experiências individuais e mais às condições sociais que conformam os lugares que certos grupos ocupam, os quais favorecem ou inibem o acesso a certas possibilidades. Trata-se, portanto, de uma concepção estrutural, que privilegia a perspectiva de grupos nas relações de poder, as quais produzem diferenças e desigualdades, inclusive no modo de conceber e construir a realidade. Dentre as principais dimensões das diferenças e desigualdades, a autora aponta a raça, gênero, classe e sexualidade.

Dentro dessa perspectiva, as possibilidades de acessar distintas realidades recusadas ou oferecidas a partir dessas dimensões implicam no modo como as inteligibilidades e sensibilidades produzidas nesse processo podem ou não ser reconhecida como legítimas por determinadas instituições sociais. Nesse sentido, a expressão “lugar de fala”, indicando que uma fala que pode encontrar um lugar propriamente seu, toma essa acepção de autorização de um saber baseado na condição social de determinado grupo que, quando favorecido a partir das distintas dimensões das relações de poder envolvidas, encontra guarida em espaços socialmente relevantes, mas quando oprimido a partir dessas mesmas relações tem sua fala, sua expressão,

seu saber silenciados. É nesse sentido, afirma Djamila Ribeiro (2017), que “o falar não se restringe ao ato de emitir palavras, mas de poder existir” (p.64).

Trata-se, portanto, de uma noção que traz em seu bojo uma epistemologia política, que concede relevância ao modo como o conhecimento produz realidades mais favoráveis a determinados grupos socialmente privilegiados (homens, brancos, cis, heterossexuais, etc.) em detrimento de outros oprimidos (mulheres, negras, LGBT, etc.) a partir das possibilidades de acesso e reconhecimento destes em distintos espaços e instituições. Ao mesmo tempo, ao problematizar essas hierarquias, privilégios e opressões questiona policiamento discursivo que autoriza as matrizes de inteligibilidade que constituem o mundo como epistemicida, isto é, como aniquilador da cultura, dos saberes e formas de expressão de grupos socialmente oprimidos (Sueli CARNEIRO, 2017).

Abordar grupos sociais constituídos por distintas dimensões de relações de poder e dominação, bem como os efeitos destas sob o reconhecimento da existência destes grupos, de seus saberes e de suas culturas, não implica em determinar identidades fixas, a partir das quais a experiências subjetivas se conformam de maneira similar, mas nomear posições que buscam através da sua demarcação questionar a própria normatização da experiência e da realidade a partir de saberes hegemonicamente disponíveis (MOMBAÇA, 2017). Não se trata de negar a singularidade das experiências, mas desautorizar regimes discursivos que se pretendem universais na explicação das experiências e do mundo, ao promover uma polifonia de vozes silenciadas pela própria forma como grupos socialmente privilegiados se arvoraram a produzir um conhecimento pretensamente verdadeiro e objetivo em detrimento dos demais. Possibilita, assim, a crítica e o questionamento a sistemas vigentes que, ao privilegiar determinadas narrativas, silenciam outras.

Na medida em que cada pessoa se insere em distintos grupos sociais, privilegiados e/ou oprimidos, a partir do modo como nomeia seu lugar a partir dos grupos de que faz parte, pode favorecer o questionamento das hierarquias de saberes entre os próprios grupos. Nesse sentido, que Ribeiro (2017) chama atenção, todos/as possuem algum lugar de fala. É quando a partir do pertencimento a um grupo social favorecido que ao se emitir juízo, opinião ou verdade sem se referir a esse pertencimento como se universal fosse que se estabelece o silenciamento e privilégio, os quais grupos sociais subalternizados ao promover sua localização e delimitação denunciam.

## 11.2 Lugar de Escuta

Toda fala se realiza numa escuta, que pode ignorá-la, confundi-la, bem ou mal entendê-la. Se Ribeiro (2017) e Mombaça (2017) propõem a partir da noção de “lugar de fala” uma política dos saberes em disputa, tomando a redescritção da escuta em Foucault por Siisiäinen (2010) dos nossos ouvidos como espaços de luta situados entre relações de poder e formas de resistência, podemos pensar essa disputa dos saberes a partir da escuta. Não se trata apenas, nessa perspectiva, de assumir a existência e os saberes de grupos oprimidos e/ou privilegiados, mas dos modos como esses se fazem escutar, sendo ou não reconhecidos por pessoas que pertencem a outros grupos, ou como ressoam em instituições e espaços socialmente relevante.

Desse modo, a noção de lugar de fala ao propor uma agonística das culturas e dos saberes requer administrar o modo como esses antagonizam, hibridizam ou se transformam através dos contatos e conflitos entre distintos grupos sociais nos mais diversos contextos. A fala, ao implicar a (não) escuta, compreende assim os diálogos, debates, brigas e silêncios entre sujeitos distintos cujo encontro ou atrito são passíveis de pôr em jogo os próprios posicionamentos e marcas políticas dos corpos a partir do modo como são autorizados a falar/escutar num local distribuído de acordo com diferenças, desigualdades e violências.

A escuta psicológica, nesse sentido, é exemplar. Apenas aos profissionais de psicologia, tidos como aqueles quem detém a autoridade e legitimidade do manuseio das teorias e técnicas psicológicas, são habilitados a desempenhá-la. A psicologia, no entanto, é ela mesma um conjunto de saberes em disputa, sendo estas, contudo, produzidos em grande medida por grupos sociais privilegiados, aos quais se contrapõe mais recentemente problematizações trazidas por mulheres, negros/as, LGBT, pessoas com deficiência etc., a partir não só da circulação desses corpos nas universidades e espaços de atuação profissional da psicologia, mas da enunciação dessas demarcações como modo de questionamento do saber psicológico então instituído.

O “lugar de escuta”, portanto, a partir do qual se exerce a psicologia em suas mais diversas modalidades profissionais, ao passar a ser ocupado e demarcado a partir das múltiplas identidades dos/as psicólogos/as, denuncia o regime discursivo hegemônico da própria psicologia como “neutra”, “técnica”, ou “não militante”. A escuta psicológica passa a ser progressivamente concebida e denunciada como situada e corpórea, a partir do modo como a produção de conhecimento psicológico e o uso de técnicas psis assume ou não sua localização, favorecendo ou silenciando inteligibilidades e sensibilidades diversas.

Ao se apontar, por exemplo, a cisgenereidade de um determinado psicólogo/a não necessariamente se atesta a existência de uma escuta cis, mas sua demarcação evidencia o modo como a inscrição de um dado corpo relativamente condizente com essa normatividade o posiciona através da escuta numa relação de poder perante aqueles que não se enquadram na mesma matriz de gênero. Nesse sentido, a noção de lugar de fala/escuta serve também à psicologia para questionar o modo como ela é povoada por essas relações de poder e dominação, interrogando tanto posições de privilégio (cisgenereidade, heteronormatividade, branquitude, colonizador etc.) e opressão, como seus efeitos a partir dessas relações.

Se a escuta psicológica, portanto, é aquela exercida pelos/as profissionais de psicologia, demarcar nossas posições de privilégio e opressão implica em questionar quem pode ou não ser reconhecido a partir dessa categoria profissional. Significa, em última instância, pôr em suspeição seus efeitos de verdade e sua aparência de neutralidade a partir do barulho produzido pela luta política capaz de ressoar as estruturas de privilégio e dominação que configuram uma determinada profissão como necessária e útil – a quem, para que?

Sob essa perspectiva, considerar a escuta psicológica como uma micropolítica exercida por psicólogos/as junto a pessoas de outros grupos sociais implica pensá-la não somente como relação profissional, mas como uma relação que é também racial, de gênero, de classe, sexualidade em associação interseccional. Não se quer com isso reduzir a diversidade de possibilidades de experiência produzidas e vivenciadas a partir da atuação dos/as psicólogos junto aos demais, mas contribuir para problematizar ética e politicamente a prática profissional no que diz respeito ao enfrentamento das iniquidades sociais.

A noção de lugar de escuta para psicologia pode servir de ferramenta para combater teorias e práticas psicológicas que mantêm ou produzem desigualdades. Isso exige o reconhecimento de histórias de opressão e a responsabilização pelo legado de privilégios dos profissionais de psicologia em contextos locais ou mais amplos. Com isso, é possível produzir uma análise crítica das relações de poder em intersecção ensejadas a partir da posição de psicólogo/a junto aos/a seus/suas usuários/as. E, desse modo, orientar a escuta psicológica em seus microssistemas a partir de uma perspectiva de igualdade condizente com um macrossistema mais democrático.

Consciência social, relativismo cultural, ou sensibilidade política associam-se, desse modo, na “construção de vínculo” necessário para se produzir transformação através das diferenças entre profissionais de psicologia e seus/suas usuários/as. Afinal de contas, ao ser tomada em sua dimensão político-cultural, já que envolve o uso de linguagem, práticas discursivas e conceitos, a escuta psicológica pode ser abordada a partir das identidades sociais

que interconecta, formando, portanto, dinâmicas de poder. Sendo assim, o exame das opressões e privilégios no contexto da escuta psicológica pode contribuir para apontar a localização social e institucional que delimita a relação entre profissionais de psicologia e usuários/as, permitindo o questionamento tanto das referências teóricas, dos métodos utilizados, da moralidade e das sensibilidades envolvidas em sua prática e, finalmente, das políticas da profissão.

### **11.3 A escuta terapêutica diante das opressões sociais**

Pilar Hernández e Teresa McDowel (2010), ao tomar a dimensão de raça no modo como produz dinâmicas de privilégio e opressão em sua intersecção com outras dimensões no sistema terapêutico, aponta que aquela é uma das mais salientes na organização das identidades sociais e profissionais nos EUA. Nesse país, no qual a branquitude, como aqui, é associada a poder e dominação, devido ao próprio processo de colonização, as práticas terapêuticas, como outras práticas sociais, promovem a supremacia branca a partir de teorias eurocentradas, estabelecendo hierarquias sociais baseada nos sistemas de privilégio e opressão historicamente herdados.

Elas denominam, a partir de uma perspectiva pós-colonial, esse processo como colonialismo, referindo-se à promoção pelo grupo dominante de ideologias, crenças e práticas que asseguram a centralidade de sua posição. E, ao invocar essa perspectiva para pensar as práticas terapêuticas, incitam a pensar como o capital cultural destas é detido por grupos privilegiados e em que medida contribuem para assegurar seu monopólio desvalorizando, marginalizando e destituindo outros grupos de seu capital simbólico (HERNÁNDEZ; MCDOWELL, 2010).

Ao se oporem a continuidade dessa agenda colonial – que, segundo os autores, privilegiam não só a branquitude, mas também as classes médias e altas, a masculinidade, a heterossexualidade, a cultura europeia/estadounidense e a religião cristã – favorecem a emergência de vozes dissonantes que se opõe a colonização e a subordinação. Isso possibilita, a partir da multiplicidade de narrativas, a contestação de legados de dominação no presente, que incluem o racismo, classismo, sexismo, a heteronormatividade, dentre outras opressões (HERNÁNDEZ; MCDOWELL, 2015).

No campo das práticas terapêuticas, as autoras sugerem que isso implica em se atentar para a diversidade de contextos dos usuários, que envolvem inclusive as suas experiências e de sua comunidade de privilégio e opressão, como ponto de partida para o cuidado. Essas noções, para elas, são centrais para compreender os processos no qual opressões estruturais produzem relações interpessoais e saúde mental (por exemplo, no caso da violência sexual e doméstica

contra meninas e mulheres). Isso não significa agrupar pessoas por categorias usando concepções estereotipadas de raça, gênero, orientação sexual ou outra diferença, como se estas fossem estáticas e pudessem produzir generalizações a respeito das experiências pessoais. Mesmo porque isso implicaria em não questionar a cultura dominante e a forma como ela categoriza os sujeitos como “marginais” ou “vulneráveis”, determinando como se lhes destina o cuidado.

Mas, com base no conceito de interseccionalidade de Patricia Collins (2013), atentar para “como grupos sociais são posicionados dentro de relações de poder injustas” (p. 205), numa forma mais complexa do que outras focadas apenas em raça, ou classe, ou gênero, sem desconsiderar a importância de uma contextualização específica no modo como são produzidas hierarquias nessas relações, tendo em vista que opressões não são equivalente através de cenários distintos. Com isso, é possível explorar como distintas dimensões de iniquidade social afetam e organizam modos de subjetivação e relações sociais e, principalmente, como estas dimensões são reconhecidas ou silenciadas a partir do trabalho clínico.

A escuta psicológica que adota objetivo terapêutico sem levar em consideração as dinâmicas de posicionamento social e as opressões sociais corre o risco de mantê-las intactas. Seja por possibilitar a expressão catártica de afetos sem o correlato de mudança nas relações dos indivíduos e/ou grupos, seja por colonizar o saber desses nos esquemas pré-concebidos da psicologia produzida por grupos privilegiados, seja pelo silenciamento da experiência de sofrimento de sujeitos de grupos sociais oprimidos. Ao invés disso, assumir as diferenças de experiências, expertises, autoridades e posições pode contribuir para construção de uma relação mutuamente desafiadora e transformadora (HERNÁNDEZ; MCDOWELL, 2015).

Para aqueles cujas experiências e identidades foram silenciadas por ausência de condições materiais ou repertório discursivo a delimitação de um “lugar de escuta” a partir do qual se dá a relação torna possível considerar o efeito do que nós fazemos e dizemos aos nos propormos a escutar os/as diferentes outros/as. Implica na habilidade de reconhecer e desafiar sistemas sociais, políticos e econômicos opressivos e desumanizantes, localizando a nós e nossos/as usuários/as em relações de poder de modo a encorajá-los a reconhecer e navegar pelas coordenadas opressivas de nossa sociedade e suas instituições.

Reconhecer, no entanto, que estas dimensões conformam a nós e as nossas práticas profissionais, implica na possibilidade de dialogar entre nós e também com outros profissionais nesses termos, de forma a facilitar o desenvolvimento de uma sensibilidade às desigualdades, privilégios e opressões nos cotidianos de nossas práticas. Exige, portanto, um ambiente propício para uma escuta em contínua formação, como aponta Maria Epele (2010), no qual é possível

examinar o efeito de nossas posições sociais e seus saberes – e não apenas os saberes profissionais, a partir de suas teorias, métodos e técnicas – sob nossos/as usuários/as.

Como isso é possível esse diálogo sem que haja encontros sistemáticos de equipe, supervisões institucionais, controle social e outros fóruns de discussão no SAM-WL? Pensar o cuidado a partir da promoção da igualdade de modo a favorecer processos democráticos dentro e fora do SAM-WL exige repensar o seu próprio funcionamento, a efetivação de uma interdisciplinaridade, a promoção de uma educação contínua em saúde e a conquista de condições de trabalho mais dignas.

## 12 INQUIETAÇÕES FINAIS

Mais explicitamente na narrativa de Betânia, mas também nas dos/as demais profissionais, aparece recorrentemente um efeito da escuta psicológica: o sofrimento do trabalhador. Problematizar esse sofrimento, a partir de perspectivas críticas em saúde do trabalhador (Luís LEÃO e Luiz BRANT (2015), para além dos modelos clínicos e dos saberes psi aqui criticados, implica em considerá-lo nos mesmos termos com que nos referimos ao sofrimento das pacientes.

Nessa compreensão, pensar o trabalho não como uma tarefa que “desgaste” uma suposta plenitude prévia do trabalhador, mas como conjunto de relações que produz subjetividade dentro de um modo capitalista, exige colocar as instituições em saúde como territórios nos quais entram em contato distintos corpos, experiências e afetações, os quais são produzidos/acionados também no processo da escuta. A escuta psicológica, tida aqui como uma ação corpórea e política, que envolve discursividades e sensibilidades diversas, realizada nos territórios institucionais nos quais os/as psicólogos/as atuam, se, como já apontado, pode integrar mecanismos disciplinares, formas de governos e processos de resistências, também a fazem na forma como endereçam o sofrimento vivenciado pelos psicólogos/as em sua prática profissional.

Quando a partir de um jogo discursivo que, ao percebê-lo como uma manifestação individual do trabalhador, o reduz a doença ou transtorno, contribui para sua incapacitação e exclusão num processo de eliminação dos “menos aptos” e dos “mais fracos”. Emprestar corpos e ouvidos para antagonizar a política em curso de precarização de subjetividades e comunidades de mulheres, pobres, pretas, LGBT, com deficiência etc., significa compartilhar o risco de, ao menos no âmbito do trabalho e, ainda, com base em posições de privilégio, lidar com esse processo de opressão e exclusão, na medida em que os territórios de saúde no SUS existem como espaço de contato entre múltiplas vivências entre usuários/as e profissionais.

No que diz respeito especificamente a escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual sobre a qual refletimos, ao se colocar na costura de distintas matrizes de inteligibilidade, quando opõe a uma política de suspeição da vítima de violência sexual, outra política de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, exige dos psicólogos/as envolvidos o “acolhimento” daquelas, o que, nas descrições apresentadas, envolve intensidades em grande medida insuportáveis. A necessidade de extravasar de Ivone, a identificação com as pacientes de Maria Jesus, a indignação de Paulo e o “nó no estômago” de Betânia se encontram com minhas ansiedades na escuta das meninas e mulheres que chegam ao SAM-WL.

Se a escuta psicológica opera relações de poder a partir de múltiplas dimensões em intersecção (raça, classe, gênero, sexualidade etc.) podendo servir de ferramenta para manutenção de iniquidades sociais, reproduzindo privilégios e opressões, ou se orientar na perspectiva da promoção da igualdade, pensando-a como exercício micropolítico de democracia e justiça social, há ainda que se apontar o perigo de sua inoperância, ao sucumbir diante dos sofrimentos e aniquilações advindos dos afetos produzidos em meio as violações e seus endereçamentos. Nesse sentido, se aponta como fundamental a continuidade de pesquisa que não só abordem a escuta psicológica no contexto da saúde a pessoas em situação de violência de forma contextualizada com as desigualdades brasileiras, mas que leve em consideração o sofrimento do trabalhador dela advindo, como queixas que podem ser acolhidas em problemas de pesquisa nos quais se considere psicólogos/as, em suas relações profissionais, em contato com o corpo social.

Trata-se de produzir conhecimento capaz de contribuir para o fortalecimento dos/as profissionais de psicologia em específico e dos trabalhadores/as da saúde de um modo geral como condição para protagonizar transformações nos seus cotidianos laborais e, conseqüentemente, na sociedade de forma mais ampla. Nessa perspectiva, considerar a precarização a pessoas em situação de violência sexual como induzida politicamente exige pensar a baixa remuneração, a falta de apoio técnico, material e financeiros dos trabalhadores do SAM-WL, o baixo engajamento dos sindicatos dos servidores de saúde na melhora das condições de trabalho, o parco controle social da sociedade civil como elementos de uma necropolítica que sujeita determinadas populações a violência e extermínio e ao padecimento àqueles que, bem ou mal, se fazem dispostos a acolhê-las.

Essas reflexões, que não puderam continuar sendo desenvolvidas nessa tese, são sinalizadas como válidas para outros produtos e pesquisas compromissados com a problematização ética e política da escuta psicológica numa conjuntura de desdemocratização, retrocesso de direitos sociais e ataque explícito a determinadas populações, os quais redundam em prejuízo a própria psicologia e aos/as seus profissionais e pesquisadores compromissados. Estes, quando não compõem essas próprias populações, com elas se relacionam a partir de suas diferenças e relações de poder, valorizando e co-construindo saberes historicamente silenciados.

Ao finalizarmos, apontamos para o próprio exercício da psicologia e da produção de seu conhecimento não como voltado aos/as “vulneráveis”, mas feita a partir da vulnerabilidade ou precariedade, as quais atravessam os/as psicólogos/as. E me vem à mente, como última inquietação, um poema do “Livro das Semelhanças”, de Ana Martins Marques:

“Tenho quebrado copos  
é o que tenho feito  
raramente me machuco embora uma vez sim  
uma vez quebrei um copo com as mãos  
era frágil demais foi o que pensei  
era feito para quebrar-se foi o que pensei  
e não: eu fui feita para quebrar  
em geral eles apenas se espatifam  
na pia entre a louça branca e os talheres  
(esses não quebram nunca) ou no chão  
espalhando-se então com um baque luminoso  
tenho recolhido cacos  
tenho observado brevemente seu formato  
pensando que acontecer é irreversível  
pensando em como é fácil destroçar  
tenho embrulhado os cacos com jornal  
para que ninguém se machuque  
como minha mãe me ensinou  
como se fosse mesmo possível  
evitar os cortes  
(mas que não seja eu a ferir)  
tenho andado a tentar  
não me ferir e não ferir os outros  
enquanto esgoto o estoque de copos”

## REFERÊNCIAS

ALCOFF, Linda. *Rape and Resistance*. Cambridge: Polity Press, 2018.

ARTIGO 19. *Mapa do Aborto Legal*. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/> Acesso em: 20 jun. 2019.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde: uma Introdução. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro 1: Da doença à cidadania. Curitiba, Juruá Editora, 2012, pp.9-22.

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

BALASCH, Marcel; MONTENEGRO, Marisela. Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: las producciones narrativas. *Encuentros en psicología social*. Barcelona, v. 1, n. 3, p 44-48, 2003.

BAKHTIN, Michail. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BASTOS, Antonio; GONDIM, Sonia. (Orgs.) *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEATO, Mônica Soares da Fonseca; FERREIRA NETO, João Leite. Formação em psicologia em uma universidade pública e suas repercussões nas competências do trabalho em políticas públicas. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 516-536, ago. 2016

BIROLI, Flávia. Democracia e tolerância à subordinação: livre-escolha e consentimento na teoria política feminista. *Revista de Sociologia e Política*, vol. 21, nº 48, dez. 2013, pp.127-142.

BRASIL, República Federativa do. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, 2002.

BRASIL, República Federativa do. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2010.

BRASIL, República Federativa do. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. Brasília, 2018.

BRASIL, República Federativa do. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígio*. Brasília, 2015.

BRASIL. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União Brasília, DF, 08 de agosto de 2006.

BRIDA, Gláucia Valéria Pinheiro de. *Da paixão à perversão: um estudo psicanalítico acerca das repercussões do abuso sexual incestuoso na constituição psíquica feminina*. 2013. 190 f. (Tese de doutorado em Psicologia clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

BUTLER, Judith. *Precarious life*. Londres: Verso. 2004.

CABRUJA, Teresa; IÑIGUEZ, Lupicínio; VÁSQUEZ, Félix. Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narrativa. *Análisi: Quaderns de Comunicació i Cultura*, Barcelona, n. 25, p. 61-94, 2000.

CALLIGARIS, Contardo. *A adolescência*. São Paulo, SP: Publifolha, 2009.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

CANTELMO, Claudia Aparecida; CAVALCANTE, Thainá Passos; COSTA, Liana Fortunato. A menina mãe: incesto e maternidade. *Fractal, Rev. Psicol.* Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-154, Apr. 2011.

CARVALHO, Cíntia de Sousa et al. Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 69-88, 2012.

CAVALCANTE, Larissa et al. Foucault e a Psicologia no Brasil: interlocuções e novas perspectivas. *Rev. Polis Psique*. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 146-145, 2016.

CHAGAS, Luciana Ferreira. *Afinal, segredo de quê? Uma leitura metapsicológica da função do segredo na violência sexual e o atendimento em instituição de saúde*. 2014 111 f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2014.

CHIACCHIERI, Amber. *Sexual Violation, Feminism, and Foucault: Against a Confessional Politics of Truth*. CUNY Academic Works. 2019.

CIMINO, Ana Paula Noriko e LEITE, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. Psicologia e saúde pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. *Rev. Psicol. Saúde [online]*. 2016, vol.8, n.1

COIMBRA, Cecília. Tortura ontem e hoje: resgatando uma certa história. *Psicologia em Estudo*, v. 6, p. 11-19, 1995.

COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Cebrap, 2013

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde. Brasília: CFP, 2019a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: CFP, 2019b

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação da(o) psicóloga(o). Brasília: CFP, 2019c.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília: CFP, 2019d.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Senhoras e senhores gestores da Saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. Brasília: CFP, 2011.

CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ. Nota Técnica 004-2018. Florianópolis: CRP/PR. 2018

COSTA, Jurandir Freire. *A psicanálise e o contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

DATAFOLHA; CRISP; SENASP. *Pesquisa Nacional de Vitimização*. São Paulo, 2013. Disponível em: [http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp_final.pdf)

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; MOURA, Andréina; SANTOS, Samara Silva dos. Atendimento a mães de vítimas de abuso sexual e abusadores: considerações teóricas e práticas. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 53-73. 2011.

DUARTE, Luiz Fernando. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

EPELE, María E. Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 797-818, Sept. 2015.

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. *Cienc. Cult.* São Paulo, v. 68, n. 3, p. 04-05, Sept. 2016.

FIGUEIRA, Sérvulo. (org.) *Efeito Psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2019. In: [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf)

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. *A História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.2006.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2012

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérnago. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-70, Apr. 2014

GAVEY, Nicola. *Just Sex? The Cultural Scaffolding of Rape*. Abingdon: Routledge, 2013.

GOIKOETXEA, Itziar; FERNANDÉZ, Nagore. Producciones narrativas: una propuesta metodológica para la investigación feminista. Disponível em: AZKUE et al. *Otras formas de (re)conocer: reflexiones, herramientas, y aplicaciones desde la investigación feminista*. Valparaíso: Hegoa, 2014.

GOIKOETXEA, Itziar. Resistir desde la vulnerabilidad: Narrativas de mujeres subsaharianas sobre su tránsito hacia Europa. *Papeles del CEIC*, vol. 1, p. 1-18. 2019.

GREGORI, Maria Filomena. Práticas eróticas e limites da sexualidade: contribuições de estudos recentes. *Cadernos Pagu* (42), jan-jun de 2014, pp.47-74

GUEDES, Maria Eunice. Gênero, saúde e adolescência: uma reflexão a partir do trabalho com a violência doméstica e sexual. *MudançasPsicolSaúde*. vol. 7, n.2, p 79-91, 2009.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41, 2009.

HABIGZANG, Luísa F; HATZENBERGER, Roberta; CORTE, Fabiana; STROHER, Fernanda; KOLLER, Silvia. Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 163-182. 2006.

HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de violência sexual*. 148 f. 2010 (Tese de Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

HERNÁNDEZ, Pilar; McDOWEL, Teresa. Intersectionality, power and relational safety in contexto: key concepts in clinical supervision. *Training and education in professional psychology*, vol. 4, n. 1, p 29-35. 2010.

HOHENDORFF, Jean Von et al. Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. *Psicol. Reflex. Crit*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 424-433, 2014.

IPEA. Atlas da Violência. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf)

JACÓ-VILELA, Ana Maria.; BRAGHINI, Sérgio Luís. Psicologia, política, organizações sociais: a construção de um imaginário psi. *Psicología Básica y Aplicada*, vol. 1, p. 89-95, 2015.

JAY, Martin. ¿Parresía Visual? Foucault y la verdad de la mirada. *Estudios visuales: Ensayo, teoría y crítica de la cultura visual y el arte contemporáneo*, Murcia, n.4, p 7-22, 2007.

JESUS, Núbia Angélica de. O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 672-683, Dec. 2006.

KRUG, Etienne et al. *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

LEAL, Maria Alice Ramos Ferreira; CASTELAR, Marilda. Abortamento na Adolescência: Atuação de Psicólogas em Hospitais-Maternidade Públicos de Salvador, Bahia. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, e178707. 2019.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saude soc.* São Paulo, v. 23, n. 3, p. 787-800, Sept. 2014.

LIMA, Joana Azevêdo; ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. Urgências psicológicas no cuidado às mães em casos de abuso sexual intrafamiliar. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 21, n. 3, p. 337-347, Sept. 2016.

LOWENKRON, Laura. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cad. Pagu, Campinas*, n. 45, p. 225-258, Dec. 2015

LUCANIA, Eliane Regina; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli. Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 73-82, jun. 2008

LUCANIA, Eliane Regina et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 817-826, Dec. 2009.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.

MARTÍNEZ-GUZMÁN, Antar; MONTENEGRO, Marisela. La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: construyendo nuevos relatos. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona v. 16, n. 1, p. 111-125, 2014

MELO, Ricardo. Do estranhamento à familiaridade: estratégias e contradições na construção do abuso sexual infantil intrafamiliar. 2005 244 f. (Tese de Doutorado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

MELO, Ricardo. Direito e norma no campo da sexualidade na infância e na adolescência. Disponível em: UNGARETTI, M. A. *Criança e adolescente*. São Paulo: Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e Adolescência – ABMP, 2008.

MELLO, Raquel Antunes de; TEO, Carla Rosane Paz Arruda. Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, e186511, 2019

MENDES, Anna Paula Njaime; FRANCA, Cassandra Pereira. Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos da violência sexual. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 121-130

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, dez. 2007

MORETE, Vivian Senegalia. *Técnicas de entrevista em casos de suspeita de abuso sexual infantojuvenil*. 2015 148 f. (Dissertação de de Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, 2015.

PAIXAO, Ana Cristina Wanderley da; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, Mar. 2010

PÉREZ, Lelya; VALDERRAMA, Caterine; ALVAREZ, Catalina. Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: tensiones y desafíos. *Individuo y Sociedad*, Valparaiso, v. 16, n. 2, p. 20-32, 2017.

PITOMBEIRA, Delane Felinto et al. Psicologia e a Formação para a Saúde: Experiências Formativas e Transformações Curriculares em Debate. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 36, n. 2, p. 280-291 June 2016

RIBEIRO, Djamila. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RIO, Carla; FREITAS, Silvia; CABRAL, Maria. A elaboração do trauma através do psicodrama – um relato de caso. *Rev. Bras. Psicoter.*, v. 19, n. 3, p. 43-51, 2017.

ROSE, Nikolas. Psicologia como uma ciência social. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 155-164, Aug. 2008

RUSSO, Jane. *O corpo contra palavra: terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin; SUAREZ, Marcelo Mendes. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006

SANTANA, Inês Helena Batista de. “Entre o panthéon e a delegacia de polícia”: a atuação de psicólogos jurídicos em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. 2009 101 f. (Dissertação de Psicologia) Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

SANTOS, Silvia Renata Magalhães Lordello Borba. *Menina, mulher, filha, mãe? A gravidez decorrente de violência sexual*. 173 f. 2013. (Tese de Psicologia). Universidade de Brasília, 2013

SEGATO, Rita. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal, Universidad de Quilmes, 2003.

SIISIÄINEIN, Lauri. *Foucault's Voice: toward the political genealogy of the auditory-sonorous*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2010.

SILVA, Erick Pereira da; VAGOSTELLO, Lucilena. Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 69, n. 3, p. 183-198, 2017

SPINK, Mary Jane. *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

SPINK, Peter K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15, nº 2, p. 19-42, 2003.

TORRES, Marck S. *Adolescência e Abuso Sexual Intrafamiliar: Impactos Psicológicos e Reajustes Identitários-Identificatórios*. 2014 106 f. (Dissertação de Psicologia), Universidade de Brasília, 2014.

XIMENES, Fernanda. “OU VAI OU RACHA” E “SURTO E DESLUMBRAMENTO”: entre carnavais e outras f(r)icções. 2015. 158 f. (Dissertação de Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco. 2015

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, Feb. 2007.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS/AS PSICÓLOGOS/AS DO SAM-WL

### Introdução

1. Há quanto tempo você trabalha no SAM-WL?
2. Em que outros espaços você trabalha/trabalhou?
3. Como foi/eram esse/s trabalho/s?
4. Tem algo em comum com o trabalho no SAM-WL?

### Experiência prévia e formação

5. Você já teve algum tipo de experiência anterior com pessoas em situação de violência sexual?
6. Você já fez algum curso ou formação específica para trabalhar com essa população?
7. Como você acha que sua formação na graduação ou na pós te ajudou na sua atuação neste serviço?
8. E em que sua formação poderia ter sido melhor?
9. Tem algum texto ou documento que te ajuda em seu trabalho?

### Sobre o serviço

10. Como você descreve sua função/atuação no serviço?
11. Que atividades você diria que desenvolve aqui?
12. Como você considera que o diálogo com outros profissionais afeta seu trabalho?
13. E, ao contrário, no que você acredita que o seu trabalho afeta impacta nos demais profissionais?

### Sobre a escuta psicológica a pessoas em situação de violência sexual

14. Como você se porta num primeiro atendimento?
15. Que elementos você considera relevante explorar num primeiro atendimento?
16. Você geralmente atende individualmente ou inclui outras pessoas?
17. Quais as questões psicológicas e emocionais da violência sexual você considera que as pessoas que você atende apresentam?
18. Como você considera que se deve abordar essas questões ao logo do atendimento?
19. Nos casos de gravidez decorrente de estupro, há alguma diferença no atendimento?
20. E nos casos de adolescente?
21. Quais os principais encaminhamentos realizados por você?

### Sobre o acompanhamento psicológico a pessoas em situação de violência sexual

22. Em que tipo de situações você oferece a possibilidade de acompanhamento psicológico no serviço?
23. Qual, para você, é a importância da psicologia no acompanhamento a pessoas em situação de violência sexual?
24. Há desfecho nos acompanhamentos? Como se dá?

### Narrativas sobre situações particulares

25. Me conta o caso que mais te **emocionou**, desde que começou a trabalhar aqui.
26. E o que mais te **indignou**?
27. Teve algum caso em que você se sentiu mais **inseguro/a** de trabalhar aqui?
28. E qual foi o que que você se sentiu mais **confortável** durante o atendimento?
29. Me fala de um caso em que a **situação econômica** da pessoa foi relevante pro atendimento.

30. E teve algum caso que a **idade** da paciente foi importante?
31. Você lembra de algum caso em que era possível identificar questões relacionadas a **raça ou racismo**?
32. Você já acompanhou algum caso de mulher lésbica ou bissexual? Ela havia sido vítima de “**estupro corretivo**”?
33. Você já atendeu alguma **travesti ou mulher transexual** em situação de violência sexual?
34. Além das situações já elencadas, já houve algum caso que **outra forma de vulnerabilidade** foi relevante no atendimento/acompanhamento?

### **Avaliação**

35. O que você acha do trabalho que você executa?
36. Em que você acha que poderia ser melhor?
37. Qual sua avaliação do serviço?

### **PARA TERMINAR...**

38. Qual a sua idade:
39. Qual a identidade de gênero que você se identifica?
40. Qual é a sua orientação sexual?
41. Possui alguma religião. Se sim, qual?
42. Com que regularidade você frequenta seu espaço religioso ?
43. Como você se define em relação à sua cor ou raça?
  - ( ) Branco
  - ( ) Preto
  - ( ) Pardo
  - ( ) Indígena
  - ( ) Asiático
  - ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
44. Qual o ano você se graduou em psicologia?
45. A graduação foi feita em que universidade?

## **APÊNDICE B – INSTRUÇÃO PARA REVISÃO DO RELATO CONSTRUÍDO A PARTIR DAS CONVERSAS COM OS/AS PSICÓLOGOS**

Oi, \_\_\_\_\_. Segue relato da nossa conversa para você examinar. Antes disso, acho importante esclarecer algumas coisas sobre o processo:

### 1) O que eu fiz?

Transformei a nossa conversa em um relato objetivo e comunicável. Respeitei, na medida do possível, os termos e as palavras utilizadas por você. Algumas, inclusive, eu destaquei com o uso de aspas, dando uma ênfase maior, porque de algum modo chamaram minha atenção e eu pretendo utilizar num diálogo posterior a ser feito na tese. Mas, como a linguagem oral e a escrita são diferentes, busquei fazer algumas traduções e adaptações. Eliminar repetições, completar e conectar sentenças e até mesmo explicitar com minhas palavras o que ficou subentendido ou confuso. Além disso, eu “me apaguei” como interlocutor no processo, não por nenhum fetiche com impessoalidade ou neutralidade, mas apenas como um recurso estilístico para dar a impressão de que se trata de um estudo de caso às avessas: ao invés da história da paciente, o que se narra é o processo da escuta. Para isso, editei a ordem do que foi dito por você a partir de uma sequência que segue a mesma para todos/as os/as psicólogos: introdução > escuta inicial > acompanhamento psicológico > afetações no processo da escuta.

### 2) O que você pode fazer?

Fique bem à vontade para corrigir, alterar, excluir, adicionar qualquer coisa ou simplesmente acatar deixar como está. Peço apenas que faça como revisão no Word para que eu possa visualizar posteriormente. É importante considerar que, ainda que eu utilize um pseudônimo, não vai ser difícil para quem é do SAM-WL ou para quem de algum modo nos conhece melhor identificar de quem se trata o relato. Com isso em mente, eu mesmo já evitei adentrar em questões que pudessem expor ou fossem mais delicadas para os/as profissionais. Não acredito que, sob minha perspectiva, nada que esteja nos relatos compromete, ao contrário, mesmo as dúvidas, dificuldades e problemas apontados, qualificam o debate sobre a escuta psicológica. Apesar disso, é importante

que passe por seu crivo e avaliação. A ideia do pseudônimo é apenas para nos proteger externamente de qualquer tipo de exposição. Vai que algum fundamentalista maluco porventura venha ler a tese (tempos esquisitos, nunca se sabe!). Se você quiser, pode escolher um pseudônimo pra você.

3) O que ainda vou fazer:

Pra tese, por uma questão de tempo, não vai dar pra compartilhar e debater entre nós o relato de cada um, como eu gostaria. Mas, caso a gente topa, dá sim pra fazer posteriormente e até escrever trabalho ou artigo junto. Daí, então, a estratégia que eu vou adotar é dialogar literatura e os relatos de cada um com minhas memórias. A banca de defesa é dia 20 de março. Você está mais do que convidada!