



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

RENATA BARRETO DA SILVA

TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: uma pesquisa em
Psicanálise

São Luís
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

RENATA BARRETO DA SILVA

TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: uma pesquisa em
Psicanálise

São Luís
2019

RENATA BARRETO DA SILVA

TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: uma pesquisa em
Psicanálise

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho

São Luís
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Barreto da Silva, Renata.

Tornar-se mãe no contexto da violência sexual: : uma
pesquisa em psicanálise / Renata Barreto da Silva. - 2019.
118 f.

Orientador(a): Isalena Santos Carvalho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís
- MA, 2019.

1. Gravidez. 2. Maternidade. 3. Psicanálise. 4.
Violência sexual. I. Santos Carvalho, Isalena. II.
Título.

RENATA BARRETO DA SILVA

TORNAR-SE MÃE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: uma pesquisa em
Psicanálise

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

APROVADA EM: 29 / 11 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho (PPGPSI – UFMA)
Presidente da banca

Profa. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira (PPGPSI – UFMA)
Examinadora

Profa. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira (UFMA)
Examinadora

Profa. Dra. Julia Maciel Soares Vasques (UFMA)
Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço meus pais, Cláudia e Ribamar, aos meus irmãos, Fernanda e Everton, e aos meus sobrinhos, Pietro e Davi, pelo apoio tanto durante as etapas do processo seletivo para o mestrado, quanto na realização das disciplinas, estágio e na escrita da dissertação.

À Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho, minha orientadora, por apostar nesse trabalho e pelo compromisso na construção dele.

Às Profas. Dras. Maria Conceição Furtado Ferreira e Maria de Nazaré Pereira da Costa, que compuseram a banca de qualificação, pela leitura do trabalho e contribuições dadas. À Profa. Dra. Denise Bessa Leda, por presidir a banca de qualificação na ausência da minha orientadora.

Aos colegas do mestrado: Andréia, Thallyssa e Luiza, por tornarem a caminhada na pós-graduação mais leve.

À Unidade Materno Infantil, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, que através do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na área de Atenção à Saúde da Mulher, me possibilitou vivências que despertaram meu interesse nesta pesquisa. Aos profissionais que atuam no serviço de atendimento às mulheres em situação de violência, pelo acolhimento durante a pesquisa.

Aos companheiros de residência multiprofissional, que acompanharam minha prática enquanto psicóloga no hospital e que deram suporte no trabalho com as pacientes em situação de violência sexual. Em especial à Renata Porto Pinheiro, minha preceptora, pelo trabalho construído e reconstruído a cada atendimento às pacientes em situação de violência sexual e pelo “empurrãozinho” no processo seletivo do mestrado; à Daniela e à Elyoneida, pelas experiências e parceria ao compartilharmos à “residência” e após.

À equipe de trabalho do Centro de Perícias Técnicas para a Criança e o Adolescente (CPTCA) e do Hospital Regional Adélia Matos, pela compreensão e colaboração durante o mestrado.

Aos amigos e familiares que compartilham a vida comigo. Em especial, Luanny, Ingrid e Rodrigo, pelo apoio. Esses laços foram fundamentais para que eu chegasse ao fim desse trabalho.

Muito obrigada!

Embora eu saiba que de uma planta brota uma flor, continuo surpreendida com os caminhos da natureza.

(Clarice Lispector)

RESUMO

A violência sexual é considerada uma questão de saúde pública desde 2002 no Brasil, tanto pela alta incidência quanto pelos agravos que acarreta a saúde. A gestação não planejada é a terceira mais prevalente consequência do estupro, ocorrendo com maior frequência entre crianças e adolescentes. Diante da gravidez decorrente de violência sexual, são dadas três possibilidades à mulher: a interrupção legal da gestação; manter a gestação e inserir a criança na família; ou manter a gestação e encaminhar a criança aos serviços de acolhimento. A escolha por manter a gestação e tornar-se mãe deste bebê é determinada por vários fatores, ocorrendo de forma singular a cada mulher. A gestação é algo que implica, mas não determina a maternidade. Com base no desenvolvimento teórico de Freud e Lacan, temos que a maternidade é atravessada por questões imaginárias e simbólicas, sendo construída não a partir do momento em que a mulher se vê grávida, mas num período anterior, referente à constituição da sexualidade feminina. Consideramos esta pesquisa relevante por propor um diálogo entre a Psicanálise e a Saúde Pública. A investigação tem como objetivo principal discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual. Como objetivos específicos, buscamos identificar: fatores que contribuem para a escolha de ficar com a criança pela mulher com gestação decorrente de violência sexual; e a noção de maternidade para essa mulher. Para essa discussão, foi realizada uma pesquisa empírica pautada na Psicanálise. A coleta de dados foi feita por meio de roteiro de entrevista semiestruturado e de observação participante. Destaca-se que, na pesquisa em Psicanálise, a construção do conhecimento se dá por meio da indissociabilidade entre teoria, prática e pesquisa, sem o objetivo de inferir generalizações ou encerrar as questões quanto ao tema abordado, mas estabelecer algumas articulações de modo a levar em conta a singularidade de cada caso. O estudo foi realizado de acordo com o que é preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, no primeiro capítulo realizamos uma contextualização sobre a violência sexual e a gravidez dela decorrente enquanto um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. No segundo capítulo, através do trabalho com textos de Freud e Lacan, assim como de artigos de psicanalistas contemporâneos, traçamos algumas considerações acerca da questão da violência sexual, partindo da articulação entre os conceitos de agressividade e violência. Discutimos a constituição da feminilidade, a escolha de tornar-se mãe e da constituição da maternidade e finalizamos o capítulo trazendo articulações acerca da maternidade na adolescência. No terceiro capítulo, apresentamos o método desenvolvido na pesquisa, abordando o tipo de estudo, a delimitação dos participantes e amostra, o cenário onde a pesquisa ocorreu, as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados, os aspectos éticos preconizados, os procedimentos adotados na realização do estudo e a análise de dados. No quarto capítulo, expomos e discutimos os resultados encontrados, fazendo, inicialmente, uma caracterização das participantes do estudo e posteriormente esboçando articulações sobre a maternidade para cada uma delas. No intuito de encerrar este trabalho, no quinto capítulo traçamos algumas considerações através da discussão de questões que permeiam a constituição da maternidade no contexto da violência sexual a partir da descoberta da gravidez decorrente de uma violência e da escolha por manter a gestação e se ocupar do bebê daí proveniente.

Palavras-chave: gravidez; violência sexual; maternidade; psicanálise.

ABSTRACT

Sexual violence has been considered a public health issue since 2002 in Brazil, due to its high incidence and resulting health problems. Unplanned pregnancy is the third most prevalent consequence of rape, occurring more frequently among children and teenagers. In the face of pregnancy resulting from sexual violence, women are given three possibilities: legal termination of pregnancy; maintain the pregnancy and insert the child in the family; or maintain the pregnancy and refer the child to care services. The choice to maintain the pregnancy and become the baby's mother is determined by several factors, occurring uniquely to each woman. Pregnancy is something that implies but does not determine motherhood. Based on Freud and Lacan's theoretical development, we can read that motherhood is crossed by imaginary and symbolic issues, being built not from the moment the woman finds herself pregnant, but in a previous period, referring to the constitution of female sexuality. We consider this research relevant because it proposes a dialogue between Psychoanalysis and Public Health. The main objective of this research is to discuss the choice of being a mother from the perspective of women with pregnancy resulting from sexual violence. As specific objectives, we seek to identify: factors that contribute to the choice of keep the child by a woman with pregnancy resulting from sexual violence; and the notion of motherhood for that woman. For this discussion, an empirical research based on psychoanalysis was performed. Data collection was done through semi-structured interview script and participant observation. It is noteworthy that, in psychoanalysis research, the construction of knowledge occurs through the inseparability between theory, practice and research, without the purpose of inferring generalizations or closing the questions about the theme, but establishing some articulations in order to take into account the uniqueness of each case. The study was conducted according to what is recommended by Resolutions 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council. Thus, in the first chapter we give a contextualization about sexual violence and its resulting pregnancy as a public health problem and a violation of human rights. In the second chapter, by working with texts by Freud and Lacan, as well as articles by contemporary psychoanalysts, we make some considerations about the issue of sexual violence, starting from the articulation between the concepts of aggression and violence. We discuss the constitution of femininity, the choice to become a mother and the constitution of motherhood, and we end the chapter with articulations about adolescent motherhood. In the third chapter, we present the method developed in the research, approaching the type of study, the delimitation of participants and sample, the scenario where the research took place, the techniques and instruments used in data collection, the recommended ethical aspects, the procedures adopted in the study and the data analysis. In the fourth chapter, we expose and discuss the found results, initially characterizing the study participants and then sketching articulations on motherhood for each of them. In order to conclude this paper, in the fifth chapter we outline some considerations through the discussion of issues that permeate the motherhood constitution in the context of the discovery of pregnancy resulting from sexual violence and the choice to keep the pregnancy and take care of the resulting baby.

Keywords: pregnancy; sexual violence; motherhood; psychoanalysis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	12
1.1 O que é violência sexual?	12
1.2 Aspectos epidemiológicos	15
1.3 Violência sexual: uma questão de saúde pública	18
1.4 Políticas públicas brasileiras de proteção à mulher	20
1.5 Gravidez decorrente de violência sexual	26
1.6 Desafios	29
2 TORNAR-SE MÃE: a maternidade no contexto na violência sexual.....	32
2.1 Agressividade, violência e violência sexual.....	33
2.2 Da teoria da sedução à fantasia	40
2.3 A sexualidade feminina e a feminilidade: de Freud à Lacan.....	42
2.4 O que é uma mãe?	54
2.5 A maternidade na adolescência: entre a violência sexual e a iniciação sexual precoce....	59
3 MÉTODO	66
3.1 Tipo de estudo	66
3.2 Cenários da pesquisa	67
3.3 Participantes e amostra	68
3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	70
3.5 Procedimentos	70
3.6 Análise de dados.....	73
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
4.1 Caracterização das participantes.....	76
4.2 A maternidade para Vânia	77
4.3 A maternidade para Naiane	81
4.4 A maternidade para Mariana	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	102
APÊNDICE A: Parecer de Aprovação do CEP.....	103
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos.	112
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis legais	114
APÊNDICE D: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	116
APÊNDICE E: Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	118
APÊNDICE F: Diário Clínico	119

INTRODUÇÃO

A violência sexual é considerada uma questão de saúde pública desde 2002 no Brasil, tanto pela alta incidência, quanto pelos agravos que acarreta a saúde, produzindo consequências físicas e psicológicas nas pessoas, sendo uma dessas a gestação não planejada.

A gestação é a terceira mais prevalente consequência do estupro, ocorrendo com maior frequência entre crianças e adolescentes. Diante da gravidez decorrente de violência sexual, são dadas três possibilidades à mulher: a interrupção legal da gestação; manter a gestação e inserir a criança na família; ou manter a gestação e encaminhar a criança aos serviços de acolhimento (BRASIL, 2012; CERQUEIRA; COELHO, 2014). A escolha por manter a gestação e tornar-se mãe deste bebê é determinada por vários fatores, ocorrendo de forma singular a cada mulher.

A gestação é algo que implica, mas não determina a maternidade. Com base no desenvolvimento teórico de Freud e Lacan, temos que a maternidade, marcada pelo real da gestação, é atravessada por questões imaginárias e simbólicas, sendo construída não a partir do momento em que a mulher se vê grávida, mas num período anterior, referente à constituição da sexualidade feminina.

Há uma frequente discussão no contexto científico (principalmente por meio de estudos epidemiológicos) e nos mais diversos contextos sociais quanto ao tema da gestação não planejada decorrente de violência sexual. A maioria dos estudos trata de questões relacionadas ao atendimento das mulheres vítimas de violência, aos procedimentos médicos e às condutas profissionais realizadas ou recomendadas nessas situações (NUNES; MORAIS, 2016). Considero esta pesquisa relevante por propor um diálogo da Psicanálise com a Saúde Pública, através da discussão sobre a maternidade no contexto de violência sexual. Destaca-se que esse diálogo tem caráter interdisciplinar, ou seja, pauta-se no reconhecimento da importância da interação e transformação recíprocas entre as diferentes áreas do saber possibilitando novas construções a partir das aproximações e divergências entre elas (VAL et al, 2017).

O interesse por discutir essa temática surgiu de questionamentos derivados da minha experiência como psicóloga residente do programa de especialização em Saúde da Mulher, na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da observação e escuta de mulheres que realizam o pré-natal especializado no serviço de atenção à saúde da mulher, da Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Dito isso, questiono: o que possibilita que a maternidade se constitua, para a mulher, nesse contexto de violência sexual? A investigação tem como objetivo principal promover uma discussão sobre a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual. Para chegar ao objetivo principal, buscamos identificar: fatores que contribuem para a escolha de ficar com a criança pela mulher com gestação decorrente de violência sexual e a noção de maternidade para essa mulher. Destaco que, pautadas no método psicanalítico de pesquisa, não temos como objetivo inferir generalizações ou encerrar as questões quanto ao tema abordado, mas estabelecer algumas articulações de modo a levar em conta a singularidade de cada caso.

Para tanto, foi conduzida uma pesquisa empírica que contou com análise qualitativa dos dados. Optamos pela pesquisa empírica para que a noção de maternidade pudesse ser problematizada com base na fala das mulheres que vivenciam essa experiência de uma gestação não planejada e optam por ficar com o bebê, ainda que tenham como possibilidades a interrupção legal da gravidez ou o encaminhamento do bebê para acolhimento institucional. O estudo aqui proposto se dá por meio da integração entre teoria, prática e pesquisa, através de uma perspectiva psicanalítica de investigação.

Assim, no primeiro capítulo realizamos uma contextualização sobre a violência sexual e a gravidez dela decorrente enquanto um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. Para isso, trouxemos questões conceituais, epidemiológicas e de políticas públicas referentes ao tema.

No segundo capítulo, através do trabalho com textos de Freud e Lacan, assim como de artigos contemporâneos, traçamos algumas considerações acerca da questão da violência sexual, partindo da articulação entre os conceitos de agressividade e violência. Após isso, discutimos a constituição da feminilidade com o objetivo de apresentar o arcabouço teórico para realizarmos articulações acerca da escolha de tornar-se mãe e da constituição da maternidade. Propusemos uma discussão a partir da questão “o que é uma mãe?”, não com o objetivo de esgotar as respostas, pois só existirá uma mãe para cada filho, a cada vez, o que nos revela que não encontraremos uma resposta universal para essa questão, o que não nos impede de traçar algumas considerações a partir dela. Finalizamos o capítulo trazendo articulações acerca da maternidade na adolescência. Optamos por trabalhar essa especificidade devido os resultados encontrados trazerem como participantes da pesquisa somente adolescentes grávidas, o que confirma, inclusive, os dados nacionais que apontam que a maioria das gestações decorrentes de violência sexual ocorre entre crianças e adolescentes.

No terceiro capítulo, apresentamos o método que foi utilizado na pesquisa, abordando o tipo de estudo, a delimitação dos participantes e amostra, o cenário onde a pesquisa foi realizada, as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados, os aspectos éticos preconizados, os procedimentos adotados na realização do estudo e o método de análise de dados.

No quarto capítulo, expusemos os resultados encontrados na pesquisa e discutimos os achados que se relacionam aos objetivos desta embasadas no referencial psicanalítico, principalmente de Freud e Lacan. Iniciamos esse tópico fazendo uma caracterização das participantes do estudo e esboçamos articulações sobre a maternidade para cada uma delas, pautadas na fala das participantes, suas acompanhantes e de profissionais de saúde envolvidos no atendimento às mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Com isso, no intuito de concluir este trabalho, no quinto capítulo traçamos as considerações finais, onde encerramos abordando questões que permeiam a constituição da maternidade no contexto da violência sexual a partir da descoberta da gravidez na adolescência decorrente de uma violência e da escolha por manter a gestação e se ocupar do bebê daí proveniente.

1 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual traz diversas consequências à vida das pessoas, sendo a gravidez não planejada uma dessas. A gestação, por si só, tem impactos biopsicossociais na mulher, e quando decorre de violência sexual pode ser vivenciada como uma segunda forma de violência, visto que, apesar de cogitada, no geral não costuma ser esperada, principalmente quando a mulher passou pela contracepção de emergência.

Para abordarmos o tema da constituição da maternidade na especificidade de gestações decorrentes de violência sexual, iniciamos contextualizando a questão da violência sexual e da gravidez dela decorrente enquanto um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos.

1.1 O que é violência sexual?

A violência sexual é um problema que afeta pessoas no mundo todo. Estima-se que 12 milhões de pessoas sofram violência sexual a cada ano no mundo. Apesar de não ser um problema recente, somente nas décadas de 60 e 70 o tema começou a ser estudado com maior frequência no ambiente científico, sendo que grande parte das pesquisas buscava identificar e estudar os casos de violência contra crianças e adolescentes, com o objetivo de tratar pessoas em situação de violência e autores de violência, assim como diminuir a incidência das situações de violência (BRASIL, 2012). Mas o que seria a violência sexual?

No ano de 2002, a violência sexual foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como:

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 (KRUG et al, 2002, p.147).

Essa definição foi importante para que a noção de violência sexual fosse ampliada, visto que até então era associada somente ao conceito de estupro – conjunção carnal forçada – e passou a incluir tentativas de estupro, ações de assédio sexual e de exploração sexual como formas de violência.

Além disso, a definição ressalta que o autor de violência pode ser tanto uma pessoa da convivência da vítima, como um estranho. Esse destaque foi feito devido pesquisas mostrarem a alta incidência de atos de violência sexual cometidos por parceiro íntimo, assim

como pela grande quantidade de casamentos infantis¹ no mundo que muitas vezes resultam em iniciação sexual forçada (KRUG et al, 2002).

Outro aspecto importante dessa definição é a noção de coação que inclui imposição de força física, mas também utilização de outras formas de coação como intimidação psicológica, chantagem ou ameaças e a incapacidade de dar consentimento, tal como em situações de adormecimento, embriaguez ou incapacidade mental.

No Brasil, até 2009, o Código Penal, de acordo com o Decreto-Lei 2.848/1940, tratava a violência sexual como um “Crime contra os costumes”. Nessa lei, o estupro era definido como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça” (BRASIL, 1940, s/p). Por esse texto, o crime de estupro era cometido somente por homens contra mulheres, visto que se relacionava ao ato sexual vaginal forçado.

A partir de 2009, com a promulgação da lei 12.015/2009 (BRASIL, 2009a), essa violência começou a ser considerada “Crime contra a dignidade sexual”, sendo definida como qualquer conduta que coaja alguém a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada; que a induza a comercializar a sua sexualidade; ou, ainda, que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Por essa lei, os “Crimes contra a dignidade sexual” foram divididos entre “Crimes contra a liberdade sexual” e “Crimes contra vulnerável”. No primeiro grupo estão os crimes de estupro, violência sexual mediante fraude e assédio. Destaca-se que o estupro passou a ser definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009a, s/p).

Já no grupo de “Crimes contra vulnerável” estão previstos os crimes de estupro de vulnerável, corrupção de menores, satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente e o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. Com isso, o Código Penal aponta que o estupro é presumido nos casos de conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso com crianças e adolescentes menores de 14 anos. Conseqüentemente, toda gravidez em mulheres menores de 14 anos é considerada gravidez decorrente de violência sexual (BRASIL, 2009a).

Dessa forma, a concepção de estupro foi alterada, não se restringindo mais à ocorrência de conjunção carnal. Além disso, o crime de estupro tornou-se passível de ser cometido por homens e mulheres, assim como de vitimizar homens e mulheres.

¹ São assim denominados os casamentos, formais ou informais, que envolvam meninos ou meninas menores de 18 anos (TAYLOR et al, 2015).

Entretanto, apesar da violência sexual atingir homens e mulheres e ocorrer em contextos diversos, as mulheres, em todas as faixas etárias, são as que mais sofrem esse tipo de violência. De acordo com dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, esse é o terceiro tipo de violência mais cometido contra mulheres no Brasil.

Por ser um agravo que atinge mais mulheres que homens, em 2006, a Lei Maria da Penha definiu violência sexual contra a mulher como:

[...] 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).

Quando se trata de violência sexual cometida contra crianças e adolescentes, utiliza-se o termo abuso sexual, que é definido pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) como:

Uma situação em que a criança ou adolescente é usado para a gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma 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 física (ABRAPIA, 2002, p.8).

O abuso sexual infantil está incluído na definição de violência sexual, diferenciando-se por ter como base uma relação de poder entre o autor da violência e a criança ou adolescente em situação de violência. Nesses casos, o autor da violência apoia-se na relação afetiva que possui com a criança ou adolescente, assim como na assimetria, por estar numa posição de poder em relação à vítima, utilizando-se disso para praticar os atos considerados abusivos.

Destaca-se que as situações de abuso sexual infantil tendem a se manter por mais tempo até que sejam reveladas – quando são reveladas. Uma das possíveis explicações para este fato é que:

O abusador se aproveita do fato da criança ter sua sexualidade despertada para consolidar a situação de acobertamento. A criança se sente culpada por sentir prazer e isso é usado pelo abusador para conseguir seu consentimento (ABRAPIA, 2002, p.8).

A violência sexual contra a mulher tem grande incidência, independente da faixa etária. Os dados mostram um crescimento das notificações de violência sexual o que não necessariamente está relacionado ao aumento dos casos, mas pode ser o resultado de melhorias

nos sistemas de registro das ocorrências. A seguir, apresentamos alguns dados que tratam das ocorrências de violência sexual no Brasil.

1.2 Aspectos epidemiológicos

Os dados relativos aos casos de violência sexual no Brasil são obtidos através de notificações após atendimentos no sistema de saúde. Desde 2011, toda suspeita ou confirmação de violência é considerada agravo de notificação compulsória, ou seja, o profissional de saúde é obrigado a reportar situações das quais tenha conhecimento, através da ficha de notificação compulsória. A notificação vem com papel estratégico de desencadear ações de prevenção e proteção, assim como ações de vigilância e monitoramento em saúde, sendo assim um instrumento de garantia de direitos e de proteção social (BRASIL, 2012).

Nos casos de violência sexual, em 2014, a notificação imediata passou a ser obrigatória, devendo ser comunicada às Secretarias Municipais de Saúde em até 24 horas após o atendimento das vítimas. Quando se trata de crianças e adolescentes, além da notificação compulsória, o serviço também deve comunicar aos Conselhos Tutelares todos os casos dos quais tenham conhecimento, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Contudo, sabe-se que esses dados não abarcam todos os casos de violência ocorridos no Brasil, tanto pela subnotificação como pela expressiva quantidade de mulheres que não procuram os serviços de saúde após sofrerem algum tipo de violência, principalmente em casos de violência intrafamiliar, tais como o incesto e o sexo forçado por parceiro íntimo. Conforme Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil, somente cerca de 10% dos casos de violência sexual são notificados à polícia (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Segundo o Mapa da Violência de 2015 – Homicídios de Mulheres no Brasil, que apresenta os dados registrados de violência contra a mulher no SINAN referentes aos atendimentos realizados no ano de 2014, a violência física é o tipo de violência que mais acomete mulheres no Brasil, representando 48,7% das notificações e 96.429 casos atendidos; seguida pela violência psicológica/moral, com 23% das notificações que implica em 45.485 casos atendidos; e pela violência sexual, com 11,9% das notificações, representando 23.630 mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Dos casos de violência sexual notificados, 89% são cometidos contra mulheres e, desses, 49,2% são reincidentes e 71,9% das situações ocorrem em ambiente familiar (WASELFISZ, 2015).

Destaca-se que, de acordo com o IPEA (2017), a violência sexual é mais prevalente entre crianças e adolescentes. Segundo os dados, 70% dos estupros no Brasil vitimizam pessoas

de zero a dezoito anos. Nessa faixa etária, a violência sexual configura o segundo tipo de violência mais cometido, sendo a violência física o primeiro tipo.

Entre os casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes, o “Boletim Epidemiológico nº 27” do Ministério da Saúde aponta que entre os anos de 2011 e 2017, foram registrados 141.105 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Em 85% das notificações, as vítimas eram do sexo feminino, o que implica em 119.750 casos, enquanto 21.340 casos vitimaram crianças e adolescentes do sexo masculino. Dos casos notificados, 50% foram reincidentes e 64% ocorreram no ambiente familiar (BRASIL, 2018). Com isso, temos que a violência sexual no Brasil se caracteriza como uma violência crônica e doméstica, visto que os atos violentos são reincidentes e a maioria dos casos ocorre em ambiente familiar, e atinge, principalmente, crianças e adolescentes.

De acordo com o “Anuário Brasileiro de Segurança Pública – 2017”, os crimes de estupro têm apresentado crescimento no Brasil. No ano de 2016, as Delegacias registraram 49.497 casos de estupro no país e 6.548 casos de tentativa de estupro. No Estado do Maranhão foram registrados 995 casos de estupro, o que representa 2% dos casos denunciados no Brasil, e 229 de tentativas de estupro nesse mesmo ano (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Percebe-se que há grandes divergências entre os dados registrados pelo SUS e os dados registrados pelo Sistema de Segurança Pública. Conforme comentado acima, esse fato pode ser justificado pela grande quantidade de pessoas que não demandam serviços de saúde após a situação de violência por medo do constrangimento, de ser culpabilizada, desacreditada e também pela dificuldade de acesso aos serviços. Além disso, apesar da obrigatoriedade da notificação, os casos ainda são subnotificados pelos serviços de saúde, tanto porque a implementação do sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) não ocorreu de forma homogênea nos municípios brasileiros – devido às dificuldades relativas às dimensões territoriais do país e às condições estruturais das unidades de saúde –, como pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a obrigatoriedade de notificar e sobre como realizar a notificação (IPEA, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que os sistemas de vigilância em saúde contabilizem os casos de violência e também considerem a estrutura de saúde regional e local e a oferta de serviços para o atendimento de pessoas em situação de violência, garantido assim que o serviço de vigilância trabalhe no sentido de promover a atenção integral às vítimas de violência e a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e setores afins. Quanto a isso, o “Boletim Epidemiológico nº 27” (BRASIL, 2018) dispôs os dados sobre a quantidade

de serviços de atenção às pessoas em situação de violência até o mês de abril de 2018, com base no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Os serviços de referência de atenção às pessoas vítimas de violência sexual são classificados nos seguintes tipos: Serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual (urgência e emergência); Serviço de referência para a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; Serviços de atenção ambulatorial às pessoas em situação de violência sexual; Serviços com habilitação para realização de coleta de vestígios de violência sexual (BRASIL, 2018).

No Brasil, temos 772 serviços de referência cadastrados para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual. Desses, 112 estão divididos entre os estados do Nordeste, sendo 36 localizados no Maranhão. O Maranhão é o estado do Nordeste com o maior número de serviços cadastrados no SCNES, estando distribuídos da seguinte forma: 5 serviços de referência de atenção integral, 30 serviços de atenção ambulatorial, 2 serviços de interrupção legal da gravidez e 1 serviço de coleta de vestígios. Observa-se que a soma desses serviços não corresponde ao total do estado e isso acontece porque há alguns serviços que se enquadram em mais de uma classificação (BRASIL, 2018).

Quando se trata das consequências da violência sexual, destaca-se que a gravidez não planejada é o terceiro tipo de consequência mais prevalente do estupro, ocorrendo em 7,1% das situações. É precedida apenas pelo transtorno de estresse pós-traumático, presente em 23,3% dos casos e pelo transtorno de comportamento², presente em 11,4% das ocorrências. Ressalta-se que a gravidez é mais frequente entre crianças e adolescentes, ocorrendo em 25,6% dos casos de estupro em que a vítima é menor de 18 anos. Já entre mulheres adultas, está presente em 7,3% das ocorrências de estupro. Relaciona-se a maior frequência de gravidez entre crianças e adolescentes à alta recorrência do estupro nessa população e ao menor acesso aos métodos contraceptivos nessa faixa etária (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Conforme mencionado no item anterior, no Brasil, é presumido o crime de estupro quando a relação sexual é mantida com menores de 14 anos. Dessa forma, toda gestação em mulheres com menos de 14 anos no início da gravidez é considerada como decorrente de violência sexual. Entretanto, Souto et al (2017), ao realizarem um estudo comparativo entre os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no SINAN,

² O termo “Transtorno de comportamento” não foi encontrado na CID 10 e no DSM V, e os autores não esclareceram a que transtornos se referem nessa categoria. Entretanto, como a pesquisa citada reporta dados obtidos no SINAN, destaca-se a definição dada no *Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências* que afirma que os “transtornos comportamentais” compreendem “os distúrbios emocionais, de conduta, funcionamento social, hiperatividade etc.” (BRASIL, 2009b, p.24).

identificaram que no período de 2011 a 2015, houveram 31.611 casos de gestação entre mulheres com menos de 14 anos e apenas 1.273 destes foram notificados como gestação decorrente de violência sexual, ou seja, 4% dos casos. Apontaram que a subnotificação se relaciona, principalmente, ao fato de ser levado em conta pelos profissionais o contexto em que a gestação ocorreu, no qual eles diferenciam os casos de iniciação sexual precoce dos casos de estupro. O Nordeste é o estado com maior quantidade de parto entre adolescentes menores de 14 anos, sendo esse fato relacionado às condições socioeconômicas e de desigualdades sociais que implicam numa maior vulnerabilidade das meninas.

Esses dados epidemiológicos são importantes para que a violência sexual não seja tratada apenas como um problema de segurança pública. Com a alta incidência e prevalência dos casos somados aos agravos que acarreta à saúde e aos custos financeiros que isso implica, juntamente com pressão feita por movimentos feministas e de direitos humanos, a violência sexual ganhou visibilidade no campo das ciências humanas, sociais e da saúde, passando a ser tratada como uma questão de saúde pública e como uma grave violação dos direitos humanos, desde 2002, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

1.3 Violência sexual: uma questão de saúde pública

No ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde publicou o primeiro “Relatório Mundial sobre violência e saúde” de forma a descrever e fazer recomendações de ações a serem realizadas no campo da saúde pública com o objetivo de prevenir a violência. O relatório foi elaborado como uma resposta da OMS à “Resolução WHA49.25 – Prevenção da violência: uma prioridade de saúde pública” emitida na 49ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra, em 1996. Além disso, desde o início da década de 1990, alguns acordos internacionais - como a Conferência de Cairo, a Convenção de Belém do Pará e a Conferência de Beijing - foram assinados, colocando a violência sexual como uma questão de saúde pública e que deveria ser entendida como uma violação dos direitos humanos.

A Resolução WHA49.25 declarou que a violência era um dos principais problemas mundiais de saúde pública e solicitou que a OMS, como representante internacional do trabalho em saúde pública, em colaboração com os governos, autoridades locais e outras organizações do sistema das Nações Unidas, iniciasse atividades para: caracterizar as diversas formas de violência, avaliando suas causas e consequências; avaliar os tipos e eficácia de medidas e programas para prevenir e minimizar os efeitos da violência; e promover atividades de enfrentamento à violência, com medidas para melhorar seu reconhecimento, denúncia e gestão de suas consequências, medidas de promoção do envolvimento intersetorial no enfrentamento da violência, medidas de promoção da pesquisa sobre violência enquanto prioridade para a

pesquisa em saúde pública e medidas para elaborar e divulgar recomendações para programas de prevenção da violência em todo o mundo (WORLD HEALTHY ASSEMBLY, 1996).

Com isso, a OMS identificou que:

O custo da violência se traduz em bilhões de dólares americanos em gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos (KRUG et al, 2002, p.3).

Considerando que a Saúde Pública é um campo de conhecimento que tem como foco lidar com problemas de saúde relativos à coletividade através de um referencial teórico-prático interdisciplinar e que a violência é um fenômeno complexo, presente ao longo da história da humanidade, mas que pode ser evitada, a OMS propôs que a saúde pública trabalhasse com foco na prevenção da violência.

Para isso, recomendou que no âmbito local, a assistência à saúde trabalhasse em parceria com a segurança, a educação, a assistência social, as relações de emprego, mediadas por políticas públicas. No âmbito nacional, recomendou ações multissetoriais entre os diversos ministérios do governo, tais como Ministério da Saúde, Educação, Defesa, Trabalho, entre outros. No âmbito global, recomendou que a própria OMS trabalhasse em parceria com outras agências e órgãos internacionais das Nações Unidas, tais como o Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o Fundo das Nações Unidas para Mulheres, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, entre outros (KRUG et al, 2002).

Em relação à violência sexual, a OMS destacou os impactos na saúde das pessoas, tanto a curto quanto a longo prazo, tais como gravidez e complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis e problemas de saúde mental, como depressão e transtorno de estresse pós-traumático. A Organização ressaltou iniciativas que já estavam em prática em alguns países e que são recomendadas para evitar a violência sexual, sendo essas (KRUG et al, 2002):

1. Abordagens individuais: assistência psicológica de modo a minimizar os danos decorrentes da violência sexual; programas para perpetradores, voltados para que os autores de violência reconheçam sua responsabilidade no ato de violência através da colaboração em serviços e campanhas de apoio às vítimas; programas educacionais, de modo a promover a discussão de diversos assuntos relativos à violência.

2. Abordagens de desenvolvimento: ações nas diversas fases de desenvolvimento com foco em prevenir atos de violência, tais como educação sexual, discussões sobre abuso sexual, papéis de gêneros e limites da atividade sexual, entre outros.

Além disso, a OMS (KRUG et al, 2002) recomendou o desenvolvimento de serviços médico-legais, com a tarefa do setor de saúde de coletar evidências para corroborar com o depoimento das pessoas em situação de violência e colaborar na identificação do autor da violência, assim como criar protocolos e diretrizes que buscassem melhorar a qualidade do tratamento às vítimas. Essas evidências não possuem caráter pericial, visto que laudos periciais são atribuições do sistema judicial.

Com relação à violência sexual contra mulheres, a OMS recomenda maior atenção a prevenção primária, por meio de programas comunitários com abordagens participativas, considerando aspectos culturais e socioeconômicos de cada localidade. Além disso, destaca e recomenda que os protocolos e diretrizes para mulheres em situação de violência sexual devem conter:

Registro de uma descrição detalhada do incidente, listando todas as evidências coletadas; listagem do histórico ginecológico e contraceptivo da vítima; documentação padronizada dos resultados de um exame físico completo; avaliação do risco de gravidez; teste e tratamento de doenças sexualmente transmitidas inclusive, quando necessário, teste para HIV; fornecimento de contraceptivo de emergência e, quando legal, aconselhamento sobre aborto; fornecimento de apoio psicológico e encaminhamentos (KRUG et al, 2002, p.164).

Estima-se que o Brasil “perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde gasta anualmente entre 8% e 11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes” (BRASIL, 2012, p.14). Devido a isso, e seguindo as recomendações da OMS e dos acordos internacionais dos quais é signatário, o Brasil tem implementado políticas públicas e ações de prevenção e assistência às pessoas em situação de violência sexual.

Seguindo o objetivo deste trabalho, destacamos a seguir políticas públicas brasileiras que tenham como foco a proteção dos direitos das mulheres e a assistência integral à saúde da mulher.

1.4 Políticas públicas brasileiras de proteção à mulher

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 declarou que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações” (BRASIL, 1988, s/p). Após o estabelecimento da Constituição de 1988, os direitos das mulheres e as políticas voltadas para a proteção dessa parcela da população, começaram a ser sistematicamente discutidas.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde publicou a “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” que continha recomendações quanto ao atendimento e apoio psicossocial, assim como os protocolos de procedimentos profiláticos a serem adotados na assistência a pessoas em situação de violência sexual, com destaque a pessoas do gênero feminino, devido esse ser o público mais afetado pela violência sexual. A Norma Técnica passou por duas reformulações, sendo atualmente utilizada a edição de 2012 (BRASIL, 2012).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) com o objetivo de desenvolver políticas públicas para a melhoria da vida das mulheres no Brasil. Essa secretaria traçou, em 2004, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres expressando o compromisso do Brasil em desenvolver políticas públicas que buscasse reconhecer e enfrentar as desigualdades entre homens e mulheres no país (BRASIL, 2011a).

Um dos marcos legais, publicado por essa secretaria, foi a lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que trouxe em seu texto mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa lei foi criada após o Brasil ser condenado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) por não possuir dispositivos suficientes e eficientes para coibir a prática de violência doméstica contra a mulher (BRASIL, 2006).

Em 2007, a SPM lançou o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, que era “uma estratégia de gestão que orientava a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres” (BRASIL, 2011a, p. 11). O Pacto foi reformulado em 2011 e trouxe como um dos seus oito objetivos, o de:

Garantir os Direitos Sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua sexualidade por meio da mudança cultural dos conceitos historicamente construídos na sociedade brasileira, de forma a identificar, responsabilizar e prestar atendimento às situações em que as mulheres têm seus Direitos Humanos e Sexuais violados (BRASIL, 2011a, p.13)

Esse objetivo trata diretamente do direito sexual das mulheres que, no Brasil, tende a ser frequentemente violado, como se observa nos dados referentes à incidência e prevalência de violência sexual.

As propostas do Pacto Nacional articuladas às discussões realizadas pela SPM no âmbito nacional e pelas discussões internacionais sobre direitos humanos e a questão da violência contra a mulher, associadas também aos documentos publicados pelo país,

principalmente a partir de 2003, fundamentaram a criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, publicada em 2011.

Essa política tem como objetivo “enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno” (BRASIL, 2011b, p. 35) e estabelece “os conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência” (BRASIL, 2011b, p.8). Observa-se que a Política traça estratégias para que a violência contra a mulher seja combatida, prioritariamente, antes que aconteça, através de ações de prevenção. Porém, também traz recomendações para amenizar os danos, caso a violência não tenha sido evitada.

A violência contra as mulheres é considerada um fenômeno complexo que requer, no seu enfrentamento, a implementação de políticas amplas e articuladas que envolvam os campos de saúde, segurança pública, assistência social, entre outros. Traz a noção de enfrentamento da violência contra a mulher como uma questão de combate, prevenção, assistência e de garantia de direitos das mulheres e que é composta por quatro eixos estruturantes:

Prevenção: ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas;
Assistência: fortalecimento da rede de atendimento e capacitação de agentes públicos;
Enfrentamento e combate: ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha;
Acesso e garantia de direitos: cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres (BRASIL, 2011b, p.26).

Destacamos aqui o eixo da assistência que visa garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência, nos diversos setores e serviços, tais como Casas-Abrigo, Juizados, Defensorias, Centros de Referência Especializados, Unidades Hospitalares, entre outros.

Com relação aos serviços de saúde, retornamos a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, citada anteriormente, que teve sua última edição publicada em 2012. Considerando-se que a saúde é diretamente afetada em situações de violência sexual, o Ministério da Saúde emitiu essa norma que:

Visa garantir o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual – independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero – e representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes desta sorte de violência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar, a integração de ações sobre violência de gênero em diferentes atuações na unidade de saúde, o fortalecimento das fontes informais de apoio entre outros, são fundamentais (BRASIL, 2012, p.15).

O serviço de saúde deve realizar exame físico, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, coleta de vestígios para identificação do provável autor da violência, fazer a notificação da violência preenchendo a ficha específica para este agravo e realizar as medidas de anticoncepção de emergência e profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis e de HIV, caso a violência tenha ocorrido nas últimas 72 horas. Destaca-se que em caso de gravidez suspeita ou confirmada, a mulher deve ser orientada quanto às possibilidades legais diante da gestação: interrupção da gravidez, assistência pré-natal e entrega da criança para adoção (BRASIL, 2012).

Nos serviços de saúde, deve ser preconizado o respeito à autonomia, individualidade e direitos das pessoas em situação de violência. Dessa forma, as unidades devem resguardar a identidade e integridade da mulher, assim como respeitar o interesse ou recusa em realizar os procedimentos acima citados.

Com isso, busca-se garantir às pessoas em situação de violência sexual, o acesso universal a saúde, assim como a assistência integral, conforme princípios do SUS e princípios constitucionais. Assim, a norma apresenta recomendações quanto à organização geral da atenção à saúde e sobre as normas gerais de atendimento.

Quanto à organização geral da atenção à saúde, é sugerido que as unidades de saúde dos três níveis de complexidade – atenção básica, média complexidade e alta complexidade – adequem suas instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para o atendimento desse público de forma a garantir a privacidade da pessoa, mas sem criar setores específicos para evitar rotulação ou discriminação; como exemplo, não devem ter uma sala de atendimento específica para pessoas em situação de violência sexual. Em relação à equipe de trabalho, sugere-se que o atendimento seja realizado de maneira interdisciplinar, sendo desejável uma equipe composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais que estejam capacitados quanto à problemática social da violência sexual (BRASIL, 2012).

Em relação às normas gerais de atendimento, as unidades de saúde devem estabelecer fluxos internos de atendimento com o objetivo de evitar que as mulheres sejam revitimizadas durante os cuidados de saúde. São destacados o papel do acolhimento enquanto “o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência” (BRASIL, 2012, p. 21) e da humanização dos serviços, incluindo assim um “ambiente acolhedor e de respeito a diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais” (BRASIL, 2012, p. 21).

Destaca-se nesse aspecto relativo às normas gerais de atendimento que é preconizado o oferecimento de:

Atendimento psicológico e medidas de fortalecimento a mulher e adolescente, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário (Brasil, 2012, p.21).

Dessa forma, marca-se o papel fundamental do psicólogo na equipe de assistência à saúde da mulher com o objetivo de favorecer a reorganização emocional e social da pessoa em situação de violência. No âmbito da violência sexual, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009) publicou um documento de referência para a atuação no “Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo”. O documento aborda diretrizes norteadoras acerca do atendimento psicossocial que deve ser oferecido pelos psicólogos no cenário do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O atendimento psicossocial difere do atendimento psicoterapêutico, onde o segundo deve ser oferecido pelos serviços de saúde, sendo que o psicólogo do SUAS é responsável por avaliar e encaminhar, se necessário, as pessoas em situação de violência, para atendimento psicológico nos serviços de saúde.

Destaca-se que o encaminhamento não é pré-requisito para que o atendimento psicológico seja iniciado nos serviços de saúde, visto que o Ministério da Saúde já garante que o mesmo seja disponibilizado a todas as vítimas de violência sexual. Esta garantia apontada na Norma Técnica de 2012 foi reforçada pela lei nº 12.845 de 2013.

No ano de 2013, dois documentos importantes para a atenção à saúde de pessoas em situação de violência sexual foram publicados: o Decreto nº 7.958 e a Lei 12.845. O primeiro documento “estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013a, s/p), reafirmando a importância do atendimento humanizado pelos profissionais de segurança e de saúde.

Já a Lei 12.845/2013, conhecida como Lei do Minuto Seguinte, “dispõe sobre o atendimento obrigatório, imediato e integral às pessoas em situação de violência” (BRASIL, 2013b, s/p) que ofereça amparo médico, psicológico e social, por equipe multidisciplinar, nos hospitais gerais do SUS, visando o controle e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual. A Lei recebeu esse nome para enfatizar a importância do atendimento imediato às pessoas em situação de violência sexual, como uma forma de reduzir os agravos dela

decorrentes. Ela trouxe como avanço a garantia do atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual, independente do registro de queixa policial contra o autor da violência, com exceção aos casos de violência contra crianças e adolescentes, que devem ser obrigatoriamente notificados à polícia.

Ambos os documentos reforçam o que já era previsto pela norma técnica desde 2012 – alguns aspectos, inclusive, desde a primeira edição da norma, em 1999 -, porém adicionando às recomendações do Ministério da Saúde o caráter de obrigatoriedade, visto estarem previstos, a partir de então, em lei. O atendimento obrigatório, imediato, integral e humanizado é condição *sine qua non* para garantir uma assistência de qualidade. Entretanto, esses documentos foram criados e aprovados após frequentes queixas tanto em relação aos serviços de saúde como em relação aos serviços de segurança pública que, apesar de constarem como setores de proteção às pessoas em situação de violência e prevenção dos agravos dela decorrentes, acabavam por se tornarem atores de novas violências ao por em dúvida a palavra das vítimas, através de questionamentos e posturas preconceituosas, tais como em relação às vestimentas da pessoa, se estava sozinha ou acompanhada, se tinha consumido bebida alcoólica, entre outros.

No ano de 2013 foi instituído também o programa “Mulher: Viver sem Violência”, pela SPM, com o objetivo de “integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira” (BRASIL, 2013c, s/p). Com a articulação dos atendimentos as mulheres em situação de violência, objetivava-se evitar a revitimização relatada pelas mulheres devido aos atendimentos fragmentados através da concentração dos serviços no estabelecimento denominado Casa da Mulher Brasileira.

Observa-se que nos últimos 15 anos, principalmente após a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, houve um expressivo avanço na discussão, criação e implementação de políticas e serviços para as pessoas em situação de violência sexual – em especial, para as mulheres. Entretanto, os desafios para garantir a eficácia dessas políticas ainda estão presentes e as consequências da violência ainda têm impactos importantes na vida das mulheres, assim como na organização dos serviços de saúde e na atuação profissional. Destacamos a seguir aspectos de uma das consequências da violência sexual: a gravidez decorrente de violência sexual.

1.5 Gravidez decorrente de violência sexual

A gravidez decorrente de violência sexual requer atenção especializada dos serviços de saúde, visto ser considerada uma das consequências de maior complexidade da violência sexual por envolver reações biológicas, psicológicas e sociais, tais como risco de patologias específicas da gestação, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, problemas familiares, abandono escolar, entre outros (NUNES; MORAIS, 2016). Ressaltamos que apesar da complexidade, cada mulher terá uma vivência singular da sua gestação, ainda que no contexto da violência sexual.

A “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” traz recomendações quanto ao atendimento nas unidades de saúde com o objetivo de proteger as mulheres em situação de violência do risco de gravidez não planejada através da contracepção de emergência. Porém, é grande a quantidade de mulheres que acessam o serviço de saúde para tratar os agravos da violência apenas após a suspeita ou confirmação da gravidez – principalmente quando se trata de crianças e adolescentes.

A literatura aponta que a descoberta da gestação no contexto da violência sexual é marcada por um cenário de surpresa, sendo vista como um fato inesperado e, em muitos casos, como uma nova violência. Entre as crianças e adolescentes que engravidam, principalmente no contexto de violência sexual intrafamiliar, a gravidez aparece com grande frequência como o fator denunciante da ocorrência do abuso sexual (CANTELMO et al, 2011; DREZZET, 2016; MACHADO et al, 2015). Esse fato pôde ser identificado também na experiência no pré-natal especializado em violência sexual, onde há uma grande quantidade de casos em que as situações abusivas são reveladas apenas após a descoberta da gestação.

Diante da gestação decorrente de violência sexual, a mulher possui o direito de realizar a interrupção legal da gravidez, de acordo com o Decreto-Lei 2848 de 7 de dezembro de 1940, assim como também pode manter a gestação e optar por inserir a futura criança em sua família ou encaminhá-la aos serviços de acolhimento, para adoção. Independente da escolha acerca do desfecho da gestação, a assistência à mulher deve ser garantida e é responsabilidade dos profissionais de saúde esclarecer os direitos e possibilidades da mulher diante da gestação e garantir que a escolha dela seja respeitada (BRASIL, 2012).

Apesar do abortamento ser permitido por lei em casos de gravidez decorrente de violência sexual desde 1940 no Brasil, muitas mulheres buscam serviços clandestinos para realizar a interrupção da gestação nesses casos, tanto por falta de informação sobre os seus direitos, como por dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Entre as mulheres com gestação decorrente de estupro, os dados nacionais indicam que 19,3% das adultas realizam o abortamento previsto em lei, enquanto somente 10,6% das crianças e adolescentes interrompem a gestação. Associa-se a redução de procedimentos de abortamento entre crianças e adolescentes à relação de parentesco entre vítima e agressor, mais frequente nessa faixa etária, que adia a revelação da situação de violência sexual, resultando na descoberta tardia da gravidez e impossibilitando a realização deste procedimento, que só pode ser feito até a 22ª semana de gestação e com o produto da concepção pesando até 500g, sendo que após a 20ª semana de gestação não há indicação de interrupção legal da gestação, mas sim orientação quanto aos procedimentos de encaminhamento do bebê para adoção. Além disso, esses dados também estão associados à prescrição da Norma Técnica do Ministério da Saúde de que o aborto só deve ser realizado em menores de dezoito anos quando a vítima e o seu responsável legal concordarem com o procedimento e, em muitos casos, não há concordância entre o interesse da criança ou adolescente grávida e do responsável legal quanto ao desfecho da gravidez – manutenção ou interrupção (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

A maioria dos estudos referentes à gestação decorrente de violência sexual trata de questões relacionadas ao atendimento das mulheres vítimas de violência, aos procedimentos médicos e às condutas profissionais realizadas ou recomendadas nessas situações, traçando considerações a partir do que é preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde. Dessa forma, mantém suas discussões focadas, principalmente, na organização dos serviços e na percepção dos profissionais de saúde diante dessa demanda, destacando-se pesquisas relacionadas ao acesso e qualidade dos serviços de abortamento legal (BEDONE; FAÚNDES, 2007; DREZETT, 2016; MACHADO et al, 2015; NUNES; MORAIS, 2016).

Sobre a escolha por manter ou interromper a gestação, aponta-se que essa decisão é perpassada por questões referentes ao acesso aos serviços de saúde e orientação profissional, assim como, é determinada por vários fatores, tais como faixa etária, aspectos religiosos, familiares e socioeconômicos da mulher grávida nesse contexto. Muitas mulheres que optam por interromper a gestação justificam sua escolha pela impossibilidade de estabelecer um vínculo afetivo com o bebê (LORDELLO; COSTA, 2014; MACHADO et al, 2015; MOURA et al, 2001; NUNES; MORAIS, 2016).

Quando optam por ter o bebê, a literatura indica que apesar das singularidades, geralmente a mulher se coloca diante dos desafios de se preparar para a maternagem ao mesmo tempo que precisa elaborar os efeitos que a violência sexual pode implicar na relação mãe-bebê (LORDELLO; COSTA, 2014; NUNES; MORAIS, 2018).

Foram encontrados poucos estudos que discutiam aspectos da maternidade no contexto de gestação decorrente de violência sexual pela perspectiva das mulheres grávidas. Neles, destaca-se uma maior complexidade nos casos de gravidez decorrente de violência sexual na adolescência, devido essa fase de desenvolvimento ser marcada por intensas mudanças biopsicossociais que, quando acrescidas das experiências de violência sexual e gravidez, aumentam as chances de impactos negativos na vida da adolescente, tais como dificuldades de relacionamento, dificuldades de adaptação ao novo papel social – papel de mãe, problemas financeiros, desorganização familiar e evasão escolar. Aponta-se que as consequências negativas da gravidez na adolescência decorrente de estupro são mais frequentes entre mulheres provenientes de classe socioeconômica baixa (CANTELMO et al, 2011; GIL; LUCAS, 1998; MOURA et al, 2001; SOUTO et al, 2017). Além disso, SOUTO et al (2017) apontam que a violência sexual implica em maior vulnerabilidade e risco para a saúde materna e do recém-nascido que resultam em maiores complicações obstétricas, doenças perinatais e mortalidade infantil.

Entretanto, algumas pesquisas apontam que a gravidez nem sempre é vivenciada como algo estritamente negativo pelas adolescentes, ainda que decorrente de violência sexual. Cantelmo et al (2011) chamam atenção dos profissionais para a compreensão da gravidez decorrente de violência sexual como um evento de significação muito particular, que, inclusive, pode ser vivida como uma experiência positiva. Advertem para os ganhos sociais, familiares e comunitários que as mulheres, em particular as adolescentes, podem obter a partir da mudança de status social ao tornarem-se mães, assim como, para interrupção da relação abusiva que pode ser propiciada a partir da descoberta da gestação. Observam que esses possíveis ganhos não minimizam o sofrimento decorrente das experiências abusivas, mas que a gravidez, assim como a maternidade, se constitui como uma experiência que ultrapassa a situação de violência, não se configurando necessariamente como uma consequência negativa do estupro.

Nunes e Morais (2018) acrescentam que a gravidez decorrente de violência sexual pode representar um fator de reorganização na vida da mulher e contribuir para a ressignificação da vivência da violência. Apontam como essa ressignificação é importante para que a mulher estabeleça um vínculo de afeto com o bebê e demonstram a importância do suporte da equipe de saúde nesse processo.

Lordello e Costa (2014) abordam a construção da maternidade pelo ângulo da Teoria Bioecológica através de um estudo de caso. Elas destacam que a gestação decorrente de violência sexual é marcada pela presença de sentimentos ambivalentes – que também estão presentes em gestações planejadas - e apontam o apoio psicológico realizado durante o pré-

natal como uma possibilidade de ressignificação da gestação e permitindo que a mulher se vincule ao bebê:

A maternidade apresentou-se como um processo em construção, permeado de desafios, dentre eles, a separação emocional do agressor reeditado na imagem do bebê e mesmo as superações diárias para dispensar cuidados necessários aos filhos e conseguir atingir um projeto de criação do filho. Além disso, foram identificados, em Samira³, recursos pessoais investigados como dispositivos para combater a revitimização bem como detectar respostas adaptativas aos quadros de risco e estresse relatados, abordando o processo de resiliência embrionariamente presente em seu repertório (LORDELLO; COSTA, 2014, p.103).

É reconhecido que a gestação, quando decorrente de violência sexual, apresenta maior risco de se configurar enquanto fator de sofrimento para a mulher e que esse sentimento presente na gestação permeia o exercício da maternidade e tem efeitos no desenvolvimento psíquico do bebê. De acordo com o Manual de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, há alguns fatores considerados de risco para a desvinculação mãe-bebê. Dentre estes, destacam-se: gravidez não planejada, gravidez na adolescência sem conhecimento dos pais, gravidez de relacionamento extraconjugal, abandono do parceiro, histórico de um dos responsáveis de maus-tratos na infância ou adolescência, violência familiar e depressão ou distúrbios do comportamento materno (PFEIFFER, 2008). Entretanto, o contexto da concepção é um dos fatores que implica na relação da mulher com a gravidez e com o bebê, mas a experiência de cada mulher será singular. Dessa forma, não é possível afirmar, *a priori*, o que se esperar da gravidez.

Exatamente pela complexidade envolvida na gestação decorrente de violência sexual que foram estabelecidas recomendações, normas e legislações para as mulheres com gravidez decorrente de violência sexual. Apesar disso, elas ainda encontram diversas dificuldades não só em decidir quanto ao desfecho da gestação – manutenção ou interrupção -, mas também em relação aos serviços de proteção e assistência à saúde.

1.6 Desafios

As mulheres em situação de violência sexual vivenciam diversos desafios antes mesmo de acessar os serviços de proteção. Conforme os dados apresentam, a violência sexual é subnotificada também devido a não revelação da mesma. Alguns estudos demonstram que a manutenção do silêncio pelas mulheres está associada, em grande parte dos casos, ao desconhecimento das leis, diretrizes e recomendações quanto a essa questão - em especial as que dizem respeito à prevenção de infecções, prevenção de gravidez e possibilidades diante da

³ Nome fictício dado pelas autoras para a participante do estudo apresentado no artigo.

gravidez decorrente de violência sexual -, ao desejo de manter a ordem familiar, ao temor diante das ameaças do agressor, ao descrédito a respeito do sistema judicial e ao medo de ser desacreditada e constrangida pelos serviços de segurança e saúde (BRASIL, 2012; CERQUEIRA; COELHO, 2014; MACHADO et al, 2015; NUNES; MORAIS, 2016; entre outros).

Outro aspecto importante que se apresenta enquanto um desafio na implantação das políticas de proteção à mulher em situação de violência é a dificuldade de acesso aos serviços especializados, sejam eles da saúde, segurança ou assistência social, tais como Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher ou à Criança e ao Adolescente, serviços de saúde aptos a realizarem os atendimentos emergenciais, pré-natal especializado e interrupção legal da gravidez e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS).

Quando conseguem acesso aos serviços, os desafios ainda se mantêm. Inicialmente, pode-se assinalar a limitação em relação à quantidade e qualificação dos profissionais que atendem as pessoas nessa situação, assim como o frequente desconhecimento dos profissionais quanto às leis e recomendações em relação à assistência as mulheres em situação de violência. Nos casos de violência sexual, a narrativa e o consentimento das vítimas e/ou dos responsáveis legais deve ser suficiente para garantir o acesso ao serviço de saúde, porém, alguns serviços ainda colocam impedimento nesse acesso, apesar do aparato legal para o mesmo (BRASIL, 2012; MACHADO et al, 2015; NUNES; MORAIS, 2016).

Esse problema pode acarretar na demora ou não acesso aos serviços especializados de saúde, inviabilizando, por exemplo, a profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis e de HIV e da realização do método contraceptivo de emergência, que devem ser feitos em até 72h após a ocorrência da violência, assim como a coleta de vestígios que possam colaborar com a identificação dos agressores.

O abortamento, que é permitido por lei desde 1940 no Brasil, em caso de gravidez decorrente de violência sexual, entretanto, ainda é bastante desconhecido por profissionais e pela população em geral. Quando se trata de crianças e adolescentes com gravidez decorrente de violência sexual, esse procedimento é pouco realizado, conforme apresentamos, devido ao acesso tardio ao serviço de saúde.

A violência sexual e o tratamento aos seus agravos implicam em aspectos religiosos, éticos e morais tanto da mulher que a vivencia, quanto da sua família e dos profissionais que a atendem. Os Códigos de Ética Profissionais, assim como as recomendações do Ministério da Saúde e as legislações brasileiras apontam que a prática profissional não deve estar embasada nos valores pessoais. Aos profissionais, é garantida a objeção de consciência

para justificar a não realização de alguns procedimentos de saúde, tais como a indução do abortamento. Entretanto, o estabelecimento de saúde deve garantir o acesso da paciente ao serviço, nos casos permitidos por lei e o profissional deve garantir a assistência antes e após a realização do procedimento. Contudo, estudos apontam que a qualidade da assistência à mulher em situação de violência, assim como o acesso ou não a alguns serviços estão diretamente relacionados aos discursos dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher que costumam estar impregnados de verdades pessoais (MACHADO et al, 2015; NUNES; MORAIS, 2016).

Acerca dessa problemática referente à assistência à saúde, em novembro/2018 foi lançada uma campanha de conscientização quanto a Lei Nº12.845/2013 - que começou a ser denominada como Lei do Minuto Seguinte pelo Ministério Público Federal - com o lema “Sua palavra é lei”. Através dessa campanha busca-se conscientizar a população em geral e os profissionais de saúde quanto aos direitos e possibilidades das mulheres em situação de violência sexual relativos à assistência à saúde imediata e integral, destacando que o relato da pessoa em situação de violência é suficiente para que ela tenha acesso aos serviços de saúde. Ressalta que não cabe aos serviços de saúde comprovar a veracidade do relato da mulher, sendo isso objeto de trabalho da segurança pública, através de avaliação pericial e investigação criminal. A campanha se coloca como uma das formas de enfrentamento aos desafios postos diante da problemática da violência sexual, pois apesar da existência da lei que orienta quanto a conduta dos profissionais, ainda hoje é comum que nos serviços de saúde a mulher tenha seu relato questionado (MPF, 2018).

2 TORNAR-SE MÃE: a maternidade no contexto na violência sexual

A gestação enquanto evento fisiológico é algo que implica, mas não determina a constituição da maternidade. Não basta estar grávida para tornar-se mãe. Entretanto, atualmente, o senso comum costuma associar o exercício da maternidade a uma reação instintual diante da gestação e do nascimento do bebê, como um comportamento característico da mulher e natural ao gênero feminino.

Até o século XVII, a maternidade era pouco valorizada e os cuidados com as crianças costumavam ser destinados a terceiros: as famílias mais abastadas contratavam amas de leite para realizarem os cuidados com as crianças em sua própria residência, já as crianças das classes menos favorecidas costumavam ser enviadas para a casa da ama, onde permaneciam durante os primeiros anos de vida. As amas de leite eram responsáveis pelos cuidados de várias crianças, o que contribuía para o aumento das já altas taxas de mortalidade infantil, sendo esse aumento resultante, principalmente, da alimentação e dos cuidados de higiene inadequados (MALDONADO, 2002).

Além disso, a partir do século XVI, após a Reforma Protestante e a Contrarreforma Católica, aumentou a exigência social de fidelidade entre os casais e os filhos ilegítimos (aqueles concebidos fora do matrimônio) passaram a ter dificuldade de aceitação social. O fato de ser “mãe ilegítima” que era algo comum na Idade Média, transformou-se em algo intolerável nesse período, o que levou ao aumento das práticas de abortamento, abandono e infanticídio por mulheres em situação de concepção extraconjugal, tanto para amenizar as dificuldades dessas mulheres, como pelo objetivo de proteger a honra da família colonial (MALDONADO, 2002).

Esses fatos apontam para uma “indiferença materna” até o século XVII. Porém, a partir de 1760, começou a ser difundido na sociedade europeia o “mito do amor materno”. Nesse período, o amor materno passou a ser exaltado como algo instintual, ou seja, acreditava-se na existência de “um amor espontâneo de toda mãe pelo filho” (BADINTER, 1985, p.145).

Nesse momento, a imagem da mulher/mãe é modificada, assim como seu papel social e importância nos cuidados da criança. As modificações reforçavam o mito do amor materno. Surgiram diversas publicações médicas que orientavam acerca do cuidado que deveria ser exercido pessoalmente pela mãe aos bebês, inclusive no que se refere à amamentação, que deveria ser realizada pela própria mãe e não mais pelas amas de leite. Além disso, o Estado passou a se preocupar com a saúde das crianças, visto que elas eram necessárias para o seu próprio enriquecimento. Outro aspecto que também favorecia o novo ideal de mãe era a

possibilidade de a mulher obter reconhecimento social e ter um valor equivalente ao dos homens na sociedade através da maternidade. A maternidade passou a ser vista como o ápice da realização pessoal da mulher (BADINTER, 1985).

É nesse contexto que o feminino passa a ser associado ao ideal de maternidade, e a mulher é vista como aquela com capacidade de procriar e com instinto para maternar. Esse ideal ainda se mantém na atualidade. Porém, a sociedade continua em transformação e a mulher tem obtido novos papéis sociais que incitam questionamentos quanto à maternidade como resposta instintual diante da gestação e nascimento do bebê, assim como sobre a maternidade como principal função da mulher na sociedade. Dessa forma, por meio do referencial teórico de Freud e Lacan, questiona-se a visão inatista da maternidade, com a proposição de que o processo de se tornar mãe apresenta-se relativo à constituição subjetiva da mulher que engravida.

Com isso, tratamos, neste capítulo, da constituição da feminilidade com o objetivo de apresentar o arcabouço teórico para realizarmos articulações acerca da escolha de tornar-se mãe e da constituição da maternidade: diante de três possibilidades, o que leva a mulher, em situação de violência sexual, a optar por manter a gestação e se tornar mãe daquele bebê? A escolha implica em perdas e não garante que a maternidade se constitua.

Como estamos discutindo a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual, traçamos, inicialmente, algumas considerações acerca da questão da violência sexual, partindo da articulação entre os conceitos de agressividade e violência.

2.1 Agressividade, violência e violência sexual

A violência enquanto um fenômeno social, não é um conceito próprio da Psicanálise, conforme construída por Freud e Lacan. Entretanto, é possível traçarmos algumas considerações a partir da leitura desses teóricos.

Inicialmente, é importante marcar que existe uma diferença entre violência e agressividade. Freud elaborou a teoria do aparelho psíquico a partir de sua experiência com a clínica da histeria. Essa teoria foi apresentada ao longo de suas obras, passando por reformulações sempre que a clínica apontava novos direcionamentos. Nos seus *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/1996) introduz o conceito de pulsão⁴ enquanto energia que impulsiona o aparelho psíquico:

⁴O termo *Trieb* foi traduzido nas *Obras Psicológicas Completas* (1996) por instinto. Entretanto, utilizaremos nesse trabalho, inclusive nas citações o termo *pulsão*, que é considerada a tradução mais adequada, visto que instinto aponta para uma noção biologizante e Freud destaca, ao longo do seu trabalho, que a pulsão, apesar de se apoiar no biológico, está para além dele; não se restringe ao inato ou somático.

Por ‘*pulsão*’ podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação, que flui continuamente, para diferenciá-la do ‘estímulo’, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. *Pulsão*, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico. A hipótese mais simples e mais indicada sobre a natureza da *pulsão* seria que, em si mesma, ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica. O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da *pulsão* é um processo excitatório num órgão e seu alvo imediato consiste na supressão deste estímulo⁵ (FREUD, 1905/1996, p.159).

A definição de pulsão enquanto conceito de delimitação implica em localizá-la não no psíquico ou no somático isoladamente, mas entre os dois. É com o psíquico e o somático que se pode precisar a noção de pulsão. Por meio da relação entre pulsão e objeto, Freud (1905/1996) retira o caráter inato da pulsão e diferencia a pulsão de instinto, marcando, nesse ponto, a diferença entre os humanos e os animais. Ele aponta que a finalidade da pulsão é sempre sua satisfação, porém essa satisfação sempre será parcial, devido ao humano estar inserido na cultura que o desnatura.

Decorrente desse conceito de pulsão e de como essa energia atua no funcionamento psíquico, ou seja, através de uma força constante que visa a satisfação, Freud (1930[1929]/1996) desenvolveu a noção da agressividade enquanto constitutiva do sujeito e apontou a cultura, por um lado, como produtora de um mal-estar nos humanos devido a limitação que ela confere à satisfação das exigências da pulsão, impondo sacrifícios à sexualidade e a agressividade humanas. Mas, por outro lado, como necessária para que o sujeito possa se inserir na cultura. Isso implica em como o sujeito responderá a cultura, visto que ao se submeter à linguagem, ele se diferencia dos outros animais pela impossibilidade de recorrer ao recurso instintual em sua vida, e responde, singularmente, à essa desnaturalização. Freud destacou que a agressividade é produto da constituição narcísica do *eu*⁶.

Destaca-se que deve ser considerado como narcisismo “a fase inicial do desenvolvimento do eu, durante a qual as pulsões sexuais encontram satisfação autoerótica” (FREUD, 1915/1996, p.137). Freud reconhece a existência de um narcisismo primário, ou seja, “um investimento libidinal original do eu, parte do qual é posteriormente transmitido a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionado com os investimentos objetais” (FREUD, 1914/1996, p.83). Assim, tem-se que antes de direcionar a libido para um objeto externo, ela é investida no próprio eu.

⁵ A ideia da pulsão como estímulo interno que atua como força constante é apresentada por Freud desde 1895, no *Projeto para uma psicologia científica*.

⁶ Inicialmente, o *eu* era posto por Freud como uma instância do aparelho psíquico vinculada à atividade consciente. Contudo, no desenvolvimento da teoria psicanalítica, passa-se a considerar a existência de “algo no próprio *eu* que é também inconsciente, que se comporta exatamente como o recalado” (FREUD, 1923/1996, p.31).

O narcisismo primário dá lugar ao que Freud (1914/1996) denomina de *eu ideal*, ou seja, um ideal que passa a ser o alvo de investimento da libido que era direcionada ao eu da realidade na infância. O *eu ideal* é colocado na busca de recuperar a perfeição narcísica da infância. Freud aponta também a existência do *ideal do eu*, que é constituído através da identificação com os pais e os educadores e que “aumenta as exigências do eu, constituindo o fator mais poderoso a favor do recalque” (FREUD, 1914/1996, p.101).

Esses dois conceitos se confundem na elaboração freudiana. Dessa forma, acrescentamos, com Lacan, que o *eu ideal* se configura como uma formação narcísica resultante da identificação com a imagem especular e que dá origem às identificações secundárias - ocorrendo ao nível do imaginário - e o *ideal do eu* como “o outro enquanto falante, o outro enquanto tem comigo uma relação simbólica, sublimada, que no nosso manejo dinâmico é, ao mesmo tempo, semelhante e diferente da libido imaginária” (LACAN, 1953-1954/1996, p.166). Assim sendo, o *ideal do eu* serve de base para a constituição do *eu ideal*, já que se origina do significante do campo do Outro - que é externo e anterior ao sujeito e ao mesmo tempo o que tem de mais íntimo e que se impõe a ele, antes mesmo que este possa se reconhecer como em um eu unificado no estágio do espelho.

Nesse ponto ressalta-se a existência de uma antítese no funcionamento psíquico, ou seja, libido do eu *versus* libido do objeto que inicialmente são indissociáveis, pois o *eu* é o próprio objeto, e ao longo da vida, coexistem no aparelho psíquico, opondo-se uma a outra de forma que enquanto a libido do eu aumenta, a libido do objeto diminui e assim vice versa (FREUD, 1914/1996).

Quanto a isso, Lacan aponta que a agressividade surge da relação com a libido narcísica, desde o investimento libidinal no próprio corpo, durante o estágio do espelho. Ele apresenta o estágio do espelho “como uma identificação no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1949, p.97).

Lacan (1949/1996) propõe que o *Eu [Je]* se precipita diante da imaturação biológica, servindo de matriz à constituição do *eu [moi]*, imaginário, quando o último admite uma totalidade do corpo decorrente da assunção da imagem a qual a mãe remete ao *infans* como sendo dele. Dessa forma, a criança antecipa no plano imaginário a unidade do seu corpo.

Neste momento ocorre o que Lacan define como

Uma primeira captação pela imagem onde se esboça o primeiro momento da dialética das identificações. Ele está ligado a um fenômeno de *Gestalt*, à percepção muito precoce, na criança da forma humana [...]. Mas o que demonstra o fenômeno de

reconhecimento que implica a subjetividade são os sinais de jubilação triunfante e o ludismo de discernimento que caracterizam, desde o sexto mês, o encontro com sua imagem no espelho pela criança (LACAN, 1948/1998, p.115).

Ou seja, esta primeira captação pela imagem especular resulta no reconhecimento, pela criança, dessa imagem como sendo sua antes mesmo que a criança tenha o domínio sobre o seu próprio corpo, o que a lança numa identificação com o outro: a criança se confunde com o outro, a quem ela se identifica. Isso aponta para a estrutura paranoica do *eu*. O *eu* se forma da alienação à imagem especular a que se fixa, sendo que

Essa forma se cristalizará, com efeito, na tensão conflitiva interna ao sujeito, que determina o despertar de seu desejo pelo objeto de desejo do outro: aqui o concurso primordial se precipita numa concorrência agressiva, e é dela que nasce a tríade do outro, do eu e do objeto, que, fendendo o espaço da comunhão especular, inscreve-se nela num formalismo que lhe é próprio [...] (LACAN, 1948/1998, p.116).

Com isso, Lacan esclarece que a agressividade está presente em nós, desde a origem do *eu [moi]* e a cada vez que o mundo externo rompe com a ilusão especular, somos levados a admitir que durante toda a vida nos deparamos com esta emoção que resulta “da conjunção da história do sujeito com o inapreensível inatismo de seu desejo” (LACAN, 1948/1998, p.116).

Em “O Seminário, livro 5”, Lacan aponta que existe uma diferença entre a agressividade, que é constitutiva e se insere na estrutura da fala, e a violência, que indica a ausência da estrutura significante. Ele afirma que

A violência é de fato o que há de essencial na agressão, pelo menos no plano humano. Não é a fala, é até exatamente o contrário. O que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala. Se a violência distingue-se em sua essência da fala, pode colocar-se a questão de saber em que medida a violência como tal – para distingui-la do uso que fazemos do termo agressividade – pode ser recalcada, uma vez que postulamos como princípio que só pode ser recalcado, em princípio, aquilo que revela ter ingressado na estrutura da fala, isto é, a uma articulação significante. Se o que é da ordem da agressividade chega a ser simbolizado e captado no mecanismo daquilo que é recalque, inconsciência, daquilo que é analisável, e até, de maneira geral, daquilo que é interpretável, é por intermédio do assassinato do semelhante que está latente na relação imaginária (LACAN, 1957-1958/1999, p.471).

Com isso, Lacan delimita que enquanto a agressividade se coloca como inerente ao desenvolvimento psíquico, a violência se coloca no limite da fala, vem como aquilo que é impossível de ser mediado pela palavra, colocando-se nas relações humanas enquanto ato.

Dessa forma, a violência pode ser lida enquanto aquilo que se apresenta como “excessivo para cada sujeito. [...] uma situação extremamente violenta pode ser superada sem maiores dificuldades, enquanto uma outra aparentemente não tão violenta traz grandes dificuldades aos envolvidos” (GRYNER, 2003, p.59).

Os casos de violência sexual podem resultar em consequências diversas para o sujeito, principalmente no que se refere aos danos relativos à saúde mental. Conforme apresentamos anteriormente, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno de comportamento são as principais consequências da violência sexual, de acordo com pesquisa do IPEA. Além disso, há um grande número de pesquisadores que trabalham o efeito traumático e o prejuízo no desenvolvimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, assim como apontam sintomas característicos em crianças que sofrem violência sexual (AMAZARRAY, 1998; HABIGZANG et al, 2005, entre outros). Esses estudos trazem questões importantes acerca do fenômeno da violência sexual; entretanto, deve-se levar em conta na escuta do sujeito, que essas consequências não podem ser antecipadas ou previstas, visto que somente o sujeito que vivencia essa experiência poderá dizer, *a posteriori*, as consequências do que lhe ocorreu.

No contexto de violência sexual intrafamiliar - ou seja, quando vítima e agressor pertencem ao mesmo ambiente familiar, contando com laços consanguíneos ou não (tais como, pai, mãe, tio, avós, padrasto, entre outros) - observa-se que a violência se coloca na cena familiar como uma forma de relacionamento entre os envolvidos. São frequentes as situações em que o pai ou padrasto é o autor da violência sexual, o que representa um fator complicador, pois o sujeito que serviria de referência para a criança é quem a violenta, implicando assim em uma ambivalência de sentimentos. Assim, como esse pai (biológico ou quem ocupa essa função) se desloca de sua função simbólica de instaurar a Lei da proibição do incesto, função estruturante do psiquismo da criança, isto pode resultar em uma desestruturação subjetiva. Destaca-se que “os efeitos psíquicos que configuram tal situação dependem também das consequências para cada sujeito e da leitura feita por cada campo familiar e social” (RIBEIRO, 2003, p.73).

A situação de violência sexual, conforme abordada no contexto social, tende a produzir duas novas posições sociais: a de abusador e a de vítima. Ao se identificar nestas posições os sujeitos se estagnam nestes papéis, sem a possibilidade de ressignificar a vivência da violência e sair desses lugares. Dessa forma, nomear de antemão as consequências da violência, tende a manter os envolvidos em uma posição que paralisa. Assim, a proposta da psicanálise é propiciar um lugar onde os sujeitos possam falar dessas vivências de forma a elaborá-las, possibilitando que se questionem os significantes “agressor” e “vítima” e conferindo-lhes o lugar de sujeito desejante (GRYNER, 2003).

Portanto, conferir à “vítima” de violência sexual o lugar de sujeito desejante, remete a reconhecer nela uma implicação subjetiva diante do que lhe ocorreu. Destaca-se aqui, que essa noção de implicação subjetiva difere da noção de responsabilização jurídica, sendo que a

última indica culpados para a situação e apresenta para os profissionais apenas a denúncia como possibilidade diante de uma situação de violência sexual.

Nesse ponto, retoma-se o que afirmou Lacan (1965/1998, p.873): “por nossa posição de sujeito sempre somos responsáveis”. Destaca-se que, com isso, não se tem a pretensão de retirar a responsabilidade jurídica do autor da violência ou culpabilizar a vítima pelo que lhe ocorreu. Entretanto, por essa via da responsabilização subjetiva, possibilita-se que o sujeito se interrogue diante do que lhe ocorreu e que se posicione a partir disso.

Nos casos de violência sexual que resultam em gravidez, tanto o que aponta a literatura como o que se apresentou na minha experiência com mulheres no pré-natal especializado em violência sexual, essa gravidez é mais frequente quando a situação de violência é recorrente. Esse fato é mais prevalente entre crianças e adolescentes, como mencionamos anteriormente, que apresentam mais dificuldade em interromper o ciclo de violência pela relação de proximidade com o autor da violência. A relação entre a mulher em situação de violência e o autor da violência costuma ser marcada pela ambivalência afetiva e “a violência é apenas uma das formas de relacionamento entre eles. Frequentemente, portanto, há sentimentos mesclados de amor e ódio, respeito e desprezo, confiança e medo” (GRYNER, 2003, p.58).

Pela minha experiência como psicóloga residente em uma maternidade pública, foi possível perceber que não há uma relação direta entre a violência, o sofrimento e o desprazer, de forma que algumas mulheres, principalmente crianças e adolescentes, não identificam na relação abusiva a existência de uma violência. Quanto a isso destaca-se que não se trata de ensinar a mulher em situação de violência que ela está sendo vitimizada pelo suposto agressor nem naturalizar aquela relação, mas, a partir da escuta de cada uma delas, problematizar essa questão para que novas possibilidades de se relacionar com o outro possam advir.

No atendimento às mulheres em situação de violência, é importante que lhes seja dado um espaço em que possam falar sobre o que lhe ocorreu, de modo que essa “vítima” possa construir novas possibilidades de elaboração diante da situação de violência que vivenciou.

Ao discorrer sobre o que chama de “Técnica da Psicanálise”, Freud (1913/1996) afirma que não é possível sistematizar a condução do tratamento psicanalítico, visto que os fatores psicológicos aí envolvidos são muito diversos e complexos, o que inviabiliza a delimitação de regras fixas acerca da condução do mesmo.

Entretanto, ele oferece algumas recomendações referentes ao manejo psicanalítico. Primeiramente, em substituição ao método catártico, Freud (1904/1996) propõe a “regra fundamental da psicanálise”, ou seja, a associação livre, que consiste na fala espontânea do

paciente, a despeito de qualquer seleção crítica acerca do conteúdo a ser verbalizado no atendimento psicanalítico.

Como contrapartida à regra fundamental exigida ao paciente, Freud (1912/1996) propõe a atenção flutuante como exigência ao psicanalista, que consiste em não dar atenção especial a nenhum conteúdo específico verbalizado pelo paciente, mas manter a mesma atenção em relação a tudo que se escuta. Somente assim é possível escutar as manifestações inconscientes do paciente e possibilitar que ele signifique, *a posteriori* e a cada vez, o que foi dito.

O tratamento psicanalítico possibilita que o sujeito fale de si, não se restringindo ao relato da situação de violência. Esse espaço de fala é importante

Para que esse sujeito possa perceber que, como cada um de nós, não tem conhecimento absoluto sobre o sentido do que fez, pensa ou deseja, é necessário um espaço onde possa falar e ser ouvido, construindo novas possibilidades de interpretação da situação violenta e mesmo, em alguns casos, encontrando novas formas de relação com o outro envolvido (GRYNER, 2003, p.59-60).

Assim, dando a mulher esse lugar de fala, aposta-se no possível efeito de um posicionamento diferente. Quando se trata de mulheres que tiveram gestação decorrente de violência sexual, é importante que novos posicionamentos sejam possibilitados a partir da fala e da escuta, inclusive para que elas possam se interrogar quanto às opções que possuem diante da gestação e possam escolher entre mantê-la ou interrompê-la, entre ficar com o bebê ou encaminhá-lo para adoção.

Destaca-se que ao se posicionar como sujeito desejante é importante que se reconheça o sujeito

Enquanto marcado pela impossibilidade de tudo realizar, mas que pode se situar de forma singular diante das situações de sua vida. [...] Dessa forma, é um equívoco considerar o tratamento como algo que permitiria a restituição de uma harmonia perfeita entre a criança e o seu meio, de uma completude que a violência teria rompido. Esse tipo de avaliação pode ter consequências extremamente graves, uma vez que tende a aprisionar o sujeito na ilusão de uma plenitude, ignorando a violência simbólica que estrutura o desejo humano (GRYNER, 2003, p.60-61).

Lembra-se com Freud (1930[1929]/1996) que essa plenitude na forma de um ideal de felicidade não é possível ao sujeito – não somente aquele que foi marcado por experiências de violência. Ele destaca que, para se inserir na cultura, o sujeito se submete às restrições impostas pela cultura, o que implica abrir mão de parte de sua satisfação para se inserir na cultura. Dessa forma, a felicidade só é possível para o humano por meio de momentos de

felicidade. Freud aponta que não há um caminho para “a felicidade”; a felicidade ocorre de forma singular a cada sujeito, assim como a cada vez que é experimentada.

Dessa maneira, temos que o que se propõe a partir da noção de responsabilização subjetiva é que o sujeito não se paralise nesse lugar de vítima/culpado e não se limite no rótulo de mulher vítima de violência sexual, mas que ao se responsabilizar por sua posição de sujeito, possa dar outros direcionamentos à experiência da violência sexual e suas consequências, inclusive a gestação dela decorrente através de um trabalho pela via do significante.

Lacan (1960/1998, p.833) define o significante como:

[...] aquilo que representa um sujeito para outro significante. Esse significante, portanto, será aquele para o qual todos os outros significantes representam o sujeito: ou seja, na falta desse significante, todos os demais não representariam nada. Já que nada é representado senão para algo.

Com isso, ele esclarece que o significante se diferencia do signo porque só é significante para determinado sujeito em determinado contexto, o que marca a singularidade de cada caso. Portanto, trabalhar pela via do significante consiste em apostar na fala de modo que se possa escutar além da própria palavra, conforme cada cadeia significante comparece para cada sujeito.

É importante ressaltar que as experiências de violência sexual, embora tenham efeitos que não podem ser delimitados *a priori*, afetam a satisfação sexual e a formação dos laços afetivos, principalmente quando ocorrem na infância e adolescência, pois nessa fase, se esboçam a maneira que o sujeito se coloca na relação com os outros. Mesmo fora do contexto de violência sexual, a satisfação sexual do humano não é plena, já que o objeto de satisfação não existe, mas somente objetos parciais.

Dessa forma, temos que a violência sexual pode ter um efeito traumático. Entretanto, destacamos que, como apontado por Freud (1893/1996) desde as suas primeiras elaborações teóricas, o próprio sexual, tem para os humanos um efeito traumático, entendendo-se como traumático aquilo que escapa à simbolização. A seguir apresentamos algumas elaborações teóricas de Freud de modo a demonstrar como a noção de sexual enquanto traumático se constituiu na teoria, desde sua primeira formulação, enquanto teoria da sedução, até a reformulação final, como teoria da fantasia.

2.2 Da teoria da sedução à fantasia

Freud elaborou a teoria do aparelho psíquico a partir de sua experiência com a clínica da histeria. Nos “Estudos sobre a histeria” ele demonstra como substituiu o método

catártico pelo método da associação livre marcando a separação do trabalho que realizava com Charcot e Breuer e dando início à Psicanálise.

Nesse trabalho, Freud propõe que a sexualidade tem papel fundamental na patogênese da histeria “como fonte de traumas psíquicos e como motivação para a defesa – isto é, para que as ideias sejam recalçadas da consciência” (FREUD, 1893/1996, p.33).

A partir da escuta de mulheres históricas, Freud apresenta que

Os mais variados sintomas, que são ostensivamente espontâneos e, como se poderia dizer, produtos idiopáticos da histeria, estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador quanto os fenômenos a que acabamos de aludir e que exibem a conexão causal de maneira bem clara (FREUD, 1893/1996, p.40).

Com isso, Freud apresenta a teoria da sedução, que aponta a origem da histeria como decorrente de uma situação traumática vivida na infância. Essa situação refere-se a uma cena sexual, em que a criança fora seduzida por um adulto, e que, quando vivenciada não implicou em sofrimento, pois nesse momento a criança não tinha possibilidade de significar o que estava acontecendo. Essa cena é recalçada e só apresenta seus efeitos patogênicos *a posteriori*. Quanto a isso, ele afirma que “os históricos sofrem principalmente de reminiscências” (FREUD, 1893/1996, p.43).

Em 1897, na Carta 69, Freud revela a Fliess sua insatisfação frente à teoria da sedução, sobre a qual ele afirma: “não acredito mais em minha neurótica” (FREUD, 1897/1996, p.309). Um dos motivos que leva Freud a questionar a origem traumática da histeria é “o fato de que, em todos os casos, o pai, não excluído o meu, tinha de ser apontado como perverso” (FREUD, 1897/1996, p.310). Porém, ele não muda a teoria de imediato. Entretanto, aqui ele reconhece uma divergência entre a realidade do inconsciente e a realidade externa, “de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é investida com o afeto” (FREUD, 1897/1996, p.310).

Com as descobertas apresentadas nos ensaios quanto à sexualidade infantil, Freud (1905) avança nessa questão, como demonstraremos no tópico a seguir. A partir disso, ele reformula sua teoria quanto ao aparelho psíquico, abandonando a teoria da sedução e propondo a teoria da fantasia. Nisso ele reconhece a importância das fantasias incestuosas que surgem na infância na formação dos sintomas históricos.

Na “Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud acrescenta que:

Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contém suas fantasias. As fantasias possuem

realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e, gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva* (FREUD, 1917/1996, p.370).

Sobre as cenas de sedução a que ele atribuía a causa da histeria, no *Estudo Autobiográfico*, Freud retoma essa questão e afirma que:

A maioria dos meus pacientes reproduzia de sua infância cenas nas quais eram sexualmente seduzidos por algum adulto. Com pacientes do sexo feminino o papel do sedutor era quase sempre atribuído ao pai delas. Eu acreditava nessas histórias e, em consequência, supunha que havia descoberto as raízes da neurose subsequente nessas experiências de sedução sexual na infância. Minha confiança foi fortalecida por alguns casos nos quais as relações dessa natureza com um pai, tio ou irmão haviam continuado até uma idade em que se devia confiar na lembrança. [...] Quando, contudo, fui finalmente obrigado a reconhecer que essas cenas de sedução jamais tinham ocorrido e que minhas pacientes haviam inventado ou que eu próprio talvez houvesse forçado nelas, fiquei por algum tempo inteiramente perplexo. [...] fui capaz de tirar as conclusões certas da minha descoberta: a saber, que os sintomas neuróticos não estavam diretamente relacionados com fatos reais, mas com fantasias impregnadas de desejos, e que, no tocante à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material. [...] Eu tinha de fato tropeçado pela primeira vez no Complexo de Édipo, que depois iria assumir importância tão esmagadora, mas que eu ainda não reconhecia no disfarce de fantasia (FREUD, 1925b, p.39-40).

Com isso, ao contrário do que apontam algumas críticas, Freud não está negando a ocorrência das experiências traumáticas relatadas pelas histéricas, mas sim destacando que as fantasias independem da materialidade do relato para terem efeitos no sujeito, pois elas são a própria realidade psíquica.

Dessa forma, Freud apresenta a teoria da fantasia em substituição à teoria da sedução, delimitando que na etiologia da neurose não há diferença entre a “vivência real” e as “experiências fantasiosas”, uma vez que não há possibilidade de separação entre ambas, pois as vivências são apreendidas pelo sujeito referentes à fantasia.

Com esse estatuto dado à fantasia, Freud reconhece que o sexual, no humano, não se restringe ao biológico e que está presente desde o início da vida do sujeito, e não apenas a partir da puberdade. Ele aponta para o papel do sexual na organização psíquica.

Dito isso, discutimos a seguir a constituição da sexualidade feminina, para tratarmos do tema da maternidade.

2.3 A sexualidade feminina e a feminilidade: de Freud à Lacan

Conforme abordamos no início desse capítulo, a maternidade é costumeiramente associada a uma reação instintual da mulher. Entretanto, Freud mostrou a necessidade de problematização de tal noção.

Em 1905, por meio da clínica da histeria, Freud (1996) trouxe mudanças no pensamento predominante da época quando apresentou a teoria acerca da sexualidade infantil.

Nesse período era dominante a ideia da criança como um ser assexuado e, com sua teoria, Freud evidenciou a existência de uma sexualidade infantil que se caracterizava por uma disposição perverso-polimorfa, ou seja, que obtém satisfação de diferentes formas, não se restringindo a fatores biológicos e genitais. Ainda no mesmo trabalho, Freud introduziu o conceito de pulsão, como um estímulo interno, de força constante, que se localiza entre o psíquico e o somático e se apresenta desvinculado de um objeto específico, podendo obter satisfação de diversas formas, porém, nunca uma satisfação plena.

Com essas noções, Freud (1905/1996) retira o caráter “natural” da sexualidade humana, que implicou em um sexual relativo ao pulsional, ou seja, aquilo que não é plenamente satisfeito e que revela a sobredeterminação do inconsciente. Freud traz a noção de sexualidade humana marcada pelo caráter indestrutível da sexualidade infantil. Aponta como as teorias sexuais infantis de cada um influenciam nas suas escolhas objetais e na posição subjetiva que assume na vida adulta.

Quanto a isso, Lacan (1964/1998) acrescenta que o humano é desnaturalizado pela linguagem à medida que, anterior à sua maturação biológica, ele é marcado pelos significantes advindos do Outro, ou seja, advindos de um lugar simbólico onde o sujeito se constitui – lugar esse encarnado pela mãe ou por quem se ocupa dos cuidados do bebê, significando suas manifestações e inscrevendo marcas no seu corpo, através da linguagem. Portanto, é no campo do Outro que o sujeito se constitui.

Com isso, não podemos associar a maternidade a uma noção naturalizante. Por meio do trabalho freudiano, destacamos que a maternidade não se desenvolve a partir do momento que a mulher se vê grávida, mas que começa a se constituir num período anterior, referente à constituição da sexualidade feminina. A sexualidade humana é infantil, o que implica que as teorias sexuais infantis de cada um marcam a vida das pessoas e influenciam em suas escolhas, por sua posição subjetiva na vida adulta.

Em 1923, Freud aponta que há uma grande aproximação entre a vida sexual da criança e do adulto e destaca que o que as diferencia é que para os adultos há uma primazia dos órgãos genitais, já entre as crianças, a primazia do falo⁷ que se mostra como a característica

⁷ Em Psicanálise, falo e pênis não são equivalentes apesar de no trabalho de Freud não ficar clara a diferenciação entre esses termos, sendo a noção de falo desenvolvida posteriormente por Lacan. Pontua-se que o pênis corresponde ao órgão anatômico do menino, já o falo, que se configura enquanto uma noção central da teoria psicanalítica, é tomado por Lacan como um significante que opera no campo do sexual, sendo tornado o “objeto do recalçamento originário freudiano” (CHEMAMA, 1995, p.69). Lacan esclarece que, na doutrina freudiana, o falo não é nem uma fantasia nem um objeto nem o órgão que simboliza, mas se articula entre as dimensões do real, do simbólico e do imaginário, sendo “o significante privilegiado dessa marca, onde a parte do *logos* se conjuga com o advento do desejo” (LACAN, 1958/1998, p.699). Dessa forma, Lacan aponta o falo enquanto significante

principal da organização genital infantil. Quanto a isso, ele apresenta que o menino presume que todo mundo tem o falo. Quando se dá conta que algumas pessoas não possuem o pênis, compreende essa descoberta como “resultado da castração, e agora, a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria” (FREUD, 1923/1996, p.159).

Diante do reconhecimento que nem todos têm,

[...] a criança acredita que são apenas pessoas desprezíveis do sexo feminino que perderam seus órgãos genitais. [...] mais tarde, quando a criança retoma os problemas da origem e nascimento dos bebês, e adivinham que apenas as mulheres podem dar-lhe nascimento, somente então a mãe também perde o seu pênis. E, juntamente, são construídas teorias bastante complicadas para explicar a troca do pênis por um bebê (FREUD, 1923/1996, p.160).

Até então, e conforme apresentado nos “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud propõe que a sexualidade feminina e a masculina se constituem da mesma forma, apontando a primazia fálica como estruturante para ambos os sexos.

Em 1924, no texto “A dissolução do complexo de Édipo”, Freud destaca a importância desse complexo, que se caracteriza pela escolha do genitor do sexo oposto como o primeiro objeto de amor do bebê, como fenômeno central do período sexual da primeira infância e aponta que “o complexo de Édipo se encaminharia para a destruição por sua falta de sucesso, pelos efeitos de sua impossibilidade interna” (FREUD, 1924/1996, p.193).

Ele propõe que a ameaça de castração que se dá a partir do reconhecimento de que nem todos têm, devido à observação dos órgãos genitais femininos, ocasiona a destruição da organização fálica e, conseqüentemente, a destruição do complexo de Édipo.

Nesse momento, Freud destaca uma diferença entre a constituição sexual feminina e masculina quando afirma que “dá-se assim a diferença essencial de que a menina aceita a castração como um fato consumado, ao passo que o menino teme a possibilidade de sua ocorrência” (FREUD, 1924/1996, p.198). A partir daí, Freud reformula sua teoria que propunha que a constituição sexual feminina era análoga à constituição sexual masculina.

Quanto a isso, Freud afirma que

[...] o complexo de Édipo da menina é muito mais simples que o do pequeno portador de pênis; em minha experiência, raramente ele vai além de assumir o lugar da mãe e adotar uma atitude feminina para com o pai. A renúncia ao pênis não é tolerada pela menina sem alguma tentativa de compensação. Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho (FREUD, 1924/1996, 198).

privilegiado na articulação entre a sexualidade e a linguagem como um recurso para velar a perda do humano do biológico, instintual, ao ser desnaturalizado pela linguagem.

Nesse momento Freud situa, pela primeira vez, o desejo de ter um filho como uma saída da menina diante do complexo de Édipo. Ele retoma esse tema no ano seguinte, ao discorrer sobre as consequências psíquicas da distinção anatômica dos sexos.

Em 1925, ele avança na diferenciação entre a constituição sexual do homem e da mulher, apresentando uma reavaliação do “desenvolvimento psicológico”⁸ das mulheres. Considerando que o complexo de Édipo se caracteriza pela escolha do genitor do sexo oposto como primeiro objeto de amor pelo bebê, Freud identifica que nas meninas esse complexo apresenta um problema a mais, ou seja, assim como os meninos, as meninas têm a mãe como primeiro objeto de amor. Entretanto, elas abandonam o objeto inicial e tomam o pai como objeto.

Dessa forma, ele afirma que

O primeiro passo na fase fálica iniciada dessa maneira não é a vinculação da masturbação aos investimentos objetivos do complexo de Édipo, mas uma momentosa descoberta que as meninas estão destinadas a fazer. Elas notam o pênis [...] notadamente visível e de grandes proporções, e imediatamente o identificam como correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e imperceptível; dessa ocasião em diante caem vítimas da inveja do pênis (FREUD, 1925/1996, p.280).

Com isso, ele acrescenta que o interesse sexual das meninas surge do reconhecimento da diferença entre os sexos. Freud aponta a inveja do pênis como um estímulo para que a menina siga seu caminho com destino à feminilidade.

Entretanto, ele afirma que a inveja do pênis produz consequências variadas e de grande alcance nas meninas, destacando os seguintes desdobramentos: a formação reativa do complexo de masculinidade, que pode se colocar como uma dificuldade no caminho do desenvolvimento da feminilidade, na medida em que a “menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção de que realmente possui um pênis e subsequentemente, ser compelida a comportar-se como se fosse homem” (FREUD, 1925/1996, p.282). Outro desdobramento possível é um sentimento de inferioridade que a mulher pode experimentar em relação ao homem por não possuir o pênis, decorrente da ferida narcísica que implica o reconhecimento de que “ela não tem”. Além disso, Freud cita também o ciúme, que apesar de não se limitar a um único sexo, na vida mental das mulheres se reforça como um deslocamento da inveja do pênis. Pontua também a fragilização da relação da menina com a mãe que se dá devido a responsabilização da mãe, por parte da menina, por não ter lhe dado o pênis. E, por fim, o que Freud considera a consequência mais importante da inveja do pênis, que é o

⁸ Termo utilizado por James Strachey na “Nota do Editor Inglês” que antecede o texto “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (FREUD, 1925/1996).

abandono da masturbação clitoridiana enquanto pré-condição para o desenvolvimento da feminilidade.

Apesar de pontuar essa consequência da inveja do pênis e destacá-la como a mais importante, Freud afirma que é possível que essa renúncia não atinja seu fim e acrescenta que “muitas das manifestações posteriores da vida sexual das mulheres permanecem ininteligíveis” (FREUD, 1925/1996, p.284).

Freud destaca que os humanos de ambos os sexos se constituem de traços masculinos e femininos, que são relativos ao caráter bissexual da sexualidade infantil. Entretanto, aponta que a distinção anatômica entre os sexos leva a menina a

[...] afastar-se da masculinidade e da masturbação masculina, para novas linhas que conduzem ao desenvolvimento da feminilidade. [...] Agora, porém, a menina desliza para uma nova posição ao longo da equação ‘pênis-criança’. Ela abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho; com esse fim em vista, toma o pai como objeto de amor. A mãe se torna o objeto de seu ciúme. A menina transformou-se em uma pequena mulher (FREUD, 1925/1996, p.284).

Até este ponto, Freud aponta os caminhos percorridos pela menina para tornar-se mulher. Ao destacar as consequências psíquicas da distinção anatômica entre meninos e meninas, ele afirma que:

Nas meninas, o complexo de Édipo é uma formação secundária. As operações do complexo de castração o precedem e o prepara. [...] enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração. [...] o complexo de castração inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade (FREUD, 1925/1996, p.285).

Com isso, Freud faz uma correspondência entre a feminilidade e o desejo de ter um filho, a partir do deslocamento da inveja do pênis, que culmina pela substituição do desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um bebê. Freud identifica ainda uma questão que permanece aberta nesse texto: o medo da castração é o que leva o menino a abrir mão do seu objeto primordial – a mãe – para que então assuma o papel viril na sociedade. Entretanto, nas meninas, a castração já está dada, antes mesmo da ocorrência do Édipo. Dessa forma,

Nas meninas está faltando o motivo para a demolição do complexo de Édipo. A castração já teve seu efeito, que consistiu em forçar a criança à situação do complexo de Édipo. Assim, esse complexo foge ao destino que encontra nos meninos: ele pode ser lentamente abandonado ou lidado mediante o recalque, ou seus efeitos podem persistir com bastante ênfase na vida mental das mulheres (FREUD, 1925/1996, p. 286).

Assim, ele finaliza esse trabalho com a questão acerca do motivo que leva à dissolução do Édipo nas meninas em aberto. Além disso, ele reforça que devido à disposição

bissexual que resulta numa combinação de características tanto masculinas como femininas presente em todos os humanos, “a masculinidade e a feminilidade puras permanecem sendo construções teóricas de conteúdo incerto” (FREUD, 1925/1996, p.286), reconhecendo assim a importância de retomar as elaborações teóricas acerca das consequências psíquicas da distinção anatômica dos sexos.

Em 1931, Freud traz novas contribuições sobre a sexualidade feminina ao retomar a diferenciação apresentada em 1924 no trabalho acerca das consequências psíquicas da distinção anatômica dos sexos, apontando que diante da dissolução do Édipo e do complexo de castração, há três possibilidades para a menina: a primeira implica em uma repugnância da menina em relação à sua sexualidade, ou seja, na frigidez; a segunda “[...] a leva a se aferrar com desafiadora autoafirmatividade à sua masculinidade ameaçada” (FREUD, 1931/1996, p.238); e “só se seu desenvolvimento seguir o terceiro caminho, muito indireto, ela atingirá a atitude feminina normal final, em que toma o pai como objeto, encontrando assim o caminho para a forma feminina do complexo de Édipo” (FREUD, 1931/1996, p.238). Com isso, Freud destaca que a feminilidade, que se caracteriza pelo desejo de ter um filho, é apenas um dos desdobramentos do Édipo. Ainda que façamos uma equivalência entre a maternidade e o desejo de ter um filho, temos que não é possível, pelo que foi apresentado por Freud, considerarmos a maternidade como o destino natural da mulher.

Freud ainda acrescenta que “nas mulheres, o complexo de Édipo constitui o resultado final de um desenvolvimento bastante demorado. Ele não é destruído, mas criado pela influência da castração” (FREUD, 1931/1996, p.238). Assim, ainda na fase pré-edípica, quando a menina tem a mãe como objeto de amor, ela se dá conta que é castrada e busca compensar isso rivalizando com a mãe – a quem atribui a sua falta – e elegendo o pai como objeto de amor com o interesse de obter dele o falo: dá-se aí a entrada da menina no Édipo. Destaca-se que esse não é uma operação que ocorre ao nível da consciência, mas que se desenrola na constituição subjetiva da mulher, ficando sob efeito do recalque.

Nesse trabalho, Freud destaca também a importância da relação da menina com a sua mãe, no desenvolvimento da sexualidade feminina:

O afastamento da mãe constitui um passo extremamente importante no curso do desenvolvimento de uma menina. Trata-se de algo mais do que uma simples mudança de objeto. [...] podemos agora acrescentar que de mãos dadas com o mesmo, deve ser observado um acentuado abaixamento dos impulsos sexuais ativos e uma ascensão dos passivos. [...] o caminho para o desenvolvimento da feminilidade está agora aberto à menina, até onde não se ache restrito pelos remanescentes da ligação pré-edípica à mãe, ligação que superou (FREUD, 1931/1996, p.247).

Freud coloca, dessa forma, que a feminilidade é produto não só da dissolução do Édipo, mas também da ligação estabelecida pela menina com a mãe, na fase pré-edípica e que ocorre a partir de renúncias da menina: do clitóris como órgão privilegiado e da mãe como objeto de amor.

Na conferência sobre a Feminilidade, Freud (1933/1996) expõe que a feminilidade só surge a partir dessas renúncias, e que se caracteriza pela preferência pelos fins passivos da libido. Destarte, adverte para a influência dos costumes sociais que impõem a mulher uma postura passiva. Ele pontua que ao longo do desenvolvimento, se

[...] não se perdem demasiados elementos através do recalque, essa feminilidade pode vir a ser normal. O desejo que leva a menina a voltar-se para o seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se o bebê assume o lugar de pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica (FREUD, 1933/1996, p.127-128).

Embora não coloque a maternidade como o destino natural à mulher, Freud pontua que o desenvolvimento normal da feminilidade direciona a mulher ao desejo de ter um filho. Esse apontamento gera equívocos de interpretação e segue sendo motivo de críticas à teoria freudiana, pois confunde-se o que foi denominado como desenvolvimento normal da feminilidade com uma disposição natural, inata, da mulher para a maternidade. Badinter (1985, p.303) expõe que “essa equivalência observada por Freud entre o filho e o pênis já anuncia uma definição da mulher normal em termos de possível mãe” e acrescenta que ao não seguir o caminho da maternidade, teríamos uma “representação da desviante, da anormal, para não dizer da doente” (Idem, p.297). É importante que se atente para a distinção entre a sexualidade feminina e a feminilidade: a última é uma possibilidade no desenvolvimento da sexualidade feminina.

Freud discorre sobre a relação da menina com sua própria mãe como um aspecto relevante no contexto da sexualidade feminina. Destaca as brincadeiras infantis e menciona que, inicialmente, brincar de boneca se coloca para a menina como uma forma de substituir a passividade pela atividade, possibilitando que ela se coloque no lugar da mãe, enquanto cuidadora dela. Entretanto, é com o surgimento do

[...] desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino. Sua felicidade é grande se, depois disso, esse desejo de ter um bebê se concretiza na realidade; e muito especialmente assim se dá, se o bebê é um menininho que traz consigo o pênis tão profundamente desejado. [...] Assim, o antigo desejo masculino de posse de um pênis, ainda está ligeiramente visível na feminilidade alcançada desse modo (FREUD, 1933/1996, p. 128)

Com isso, Freud apresenta a feminilidade enquanto um desejo de ter um bebê, como um substituto do desejo de ter um pênis. Dessa forma, ressalta o desejo do pênis como eminentemente um desejo feminino.

A sexualidade feminina e a feminilidade permaneceram como uma questão para Freud que refere que “a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher – seria uma tarefa difícil de cumprir -, mas se empenha em indagar como é que a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde a criança dotada de disposição bissexual” (FREUD, 1933/1996, p.117). Finaliza a conferência expondo que seu desenvolvimento teórico acerca da feminilidade “certamente está incompleto e fragmentário” (FREUD, 1933/1996, p.134).

Percebe-se que a maternidade compareceu nas elaborações freudianas referentes à sexualidade feminina e feminilidade enquanto uma saída do Édipo que se caracteriza por uma lógica fálica, onde o bebê aparece como uma simbolização do falo. O desejo de ter um filho, então, seria um deslizamento do desejo de ter um pênis - que não foi lhe dado pela mãe. Assim a maternidade se configuraria enquanto uma possível saída diante do Édipo e da castração.

Dessa forma, para avançarmos na abordagem do tema acerca da constituição da maternidade, seguindo o nosso objetivo de discutir a escolha de ser mãe no contexto da violência sexual, trouxemos algumas questões a partir da abordagem lacaniana da sexualidade feminina.

No “Seminário, livro 4”, ao abordar o tema da relação de objeto, Lacan (1956-1957/1995) destaca o falo enquanto objeto privilegiado nas relações humanas em geral e ressalta que:

Mesmo sem ir ao núcleo da problemática do falicismo que introduzo hoje, pode-se perceber porque este é um ponto realmente saliente da experiência analítica, que toda a dialética do desenvolvimento individual, como também de uma análise, gira em torno de um objeto principal, que é o falo (LACAN, 1956-1957/1995, p.30).

Ele pontua a relação mãe-bebe como uma das possibilidades de abordar o falo nas interações humanas e afirma que “a noção da relação de objeto é impossível de compreender, e até mesmo de exercer, se não pusermos nela um falo como elemento, não digo mediador [...], mas terceiro” (LACAN, 1956-1975/1996, p.28).

Com isso, ele coloca que a relação mãe-bebê não se caracteriza enquanto uma relação dual, visto estar referenciada a esse terceiro elemento e, em concordância com o que já foi apresentado por Freud nos textos acerca da sexualidade feminina, afirma que o bebê se apresenta como objeto de investimento pela mãe a medida que se coloca no lugar do falo, remetendo a mulher, assim, à castração.

Lacan (1956-1975/1996, p.56) afirma que “existe sempre na mãe, ao lado da criança, a exigência do falo, que a criança simboliza ou realiza mais ou menos”. Ou seja, devido a exigência da mãe, o bebê viria como objeto capaz de reparar a falta na mulher, porém essa reparação não é possível, pois o objeto não existe; daí Lacan afirmar que o bebê realiza “mais ou menos” a exigência do falo. Ele vem como objeto de desejo quando a mulher assume a feminilidade enquanto um desdobramento do Édipo.

Lacan (1956-1957/1996, p.70) retoma Freud para ressaltar a importância do falo na vida das mulheres:

Freud nos diz que no mundo dos objetos, existe um cuja função é paradoxalmente decisiva, a saber, o falo. Este objeto é definido como imaginário, não é possível de modo algum confundi-lo com o pênis em sua realidade, que é, propriamente falando, a sua forma, a sua imagem erigida. Esse falo tem um papel tão decisivo que sua nostalgia tanto quanto sua presença ou sua instância, no imaginário, parecem ser ainda mais importantes para os membros da humanidade a quem falta o correlato real, a saber, as mulheres, do que para aqueles que podem se assegurar de possuir sua realidade, e dos quais toda a vida sexual fica, entretanto, subordinada ao fato de que, imaginariamente, eles assumem verdadeiramente seu uso e, afinal, assumem como lícito, como permitido, ou seja, os homens.⁹

Com isso, ele ratifica a noção central do falo presente na feminilidade dado que o falo se configura enquanto um objeto que falta a mulher e a mobiliza a um desejo de ter um filho já que não recebeu o falo pela mãe, de forma que o bebê possa amenizar a falta: “se a mulher encontra na criança uma satisfação é, muito precisamente na medida em que encontra nesta algo que atenua, mais ou menos bem, sua necessidade de falo, algo que o satura” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 71).

Embora o bebê possa amenizar a falta, ele não complementa a mãe:

Longe de ser harmônica, a relação da mãe com a criança é duplicada, de um lado, pela necessidade de uma certa saturação imaginária, e de outro, por poderem existir ali, com efeito, relações reais eficientes com a criança, num nível primordial, instintual, que permanece definitivamente mítico. Existe sempre para a mãe algo que permanece irreduzível no que está em questão. Afinal, se acompanharmos Freud, diremos que a criança, como real, simboliza a imagem. Mais precisamente, a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária – os três termos estão aí (LACAN, 1956-1957/1995, p.71).

A criança, que aparece como objeto fálico para a mãe, articula os registros do real, simbólico e imaginário. A esses três registros estão relacionados os três termos de referência da falta de objeto: a privação, a frustração e a castração. Lacan (1956-1957/1995, p.36) aponta que a privação “em sua natureza de falta, é essencialmente uma falta real. Um furo” e o objeto aqui

⁹ Neste ponto, trata-se do falo relativo ao nível do imaginário, porém relembra-se o esclarecimento feito na nota de rodapé anterior, onde apontamos que, para Lacan, o falo se articula entre as dimensões do real, do simbólico e do imaginário.

relativo seria o objeto simbólico. Já a frustração é associada à noção de dano: “O centro da noção de frustração, na medida em que esta é uma das categorias da falta, é um dano imaginário. É no plano do imaginário que ela se situa”, sendo relativa assim a um objeto real. E a castração “só pode se classificar na categoria da dívida simbólica”, sendo relativa a um objeto imaginário.

A maternidade estaria então situada entre os três níveis: real, simbólico e imaginário, sendo relativa aos três termos da falta de objeto. Conforme dito, não é possível, por meio da criança que a mulher – mãe atinja uma harmônica completude; nessa relação, a mulher permanece faltosa. Assim, o enigma da feminilidade não será resolvido pela maternidade. Isso porque não é possível ao bebê reparar a falta da mãe; essa reparação não é possível, pois na dialética da relação sujeito-objeto, tem-se que “o que é procurado não seja procurado da mesma forma que será encontrado” (LACAN, 1956-1957, p.13). O bebê não será o objeto que faltava a mãe, o objeto perdido, exatamente porque o objeto perdido não existe.

Com relação a essa noção de objeto perdido, Lacan retoma a contribuição de Freud explanada no “Mal-estar na Civilização” e na lição 31 das “Novas Conferências Introdutórias” e pontua que:

A ideia de um objeto harmônico, encerrando, por sua natureza, a relação sujeito-objeto, é perfeitamente contradita pela experiência – não diria nem mesmo a experiência analítica, mas a experiência comum das relações entre o homem e a mulher. [...] há nesse registro uma hiância, alguma coisa que não funciona, o que não quer dizer que isso baste para defini-la (LACAN, 1956-1957, p.25).

A relação com o objeto marca o desenvolvimento psíquico. Em referência a essa relação com o falo também se apresenta o complexo de Édipo na menina, já que a vivência do Édipo nela, conforme demonstrado por Freud, vem como uma solução diante da constatação da castração: a menina abandona a mãe enquanto objeto de amor e se direciona ao pai como uma possibilidade de obter o falo. Assim, o que está em jogo no fim da fase denominada de pré-edipiana nas meninas é

[...] que a criança assuma o falo como significante, e de uma maneira que faça dele instrumento da ordem simbólica das trocas na medida em que ele preside a constituição das linhagens. Trata-se em suma, de que ela se confronte com esta ordem que fará da função do pai o pivô do drama (LACAN, 1956-1957/1995, p.204).

Nesse momento, Lacan (1956-1957/1995) destaca a importância do pai, já apresentada na teoria freudiana, na abordagem do complexo de Édipo. Ele atribui ao Édipo uma função normativa com relação à escolha objetual e coloca que essa função normativa ocorre quando a menina e o menino se posicionam corretamente diante do pai:

Portanto, não basta que o sujeito, depois do Édipo, alcance a heterossexualidade, é preciso que o sujeito, moça ou rapaz, chegue a ela de forma tal que se situe corretamente em referência a função do pai. Aí está o centro de toda a problemática do Édipo (LACAN, 1956-1957/1995, p. 206).

Dessa forma, Lacan reforça que o sexo anatômico não é suficiente para que alguém seja homem ou mulher, é necessário que se ascenda essa posição. Ele refere que essa assunção se dá na dissolução do drama edípico e pontua que:

O complexo de Édipo tem uma função normativa, não simplesmente na estrutura moral do sujeito, nem em suas relações com a realidade, mas quanto a assunção do seu sexo o que, como vocês sabem, sempre persiste na análise dentro de uma ambiguidade (LACAN, 1957-1958/1999, p.170-171).

Ele retoma Freud para destacar que a problemática da mulher diante do Édipo é mais simples, já que

O pai é para ela, inicialmente, objeto de seu amor – isto é, objeto do sentimento que se dirige ao elemento de falta no objeto, na medida em que é pela via desta falta que ela foi conduzida a esse objeto que é o pai. Esse objeto de amor se torna em seguida aquele que dá o objeto de satisfação, o objeto da relação natural de procriação. A partir daí, só é preciso que ela tenha um pouco de paciência para que o pai venha, enfim ser substituído por aquele que irá preencher exatamente o mesmo papel, o papel do pai, dando-lhe, efetivamente, uma criança (LACAN, 1956-1957/1995, p.207).

À vista disso, Lacan demonstra que o pai tem para a menina a função de detentor do falo enquanto aquele objeto desejado que não foi lhe dado pela sua mãe. Ao se fixar no pai como portador do falo, o caminho para a posição heterossexual típica se abre para a menina. Contudo, isso não implica que o desenvolvimento da sexualidade feminina não tenha impasses ou complicações.

No “Seminário, livro 5”, ao abordar as formações do inconsciente, Lacan trabalha os personagens do drama edípico enquanto papéis, não referidos, necessariamente, àquelas pessoas que se ocupam do cuidado com a criança. Ele reafirma o que já tinha sido exposto por Freud quanto a posição central do falo no complexo de Édipo e na sexualidade feminina.

Ele pontua uma diferenciação entre pai normal e pai normalizador:

[...] confundem-se duas coisas que estão relacionadas, mas que não se confundem – o pai como normativo e o pai como normal. O pai pode, é claro, ser muito desnormalizador, na medida em que ele mesmo não seja normal, mas isso é rejeitar a questão para o nível da estrutura – neurótica, psicótica – do pai. Logo a normalidade do pai é uma questão, e a de sua posição normal na família é outra. [...] a questão de sua posição na família não se confunde com uma definição exata de seu papel normalizador. Falar de sua carência na família não é falar de sua carência no complexo, é preciso introduzir uma outra dimensão que não a dimensão realista, definida pelo modo caracterológico, biográfico ou outro de sua presença na família (LACAN, 1957-1958/1999, p.174).

Assim, Lacan esclarece que o “pai normal” se refere a estrutura psíquica do pai, já o “pai normalizador” se refere à posição do pai no complexo de Édipo, relacionando-se a sua função de interdição do filho em relação a mãe e proibição da mãe em relação ao filho, ou seja, de proibição do incesto.

É em referência a essa função normalizadora do pai que a criança não permanece como objeto da mãe, ela não se torna o falo da mãe e, exatamente por isso também, que ela se encaminha em direção a assunção de uma posição sexual. Para a menina, é necessário, primeiramente, que reconheça a castração da mãe. Por esse reconhecimento que ela se direciona ao pai e assume uma posição feminina. Portanto, é pelo complexo de castração que:

De um lado, o menino se transforma em homem, e de outro lado, a menina se transforma em mulher. Em ambos os casos, a questão do ter ou não ter [*o falo*] é regida – mesmo naquele que, no fim, tem o direito de tê-lo, ou seja, o varão – por intermédio do complexo de castração (LACAN, 1957-1958/1999, p. 192).

Com isso, Lacan destaca a função do pai como algo que não se limita a presença do pai, enquanto genitor, mas que extrapola a isso, visto que é relativa à presença do pai no discurso da mãe enquanto algo que se coloca para a mãe como um mais-além do bebê. Por isso, Lacan adota o termo metáfora, já que o pai é aquele que vem em lugar de outra coisa:

De que se trata a metáfora paterna? Há, propriamente, no que foi constituído por uma simbolização primordial entre a criança e a mãe, a colocação substitutiva do pai como símbolo, ou significante, no lugar da mãe. Veremos o que quer dizer esse *no lugar da*, que constitui o ponto axial, o nervo motor, a essência do progresso representado pelo complexo de Édipo (LACAN, 1957-1958/1999, p.186).

Em relação a isso, retoma-se o que foi posto anteriormente acerca do falo enquanto elemento terceiro na relação mãe-bebê. Aqui, Lacan coloca o pai como o terceiro, que se coloca como instaurador da lei da proibição do incesto, impedindo assim que a criança permaneça no lugar de objeto de desejo da mãe, que se identifique ao falo.

Dessa forma, no “Seminário, livro 4” e no “Seminário, livro 5”, Lacan retoma aspectos trabalhados por Freud acerca da sexualidade feminina e da feminilidade e demonstra a importância do papel do falo nisso, assim como na maternidade.

Nesses trabalhos, ele, assim como Freud, apresenta o tornar-se mulher como algo que não está dado pela anatomia e que não permite a biologização da feminilidade, visto que é necessário que a mulher se constitua mulher.

Em 1958, nas “Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina”, Lacan pontua que “convém indagar se a mediação fálica drena tudo o que pode se manifestar de pulsional na mulher, notadamente toda a corrente do instinto materno” (LACAN, 1958/1996,

p.739). Nesse momento, ele aponta algo para além de uma mediação fálica da feminilidade e da maternidade se ocupando disso no “Seminário 20”, onde amplia a noção acerca desses temas a partir do conceito de gozo que “refere-se ao desejo inconsciente; isso mostra o quanto essa noção ultrapassa qualquer consideração sobre os afetos, emoções e sentimentos, e coloca a questão de uma relação com o objeto que passa pelos significantes inconscientes” (CHEMAMA, 1995, p.90).

O conceito de gozo, trabalhado por Lacan, “é uma noção complexa que só encontra seu rigor quando situada na intricação da linguagem com o desejo, no *‘falasser’*” (CHEMAMA, 1995, p.94). No “Seminário 20” Lacan especifica as diferenças entre gozo masculino e gozo feminino, destacando que feminino e masculino vão além das diferenças anatômicas, conforme já mencionamos anteriormente. Apontamos esse conceito a título de indicação de trabalho; entretanto, não nos ocupamos dele neste estudo.

Até aqui, tratamos do tornar-se mulher, a partir dos desenvolvimentos psicanalíticos realizados por Freud e por Lacan. Contudo, conforme mencionado anteriormente, não basta que haja uma mulher para que se tenha ali, também, uma mãe. Assim como o exercício da maternidade não é garantido pela escolha de ter ou não ter um filho.

Com isso, questionamos então, o que seria uma mãe?

2.4 O que é uma mãe?

Seguindo os caminhos teóricos de Freud, pudemos inferir que ele não abordou diretamente o tema da maternidade, visto que o desejo de ter um filho não garante que a maternidade poderá ser exercida pela mulher. Freud indica que a feminilidade se refere ao deslizamento do desejo de um falo para desejo de um filho. Vimos com isso que não há uma equivalência entre a feminilidade e a maternidade. A feminilidade seria referente ao desejo de obter o objeto fálico, por meio de ter um filho. Já a maternidade seria uma possibilidade diante desse filho, após seu nascimento.

Sobre a maternidade, Freud pontua que após o nascimento do primeiro filho é possível que ocorra uma modificação na natureza da mulher, na transformação da mulher em mãe, para a qual o casal não está preparado. Nessa transformação “pode ser revivida uma identificação com sua própria mãe, contra a qual ela vinha batalhando até a época do casamento” (FREUD, 1933/1996, p. 132). Isso porque a mulher traz consigo, não de forma consciente, a rivalidade em relação à mãe desde a mudança de objeto ocorrida na operação do Édipo.

Freud (1933/1996, p.132) põe que a “a mãe somente obtém satisfação sem limites na sua relação com seu filho menino; este é, sem exceção, o mais perfeito, o mais livre de

ambivalência de todos os relacionamentos humanos”. Através do filho menino, a mulher pode finalmente obter o falo tão desejado na infância. Ainda assim, não se pode considerar que a mãe encontrar-se-á plena com este filho, pois, conforme já expusemos, o bebê, ainda que menino, não é capaz de suprir a falta da mãe visto que ele não é causa do desejo da mulher. Conforme mencionamos, a falta não é passível de ser suprida, portanto não se fecha aí a questão da feminilidade.

Com base nisso, Jerusalinsky (2014, p.22) propõe que “o exercício da maternidade implica uma retomada da saída, do percurso que cada mulher percorreu em relação ao seu falicismo e à sua feminilidade”, ou seja, uma retomada à dissolução do Édipo e da castração.

Quando se trata do afeto dos pais destinados à criança, do laço estabelecido, particularmente, entre mãe e bebê, Freud (1914/1996) afirma que esse reproduz o narcisismo dos pais que precisou ser abandonado ao longo do desenvolvimento psíquico de cada um deles. Com isso, os pais

[...] se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho [...] e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. [...] Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – ‘Sua Majestade o Bebê’, como outrora nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram (FREUD, 1914/1996, p. 97-98).

Dessa forma, Freud demonstra como o amor dos pais seria um renascimento do narcisismo transformado em amor objetal. O afeto na relação entre pais e o bebê teria um caráter narcísico, resgatando o ideal narcísico de perfeição que precisou ser abandonado na infância.

É importante ressaltar que, assim como não há garantia do exercício da maternidade por uma mulher diante da gestação, também não é garantido o estabelecimento de um laço mãe-bebê a partir do contato da mãe com o recém-nascido. A maternidade

[...] está permeada por um complexo trabalho psíquico de estabelecer um laço em um contexto que está atravessado por todas as consequências de não haver complementaridade com o objeto de satisfação, de não haver relação sexual. Portanto a maternidade não é nem da ordem do sabido naturalmente por instinto, nem do que pode ser instruído por meio da erudição, tampouco do que é imanente de um senso comum espontâneo. É uma experiência que convoca um saber inconsciente e que, assim sendo, depende de uma transmissão e também de uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher no exercício da maternidade. Ou seja, ao mesmo tempo que a maternidade implica uma repetição inconsciente entre gerações, também diz, singularmente, da invenção que pode ter lugar para uma mulher a partir da experiência de maternidade (JERUSALINSKY, 2014, p.19).

A gestação idealizada costuma ser aquela proveniente do amor entre os pais e que vem no momento exato para satisfazer o desejo desses – mas, por ser um ideal, nunca corresponde à realidade. Cada gravidez possui uma história particular e por isso não há uma gravidez ideal, ainda que se aproxime do que foi idealizado. Entretanto, há diversas gestações que ocorrem fortemente divergentes dessa idealização, as decorrentes de violência sexual estão entre essas. E os laços estabelecidos entre mãe e bebê que permitem à mulher o exercício da maternidade são afetados tanto pela constituição subjetiva da mulher, como pela relação que ela estabelece com cada gestação e pelo lugar que ela destina à futura criança. Dessa forma, o modo como se dá a gravidez não determina se será estabelecido o laço mãe-bebê nem como será estabelecido, mas tem implicações na constituição desse laço, implicações que serão singulares a cada caso, não podendo ser delimitadas *a priori*.

Uma fala comumente proferida por profissionais que acompanham mulheres com gestação decorrente de violência sexual, em especial adolescentes, é que a partir de então “*acabou a vida da mulher*”. Porém, a minha experiência como psicóloga, assim como as leituras feitas demonstram que não é exatamente assim. Conforme dito anteriormente, não é possível definir, *a priori*, os efeitos da gestação, nem no desenvolvimento psíquico do bebê nem no estabelecimento do laço entre a mãe e ele nem na vida da mulher. Não se intenciona com isso retirar o efeito traumático que uma experiência de violência sexual, assim como de uma gravidez não planejada nesse contexto implicam na mulher, mas de ressaltar que quanto a esses efeitos, somente cada uma delas poderá dizer, num momento posterior e a cada vez. Não é universal nem definitivo, mas singular a cada mulher.

A gravidez impulsiona a mulher a se aproximar da própria mãe como uma referência de maternidade, para que se construa enquanto mãe. Isso não implica dizer que a mulher replicará o que apreendeu do exercício da maternidade de sua mãe. Quando se fala em se aproximar da mãe enquanto referência, não se sabe como essa referência será tomada, pois aqui se trata do significante “mãe” que será adotado por cada uma delas de maneira particular, se referindo as articulações atribuídas a este significante por cada uma delas, ao longo de sua história. Assim, no exercício da maternidade, isso pode aparecer como uma forma de ser melhor do que minha mãe foi para mim, ser perfeita como minha mãe foi para mim, ser tudo que minha mãe não foi para mim, entre outros. Essa construção será singular e de acordo com a apreensão que cada mulher faz do significante “mãe” quando ela ainda era um bebê, das marcas que foram deixadas em cada uma delas pela fala da mãe e sobre as quais cada uma delas poderá falar alguma coisa.

Conforme exposto por Freud e por Lacan, Melman (2005/2015), na conferência intitulada “A função das mães nos dias de hoje” demarca a importância da relação entre mãe e filha, que como já mencionamos não é uma de complementaridade. Ele afirma que nessa relação

Uma das grandes dificuldades que vai se organizar entre uma mãe e sua filha, vai girar precisamente em torno da recusa da filha em aceitar essa falta materna, ou então em inscrevê-la como sendo sua particularidade, mas em todo caso, em registrar o fato de que esta mãe, afora seu amor, ou seja o essencial, o dom que ela não tem, não parece capaz de lhe dar as insígnias da feminilidade, ignorando certamente que, justamente uma das insígnias da feminilidade, seja precisamente a da falta de uma insígnia adequada, sejam quais forem os elementos do imaginário, sejam quais forem os cuidados solicitados com a imagem nessa ocasião (MELMAN, 2005/2015, p.130).

A dificuldade que se dá na relação entre uma mãe e sua filha será contornada por cada uma de forma singular; a resposta será particular a cada mulher e indicará como que para cada uma delas o significante “mãe” poderá ser falado. Conforme mencionamos, o significante só é significante para determinado sujeito em determinado contexto. Portanto, o significante “mãe”, assim como qualquer outro significante, não possui um significado. A relação mãe e filha implica, então, na constituição subjetiva de cada mulher que se dá atravessada pela linguagem. Nessa cadeia de significantes que ela buscará algo que possa dar consistência na constituição e no exercício da maternidade, ainda que isso não ocorra de forma consciente.

Outro aspecto que vale ser discutido aqui, é que a maternidade e a relação mãe-bebê não é uma relação dual, visto que

Se o bebê que nasce é fruto real de um ato sexual, ele chega em um cenário imaginário e em um contexto simbólico que é efeito da tramitação da sexualidade por parte da mãe, de sua história libidinal, de sua resolução edípica. Portanto, não há verdadeiramente agente da função materna sem referência ao nome-do-pai. Só assim o filho é objeto de desejo e só assim, então, a mãe inscreve (escreve?) no corpo dele as marcas do simbólico (JERUSALINSKY, 2014, p.19).

Dessa forma, o significante Nome-do-pai permeia a relação mãe-bebê, impedindo que aí a mãe faça um com a criança. Melman (2005/2015, p.135) profere que “se Lacan, fala da função paterna é na medida em que o pai só se sustenta em função desse X que é o falo, é isso que faz dele funcionário. A mãe não é função de nenhum referente, de nenhuma instância”. Com isso, ele retoma o pressuposto lacaniano de que a mulher não tem um significante que a represente, tal como o homem, e exatamente por isso, não se pode considerar que exista a função materna. Diante disso, resta à mãe, “essa figura essencial, fundamental, representante e doadora de Outro, enquanto marcada por essa falta que faz desejar” (MELMAN, 2005/2015, p.135-136), introduzir a criança na questão do desejo.

Melman (2005/2015, p.129) diz que

O nome “mãe” desperta, acho, em cada um de nós, a nostalgia de uma doação almejada e que não pode ser realizada; uma doação faltosa, faltosa se se admite que afinal o que a mãe pode nos dar de melhor é precisamente aquilo que é causa desse fracasso, que o que ela pode nos dar de melhor é o que lhe falta [...]. Se uma mãe consente em se expor a seu filho como assumindo precisamente essa falta, ou seja, seu desejo em aberto, pois bem, fica claro que é dessa maneira que ela vai permitir a própria criança introduzir-se no registro do desejo e procurar tomar aí sua parte.

Com isso, ele retoma o que Lacan apresentara sobre essa particularidade da mãe de transmitir aos filhos a sua falta, falta essa que se colocará como base para que o bebê se constitua enquanto sujeito desejante. Lacan afirmou que a mãe é quem introduz a dialética da presença-ausência para a criança, indicando assim a sua não-onipotência. Disse ainda que no exercício da maternidade “o que conta, vocês vão ver, são as carências, as decepções, que afetam a onipotência materna” (LACAN, 1956-1957/1995, p.70). Essas carências comparecem na fantasia da mulher durante o período gestacional, onde, por exemplo, surgem os receios e questionamentos quanto à capacidade de atender às necessidades do filho, e se confirmam com o nascimento do bebê, quando é escancarado para a mulher que a criança não corresponde aquilo que ela imaginou. Há um desencontro aqui entre a mulher e o bebê que a impulsiona a construir a maternidade ali, naquela relação com aquele bebê. Há um desencontro também entre a mãe e a mulher, o que impossibilita que a mulher seja onipotente para seu bebê, assim como impossibilita que o bebê seja aquilo que lhe faltava.

Na contemporaneidade, percebe-se um movimento na busca de amenizar esse desencontro entre a mãe e o bebê. Quanto a isso, é cada dia mais comum o surgimento de grupos que se propõem a ensinar às mulheres como serem mães. Nesses grupos, são fornecidas informações diversas referentes aos cuidados a serem prestados pela mãe para a criança, tais como referentes à troca de fralda, amamentação, sobre a postura ideal da mãe frente ao choro do bebê – deixar ou não deixar chorar? Dar colo ou manter no berço? -, sobre onde o bebê deverá dormir – no colo? No peito? No berço? Compartilhando o quarto com os pais? -, entre outras. Retoma-se o que foi exposto anteriormente para ressaltar que a maternidade não é da ordem da erudição, o que não significa que qualquer informação sobre os cuidados com o bebê deva ser rechaçada, até porque a maternidade também não é da ordem do instinto. Contudo, é necessário que haja uma construção aí, e essa construção não será perfeita, sem furos. Não será também universal, homogênea, padronizada. Ela decorrerá da constituição da feminilidade de cada mulher, assim como das representações sociais presentes no contexto histórico em que essa maternidade será construída.

Observa-se, contudo, que juntamente com a expansão dos grupos que se propõem a orientar as mães, também é presente, na contemporaneidade, um ideal de mãe que nada deixará faltar a seu bebê, de uma mãe onipotente. Lado a lado a este ideal, vêm as cobranças destinadas às mulheres quanto aos cuidados com seus bebês, exigindo-se que elas se ocupem da maternidade de uma maneira bem específica, como se houvesse uma série de procedimentos que ela deveria cumprir que resultaria nela como uma mãe ideal. Esse ideal de maternidade exclui a especificidade da experiência de cada mulher e tenta colar os significantes mulher e mãe como se fossem idênticos, propondo com isso que toda mulher será “suficiente” para seu filho caso entregue-se totalmente a ele. Esse ideal aproxima a mãe a algo “natural”, “instintual”. Exemplos disso são vistos quando mulheres optam por fazer uma cesariana no lugar do parto normal, ou quando não investem na amamentação, se utilizando de fórmulas lácteas. A elas são destinadas críticas cada vez mais frequentes por estarem interferindo numa suposta “ordem natural”. Mas existe esse “natural” quando se refere à maternidade?

Lacan (1957-1958/1999, p.293) indica que:

É muito difícil não vermos que esses dados acusam e aprofundam o caráter problemático de relações que nos são apresentadas como supostamente naturais, ao passo que as vemos desde logo estruturadas pelo que chamei, da última vez, de toda uma bateria significativa, articulada de tal modo que nenhuma relação biológica natural é capaz de explicar suas causas.

Dessa forma, não é possível uma lógica biologizante na relação entre a mãe e o bebê. A mãe encarna o Outro para o bebê. Em “Notas sobre a criança”, Lacan (1968/2003) destaca que é papel da mãe trazer em seus cuidados com a criança a marca de um interesse particularizado que será intermediado por suas próprias faltas e implicará na singularização da criança, na sua humanização.

O instintual não abarca a experiência humana, que é atravessada pela linguagem. É exatamente pela linguagem que uma mulher pode se colocar enquanto mãe para uma criança. Através da fala a mulher poderá retirar a criança do desamparo e inscrever marcas no seu corpo, inserindo a criança na cultura e transmitindo para ela sua falta de modo que a criança se constitua diante dessa falta enquanto sujeito desejante.

2.5 A maternidade na adolescência: entre a violência sexual e a iniciação sexual precoce

A gravidez na adolescência, assim como a violência sexual, é considerada uma questão de saúde pública no mundo. Conforme mencionado anteriormente, no Brasil, desde o ano de 2009, toda gravidez que inicia antes dos 14 anos é considerada uma gravidez decorrente de violência sexual, pois, em qualquer contato sexual mantido com adolescentes menores de 14

anos é presumido o crime de estupro de vulnerável, independente do discurso da adolescente referente à sua gestação. Assim, ainda que ela exponha que manteve uma relação sexual consentida, como acontece com frequência no pré-natal especializado em violência sexual e em gravidez na adolescência, deve-se realizar a notificação compulsória da gestação ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar. Os órgãos jurídicos tratam o ato sexual que resultou na gravidez como um crime, passível de investigação e, por vezes, de responsabilização jurídica.

Entretanto, reconhece-se que a adolescência é uma fase de desenvolvimento onde há uma transição entre a infância e a vida adulta, tendo seu início marcado pelas transformações da puberdade (modificações biológicas) e abarcando alterações psíquicas e sociais. É nesse período também que as relações afetivo-sexuais costumam se iniciar.

A iniciação sexual deve ser abordada por uma perspectiva cultural, levando-se em consideração os valores sociais de cada cultura e contexto histórico. A tendência atual indica uma iniciação sexual “mais cedo principalmente em países em desenvolvimento e quando não se conta com um programa de educação sexual consolidado nas escolas, como é o caso do Brasil, onde a iniciação sexual está ocorrendo em adolescentes com 13 anos ou menos” (LARA; ABDO, 2015, p.200). Ainda que o código penal presuma crime quando a iniciação sexual se dá antes dos catorze anos, a sexarca¹⁰ em grande número de adolescentes ocorre antes dessa idade legal. Algumas vezes, embora a legislação não permita, os adolescentes são autorizados pelos pais e por outros personagens do seu convívio ao exercício de sua sexualidade, como é o caso dos namoros e casamentos que ocorrem nessa faixa etária.

Alguns estudos (DADOORIAN, D., 2003; LARA; ABDO, 2015; LIMA; JESUS; MARTINS; SOUZA; MATOS, 2013) apontam fatores que contribuem para a denominada iniciação sexual precoce, tais como:

Vários fatores contribuem para a sexarca precoce. Quanto maior o tempo em casa sem supervisão e sem ocupação, maior a possibilidade dos adolescentes se tornarem sexualmente ativos. A falta de orientação na escola sobre prevenção da gravidez está associada à maior frequência de relações sexuais. No contexto familiar, ter pais separados, viver apenas com um ou com nenhum dos pais e a baixa supervisão aumentam a frequência de relações sexuais. Exposição precoce a cenas eróticas pode promover o comportamento sexual de risco, incentivar a busca por sensações sexuais precoces, múltiplos parceiros sexuais, uso inconsistente do preservativo, podendo também antecipar a iniciação sexual. [...] falta de emprego, ao pouco conhecimento sobre o HIV, ao uso de álcool e substâncias ilícitas, ao abuso sexual na infância e a problemas familiares. [...] a crença de que a maioria dos amigos já teve relação sexual. [...] baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, não praticar uma religião e uso de drogas (LARA; ABDO, 2015, p.200).

¹⁰ Primeira relação sexual.

Freud aborda as relações afetivo-sexuais na adolescência nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, quando se ocupa, no terceiro ensaio, das “Transformações da Puberdade”. Ele afirma que “com a chegada da puberdade introduzem-se mudanças que levam a vida sexual infantil a sua configuração normal definitiva. Até esse momento, a pulsão sexual era predominantemente auto erótica; agora, encontra o objeto” (FREUD, 1905/1996, p.196).

O Estatuto da Criança e do Adolescente delimita, cronologicamente, a adolescência como o período entre os doze e dezoito anos, já a Organização Mundial de Saúde a considera como a fase dos dez aos dezenove anos. Melman (2009, p.132-133), no intuito de sublinhar o que define um adolescente, ao responder à questão “que chamamos de adolescência?”, diz que

Não basta caracterizá-la como uma faixa etária, porque se sabe que existem adultos que permaneceram adolescentes e que existem adolescentes que se comportam de maneira perfeitamente adulta. Portanto, a faixa não é suficiente para dar uma espécie de definição estrutural da adolescência na nossa cultura. Há muitas culturas em que a adolescência é escamoteada, onde se passa diretamente da infância às responsabilidades adultas.

Isso pode ser reconhecido pelas diferentes denominações que a adolescência recebeu e recebe nos diferentes períodos históricos e contextos sociais, o que dificulta que a adolescência seja definida objetivamente.

Um impasse enfrentado na adolescência diz respeito ao desencontro entre a maturidade sexual e a autorização para exercer sua sexualidade vivenciada pelos adolescentes. Ainda que os adolescentes tenham atingido a maturidade sexual através do surgimento dos caracteres sexuais secundários¹¹ não lhes é concedido o direito de exercer sua sexualidade.

Lima et al (2013) realizaram um estudo com 499 adolescentes do primeiro ano do ensino médio em cinco escolas estaduais do município de Cuiabá-MT. Identificaram, dentre outras coisas, que os meninos iniciaram sua vida sexual mais cedo que as meninas.

Ao correlacionarmos esse dado aos que foram apresentados no primeiro capítulo, referentes aos números de casos de violência sexual denunciados e aos que foram notificados no SINAN, questionamos se o estupro de vulnerável, conforme descrito na lei, está sendo considerado também na iniciação sexual dos meninos, visto que tem acontecido em grande parte da população até os 13 anos. Acreditamos na hipótese de que esse dado não está sendo contabilizado. Por quê? O que faz com que, socialmente, a iniciação sexual feminina seja monitorada e enquadrada nos critérios da lei, incluindo aí algo de criminoso, à revelia do

¹¹ Diferenciações que acontecem ao longo do desenvolvimento humano que marcam a saída da infância através do desenvolvimento biológico que indica a capacidade de reprodução.

discurso das adolescentes, já a dos meninos, seja valorizada e estimulada, independente de se enquadrar na idade legal em que é autorizada?

Associa-se esse aspecto a uma questão cultural e de gênero que perpassa a sexualidade humana, em que, apesar das mudanças, ao homem ainda é conferido o papel de virilidade, sendo estimulada a iniciação sexual, já para a mulher, é reservado o papel de controlar sua sexualidade, sendo passível de valorização apenas quando relacionada a vínculos afetivos-amorosos. Os dados indicam que essa não é uma realidade que se limita ao município de Cuiabá, ocorrendo da mesma forma por todo o território brasileiro (LIMA et al, 2013).

Esse impasse vivido pelos adolescentes, marcado pelo desencontro entre maturidade sexual e autorização do exercício sexual pode ser problematizado também por outra via, pelo recurso de Psicanálise, sem que as diferentes abordagens da questão sejam excludentes. Melman (2009, p.133) diz que “um adolescente em nossa cultura é um jovem que se encontra em um estado biológico de maturidade sexual, exposto a essa discordância entre o fato que, social e familiarmente, ela lhe é recusada”. O intervalo entre o momento que atinge a maturidade sexual e o que é considerado apto a entrar na vida ativa é longo e ao permanecer entre esses dois momentos, o adolescente vivencia uma angústia que advém da convocação a sair da posição infantil, em que ocupa um lugar de dependência e alienação aos pais, para assumir uma posição em nome próprio no social.

Na adolescência a castração vivida na operação edípica é revivida pelo trabalho de elaboração da falta no Outro, marcando assim o final da infância:

[...] a definitiva incorporação do Outro da infância de maneira que o sujeito não seja mais tão dependente da idealização dos pais da sua infância. Toda criança idealiza de alguma forma seus pais, mas à medida que ela cresce, percebe aos poucos as suas falhas, de forma que o terreno vai se preparando para o processo de separação da adolescência (ALBERTI, 2004, p.8).

Devido à escolarização cada vez mais prolongada e que se coloca como um meio para que o sujeito adentre a vida profissional, “o reconhecimento da identidade sexual, o direito a atividade sexual de nossos jovens” (MELMAN, 2009, p.134) tem sido adiado. Esse fato pode ser constatado ao se comparar a idade em que se costumava ocorrer os casamentos há cem anos e como isso se dá hoje.

Na minha experiência profissional como psicóloga residente, pude inferir que a escolarização tem efeitos diferentes, ainda que na contemporaneidade, nesse reconhecimento da identidade sexual dos jovens: em áreas onde o acesso ao ensino médio e superior é mais dificultado, tende-se a se apresentarem mais “precocemente” as uniões conjugais e a gravidez

na adolescência. É bastante comum encontrar adolescentes e jovens casados e com filhos em comunidades rurais e regiões mais afastadas dos grandes centros.

Nesse ponto, questionamos: o que há de precoce nesse reconhecimento da identidade sexual? O que delimita a idade adequada para que o sujeito tenha o direito a exercer sua sexualidade, assim como a maternidade ou paternidade?

É socialmente compartilhado que uma gestação precoce é problemática, tanto por questões fisiológicas – implica maior risco à gestante e ao bebê – como pelos supostos prejuízos que acarreta a mulher, tais como o afastamento da escola, as limitações de acesso ao mercado de trabalho¹², a impossibilidade de responder, legalmente, por si e por seu filho e etc. Entretanto, em alguns contextos, esses efeitos da gravidez precoce não são reconhecidos como prejuízos pelas adolescentes e por seus familiares, como nos casos acima citados, onde o acesso a escolarização é difícil ou impossível, assim como quando os componentes desses grupos não identificam vantagens em abdicar do casamento e da maternidade em prol de outros interesses, como no caso de adolescentes que relatam que não almejam continuar estudando, principalmente por não reconhecerem aí alguma aplicação prática da escolarização. Não se deve cair aqui, no julgamento moral, também comum de ser escutado, de que “ela não estudou porque não quis”, considerando essa escolha como algo ruim ou de menor valor, mas de se poder reconhecer que em determinados contextos, a “gravidez precoce” não é considerada precoce, mas algo esperado para aquela faixa etária. Por vezes pode ser vista não como um prejuízo, mas, pelo contrário, como um ganho, a menina tem um papel ali naquele cenário, tornou-se mãe. Com isso, não se propõe também uma postura de conformismo, mas uma problematização que inclua oferecer outras possibilidades a essas jovens sem deixar de reconhecer uma implicação subjetiva em sua escolha.

Sabe-se que cada gravidez é vivida de forma particular o que impossibilita generalizações, ainda que ocorra em contextos semelhantes. Dessa forma, não podemos dizer, por exemplo, que a gravidez na adolescência ocorrerá da mesma forma para todas as adolescentes, ou que a gravidez decorrente de violência sexual terá as mesmas implicações para todas as mulheres. Não obstante, retomamos o estudo de Souto et al (2017), apresentando no capítulo anterior, para demarcar que o discurso das adolescentes sobre a sua gravidez tem reflexos na vivência das mesmas. Trabalhando pela via do significativo, onde se torna fundamental escutar o que as adolescentes falam sobre suas gestações, não poderíamos deixar

¹² A legislação brasileira não permite que adolescentes menores de 16 anos tenham vínculo empregatício, a não ser em condições específicas como nos programas de estágio e programas de jovem aprendiz. Aos adolescentes contratados nesses programas é resguardado o direito de frequentar as aulas.

esse discurso de fora. Quanto a isso, os dados epidemiológicos demonstram que é mais comum complicações obstétricas e neonatais na gravidez precoce entre adolescentes que a colocam como uma gestação decorrente de violência sexual ao serem comparadas com adolescentes que falam de sua gestação, como decorrente de um encontro sexual consentido.

Entre os adolescentes é compartilhada a apreensão da importância do saber fazer: “os adolescentes têm o sentimento de que hoje em dia o saber que conta é o saber imediatamente verificável nas suas aplicações práticas, isto quer dizer no seu sucesso, e o saber teórico constituiria principalmente um freio, um obstáculo para seu sucesso” (MELMAN, 2009, p.130). Com isso, os adolescentes manifestam o anseio de demonstrar o seu saber fazer, de modo a serem reconhecidos socialmente. Este saber fazer marca suas relações e a forma como se colocam no mundo.

Esse reconhecimento social especialmente valorizado pelos adolescentes, que buscam inscrever-se no mundo dos adultos, é perpassado pelos valores culturais de cada sociedade. Constata-se na contemporaneidade, a valorização do hedonismo cultural no qual o prazer deve ser considerado o objetivo final de qualquer ação. O hedonismo cultural se traduz pelo imperativo do gozo: goze! Assim, se outrora o sujeito reconhecia que nem tudo era possível e se inclinava a fazer renúncias para obter alguma satisfação, atualmente valoriza-se o gozar a qualquer preço, sem renunciar a nada, como se fosse possível o apagamento da falta e a vivência de uma plenitude. E é nessa lógica da busca da plenitude, do prazer a qualquer preço e do apagamento da falta que o adolescente busca seu reconhecimento social.

Melman (2008, p.16) indica que estamos vivendo “uma mutação que nos faz passar de uma economia organizada pelo recalque a uma economia pela exibição do gozo. [...] Isso implica deveres radicalmente novos, impossibilidades, dificuldades e sofrimentos diferentes”. Nesse contexto, para se fazer reconhecer, ao adolescente

[...] conviria hoje testemunhar que se tem uma participação engajada e notável nessa cultura hedonista. É preciso considerar disso os estigmas eventualmente somáticos, físicos, eventualmente sob a forma de adições artificiais, de inscrições sobre o corpo, artifícios testemunhando o envolvimento desse corpo em um movimento hedonista (MELMAN, 2009, p.130).

Frente a essa demanda de reconhecimento feita pelos adolescentes, tem, por outro lado a recomendação de que o adolescente se proteja da sexualidade que ainda não lhe é legítima:

[...] nossa situação, a inibição e a interdição de uma atividade sexual (embora biologicamente presente) que trazem evidentemente problemas para o jovem, assim como para os de minha geração, que conheceram certo número de problemas, de

dificuldades que tornavam a sexualidade vergonhosa e secreta e, evidentemente, difícil, perigosa, já que ela não é reconhecida socialmente (MELMAN, 2009, p.134).

O que torna esse contexto bastante paradoxal, em especial para as jovens, é que elas são frequentemente postas como objeto de interesse sexual, sendo convidadas ou coagidas a participarem de atividades sexuais. Nesse ponto podemos situar os encontros sexuais consentidos pelas adolescentes, assim como os casos de violência sexual, principalmente naquelas situações que meninas na fase inicial¹³ da adolescência são coagidas, sem o uso de força física, a participarem de atividades sexuais.

Por um lado está proibido, e pelo outro – no nível do que se dá a entender, não do que se diz, mas do que se dá a entender – existe no ambiente, quer seja ocasional, quer seja fixo, certo número de pessoas que não pediriam nada mais do que os ver justamente testemunhar sua maturidade. Essa situação é ainda mais importante quando nossos adolescentes, de maneira muito normal, têm o desejo legítimo de se fazer reconhecer em sua identidade sexual. Um rapaz deseja legitimamente fazer-se reconhecer como um homem, e uma moça tem igualmente uma ambição legítima de se fazer reconhecer como uma mulher, o que vai eventualmente levá-la a atividades, a ações por vezes ocasionais, unicamente para verificar o fato de que é capaz de se fazer apreciar como tal (MELMAN, 2009, p.135).

Nesse contexto se incluem as diversas manifestações dos jovens que buscam estar inseridos na vida social o mais rápido possível. E disso pode resultar em várias manifestações sintomáticas, destacando aqui uma gravidez precoce levada a termo. Na conjuntura da violência sexual, e aqui se incluem todas as gestações em menores de catorze anos, é dada a adolescente a opção de manter ou não a gestação, de ficar ou não com o filho. Poderíamos dizer então que essa escolha pode ser perpassada por essa demanda de reconhecimento? Pelo desejo de ser contado como um sujeito desejante na vida social?

“As satisfações sexuais têm [...] uma importância narcísica. Eu me verifico e me faço valer como homem ou como mulher, mais do que como agenciado pelo que seria da procura de um prazer propriamente dito sexual” (MELMAN, 2009, 138-139). Mas não basta aos adolescentes se verificar, eles querem ser reconhecidos como homens e mulheres.

Dito isso, não podemos, portanto, reduzir a gravidez na adolescência a um equívoco, um problema, nem mesmo podemos delimitá-la exclusivamente como produto de uma violência. É preciso dar a adolescente a possibilidade de falar sobre sua gestação, pois é somente por meio da fala que o sujeito pode advir. Dando um lugar de fala para a adolescente, ela poderá também se colocar enquanto mãe para aquele bebê, incluindo-o em seu discurso.

¹³ Considerando os limites cronológicos apresentados pela OMS, seria a fase dos 10 aos 14 anos. Período em que a legislação brasileira considera qualquer atividade sexual como crime.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

A Psicologia enquanto ciência é marcada em seu desenvolvimento por um paradigma positivista de prática e pesquisa - que tomou emprestado das ciências exatas - ou seja, pensa seu objeto por meio do controle, previsibilidade e objetividade. Este também é um modelo de trabalho bastante adotado em pesquisas em saúde. Entretanto, com o desenvolvimento do conhecimento, novas formas de pensar e conduzir pesquisas vem se apresentando, sendo a pesquisa qualitativa uma delas, adotada neste trabalho como forma de abordagem do objeto de estudo.

As metodologias de pesquisa qualitativa são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (MINAYO, 2010, p.22). Por meio destas metodologias, quebra-se o ideal de que cabe à ciência somente o objetivo, possibilitando que algumas questões possam ser abordadas de outra perspectiva, para além do modelo positivista de pensamento.

O método qualitativo é definido como aquele

(...) que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

Ele permite

(...) desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2010, p.57).

Existem diversos métodos qualitativos de pesquisa. Aqui, adotamos o método psicanalítico como referencial teórico-metodológico do trabalho.

A pesquisa psicanalítica não é sistematizada ou processual, posto que é norteadada pela experiência psicanalítica que tem o inconsciente como seu objeto, o que impossibilita uma previsibilidade de resultados, já que o tempo do inconsciente é sempre *a posteriori*. Por não ser sistematizada, não possui um *modus operandi*, possuindo uma grande variabilidade na sua execução. Contudo, o fato de não possuir uma sistematização dos procedimentos, não indica

que não possui sua rigorosidade, mas sim que, tal como na experiência analítica, ela está pautada nas “regras fundamentais”: associação livre e atenção equiflutuante.

O método psicanalítico diferencia-se das demais abordagens de pesquisa:

[...] primeiro porque não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizadora, seja para a amostra ou para a população, pois seus resultados modificam a maneira como os pesquisadores da comunidade psicanalítica irão demarcar sua posição em relação aos novos sentidos produzidos pelo texto que torna a pesquisa pública; segundo, por que suas estratégias de análise de resultados não trabalham com o signo, mas sim com o significante (IRIBARRY, 2003, p.117-118).

Outro ponto que caracteriza a pesquisa psicanalítica é que nesta, o pesquisador não almeja a neutralidade tão valorizada na pesquisa científica. Ao contrário, o pesquisador é contado como um sujeito em sua pesquisa, o que implica, primeiramente, que ele está submetido, assim como os demais participantes, ao funcionamento próprio do aparelho psíquico e que, por isso mesmo, ele estabelece uma relação transferencial com o conteúdo estudado de maneira que no desenvolvimento do trabalho estão presentes tanto a racionalidade quanto os processos inconscientes do pesquisador, fazendo com que a pesquisa seja marcada pelo lugar de fala do pesquisador e pela sua implicação subjetiva nela (LAMEIRA; COSTA; MIRANDA, 2017).

Além de não poder dissociar o pesquisador de seu trabalho, na pesquisa psicanalítica a “teoria analítica e a prática, sempre se disse, não podem se dissociar uma da outra e, a partir do momento em que se concebe a experiência num certo sentido, é inevitável que a conduza igualmente nesse sentido” (LACAN, 1956-1957/1995, p.11-12). Com isso, a pesquisa psicanalítica implica numa articulação entre teoria, prática e pesquisa.

Dessa forma, a pesquisa não se restringiu a uma coleta e discussão imparcial de dados, sendo considerados também os efeitos nos sujeitos envolvidos – pesquisadora e participantes.

3.2 Cenários da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Unidade Materno-Infantil, localizado no município de São Luís - MA. O hospital universitário se trata de uma instituição pública federal com finalidade de prestar assistência e ensino em saúde. A Unidade Materno-Infantil presta assistência à saúde da mulher e da criança, sendo referência estadual de média e alta complexidade do SUS.

A coleta de dados ocorreu no ambulatório de psicologia e na sala de espera do pré-natal. A sala de espera é compartilhada também com pacientes e acompanhantes do ambulatório

de ginecologia clínica e cirúrgica, mastologia clínica¹⁴ e cirúrgica, pacientes do Planejamento Familiar¹⁵ e pacientes do ambulatório de sexualidade¹⁶.

O HU-UFMA possui o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual oferecendo atendimento médico (ginecologista, hebiatra, pediatra e psiquiatra), psicológico, de enfermagem, de serviço social, atenção farmacêutica, imunização e exames. O serviço é cadastrado para oferecer ações de atenção integral às pessoas em situação de violência, interrupção legal da gravidez e de coleta de vestígios de violência sexual.

A mulher com gestação decorrente de violência sexual é referenciada ao pré-natal especializado do HU-UFMA que ocorre no ambulatório de obstetrícia. Ao acessar o hospital, ela é atendida por assistentes sociais que realizam a abertura de prontuário, entrevista social, fornecem os encaminhamentos necessários, realizam orientações referentes aos direitos da paciente e fazem os agendamentos do atendimento obstétrico e psicológico.

No atendimento obstétrico, a gestante realiza acompanhamento de rotina pré-natal e identifica, nos primeiros atendimentos, a idade gestacional para que receba orientações quanto às possibilidades diante da gestação: interrupção da gravidez - caso esteja com gestação de até 20 semanas – e manutenção da gravidez com a opção de inserir a criança na família ou encaminhá-la aos serviços de acolhimento.

No atendimento psicológico, a gestante e seu responsável legal (no caso de adolescentes e crianças) recebem esclarecimentos referentes às possibilidades de desfecho da gestação, acompanhamento psicológico no processo de escolha quanto a esse desfecho, no período pré-natal, de parto e puerpério, quando opta por manter a gestação e no processo de abortamento, quando opta por interromper.

A periodicidade das consultas obstétricas e psicológicas varia de acordo com o estado da paciente e do período gestacional, podendo ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais.

3.3 Participantes e amostra

A pesquisa envolveu pacientes que realizaram pré-natal especializado em violência sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno-Infantil.

¹⁴ Pacientes em acompanhamento de rotina, pré-operatório ou pós-operatório nas especialidades de ginecologia e mastologia.

¹⁵ O Planejamento Familiar é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que consiste no conjunto de ações e serviços que busca ampliar o acesso das pessoas a informações e métodos contraceptivos com o objetivo de garantir os direitos reprodutivos no Brasil.

¹⁶ O ambulatório de sexualidade atende pessoas em processo de transexualização.

Foram considerados critérios de inclusão: mulheres que realizaram pré-natal especializado em violência sexual e optaram por manter a gestação e tornar-se mãe da criança. Não foram incluídas neste estudo: mulheres gestantes em decorrência de violência sexual, que optaram pela interrupção legal da gestação ou pelo encaminhamento da criança para adoção ou para guarda de outro membro da família; gestantes menores de catorze anos que tiveram relação sexual consentida; e as gestantes menores de doze anos.

A amostra foi delimitada por conveniência. No período de coleta de dados, dezessete mulheres entre 11 e 31 anos buscaram o serviço de pré-natal especializado, sendo uma criança, onze adolescentes e quatro adultas.

Dentre as dezessete mulheres, quatro não deram continuidade ao pré-natal no HU-UFMA; três realizaram a interrupção legal da gestação; uma provocou o aborto clandestinamente e buscou o hospital para tratar sequelas do abortamento; duas mantiveram a gestação com a opção de entregar a criança para adoção; e sete mantiveram a gestação com a opção de permanecer com a criança.

Destas sete que mantiveram a gestação e optaram por ficar com a criança, uma era adulta e seis adolescentes. Salienta-se que a gestante adulta possuía transtorno mental e deficiência intelectual, sendo tutelada por sua mãe, apesar de ter 20 anos. Dessa forma, o seu bebê ficaria sob seus cuidados.

Nesse grupo das mulheres que optaram por manter a gestação, uma expôs que outro familiar ficaria como principal cuidador do bebê e a outra, acima citada, também não ficaria como principal cuidadora do bebê devido ao transtorno mental e deficiência intelectual. Por isso, seguindo os critérios de não-inclusão, ambas não foram convidadas a participar da entrevista.

As cinco pacientes restantes eram adolescentes, entre doze e quinze anos, o que demandou, além do assentimento da participante, o consentimento do responsável. Uma dessas pacientes não foi incluída na amostra por não estar acompanhada de um responsável legal que pudesse consentir com sua participação. As quatro pacientes remanescentes aceitaram se tornar participantes do estudo, entretanto, uma delas, no dia em que estava agendada a entrevista não recebeu autorização da responsável de continuar na pesquisa.

Dessa forma, nossa amostra foi composta por três participantes, de doze a catorze anos. Somente duas delas responderam a entrevista, já a terceira, apesar de assentir e sua responsável consentir com a participação na pesquisa, não compareceu ao pré-natal na data em que a entrevista foi agendada, assim como não retornou em consultas seguintes no período de coleta de dados. Além das entrevistas, foram realizados registros de observação participante e

consulta em prontuário que também foram utilizados como fontes de dados. Optou-se por manter a participante que não realizou a entrevista, pois foram obtidos alguns resultados através do diário clínico e da consulta em prontuário que puderam ser aproveitados na discussão proposta.

As participantes do estudo foram chamadas de Vânia, Naiane e Mariana¹⁷. Elas serão caracterizadas na apresentação dos resultados e discussão.

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado que contou com perguntas abertas referentes ao tema investigado, possibilitando à pesquisadora uma escuta apoiada na teoria psicanalítica (IRIBARRY, 2003), ou seja, a entrevista foi conduzida de modo a possibilitar que as participantes falassem abertamente sobre os temas, sem que a pesquisadora buscasse categorizar essa fala, mas sim, num momento posterior, pudesse analisar as entrevistas transcritas buscando os conteúdos que emergiram dessa fala. Para isso entrevistas foram gravadas por meio de gravador de áudio.

Foi utilizada também a técnica da observação participante, na qual a pesquisadora se inseriu no campo do objeto de pesquisa, no recorte das vivências hospitalares e registrou as observações no instrumento denominado diário de campo. O diário de campo é tratado como um diário clínico, conforme o método de investigação psicanalítica, ou seja, são feitas anotações em forma de fragmentos, de modo a reunir registros que serão analisados posteriormente. O diário clínico “permite que o pesquisador deixe fluir as associações significantes formando um tecido textual em que sua experiência fique registrada” (IRIBARRY, 2003, p.123). O diário clínico é composto pelas seguintes categorias: “DESCRICHÃO DETALHADA DAS INTERAÇÕES E ACONTECIMENTOS”, onde são descritas as interações e acontecimentos observados; “IMPRESSÕES DA PESQUISADORA”, onde são registradas impressões que incitaram questionamentos, para posteriores articulações; e “IDEIAS ANALÍTICAS E INFERÊNCIAS”, onde são registrados questionamentos e reflexões decorrentes da observação.

Além disso, foi realizada também consulta em prontuário, onde foram obtidos dados das participantes através da leitura dos registros da equipe multiprofissional – médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais.

3.5 Procedimentos

O estudo foi realizado de acordo com o que é preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata dos procedimentos éticos envolvendo pesquisa com

¹⁷ Os nomes dados a todas as pacientes citadas são fictícios.

seres humanos no Brasil e pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que se baseia na primeira e apresenta as normas e diretrizes éticas de pesquisas envolvendo seres humanos em Ciências Humanas e Sociais.

Inicialmente, as pesquisadoras¹⁸ solicitaram a autorização da instituição onde a pesquisa foi realizada e o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (COMIC/HU-UFMA). Após essa primeira aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA (CEP) para apreciação do referido estudo, sendo aprovado pelo parecer nº 2.684.076.

Com a aprovação pelo CEP, a coleta de dados foi iniciada, conforme o surgimento da demanda no pré-natal especializado. Durante realização do pré-natal especializado em violência sexual e após terem optado por manter a gestação e tornar-se mãe, as pacientes foram convidadas a participar do estudo. No primeiro contato foram explicados os objetivos e aspectos gerais da pesquisa, e as dúvidas das participantes e de seus responsáveis foram esclarecidas.

Os convites para participar da entrevista, a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento e de Assentimento e as entrevistas foram realizadas no ambulatório de psicologia. Já os registros em diário clínico decorreram de observação participante realizadas na sala de espera do pré-natal, onde permanecem pacientes e acompanhantes que estão aguardando atendimento dos diversos profissionais envolvidos no pré-natal (obstetras, psicóloga, assistentes sociais, enfermeiras, entre outros).

As três pacientes que se disponibilizaram a participar da pesquisa tinham entre 12 e 14 anos. Dessa forma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelas responsáveis legais das participantes e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi lido e assinado pelas adolescentes. Com as participantes Mariana e Naiane, nessa mesma data, foi realizada também uma entrevista. Já com Vânia, por interesse da participante, a entrevista foi agendada para o mês seguinte, quando retornaria para consulta de pré-natal. Entretanto a adolescente não retornou às consultas agendadas até o final do prazo de coleta de dados.

O período inicialmente estabelecido para a coleta de dados foi de junho/2018 a novembro/2018. Nesse período, três adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa e destas, duas aceitaram e foram incluídas no estudo. Com o encerramento do prazo de coleta de dados, em análise prévia, as pesquisadoras identificaram que o material obtido era insuficiente para a análise de dados, visto que uma das participantes, por apresentar comprometimento

¹⁸ Por exigência do Comitê de Ética em Pesquisa, a orientadora, Prof^ª Dra. Isalena Santos Carvalho, ficou como Pesquisadora Responsável pelo estudo e a orientanda Renata Barreto da Silva, como assistente de pesquisa.

cognitivo devido deficiência intelectual, apresentou dificuldade de compreensão das questões e não conseguiu explaná-las, solicitando o auxílio da mãe. Já com a outra participante poucos dados foram obtidos por dificuldade da pesquisadora em conduzir a entrevista. Diante da participante, a pesquisadora se questionou sobre quais benefícios aquela adolescente poderia obter ao se submeter a uma entrevista, que embora não fosse considerada um procedimento invasivo, tal como os procedimentos médicos, demandava que a adolescente expusesse situações vivenciadas que poderiam suscitar diversos sentimentos e, inclusive, exacerbar um possível sofrimento presente na experiência de uma gravidez decorrente de violência sexual. Com isso, a pesquisadora manifestou receio de causar sofrimento a participante através da pesquisa, receio este acentuado pela adolescente manifestar características infantilizadas, tais como fala e afetuosidade pueris que levaram a pesquisadora a supor que a adolescente requeria cuidado, implicando assim numa dificuldade em explorar a entrevista de maneira adequada, atendo-se a respostas rápidas e conduzindo as questões de modo que a adolescente não desenvolvesse as respostas apresentadas.

Dessa maneira, como forma de buscar mais dados para comporem o material de análise tanto através de registros de observação em diário clínico, como no intuito de captar novas participantes, foi solicitada e autorizada a prorrogação do prazo de coleta de dados até abril/2019.

Nesse novo período de coleta de dados, uma adolescente foi convidada e aceitou participar da pesquisa. Porém, ao iniciar a entrevista, a adolescente solicitou que respondesse as questões somente na data da consulta de pré-natal seguinte, o que foi acatado, respeitando os critérios éticos da pesquisa. Contudo, a adolescente não retornou mais ao pré-natal. Optou-se por mantê-la na amostra com a utilização dos dados obtidos na observação participante e consulta em prontuário.

No decorrer da coleta de dados, identificou-se que a complexidade do tema abordado se mostrou como uma dificuldade na captação de participantes para a entrevista. Assim, a observação participante se apresentou como procedimento importante para a ampliar os dados obtidos e embasar a discussão proposta.

Com isso, as três adolescentes que aceitaram e tiveram o consentimento dos responsáveis para permanecer no estudo foram incluídas como participantes, apesar das limitações e dificuldades presentes na coleta de dados.

Após a etapa de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas em conjunto com os fragmentos obtidos através dos registros em diário clínico e dos registros em prontuário. A análise foi pautada no método psicanalítico, conforme exposto no item a seguir.

3.6 Análise de dados

Após a transcrição das entrevistas e das observações registradas no diário clínico e da leitura dos registros em prontuário, a análise dos dados foi feita a partir do método psicanalítico de investigação, conforme proposto por Freud ao longo de seu trabalho com a clínica psicanalítica.

A análise guiou-se pelo pressuposto freudiano que afirma que a construção do conhecimento científico se inicia na descrição, agrupamento, classificação e correlação do fenômeno estudado, sendo imposto a esse material ideias obtidas através da observação, da experiência do pesquisador e do estudo teórico. Assim, o conhecimento vai se delineando no desenrolar da pesquisa - através da indissociabilidade entre teoria e prática - sem a pretensão de lançar generalizações ou definições fixas (FREUD, 1915/1996).

Destaca-se que a análise de dados, para a Psicanálise, leva em conta a subjetividade dos participantes e do pesquisador. O pesquisador é incluído como sujeito que conta na pesquisa, pois “fala de determinado lugar e aparece implicado indissociavelmente ao material que pretende analisar” (LAMEIRA; COSTA; MIRANDA, 2017, p.75).

Assim partiu-se da fala de cada sujeito, sem buscar, a partir do referencial teórico, traçar classificações para essa fala. Os dados empíricos foram problematizados com o apoio do referencial teórico e possibilitaram formulações e articulações entre pesquisa, teoria e prática.

A organização dos resultados e discussão foi realizada a partir do saber produzido pela fala das participantes, numa relação de dependência entre o saber teórico e o saber daquele que fala. Com isso, considera-se que o lugar do saber está sempre com aquele que fala, ainda que ele não saiba que o possui, e não de antemão, no embasamento teórico do pesquisador. Partindo da fala das participantes buscou-se a integração entre teoria, prática e pesquisa (COELHO; SANTOS, 2012). Essa construção ocorreu da seguinte forma:

- Foi feita leitura exaustiva das transcrições das entrevistas, das observações obtidas através do diário clínico e dos registros em prontuário;
- As informações foram organizadas nos tópicos a seguir e analisadas de acordo com os objetivos desta pesquisa e com o recurso teórico adotado, no caso, a Psicanálise, principalmente através dos trabalhos de Freud e Lacan.

Na apresentação dos resultados utilizou-se a sigla “E” para apresentar recorte de fala obtido através da entrevista; “D” para fragmentos obtidos através do diário clínico decorrente da observação participante; e “P” para material obtido em prontuário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico apresentamos e discutimos os resultados obtidos por meio das entrevistas, observação participante e leitura de prontuários.

No período de coleta de dados, dezessete mulheres entre 11 e 31 anos buscaram o serviço de pré-natal especializado, sendo uma criança, onze adolescentes e quatro adultas. Dentre as dezessete mulheres, sete mantiveram a gestação e optaram por ficar com a criança, sendo uma adulta e seis adolescentes. Observa-se que os dados obtidos pelo estudo estão em concordância com os dados epidemiológicos, identificando-se que a maioria das gestações decorrentes de violência sexual que são levadas a termo ocorrem entre crianças e adolescentes (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Conforme mencionamos, dessas sete mulheres que optaram por manter a gestação e permanecer com a criança, três não foram incluídas na pesquisa. Duas delas porque expuseram que outro familiar ficaria como principal cuidador do bebê, sendo estas: Amanda que tinha 20 anos, com gravidez decorrente de violência sexual intrafamiliar cometida pelo irmão mais novo (15 anos), era diagnosticada com esquizofrenia e deficiência intelectual e a genitora relatou que permaneceria como principal responsável pela criança; e Janaína, 14 anos, com gravidez decorrente de violência sexual intrafamiliar cometida pelo irmão mais velho (15 anos) que possuía deficiência intelectual, era diagnosticada também com deficiência intelectual que comprometia a comunicação e compareceu ao serviço de saúde acompanhada pela mãe socioafetiva¹⁹ que foi apontada como futura responsável pelo bebê. Além delas, uma adolescente não foi convidada a participar do estudo porque não estava acompanhada de responsável legal, sendo esta Viviane, que tinha 15 anos e com gravidez decorrente de violência sexual extrafamiliar. No período do pré-natal, a adolescente estava em situação de acolhimento institucional. Vivia em situação de exploração sexual infantil desde os 10 anos de idade, sendo explorada inicialmente pela mãe e posteriormente pela irmã mais velha. Aos 14 anos a adolescente foi abandonada, vivendo em situação de rua até ser acolhida pelo Sr. Otávio que era acusado de ser o suposto autor da violência sexual que resultou na gravidez. Entretanto, Viviane negava que o Sr. Otávio a tivesse violentado e manifestava interesse em voltar a residir com ele.

¹⁹ Os pais socioafetivos são aqueles que convivem e possuem vínculo afetivo com o “filho”, porém não possuem registro legal de paternidade/maternidade. No caso em tela, a acompanhante agia como mãe da adolescente, porém não possuía a guarda legal.

As quatro pacientes remanescentes, todas adolescentes com idade entre 12 e 15 anos, foram convidadas a participar da entrevista. Entretanto somente três foram incluídas no estudo. Diante do convite para participar da entrevista, uma das adolescentes, Elis, 15 anos, assentiu em participar da pesquisa, porém não tinha disponibilidade para responder as questões no dia em que foi convidada, pois era proveniente do interior do estado e o transporte que a levaria ao município de residência já estava aguardando, ficando a entrevista agendada para a data da próxima consulta. Ao retornar para a consulta, Elis veio acompanhada por uma prima, que informou que a adolescente não estava autorizada a participar da pesquisa. Assim, seguindo o pressuposto ético de participação voluntária, assim como o direito de retirar o consentimento ou assentimento em qualquer etapa da pesquisa, a entrevista com a participante não foi realizada.

As outras três pacientes foram convidadas, aceitaram e tiveram autorização do responsável legal para participar da pesquisa. A gravidez, nas três, foi caracterizada como decorrente de violência sexual de antemão - visto que, elas engravidaram antes dos catorze anos - ainda que as adolescentes não compreendessem a situação exatamente dessa forma.

Destaca-se que um fato observado na experiência da residência multiprofissional e confirmado no discurso dos profissionais que trabalham no pré-natal especializado durante a pesquisa, assim como no relato das próprias gestantes – principalmente quando se trata de crianças e adolescentes - é que, a maioria dos casos notificados naquela unidade de saúde, decorriam de notificação compulsória, pois as adolescentes tinham engravidado antes dos catorze anos. Todavia, dentre esses casos, grande parte não era incluído no pré-natal especializado em violência sexual, mas sim no pré-natal especializado em gravidez na adolescência, isso porque apesar de ambos os casos apresentarem gravidez com risco acima do risco habitual²⁰, os profissionais identificavam demandas diferenciadas em cada grupo. Assim, quando havia o relato de uma situação de violência sexual ou pela adolescente ou por seu acompanhante, a adolescente e sua família eram acompanhadas no intuito de trabalhar não só a gravidez precoce, mas também questões decorrentes da vivência da violência sexual. No entanto, se no discurso em torno da gestação observava-se que a gravidez era decorrente de uma iniciação sexual precoce, era realizada a notificação compulsória, mas a adolescente era inserida no pré-natal de gravidez na adolescência. Assim, a unidade de saúde levava em conta a fala dos sujeitos ali presentes.

²⁰ Na gravidez na adolescência há maior risco de complicações perinatais, tais como doença hipertensiva específica da gestação, parto prematuro, desvinculação entre mãe e bebê, entre outros.

Diante desse fato, questiona-se o porquê da legislação brasileira, desde 2009, ao presumir estupro em qualquer ato libidinoso com menores de catorze anos, fecha os olhos para o desenvolvimento sexual das adolescentes, que nem sempre é resultante de um ato de violência? O que há de violento no fato de as adolescentes manifestarem que possuem uma sexualidade que não é barrada apesar da legislação? Destaca-se que a legislação vigora principalmente para adolescentes do sexo feminino e que estudos mostram que rapazes costumam iniciar suas atividades sexuais antes dos catorze anos, mas esses dados não chegam nos boletins epidemiológicos como casos de violência sexual. O que há então, no exercício da sexualidade feminina, que deve ser proibido?

Prosseguimos fazendo, inicialmente, uma caracterização de cada participante do estudo e depois discutimos a maternidade para cada uma delas. Optamos por discutir separadamente cada caso para podermos destacar a singularidade de cada situação.

4.1 Caracterização das participantes

- Vânia, 14 anos, primigesta²¹, proveniente do município de Morros/MA, estudante, com gravidez decorrente de violência sexual extrafamiliar, cometida por adolescente de 17 anos com quem tivera um relacionamento. Foi convidada a participar da entrevista, recebeu autorização da responsável e consentiu em participar, entretanto, ao ficar sozinha com a pesquisadora, solicitou que respondesse às perguntas na consulta seguinte, pois queria pensar um pouco melhor se gostaria de participar ou não do estudo. Foi respeitada a escolha da participante. A adolescente não compareceu ao pré-natal em consultas agendadas até o encerramento do período de coleta de dados. Dessa forma, utilizou-se nesse estudo, os registros obtidos em diário clínico, assim como informações provenientes do prontuário dela. Como não participou da entrevista, algumas informações não puderam ser obtidas, entretanto, optou-se por mantê-la no estudo devido os registros de observação participante apresentarem elementos relacionados aos objetivos da discussão aqui proposta.

- Naiane, 13 anos, primigesta, proveniente da zona rural do município de Morros/MA, estudante, cursando o oitavo ano do ensino fundamental, acompanhada pela genitora e pela irmã de nove meses. Na época da entrevista, Naiane morava com a mãe, o padrasto e seis irmãos mais novos (11 anos, 10 anos, 8 anos, 5 anos, 3 anos e 9 meses). Tinha, ainda, duas irmãs mais velhas. Estava no sétimo mês de gestação e a gravidez tinha sido descoberta há dois meses. A gravidez era decorrente de violência sexual extrafamiliar, sendo a violência cometida por vizinho de 25 anos, em dois episódios. Naiane relatou que mantinha

²¹ Refere-se a mulher em sua primeira gestação.

contato com o autor da violência desde a infância, pois sempre moraram próximos, destacando com isso que apesar de não serem familiares, possuíam um vínculo afetivo.

- Mariana, 12 anos, primigesta, proveniente do município de Vargem Grande/MA, estudante, cursando o terceiro ano do ensino fundamental, acompanhada pela genitora. A adolescente possuía deficiência intelectual e devido a isso, além do ensino regular, participava de apoio educacional especializado em uma entidade filantrópica. Apesar do diagnóstico de deficiência intelectual, Mariana expressava que seria responsável pelos cuidados com o bebê. A deficiência por ela apresentada não comprometia a fala nem a compreensão, sendo classificada como um retardo mental leve, por isso, foi mantida no estudo. Na época da entrevista, Mariana morava com a genitora e duas irmãs (13 anos e 10 anos), entretanto essa organização familiar era recente, pois por 11 anos, Mariana morou com a avó paterna em um povoado do município de Vargem Grande/MA e a sua mãe morava em outro povoado do mesmo município com o companheiro. Apesar de morarem em povoados diferentes, mantinham convívio. Quando a adolescente estava com 11 anos, sua avó conversou com a mãe da Mariana e informou que Mariana estava adoecendo com frequência e que por isso não tinha condições de permanecer como responsável pelos cuidados com a adolescente. Nesse período, a mãe de Mariana se separou do companheiro, mudou-se para a sede de Vargem Grande/MA e levou Mariana para morar com ela. Pouco tempo depois da mudança, a avó de Mariana conversou com a genitora da adolescente novamente e pediu que a neta voltasse a morar com ela, mas a genitora não autorizou, pois, Mariana já estava matriculada em escola regular e em escola especializada na sede do município, entretanto, combinou que Mariana permaneceria com a mãe durante a semana e com a avó aos finais de semana, férias e feriados. Com isso, a adolescente foi passar um feriado prolongado na casa da avó e nesse período ocorreu a situação de violência. Mariana estava no quinto mês de gestação e a gravidez tinha sido descoberta há três meses. A gravidez era decorrente de violência sexual intrafamiliar cometida por um tio avô, em episódio único. Mariana manifestou dificuldade de compreensão das questões durante a entrevista e solicitou que a mãe a ajudasse, o que foi autorizado. Apesar disso, trechos da entrevista foram utilizadas na análise de dados.

4.2 A maternidade para Vânia

Vânia tinha catorze anos no período da pesquisa, entretanto engravidou aos treze. Dessa forma, a gravidez foi, compulsoriamente, caracterizada como decorrente de violência sexual. Após aceitar participar do estudo, conforme informado anteriormente, ao ficar a sós com a pesquisadora, a adolescente solicitou que não fosse realizada a entrevista naquele

momento. Apesar disso, falou um pouco sobre a relação com o suposto autor da violência, a gestação e as expectativas quanto a gravidez:

Eu já fiquei com ele [genitor do bebê]. Ele mora lá perto da gente. Mas minha mãe não gosta dele porque diz que ele fuma droga. Mas não sei se é verdade não, acho que não. Mas aí ela já disse pra eu não falar mais com ele, fingir que nem conheço, porque ele já bagunçou demais. Mas não sei se ele sabe do neném, eu não contei não.
[D]

Nesse momento, Vânia não apresentou informações referentes a uma situação de violência sexual na concepção do bebê. A adolescente pontuou que o pai do bebê tinha dezessete anos, e trouxe em sua fala o desagrado de sua mãe em relação a sua escolha referente ao genitor de seu bebê, impedindo que a adolescente mantivesse qualquer contato com ele, pois “*ele já bagunçou demais*” [D]. A adolescente associou essa “bagunça” a dificuldade inicial apresentada pelos pais em aceitar sua gestação.

A fala da mãe de Vânia apontava para uma gravidez decorrente de violência sexual. Ao conversar com a acompanhante de outra adolescente que também estava grávida (mas não após violência sexual) e aguardando consulta, relatou que Vânia

Foi abusada depois de doparem ela num lugar lá perto de casa. Ela tava com as coleguinhas em um aniversário. Aí por lá encontraram esses meninos. [...] tenho certeza que ela foi abusada. Minha filha é uma criança, ela não sabe dessas coisas ainda. Ela não ia fazer isso. [D]

Pelo relato da mãe, pode-se inferir uma vivência de violência pela adolescente. Em seu discurso, a mãe de Vânia a coloca em uma posição infantil e não reconhece a possibilidade de a adolescente ter consentido uma relação sexual, sendo isso validado juridicamente, já que o ato sexual ocorreu antes dos 14 anos. Assim, a situação abusiva aparece como justificativa para a gravidez da adolescente.

Outra fala da mãe da adolescente indica que Vânia é tomada em uma posição infantil no discurso de sua genitora: “[...] *a gente não fala nada com o menino que fez isso com ela.*” [D], ou seja, ao longo do seu discurso, a mãe não abre a possibilidade de que a adolescente tenha tido alguma participação no ato sexual. Ela diz: “*o menino que fez isso com ela*”. Vânia não apresentou esse discurso tão contundente quanto a mãe, talvez porque para ela a relação sexual não tenha se configurado como violência sexual. Parte-se do pressuposto de que a gravidez de Vânia foi decorrente de violência sexual tanto pela idade com a qual iniciou a gestação, como pelas informações repassadas pela genitora da adolescente sobre como se deu a concepção do bebê. Entretanto, quem pode dizer se a gravidez foi ou não decorrente de estupro?

Em seu discurso, Vânia apontou para uma gravidez resultante da experimentação sexual com o rapaz com quem “ficava”, mas não falou se a concepção ocorreu numa relação consentida ou se foi coagida a manter relação sexual com ele. Sabe-se que são numerosos os casos de violência sexual cometida por parceiros íntimos, o que pode ser o caso da adolescente, porém ela não confirmou isso durante o período que as observações participantes foram realizadas, assim como, não obtivemos elementos que indicassem a vivência de um ato abusivo na leitura do prontuário. Sabe-se também que as adolescentes exercem sua sexualidade, a despeito da autorização dos pais.

Não nos cabe buscar provas desses discursos para decidir um certo ou errado nessa situação, mas escutar o que é possível a cada uma delas falar sobre a gestação. Cada sujeito irá relatar uma situação conforme pôde apreender e é exatamente por isso que os relatos nunca irão coincidir. Não existe uma realidade objetiva. Com isso retomamos a afirmação de Freud (1917/1996, p.370) que diz que a “realidade decisiva é a realidade psíquica”.

Pontua-se, também, que a adolescência não é equivalente à infância. Nessa fase, o sujeito busca reconhecer e ter reconhecida sua identidade sexual e os caminhos que trilhará para isso serão os mais diversos possíveis; portanto, não se deve recorrer à classificação de todo ato sexual como um ato de violência, porque assim não se dá aos adolescentes recursos para que possam percorrer os caminhos de se identificar como homem ou como mulher. Ao discutir sobre as possibilidades de relação entre adultos e adolescentes na contemporaneidade, Melman (2009, p.142) recomenda que na relação com os adolescentes, os adultos se enderecem a eles com “um endereçamento que lhe possa servir”. Identificar qualquer experiência sexual dos adolescentes como situações de abuso sexual parece uma forma de negar a existência da sexualidade, conforme descoberta por Freud, que não se resume a genitalidade e que está presente desde tenra idade. Além disso, não corresponde ao que o adolescente tem vivido em seu próprio corpo. Acentua-se assim o desencontro característico da adolescência, onde a maturidade sexual se dá no corpo da adolescente por meio das alterações fisiológicas, mas lhe é recusada socialmente. Diante desse desencontro o adolescente é convocado a se posicionar.

Atenta-se para uma solicitação feita pela mãe de Vânia referente gravidez da adolescente: “pedi para a doutora pro pai dela registrar o bebê, mas ela diz que não pode porque ele é pai dela, ai não pode ser pai do filho dela” [D]. A essa solicitação associa-se a dificuldade dos adultos em reconhecerem uma identidade sexual nos adolescentes que, embora não respondam ainda em nome-próprio, já realizam escolhas e se posicionam frente sua sexualidade. Vânia escolheu um parceiro sexual, sem consultar sua mãe e parece-nos que a mãe tenta contornar a dificuldade em reconhecer uma identidade sexual em sua filha apontando um

pai para o filho dela: o homem que a própria mãe escolheu, enquanto mulher, para ser pai de seus filhos.

Sobre a solicitação feita pela mãe, Vânia diz que: *“Eu que vou ser a mãe e o pai do meu filho. Minha mãe queria que meu pai colocasse o nome de pai dele, mas não pode, então eu que vou ser a mãe e o pai.”* [D] Essa solicitação se apresentou com um caráter incestuoso, mas que teve sua realização barrada pela instituição hospitalar.

Nesse contexto, o percurso percorrido por Vânia para o exercício de sua maternidade foi influenciado pela relação com a sua mãe, mas não se resumiu a um produto dessa relação. A adolescente não situa sua gravidez no discurso da mãe, como fruto de uma violência sexual, mas também não se apropria da gravidez como fruto de uma escolha, do exercício de sua sexualidade: *“Não queria que fosse agora, ainda, porque eu ainda sou muito nova né? Mas Deus mandou...”* [D].

A adolescência é marcada pela curiosidade em se reconhecer como sujeito sexuado. Melman (2009) diz que na infância, ao serem repreendidas e culpabilizadas pelos jogos sexuais, as crianças não assimilam porque os jogos são tomados a sério, já que não são mais que jogos. Na adolescência, com a maturidade biológica, *“vem o índice do fato que é tudo de verdade. Passa-se do jogo ao que é justamente de verdade”* (p.141). A gravidez pode vir, então, como uma confirmação para a adolescente de que o seu corpo não é mais um corpo infantil, que ela já pode se identificar como uma mulher.

A adolescente afirma que não foi uma gravidez planejada, assim como não a queria naquele momento. Ainda assim, ela acolhe esse bebê que está gerando e começa a dar um lugar para ele em seu discurso:

[...] queria uma menina, mas só tinha escolhido nome de menino. Ai descobri que é um menino, mas eu fiquei feliz também. Parece que mãe sabe o que vai ser, né? Vai ser Emanuel porque é nome bíblico. Significa aquele que traz a luz, que é o que ele é. Não, significa que Deus está perto, mas é aquele que traz a luz também, parece” [D]

Ao mesmo tempo, parece que o bebê dá um lugar também à Vânia que não é mais o lugar de uma criança, mas de mulher. Diante da gestação, ela se posiciona entre os significantes que marcam sua história, a forma como a gravidez foi apreendida por ela e pela família, dando um significado singular aquela gestação. Freud (1933/1996) aponta a feminilidade como um enigma que será solucionado por cada mulher ao longo da trama edípica. Vânia constrói pela gravidez uma resposta particular diante do enigma da feminilidade. Resposta essa que não pode ser considerada única e definitiva, mas que será construída e reconstruída a cada vez pela mulher e nenhuma resposta dará conta de solucioná-lo.

4.3 A maternidade para Naiane

Naiane tinha 13 anos na época da pesquisa, o que implicou na gravidez também compulsoriamente caracterizada como decorrente de violência sexual. Durante a entrevista, assim como enquanto aguardava as consultas, Naiane se apresentava bastante silenciosa. Não interagiu com a mãe nem com a conselheira tutelar – que a acompanharam nas consultas –, assim como também não conversava com outras gestantes e acompanhantes na sala de espera. Naiane cumprimentava os profissionais que a estavam acompanhando, com um sorriso e um abraço, mas sem palavras.

A mãe de Naiane também se apresentava com um comportamento parecido com o da adolescente, ou seja, de pouca interação. Observou-se que enquanto estavam aguardando a consulta, Naiane e sua mãe costumavam sentar distantes uma da outra. A mãe interagiu com sua filha de nove meses e, eventualmente, Naiane também brincava com a bebê, mas entre a mãe e a adolescente pouco havia interação, o que foi percebido, por exemplo, quando Naiane foi chamada pelo obstetra e primeiro se deslocou sozinha até a sala de consulta, retornando para chamar a mãe. Isso se repetiu todas as vezes que a adolescente foi chamada pelos profissionais.

Essa postura bastante introspectiva, também foi manifestada por Naiane na entrevista, quando respondia as questões sem explorá-las, geralmente com poucas palavras. Ao ser questionada sobre como se deu a gravidez, a adolescente foi categórica, respondendo:

Naiane: “eu fui abusada.”

Pesquisadora: “e como foi que aconteceu, tu pode me falar?”

Naiane: “nem me lembro mais” [E].

Ademais, Naiane falou que o abuso ocorreu “*duas vezes*” [E], sendo praticado pelo vizinho que tinha aproximadamente vinte e cinco anos, em uma fonte que ficava próximo a casa deles. Disse que conhecia o autor da violência desde a infância, pois eram vizinhos desde o nascimento dela.

Através de consulta em prontuário, soube-se que Naiane “*negou uso de força e ameaça*” [P] nas situações abusivas, demonstrando “*pouco entendimento dos episódios como violência, expressando como uma situação normal, mas que lhe trouxe sentimentos desagradáveis*” [P]. Apesar de negar o uso de força física nos episódios considerados abusivos, retoma-se o conceito de violência sexual contra crianças e adolescentes, conforme definição da ABRAPIA (2002) apresentada no primeiro capítulo, para lembrar que é comum que o abuso sexual infantil não ocorra com o uso de força física, mas a criança ou adolescente em situação de violência é levada a manter relações sexuais, coagida pelo poder que o autor da violência

representa. Com isso, a ausência de força física ou ameaça, não exclui a possibilidade de que a violência tenha ocorrido.

Por outro lado, não se pode desconsiderar que em alguns contextos a gravidez na adolescência é vista como algo “normal”, esperado para aquela faixa etária, nos quais as meninas fazem uma espécie de transição direta da infância para a fase adulta. Assim, após a menarca, são socialmente consideradas aptas para o exercício de sua sexualidade, assim como para a maternidade. Quanto a isso, temos exemplos cotidianos de “casamentos infantis” que são aceitos em determinadas comunidades e que ainda se repetem entre as gerações.

Não obstante, destaca-se a incompreensão pela adolescente da situação como uma situação de violência. Dessa forma, caberia aqui questionar a que Naiane se referia quando afirmou: *“fui abusada”*, visto ter-se identificado através da leitura do prontuário que, durante o acompanhamento psicológico, a adolescente não reconheceu as relações sexuais que manteve com o pai da criança, como episódios de violência sexual, mas como algo “normal”. A mãe de Naiane também não demonstrou reações de estranhamento ou dificuldade em aceitar a gestação da adolescente. A conselheira tutelar que estava acompanhando a família relatou que para eles *“isso era tudo normal. A irmã dela mesmo que tem 15 anos já é casada e tá grávida também. Ela só foi denunciada porque os vizinhos sabiam que ela era nova”* [D].

Naiane relatou que descobriu a gravidez após perceber *“que eu fui engordando”* [E] e diante dessa alteração no próprio corpo desconfiou da gestação. Entretanto, expôs que apesar da desconfiança só constatou, de fato, que estava grávida quando estava *“com cinco meses”* [E] e que diante da constatação, *“contei para minha mãe”* [E]. Nos parece que a mãe da adolescente, diferente da mãe de Vânia, não interpretou a situação como violência, já que diante da revelação da gravidez, Naiane expôs que a mãe a levou ao médico e *“não disse nada”* [E]. Chama atenção o silêncio que atravessa as relações familiares aqui apresentadas. Com a psicanálise temos que as palavras vão dando sentido aos acontecimentos, é atravessado pela linguagem que as experiências tomam forma e lugar entre os humanos. O sujeito só existe se atravessado pela linguagem.

No contexto familiar de Naiane, a chegada do bebê parece ser algo esperado. Não causou surpresa para a mãe que a filha estivesse grávida. Naiane não é a única adolescente grávida em sua família. Expôs que

Naiane: minha outra irmã tá grávida também. A outra que não mora com a gente.

Pesquisadora: ela tem quantos anos?

Naiane: ela tem 15. Parece que é. Não sei se é quinze ou dezesseis. É quinze, eu acho... Ou é 16. [E]

Naiane mencionou que inicialmente, diante da gravidez e ao saber das possibilidades para o bebê devido a gravidez ter se caracterizado como decorrente de violência sexual: “*eu pensei em dar, mas depois eu pensei em não dar mais*” [E] e com isso decidiu que ficaria com a criança. Sentimentos de ambivalência são comuns diante da gestação: ora desejasse essa criança, ora não se deseje mais.

Apesar da escolha de ficar com a criança, a adolescente, que estava com sete meses de gestação, demonstrava um certo distanciamento do bebê. Não sabia qual o sexo, assim como afirmara que não tinha preferência nem curiosidade. Ainda não tinha pensado em nomes para a criança, informando que escolheria “*quando ele nascer*” [E].

Ao ser questionada sobre os sentimentos diante da maternidade que estava iniciando a partir da gestação, a adolescente respondeu: “*huuummm... [Sorriu e permaneceu por um tempo em silêncio] Olha, eu não sei*” [E]. No momento da entrevista Naiane não conseguia expressar em palavras a vivência da gravidez.

A resposta da adolescente aponta para o fato de que realmente não se tem uma definição quanto à maternidade e que cada mulher, diante da gestação, constrói ou não uma posição que permite exercê-la, estando referida a própria experiência que teve como filha, assim como com base em suas fantasias sobre aquele bebê. Freud (1931/1996) aponta que a relação da mãe com a filha, intermediada pelo pai, tem impactos no desenvolvimento da sexualidade feminina e no tornar-se mulher e tornar-se mãe. Durante o período da pesquisa, observou-se um distanciamento entre Naiane e sua mãe que parecia refletir na relação que a adolescente estava construindo com o bebê. Entretanto, isso não implica dizer que não existe afeto, ou que a maternidade não estava se constituindo para Naiane. Porém, a mediação das palavras é necessária para que a adolescente possa tomar seu lugar de sujeito nessa experiência e possa antecipar um sujeito no bebê. É através da linguagem, dos ditos e não-ditos que esse sujeito irá se constituir.

Através dos elementos obtidos em prontuário, soube-se que ao iniciar o pré-natal, Naiane referiu “*não gostar de estar grávida, no entanto demonstra construção de vinculação com o bebê. Expressa desejo de manter a gestação e cuidar do bebê, avaliando que está acostumada a cuidar de bebê*” [E]. Associa a maternidade à experiência que tem de cuidar dos irmãos mais novos e demonstra não apresentar nenhum afeto diferenciado diante da iminência de ter um filho. Nesse momento, ainda não lhe é possível falar sobre esse bebê, incluí-lo em seu discurso. Cabe aqui ponderar que seja respeitado o tempo da adolescente, já que em cada gravidez esse tempo tem um significado particular.

Ademais, questionamos, o que é isso que a adolescente não fala? O que a faz calar diante das alterações no seu corpo, não reconhecendo que se encontra grávida, e diante da iminência da chegada do bebê? Onde está o sujeito nessa situação?

4.4 A maternidade para Mariana

Mariana, estava com doze anos na época da pesquisa, mas a gravidez teve início quando ainda tinha onze anos, ou seja, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ainda se encontrava na infância. A adolescente tinha um diagnóstico de retardo mental e hemiplegia à esquerda com paralisia cerebral e epilepsia, apresentando limitação cognitiva que interferia na aprendizagem e compreensão. Assim, tanto pela idade, como pela situação do retardo mental, a gravidez de Mariana se caracterizava, também compulsoriamente, enquanto uma gestação decorrente de violência sexual.

Ao iniciarmos a entrevista, Mariana pediu que sua mãe ficasse na sala com ela, sendo autorizado pela pesquisadora. Foi solicitado que a genitora de Mariana a deixasse responder as perguntas, entretanto, durante a entrevista, a mãe acabou respondendo aos questionamentos mais que a adolescente gestante.

Quando solicitada a falar sobre a situação que gerou a gravidez, a adolescente sorriu e permaneceu calada. Diante disso a mãe falou:

Nem ela sabe explicar, porque ela me contou. Viu? Ela lá em minha casa, só que durante a gravidez dela ela não morava comigo. Morava com a avó dela, que eu morava em outro interior.[...] Aí ela disse que quando ela tava lá, brincando com as meninas lá, a avó dela veio para a Vargem Grande aí passou três dias e ela ficou lá só. Aí ela não quis ir pra casa do pai dela, porque lá o pai dela, ele usa droga aí a casa é cheia de macho, aí ela ficou com medo de ir, aí quando foi, ela foi pra casa do tio que é tio dela e tio do pai dela, que é o do, o tio do pai dela é irmão da avó dela. No caso é tio dele também. Aí ele foi, ela foi pra lá, ela começou a brincar com as meninas de noite. Aí ele foi e chamou ela na outra casinha assim um pouco distante da casa do pai dela. Aí começou lá a amassar ela, a acariciar ela lá, a passar a mão nela. Aí ela começou a chorar que ele já tava levando a sério já. Aí ela começou a chorar e ele foi e disse pra ela, pra ela parar de chorar porque tava próximo da casa do pai dela. Aí ela ficou chorando, mas aí foi mais baixo. Aí foi no caso que aconteceu, aí ele foi e deixou ela lá, aí ele saiu e foi se vestir, aí ele foi com ela pra casa do pai dela. Mas aí ela foi e não disse nada pra ele lá, ficou quieta e calada. Porque ela sempre ela é quieta mesmo. [E]

Através de consulta em prontuário, soube-se que a paciente, ao chegar a unidade de saúde, relatou que a violência aconteceu em “ato único”[P], que o autor da violência tinha 23 anos e “que foi forçada a isso, porém nega ameaças” [P]. Tal como na situação de Naiane, destaca-se que a ausência de ameaça não exclui a possibilidade da ocorrência de uma violência sexual.

Já Mariana também mencionou que a descoberta da gravidez se deu a partir de alterações corporais, mas que não foi ela a perceber essas mudanças e sim sua mãe. Disse que identificou a gravidez “*quando minha mãe me disse*” [E]. E sua mãe expôs que após Mariana passar alguns dias na casa da avó:

[...] passou a semana santa, passou o mês da semana santa, passou o outro mês e a menstruação dela não veio, passou o outro mês e também não, aí eu já comecei a desconfiar, os peito dela começou a crescer, os seios. Aí, eu fui no hospital, não, aí a vizinha lá pertinho disse: mermã tua menina não é mais moça mais não. Aí eu até quis zangar ela, com a mulher porque a mulher gosta de éh... a mulher gosta de falar da vida alheia. Aí eu disse assim: é nada, isso aí é assim mesmo, ela tá é assim mesmo. Aí ela disse: é não, isso aí ela tá é gestante. Aí eu fui no médico, fiz exame de sangue aí deu como ela tava gestante. Aí quando eu, me disseram lá que ela tava gestante. [...] aí foi eu chamei ela e procurei na situação aí ela foi e me disse que aconteceu foi assim. [E]

Destaca-se que a possibilidade da gestação foi apontada inicialmente por uma vizinha da adolescente. Isso, somado ao fato da ausência da menstruação, levaram a mãe de Mariana a supor que ela poderia estar grávida e confirmar sua suposição. A descoberta da gravidez acabou por denunciar a situação de violência sexual. Aqui cabe mencionar, que apesar da limitação cognitiva, Mariana apresentou alterações corporais que não foram faladas por ela, ainda que não compreendesse essas mudanças. O que a adolescente não fala?

Quando questionada sobre como se sentiu ao descobrir a gravidez, Mariana disse:

*Mariana: primeiro fiquei triste.
Pesquisadora: e agora, como tu está com essa situação do bebê estar aí?
Mariana: eu to feliz. [E]*

No início da gravidez, além da tristeza pelo estado gestacional, Mariana manifestava sintomas somáticos:

Mãe: mas assim que nós começamo vir aí ela dava febre, dava dor de cabeça. Aí ela começou a inchar as pernas de tanto ficar pendurada [apontou para os pés da adolescente que não encostavam no chão –a adolescente estava sentada]. Aí agora não, depois ela já tá acostumando.

Embora seja comum a manifestações de sintomas somáticos na gestação, eles não devem ser banalizados. É importante escutar como esses sintomas aparecem no discurso da mulher, o que esses sintomas falam. Não existe uma interpretação padronizada dos sintomas, eles precisam ser significados pela fala, conforme cada uma poderá fazer se remetendo a sua própria história.

Após a descoberta da gestação veio a possibilidade de escolha quanto ao destino dela: interrupção ou manutenção. Além disso, foram postas possibilidades também, para o caso

de manutenção da gravidez, com relação ao destino do bebê: entregar para adoção ou ficar. A mãe de Mariana exerceu papel fundamental nessa escolha. Mencionou que:

[...] quando a gente foi no conselho eles disseram que ela podia tirar porque ela ainda é muito menina, sabe? Mas o menino já tava grandinho, já tava com dois meses já. Aí o pai dela disse, agora por esses tempos mesmo que teve uma menina que foi tirar e quase morreu. Ficou foi ruim no hospital. Aí todo mundo diz uma história, tu sabe ne? Aí a gente viu que ele já tava grandinho e a doutora disse também que qualquer coisa tira na hora de nascer porque ela ainda é menina aí não sabe se ela dá conta de ter ele normal. Aí a gente descobriu logo que é um menino também. Como eu só tenho três meninas, ficou bom. Elas já tão grandinhas, já ajudam. [D]

Ela pontuou que dada as possibilidades, fez uma escolha, primeiramente de não aceitar o abortamento, mas também de ficar com o bebê:

Aí eu disse que não porque logo quando nós começamos a vir pra cá ela já tava com uns três mês, já quase uns três mês já completo, aí ela já tava sentindo já se movimentar dentro aí ela já ficou mais alegre, aí nós conversando eu disse que se ela queria que fosse tirado aí ela disse não pra deixar mesmo, aí eu concordei com ela, aí a gente vai continuar com a gravidez. [E]

Ressalta-se que escolheu, mas incluiu Mariana na escolha. A adolescente era convocada pela mãe a responder por sua gestação. Além disso, pontuou que também compartilhou com o pai da adolescente o processo de decisão frente a gestação da filha:

Mãe: o pai dela concordou também, só que eu não moro junto com ele entendeu, ele tem outra família e mora só. Aí eu conversando com ele, ele disse que não porque logo eu tenho medo assim, porque em Vargem Grande uma menina foi fazer um aborto e logo por pouco ela não morreu. Aí eu fiquei com medo de ela fazer e não sobreviver. [E]

Dessa forma, identificou-se que o suporte familiar e o medo dos riscos diante do abortamento foram elementos levados em consideração na escolha pela manutenção da gravidez e do bebê com a adolescente. Ainda que a adolescente não estivesse fazendo essa escolha sozinha, inclusive porque não lhe era autorizado ainda responder em nome próprio, ela participava das decisões frente sua gravidez.

Durante a entrevista, ao ser questionada se já tinha filhos, Mariana respondeu:

*Mariana: Sim.
Pesquisadora: É? Quantos?
Mariana: Só um mesmo.
Mãe: só esse que tá na barriga. [E]*

A adolescente demonstra que esse bebê já está incluído em seu discurso. Durante o pré-natal, Mariana:

[...] expressou sentimento de vergonha pelo ocorrido, mostrando pouco entendimento sobre situação de violência. Mostra também pouco entendimento do estado de

gravidez, porém demonstra aceitação e expectativa positiva em relação a ter um bebê para cuidar. [P]

Apesar do “pouco entendimento” diante da gestação assim como da incompreensão sobre a situação abusiva, Mariana expõe “*ter experiência em cuidar de bebês, pois ajudou a cuidar do de sua tia (pueril). Vê a mãe como suporte*” [P]. Ela expressa com isso ter algum saber a oferecer nesse lugar de mãe, assim como contar com sua própria mãe para que possa se tornar mãe de seu filho. Retoma-se Jerusalinsky (2014), que afirma que a maternidade não é nem instintiva nem transmitida através da erudição, mas que convoca um saber inconsciente, referido a história de cada mulher e implicado em uma retomada da dissolução do Édipo que indica o desejo de ter um filho como uma das possibilidades da mulher. A maternidade seria então construída com base nesse saber inconsciente de cada mulher que se refere ao percurso percorrido por cada uma na constituição da feminilidade.

Ao longo do pré-natal a paciente demonstra interesse e curiosidade referentes às suas vivências gestacionais. Ela “*mostra expectativa em saber o sexo do bebê, expressando preferência por uma menina. [...] apesar de expressar preferência por menina, já escolheu nomes para menina e menino*” [P]. Ao descobrir que espera um menino, Mariana reage “*com frustração e tristeza. Estava na expectativa de ser uma menina, pois ‘na casa só tem mulher’.* Apesar da frustração relatada, a paciente mantém relação positiva com a gestação” [P].

Atenta-se para a importância do suporte da mãe de Mariana diante da frustração e tristeza ao descobrir que não esperava uma menina:

Mãe: ela tá mais assim desanimada porque ela queria era mulher, mas aí batemos a ultrassom aí deram o resultado que foi homem. Aí ela ficou mais assim. Aí pra animar ela aqui e acolá eu chamo o nome dele. Se ele tá acordado, se ele tá com fome. Aí ela vai ficando assim mais animada, mas aí ela ficou triste porque ela queria era um menino. Ôh, uma menina, aí ela descobriu que era homem, né? [D]

Outro aspecto que nos chama atenção nesse caso é que apesar da violência sexual marcar o início da gestação, nem Mariana, nem sua mãe anulavam um papel para o genitor do bebê. A mãe reconhecia a relação sexual como um ato abusivo, com suporte dos encaminhamentos legais dados a situação.

Mãe: ele foi preso, mas depois ele foi solto porque ele confirmou que foi ele que fez as coisas mesmo. Que ele tinha mexido com ela. Só que ele explicou que não foi que ele pegou ela a força, pra levar sem ela querer. Ele convidou e ela foi. [E]

Disse ainda que:

[...] eles foram pedir pra gente tirar a queixa, mas aí lá no conselho eles disseram que não pode não, porque se eu tirar eu que vou presa, porque eu sou a mãe né? E uma menina dessas doente do jeito que ela é, ele não podia ter feito isso com ela não. Mesmo ela querendo.[D]

A mãe de Mariana parecia levar em conta o fato de o autor da violência ter negado uso de força física na relação sexual com a adolescente, assim como o fato de a adolescente, de alguma forma, ter consentido com o ato sexual. As situações de violência sexual são lidas por cada pessoa e por cada contexto familiar e social de modo singular. Nessa leitura será levado em conta o que cada um pôde apreender dessa experiência e por isso não é possível prever os efeitos nem como cada um responderá no contexto da violência sexual.

Além disso, retoma-se a discussão feita sobre a adolescência para pontuar que apesar da dificuldade dos adultos de reconhecerem uma identidade sexual entre os adolescentes, principalmente no início da adolescência, a mãe de Mariana não recusava a sexualidade de sua filha. Ela adverte para a responsabilidade do autor da violência na situação: “*uma menina dessas doente do jeito que ela é, ele não podia ter feito isso com ela não*”, não considerando o ato sexual como legítimo. Reconhece em Mariana uma dificuldade em consentir totalmente com essa relação, apoiada em sua “*doença*”, porém ressalta que há um desejo da adolescente aí: “*mesmo ela querendo*”. Ao reconhecer a presença de um desejo, a mãe reconhece também em Mariana uma identidade sexual, abrindo a possibilidade para que a adolescente possa se reconhecer como um sujeito sexuado: como mulher, como mãe.

A mãe de Mariana considerava que tinha algo de violento na concepção do neto, formalizou a denúncia contra o genitor do bebê, mas, ainda assim, o convocava a se colocar como pai da criança, ainda que através da exigência da participação financeira dele:

Mãe: foi preso e no outro dia ele foi solto. Ele tá solto. Só que eles não tã dando ajuda de nada. Eles não ajudam não. Mas ai até eu tava dizendo pro pai dela que foi lá em casa e eu disse pra ele... pra ele mandar um bilhete, pra mandar pra ele me ajudar também porque eu... só eu sozinha pra dar conta. O pai não tem como ajudar porque ‘veve’[SIC] doente, o pai dela. Tem uma.. Uma leucemia no sangue e outro negócio lá que ele tem. Ele também é pobre ele e ele não pode ajudar, ele. A gente tem que correr é pra eles mesmo lá. [E]

Disse que após esse momento inicial que implicou na prisão do genitor do bebê, Mariana manteve contato com ele. Assim, parece que a relação não ficou posta apenas como uma relação de violência:

Mãe: ela foi, depois que ele saiu ela foi só uma vez. Porque ele... porque ela tava completando ano. Ai ele levaram... Fizeram parece um almoço pra ela lá e levaram ela lá. Mas depois que ele voltou. Porque eu disse pra eles: olha, a menina não é pra tá frequentando a casa dele. Mesmo que é parente, mas num é pra tá porque... porque se ele quisesse que ela frequentasse a casa dele, ele não tinha feito o que ele fez.

Agora ela vai, mas... só esse dia aí que ela foi. Ai ele tava perguntando... que quando batesse a ultrassom era pra mandar dizer pra ele, pra ele saber o que era. [E]

Reconhece que há algo não legítimo na relação sexual entre o pai do bebê e a adolescente, mas não restringe isso a um ato de violência; existe a violência, mas não só ela. Melman (2008, p.69) diz que “a violência aparece a partir do momento em que as palavras não têm mais eficácia”. No ato de violência há uma recusa do reconhecimento de um sujeito no outro. O outro é destituído de sua posição de sujeito desejante. Ao reconhecer algo além da violência nessa relação, a mãe de Mariana parece reconhecer também um lugar para o genitor na história do bebê.

Já sobre a o processo de tornar-se mãe do seu bebê, quando questionada sobre o que achava sobre o isso, Mariana demarcou que “*eu acho bom*” [E].

Mencionou que sabia que o bebê era um menino e que inicialmente não tinha gostado, pois preferia uma menina. Tal como no caso de Vânia, Mariana falava que tinha preferência por ter uma menina, entretanto escolheu o nome de menino e solicitou que sua mãe escolhesse um nome de menina antes da confirmação do sexo do bebê. A adolescente disse que nomeou o bebê de João Vitor e sua mãe explanou como foi o processo de escolha do nome:

Pesquisadora: Tu já falou do sexo do bebê, né? Que é um menino. E qual é o nome dele?

Mariana: João Vitor.

Pesquisadora: E como foi para escolher o nome?

Mariana: [silêncio]

Pesquisadora: tu que escolheu? [silêncio] Junto com a tua mãe ou sozinha? [silêncio]

Mãe: ela disse assim, nós tava assistindo televisão e ela disse assim: mãe, se for mulher a senhora escolhe o nome, se for homem eu escolho. Aí eu disse: e se for homem tu vai botar que nome? Aí ela: é João Vitor. Aí ela me perguntou: ei mãe, e se for mulher? Aí eu disse: vai ser Maria Eduarda. Ela que gostou do nome de menino.

Mariana mencionou que estava feliz com a proximidade da chegada do bebê. Disse que estava se preparando para esse momento, mas não explanou como. Referente a esse momento, a mãe disse que estavam:

Mãe: Tudo alegre, satisfeito. Aí quando a gente vem para cá as menina tão tudo preocupada se ela veio bem, se voltou bem, aí quando a gente chega que o carro para na porta, já tão todo mundo na porta esperando ela chegar. Tá todo mundo alegre. [...] No dia que nós batemos a ultrassom os menino tava na porta quando chegamos, nem descemos do carro e já tava todo mundo perguntando o que era. Aí nós dissemos que era homem [sorrindo]. [...] tem hora que eu me espanto e a mais velha diz: mãe, o João Vitor tá querendo comer. Elas gostam [Mariana e mãe sorrindo]. Aí eu vou lá e tão elas duas se acabando de sorrir, elas se acabando. Logo que nós mora só em nós quatro mesmo sozinha.

Um lugar para o bebê estava sendo constituído no ambiente familiar, tanto por Mariana, como por sua mãe e suas irmãs. Nisso se refletia também a constituição da

maternidade para Mariana, que se confirmaria ou não após o nascimento do bebê. Mariana dispunha de suporte familiar, que aparecia como elemento fundamental para que a adolescente exercesse sua maternidade. Melman (2009, p.143) coloca que é tarefa dos adultos diante dos adolescentes “armá-los no que vai ser sua vida privada, no que vai ser sua vida social, nós não sabemos o que vai poder, para eles, constituir uma boa maneira de se manter na vida privada e na vida social”. Não é possível prever como se dará o exercício da maternidade; entretanto, pontua-se que a constituição de um lugar para a criança e para mãe criado pela família, possibilita que Mariana possa se apropriar do exercício de sua feminilidade e maternidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha experiência como psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Área de Atenção à Saúde da Mulher me mobilizou questões referentes à prática com mulheres em situação de violência sexual. Uma das consequências da violência sexual é a gestação não planejada, na qual a mulher se vê diante das possibilidades de interromper a gestação, manter a gestação e entregar a criança para adoção, ou manter a gestação e colocar-se como mãe para o bebê. Parte-se do pressuposto que essa escolha é complexa, primeiramente porque, como qualquer escolha, implica em renúncias. Além disso, identifica-se que na decisão estão envolvidos aspectos psicológicos, sociais, religiosos; enfim, aspectos subjetivos de cada uma dessas mulheres que a remeterão a sua própria história e as levarão a fazer uma escolha e a se posicionar como lhes for possível frente essa escolha.

Nesta dissertação fui norteada pela seguinte questão: o que possibilita que a maternidade se constitua, para a mulher, no contexto de violência sexual? Propus então, como objetivo principal, discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Essa questão foi trabalhada pautada no método psicanalítico, o que implicou numa pesquisa que não se propôs a trazer generalizações ou encerrar as questões quanto ao tema, mas no estabelecimento de algumas articulações que consideraram a singularidade dos casos e do estudo.

Iniciei esta dissertação trazendo questões conceituais, epidemiológicas e de políticas públicas que dão suporte a assistência a mulheres no contexto da violência sexual, de modo a contextualizar a gestação decorrente de violência sexual enquanto um problema de saúde pública assim como uma violação dos direitos humanos. Foi possível assim evidenciar que a violência sexual traz diversas consequências à mulher e juntamente com essas consequências, as mulheres se deparam com diversos desafios, tanto no acesso aos serviços de saúde e proteção, quanto aqueles que se referem à própria vivência da gestação e da maternidade para cada uma delas.

Há estudos e práticas sendo construídos e reconstruídos no intuito de atender as demandas que emergem daí. Evidenciei que, no contexto da Saúde Pública, predomina a realização de pesquisas epidemiológicas que contribuem para o conhecimento da problemática e para tornar pública sua dimensão, assim como dão suporte ao desenvolvimento de políticas públicas e de segurança específicas para as mulheres em situação de violência sexual. No entanto, no contexto da assistência à saúde das mulheres em situação de violência,

especificamente daquelas que engravidam após a violência sexual, é fundamental que se desenvolva uma prática que possa ir além da perspectiva epidemiológica, que traça recomendações gerais. É importante que cada uma dessas mulheres possa ser reconhecida como sujeito de direitos e de desejo, ou seja, enquanto sujeitos de direitos, que lhes sejam garantidos os direitos fundamentais conforme dispostos na legislação brasileira, dentre eles o direito à dignidade sexual que é violado nos casos de violência sexual. Já como sujeito de desejo, através da noção de inconsciente, que sejam reconhecidas enquanto sujeito dividido, marcadas pela falta e que possam se implicar subjetivamente no que lhes ocorre. Nesse ponto, problematizamos nossa questão partindo da escuta de mulheres nesse contexto.

Discuto a questão da gravidez decorrente de violência sexual por meio do trabalho com textos de Freud e Lacan, assim como com artigos de psicanalistas contemporâneos. Início articulando as noções de agressividade e violência conforme trabalhadas pelo referencial teórico adotado e discutindo a constituição da feminilidade e da maternidade. Devido ao desenrolar da pesquisa que apresentou somente adolescentes grávidas como participantes do estudo, discuto também a adolescência partindo do referencial psicanalítico. Com isso, foi possível propor que no âmbito da assistência as mulheres com gestação decorrente de violência, reconheça-se a singularidade de cada vivência apostando na fala dessas mulheres, no trabalho com o significante. Considerando-se este trabalho como um caminho para possibilitar que diante da gravidez decorrente de violência, as mulheres possam se implicar subjetivamente com o que lhes ocorreu e se deslocar do lugar de “vítima” que costuma ser-lhe socialmente atribuído, partindo do questionamento desse significante “vítima” de modo a se construir uma resposta particular para essa situação, já que o significante só é significante para cada sujeito em determinado contexto, não podendo ser significado *a priori*.

Identifiquei que a literatura aponta a gravidez decorrente de violência sexual vivida, por muitas mulheres, como uma segunda violência. Além disso, no contexto social, circula um discurso de horror diante da violência sexual, assim como da impossibilidade de se constituir uma maternidade “normal” nesse contexto. Isso vem reforçado pela literatura médica que aponta para o maior número de patologias perinatais em mulheres nessa situação, assim como pela literatura psicológica que indica maior risco do desenvolvimento de psicopatologias na mãe e na criança. Contudo, identificamos que apesar desses riscos e das dificuldades implicadas em uma gestação decorrente de violência sexual, é possível que as mulheres se desloquem da violência e constituam o exercício da maternidade, que não necessariamente será impossibilitado.

Parti do ponto que a anatomia não dá conta de definir uma mulher e que a feminilidade não pode ser resumida a um viés biologizante. O tornar-se mulher implica numa construção feita por cada mulher diante do enigma da feminilidade. Da mesma forma, consideramos que ser mulher não garante que esse sujeito poderá exercer a maternidade. Não existe um instinto materno, é necessário que cada mulher se constitua mãe para cada filho, a cada vez.

Portanto, o fato de a mulher se encontrar grávida não é suficiente para o nascimento de uma mãe. A gravidez implica, mas não conduz naturalmente ao tornar-se mãe. Por sermos atravessados pela linguagem, não é possível às mulheres recorrerem ao recurso do instinto para exercerem sua feminilidade e sua maternidade. Assim, é necessário um trabalho de criação que será feita por cada uma, a cada vez. Esta criação será marcada pelo contexto cultural no qual a maternidade se insere, assim como pelos significantes que marcam o desenvolvimento subjetivo de cada mulher.

Na adolescência, o tonar-se mãe pode se apresentar como uma exigência a mais na transição entre a infância e a fase adulta, delimitada pelo contexto cultural. Isso porque, nesse período, o adolescente está buscando se constituir e ter reconhecida sua identidade sexual. Ocorrem aqui mudanças no seu corpo que marcam a perda do estatuto de criança e que através do novo papel social, o convocam a assumir uma nova posição – já não é mais uma criança, porém ainda não é um adulto. O adolescente identifica aspectos de uma maturação sexual, mas questiona-se sobre essa identidade. Ele busca sua legitimidade no mundo adulto, porém ela ainda lhe é recusada.

Nesse desencontro entre a maturidade sexual e a autorização para o exercício da sexualidade meninos e meninas são convocados de forma diferente. Vimos que entre as meninas, a sexualidade costuma ser mais repreendida. Por que?

Na contemporaneidade, o reconhecimento da identidade sexual tem sido retardado por questões escolares e profissionais: solicita-se que primeiramente o adolescente estude e acesse ao mercado de trabalho para que, então, exerça sua sexualidade. Se a iniciação sexual acontece antes disso é considerada precoce. Porém, não nos cabe generalizar esse tempo, já que em cada contexto isso e para cada sujeito isso se dá de forma diferente. Entendo que os dispositivos jurídicos traçam limites cronológicos gerais, porque é necessário que se haja um ordenamento geral para mediar as relações humanas. Porém, é importante também que se escute e se dê valor a fala de cada adolescente sobre o que lhe ocorreu. Dessa forma, tratar de antemão toda atividade sexual dos adolescentes como violência sexual torna-se uma prática limitante que não possibilita que os adolescentes se impliquem em sua vida, em suas próprias escolhas.

Durante a pesquisa, identifiquei como um equívoco tratar-se toda gestação em adolescentes menores de catorze anos como gestação decorrente de violência sexual. Vi que isso é percebido entre os profissionais que trabalham na assistência à saúde dessas adolescentes, que já realizam uma diferenciação entre a gravidez resultante de uma iniciação sexual, que embora seja considerada precoce é reconhecida a legitimidade da sexualidade da adolescente aqui envolvida, e a decorrente de violência sexual. Juridicamente, todos os casos são tratados da mesma forma, a despeito da fala das adolescentes. Isso não seria uma violência?

Com a Psicanálise proponho um trabalho pela via do significante, no qual, apostando na fala das adolescentes possa-se reconhecer o sujeito nelas, apontando para uma implicação subjetiva nessa vivência e para a possibilidade da constituição da maternidade pela via do reconhecimento de uma identidade sexual que não se encerre na violência, mas que possa ser significada por cada uma delas. Desse modo, reconhecemos a descoberta freudiana de que existe uma sexualidade infantil e que os adolescentes buscam ser reconhecidos como homens e mulheres.

Com isso, posso indico que a única generalização possível no contexto da gravidez decorrente de violência sexual é que cada gestação ganhará um significado particular, assim como cada mulher se tornará – ou não – mãe para aquele bebê através de uma constituição subjetiva, relativa à história de cada delas e da construção que se dará a cada vez como resposta ao que é ser mulher, o que é ser mãe e o que é possível para cada uma delas diante de um filho não planejado, mas que ainda assim elas escolheram ter.

Aponto como delicadas limitações deste estudo o fato de todas as participantes serem adolescentes, o que apresenta a escolha por ter ou não a criança como uma escolha que precisa ser legitimada por um adulto responsável – as adolescentes não podem decidir sozinhas. Além disso, nenhuma das participantes envolvidas no estudo consideravam o ato sexual que resultou na gravidez somente como um ato de violência, o que traz implicações diversas na vivência da gestação e no exercício da maternidade. Outro ponto diz respeito ao fato que o exercício da maternidade só se confirma ou não diante do nascimento do bebê. Portanto, apontamos como possibilidades de trabalho pesquisas que envolvam mulheres grávidas que não apenas adolescentes, assim como estudos que possam observar o desenvolvimento da maternidade não apenas durante a gestação, mas na relação da mãe com o bebê.

REFERÊNCIAS

ABRÁPIA. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Autores & Agentes & Associados, 2002.

ALBERTI, S. **O adolescente e o Outro**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S.H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 559-578, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Campinas, n.23, vol.2, p.465-469, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200024>. Acesso em: 10 de março de 2017.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União: Brasília, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Diário Oficial da União: Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2006/leimariadapenha-1.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2018.

_____. **Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Diário Oficial da União: Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Ministério da Saúde. Brasília: SINAN NET, 2009b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011a. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 08 de julho de 2018.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª Ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf>. Acesso em: 31 de julho de 2015.

_____. **Decreto Nº 7.958, de 13 de março de 2013**. Diário Oficial da União: Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

_____. **Lei Nº12.845, de 1º de agosto de 2013**. Diário Oficial da União: Brasília, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

_____. **Decreto Nº 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Diário Oficial da União: Brasília, 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm>. Acesso em: 04 de dezembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Vol. 29. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

CANTELMO, C.A.; CAVALCANTE, T.P.; COSTA, L.F. A menina mãe: incesto e maternidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v.13, n.1, p.137-154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 de agosto de 2018.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?searchword=estupro&ordering=category&searchphrase=all&Itemid=32&option=com_search>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

COELHO, D.M.; SANTOS, M.V.O. Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. **Analytica**, São João Del-Rei, v.1, n.1, p. 90-105, Jul/Dez, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972012000100006>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91. Março, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de junho de 2019.

DREZETT, J. Aborto e Violência Sexual. In: ZANELLO, V.; PORTO, M. (Org.). **Aborto e (não) desejo de maternidade(s):** questões para a Psicologia. Brasília: CFP, 2016. p. 60-66.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017.** 11ª ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

FREUD, Sigmund (1893-1895). **Estudos sobre a histeria.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1897). **Carta 69.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1904). **O método psicanalítico de Freud.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.233-240.

_____ (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 119-231.

_____ (1912). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.123-136.

_____ (1913). **Sobre o início do tratamento** (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.137-160.

_____ (1914). **Sobre o Narcisismo:** uma introdução. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.77-108.

_____ (1915). **Artigos sobre a Metapsicologia.** In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.111-266.

_____ (1917). **Conferência XXIII:** os caminhos da formação dos sintomas. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.

_____ (1923). **A organização genital infantil:** uma interpolação na teoria da sexualidade. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 155-164.

_____ (1924). **A Dissolução do Complexo de Édipo**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.191-199.

_____ (1925). **Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.273-288.

_____ (1925b). **Um estudo autobiográfico**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.11-78.

_____ (1930[1929]). **O Mal-estar na Civilização**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.67-148.

_____ (1931). **Sexualidade feminina**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.231-254.

_____ (1933). **Conferência XXXIII: Feminilidade**. In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.113-134.

GIL, M.J.; LUCAS, P. A maternidade na adolescência num contexto de abuso sexual na família. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n.XVI, p.385-392, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

GRYNER, S. A direção do trabalho clínico do NAV. In: Gryner, S.; Ribeiro, P.M.C.M.; Oliveira, R.C. de. (Org.). **Lugar de Palavra**. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência (NAV), 2003. p.57-62.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.H.; AZEVEDO, G.A.; MACHADO, P.X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.21, n.3, p.341-348, Dezembro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

IPEA. **Texto para discussão**. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: IPEA, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?searchword=estupro&ordering=category&searchphrase=all&Itemid=32&option=com_search>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

IRIBARRY, I.N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.115-138, Jan/Jun, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em:

<<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/.../relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

LACAN, Jacques (1948). **A agressividade em Psicanálise**. In: LACAN, J. Escritos. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 104-126.

_____ (1949). **O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica**. In: LACAN, J. Escritos. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

_____ (1953-1954). **O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Traduzido por Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

_____ (1956-1957). **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Traduzido por Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____ (1957-1958). **O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____ (1958). **A significação do falo** (Die Bedeutung des Phallus). In: LACAN, J. Escritos. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 692-703.

_____ (1964). **Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista**. In: LACAN, J. Escritos. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 865-868.

_____ (1965). **A ciência e a verdade**. In: LACAN, J. Escritos. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 869-892.

LAMEIRA, V.M.; COSTA, M.C.S.; RODRIGUES, S.M. Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v.17, n.1, p.68-78. Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i1.4861>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

LARA, L.A.S.; ABDO, C.H.N. Aspectos da atividade sexual precoce. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 199-202. Maio, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000500199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de junho de 2019.

LIMA, S.C.A.; JESUS, F.B. de; MARTINS, C.B.G.; SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. A experiência e atitude de adolescentes frente a sexualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p.385-393. Outubro, 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756267>>. Acesso em 12 de junho de 2019.

LORDELLO, S.R.; COSTA, L.F. Gestação decorrente de violência sexual: um estudo de caso à luz do modelo bioecológico. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, vol.7, n.1, p.94-104, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/6658>>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

MACHADO, C. L.; FERNANDES, A. M. S.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.345-353. Fevereiro, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MELMAN, C. (2005). A função das mães nos dias de hoje. In: MELMAN, C. **A prática psicanalítica hoje – conferências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2015. p. 129-150,

_____. **O homem sem gravidez: gozar a qualquer preço**. Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

_____. O que espera o adolescente da sexualidade e da morte? In: FLEIG, C.F.B. (Org.). **Adolescente, sexo e morte**. Porto Alegre: CMC, 2009. p.129-143.

MOURA, E.R.F.; SILVEIRA, L.C.; NOGUEIRA, R.A. A realidade do abuso sexual na vida de uma adolescente: Relato de Caso. **Revista RENE**, Fortaleza, vol.2, n.1, p.13-17, 2001. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13557/1/2001_art_erfmoura.pdf>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

MPF. Lei do Minuto Seguinte. Apresenta textos e vídeo de publicidade referentes à lei 12.845/2013. Disponível em: <<http://www.leidominutoseguinte.mpf.mp.br/>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p.21-36. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Gravidez pós-estupro: considerações com base na Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, vol.11, n.3, p.285-296, 2018. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclnicos/article/view/ctc.2018.113.01/60746527>>. Acesso em: 27 de novembro de 2018.

PFEIFFER, L. Desvinculação pais e filhos e maus-tratos. In: **Violência, Paixão e Discursos: os avessos do silêncio**. Org. GEDIEL, J.A.; MERCER, V.R. Porto Alegre: CMC, 2008. p. 65-90.

RIBEIRO, P.M.C.M. A violência sexual: considerações sobre a importância da função do pai. In: Gryner, S.; Ribeiro, P.M.C.M.; Oliveira, R.C. de. (Org.). **Lugar de Palavra**. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência (NAV), 2003. p.70-73.

RIBEIRO, P.M.C.M.; GRYNER, S. Considerações sobre a exploração sexual comercial: de que risco se trata. In: Gryner, S.; Ribeiro, P.M.C.M.; Oliveira, R.C. de. (Org.). **Lugar de Palavra**. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência (NAV), 2003. p.74-79

SOUTO, R.M.C.V.; PORTO, D.L.; PINTO, I.V.; VIDOTTI, C.C.F.; BARUFALDI, L.A.; FREITAS, M.G.; SILVA, M.M.A.; LIMA, C.M. Estupro e gravidez em meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2909-2918, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902909&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de novembro de 2018.

TAYLOR, A.; LAURO, G.; SEGUNDO, M.; GREENE, M. **“Ela vai no meu barco”**: casamento na infância e adolescência no Brasil. Resultados de Pesquisa de Método Misto. Rio de Janeiro: Promundo, 2015.

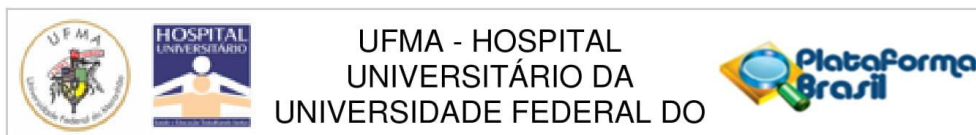
VAL, A.C.; MODENA, C.M.; CAMPOS, R.T.O.; GAMA, C.A.P. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.1287-1307, Out./Dez, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400022> >. Acesso em: 19 de janeiro de 2019.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015**: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília: Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais, 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

WORLD HEALTHY ASSEMBLY (WHA). **WHA49.25 - Prevention of violence: a public healthy priority**. Genebra: WHA, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Parecer de Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TORNAR-SE MÃE: considerações psicanalíticas sobre a maternidade em mulheres com gestação decorrente de violência sexual

Pesquisador: Isalena Santos Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87310418.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.684.076

Apresentação do Projeto:

1.1 Violência Sexual e Gravidez: A violência sexual é um problema que afeta pessoas no mundo todo. Estima-se que 12 milhões de pessoas sofram violência sexual a cada ano no mundo (BRASIL, 2012). No Brasil, este é o terceiro tipo de violência mais cometido contra mulheres, de acordo com dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Segundo o “Mapa da Violência 2015”, a violência física é o tipo de violência que mais acomete mulheres, representando 48,7% das notificações e 96.429 casos atendidos; seguida pela violência psicológica/moral, com 23% das notificações que implica em 45.485 casos atendidos; e pela violência sexual, com 11,9% das notificações, representando 23.630 mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (WAISELFISZ, 2015). Destaca-se que, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), 70% dos estupros no Brasil vitimizam crianças e adolescentes. Dentre estes casos, 40% dos estupradores são conhecidos e pertencem ao círculo familiar próximo as vítimas e 56,5% das vítimas cujos acusados são conhecidos sofreram estupros repetidos. Esses dados são obtidos através de notificações após atendimentos no sistema de saúde. Contudo, sabe-se que esses dados não abarcam todos os casos de violência ocorridos no Brasil, tanto pela subnotificação como pela expressiva quantidade de mulheres que não procuram os serviços de saúde após sofrerem algum tipo de violência, principalmente em casos de violência intrafamiliar, tais como o incesto e o sexo forçado por parceiro íntimo. Ainda assim, por meio destes, podemos perceber a magnitude do problema. Apesar deste não ser um problema recente,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

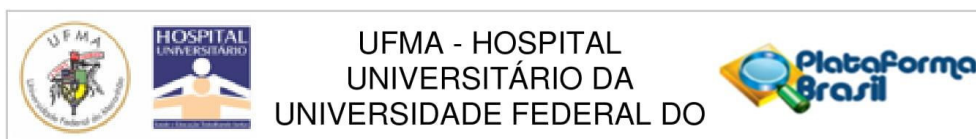
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

somente em 2002 a violência sexual foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como todos os atos sexuais não desejados, realizados por parceiro íntimo ou estranho, e ações de comercialização da sexualidade das pessoas mediante coerção (OMS, 2002). Foi neste período também, que a violência sexual passou a ser incluída como questão de saúde pública no mundo. Isso se deu não só pela alta incidência de casos, mas, principalmente, pelos agravos que acarreta à saúde, tais como: [...] lesões, gravidez indesejada, disfunção sexual, e / ou doenças sexualmente transmissíveis (como o HIV), tendo também um grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Entre os danos causados à saúde mental, podem contar-se a ansiedade, a depressão e até o suicídio (SOUZA; ADESSE, 2005, p.13-14). Esses agravos têm um impacto na economia do país. Estima-se que o Brasil "perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde gasta anualmente entre 8% e 11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes" (BRASIL, 2012, p.14). Quando se trata de saúde mental, vale destacar que a violência sexual tem impactos variados, visto que a vivência da violência é singular a cada sujeito e as consequências dessa não podem ser generalizadas ou padronizadas, já que dependem da forma como cada pessoa pode lidar com a situação. Destacamos a gravidez não planejada como uma das consequências da violência sexual de complexa delicadeza. A gestação, por si só, tem impactos biopsicossociais na mulher, e quando decorre de violência sexual pode ser vivenciada como uma segunda forma de violência, visto que, apesar de cogitada, no geral não costuma ser esperada, principalmente quando a mulher passou pela contracepção de emergência. A gravidez decorrente de violência sexual é o terceiro tipo de consequência mais prevalente do estupro, ocorrendo em 7,1% das situações. Ressalta-se que esta consequência é mais frequente entre crianças e adolescentes, ocorrendo em 25,6% dos casos. Já entre mulheres adultas, está presente em 7,3% das ocorrências de estupro. Relaciona-se a maior frequência de gravidez entre crianças e adolescentes à alta recorrência do estupro nessa população (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Frente à gestação decorrente de violência sexual, a mulher possui o direito de realizar a interrupção legal da gravidez, de acordo com o Decreto-Lei 2848 de 7 de dezembro de 1940, assim como também pode manter a gestação e optar por inserir a futura criança na família ou encaminhá-la aos serviços de acolhimento, para adoção. Em ambas as escolhas, a assistência à mulher deve ser garantida (BRASIL, 2012). Entre as mulheres com gestação decorrente de estupro, 19,3% das adultas realizam o abortamento previsto em lei, enquanto somente 10,6% das crianças e adolescentes interrompem a gestação. Associa-se a redução do procedimento de abortamento entre crianças e adolescentes à relação de parentesco entre vítima e agressor que adia a revelação da situação de violência sexual, resultando na descoberta tardia da gravidez e impossibilitando a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

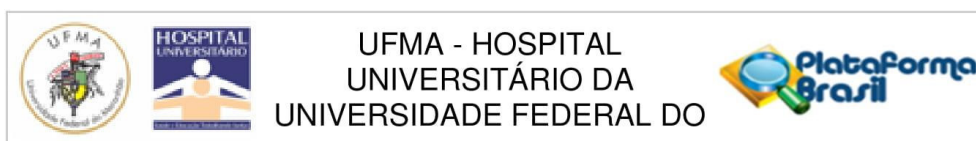
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

realização deste procedimento e, também, a prescrição da Nota Técnica do Ministério da Saúde de que o aborto só deve ser realizado em menores de dezoito anos quando a vítima e o seu responsável legal concordarem com o procedimento (CERQUEIRA; COELHO, 2014). É importante destacar que, neste trabalho, falaremos a partir do referencial psicanalítico, por meio de obras de Freud e Lacan. Dessa forma, traçaremos algumas considerações, a partir da psicanálise, que possibilitarão questionamentos e discussões acerca dos temas: violência sexual, gestação decorrente de violência sexual e maternidade. 1.2 Da gestação à maternidade. A gestação enquanto evento fisiológico é algo que implica, mas não determina um processo de construção da maternidade. O senso comum costuma associar a maternidade a uma reação instintual característica da mulher, como algo natural ao gênero feminino. Porém, por meio do referencial psicanalítico, temos que a maternidade consiste numa relação imaginária e simbólica estabelecida entre a mãe e o bebê, sendo constituída não a partir do momento em que a mulher se vê grávida, mas num período anterior, referente à constituição da sexualidade feminina. Em relação a isso, Freud (1931/1996, p.238) aponta que diante da dissolução do Édipo e do complexo de castração, há três possibilidades para a menina: a primeira implica em uma repugnância da menina em relação à sua sexualidade; a segunda "(...) a leva a se aferrar com desafiadora auto-afirmatividade à sua masculinidade ameaçada"; e a terceira leva à feminilidade, onde, conforme apresentado anteriormente por Freud (1925/1996, p.284), "a libido da menina desliza para uma nova posição ao longo da linha da equação 'pênis-criança'". Ela abandona seu desejo de um pênis e coloca no lugar o desejo de um filho". Com base nisso, Jerusalinsky (2014, p.22) propõe que "o exercício da maternidade implica uma retomada da saída, do percurso que cada mulher percorreu em relação ao seu falicismo e à sua feminilidade", ou seja, uma retomada à dissolução do Édipo e da castração. É importante ressaltar que, assim como não há garantia do exercício da maternidade por uma mulher diante da gestação, também não é garantido o estabelecimento de um laço mãe-bebê a partir do contato da mãe com o recém-nascido. A maternidade(...) está permeada por um complexo trabalho psíquico de estabelecer um laço em um contexto que está atravessado por todas as consequências de não haver complementaridade com o objeto de satisfação, de não haver relação sexual. Portanto a maternidade não é nem da ordem do sabido naturalmente por instinto, nem do que pode ser instruído por meio da erudição, tampouco do que é imanente de um senso comum espontâneo. É uma experiência que convoca um saber inconsciente e que, assim sendo, depende de uma transmissão e também de uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher no exercício da maternidade. Ou seja, ao mesmo tempo que a maternidade implica uma repetição inconsciente entre gerações, também diz, singularmente, da invenção que pode ter lugar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

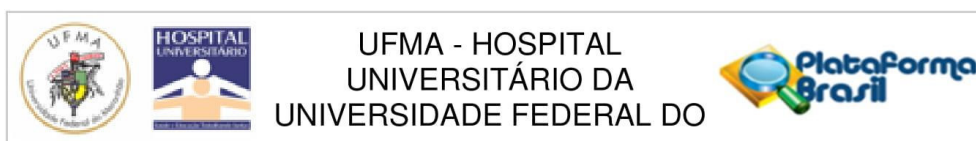
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

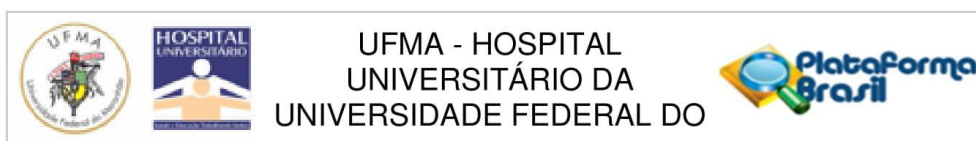
para uma mulher a partir da experiência de maternidade (JERUSALINSKY, 2014, p.19). A gestação idealizada costuma ser aquela proveniente do amor entre os pais e que vem no momento exato para satisfazer o desejo destes. Porém, há diversas gestações que não se incluem nesta idealização, as decorrentes de violência sexual estão entre essas. E os laços estabelecidos entre mãe e bebê que permitem à mulher o exercício da maternidade são afetados tanto pela constituição subjetiva da mulher, como pela relação que ela estabelece com a gestação e pelo lugar que ela destina a futura criança. Dessa forma, o modo como se dá a gravidez não determina se será estabelecido o laço mãe-bebê e como será estabelecido, mas tem implicações na constituição desse laço, implicações estas que serão singulares a cada caso. Há situações em que esse vínculo mãe-bebê é frágil ou não é estabelecido. De acordo com o Manual de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, há alguns fatores considerados de risco para a desvinculação mãe-bebê. Dentre estes, destacamos: "gravidez não planejada", "gravidez na adolescência sem conhecimento dos pais", "gravidez de relacionamento extraconjugal", "abandono do parceiro", "histórico de um dos responsáveis de maus-tratos na infância ou adolescência", "violência familiar" e "depressão ou distúrbios do comportamento materno" (PFEIFFER, 2008). Esses fatores de risco frequentemente são encontrados em gestação decorrente de violência sexual, logo é importante que, caso se apresentem, tais questões sejam trabalhadas de modo a viabilizar a construção da maternidade e uma relação saudável entre mãe e bebê, nas mulheres que, nesse contexto, optam por ficar com a criança. Neste ponto, é importante ressaltar que a maternidade e a relação mãe-bebê não é um processo dual, visto que se o bebê que nasce é fruto real de um ato sexual, ele chega em um cenário imaginário e em um contexto simbólico que é efeito da tramitação da sexualidade por parte da mãe, de sua história libidinal, de sua resolução edípica. Portanto, não há verdadeiramente agente da função materna sem referência ao nome-do-pai. Só assim o filho é objeto de desejo e só assim, então, a mãe inscreve (escreve?) no corpo dele as marcas do simbólico (JERUSALINSKY, 2014, p.19). Dito isto, temos a importância da função paterna na constituição psíquica do bebê, assim como no exercício da maternidade pela mulher. E é nesse ponto que podemos situar nossa questão.

Hipótese:

Questão norteadora: o que possibilita que a maternidade se constitua, para esta mulher, nesse contexto de violência sexual?

Metodologia Proposta:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

Este estudo configura-se como uma pesquisa empírica que contará com uma análise qualitativa dos dados. A coleta de dados se dará por meio de roteiro de entrevista semiestruturado e observação participante, com o registro das observações feito em diário de campo. A pesquisa será realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno-Infantil, localizado no município de São Luís-MA. A coleta de dados será feita nas enfermarias obstétricas, nas enfermarias de puerpério, nos leitos do centro de parto e no ambulatório de psicologia. Os dados serão analisados pelo método psicanalítico de pesquisa. A pesquisa será financiada por recursos próprios. O estudo será realizado de acordo com o que é preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Critério de Inclusão:

- mulheres que realizam pré-natal especializado em violência sexual e optam por manter a gestação e tornar-se mãe da criança.

Critério de Exclusão:

- mulheres gestantes em decorrência de violência sexual, que optam pela interrupção legal da gestação ou pelo encaminhamento da criança para adoção ou para guarda de outro membro da família;- gestantes menores de 14 anos que tiveram relação sexual consentida;- e as gestantes menores de 12 anos.

Metodologia de Análise de Dados:

Após a transcrição das entrevistas e das observações obtidas a partir do diário clínico, a análise dos dados será feita a partir do método psicanalítico de investigação, conforme proposto por Freud ao longo de seu trabalho com a clínica psicanalítica. A análise guiar-se-á pelo pressuposto freudiano que afirma que a construção do conhecimento científico se inicia na descrição, agrupamento, classificação e correlação do fenômeno estudado, sendo imposto a esse material ideias obtidas através da observação, da experiência do pesquisador e do estudo teórico. Assim, o conhecimento vai se delineando no desenrolar da pesquisa - através da indissociabilidade entre teoria e prática - sem a pretensão de lançar generalizações ou definições fixas (FREUD, 1915/1996). Destaca-se que a análise de dados, para a Psicanálise, leva em conta a subjetividade dos participantes e do pesquisador. O pesquisador é incluído como sujeito que conta na pesquisa, pois "fala de determinado lugar e aparece implicado indissociavelmente ao material que pretende analisar" (LAMEIRA; COSTA; MIRANDA, 2017, p.75). Assim partir-se-á das ideias provenientes da fala de cada sujeito, sem fixar-se em conceitos pré-determinados. Os dados empíricos serão

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

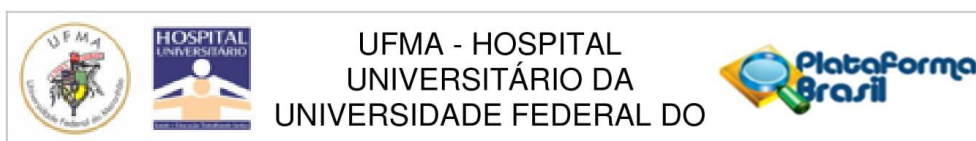
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

problematizados com o apoio do referencial teórico e possibilitarão formulações e articulações entre pesquisa, teoria e prática. A construção dos resultados e discussão será realizada a partir do saber produzido pela fala das participantes, tendo “sua rigorosidade apoiada exatamente nos pilares da fala (associação livre) e da escuta (flutuante) e regulada pelo impacto transferencial” (COELHO; SANTOS, 2012, p.93), sendo lido pelo viés teórico. Essa construção ocorrerá da seguinte forma:-Será feita a leitura das transcrições das entrevistas e das observações obtidas através do diário clínico e a leitura dos registros em prontuário hospitalar;- As informações serão classificadas e analisadas de acordo com os objetivos desta pesquisa e com o recurso teórico adotado, no caso, a Psicanálise.

Desfecho Primário:

A investigação buscará promover uma discussão acerca da noção de maternidade para mulheres com gestação decorrente de violência sexual, sem o objetivo de inferir generalizações, mas de maneira a levar em conta a singularidade de cada caso.

Tamanho da Amostra no Brasil: 10

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Objetivo Secundário:

- Identificar fatores que contribuem para a escolha pela mulher com gestação decorrente de violência sexual de ficar com a criança;
- Identificar a noção de maternidade para a mulher com gestação decorrente de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A intervenção proposta por esta pesquisa pode incitar desconforto emocional, tal como choro e tristeza, visto que as participantes entrarão em contato com conteúdos relativos às vivências da violência sexual, da descoberta da gestação e da escolha realizada diante da mesma – manter a gestação e tornar-se mãe desta criança. Diante disso, buscaremos durante a condução da entrevista o cuidado necessário para a minimização de possível desconforto, o que pode ser favorecido pela equipe responsável ser composta por psicólogas. A pesquisa também envolve como risco a quebra de confidencialidade. Diante disso, as pesquisadoras manterão atenção e cuidado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

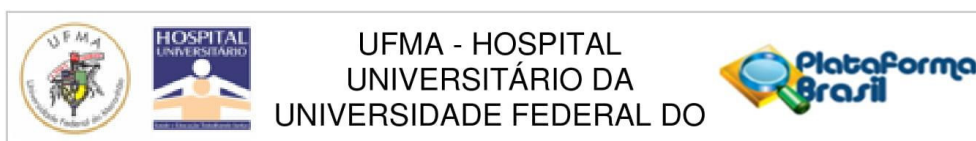
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

no manuseio do material produzido pela pesquisa, que será guardado sob responsabilidade das pesquisadoras, com a garantia da manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos, sendo destruído após isso. Além disso, serão tomadas também as seguintes medidas para evitar a quebra de confidencialidade: as participantes serão identificadas por nomes fictícios e todos os dados que possibilitem suas identificações serão omitidos das publicações.

Benefícios: Esta pesquisa poderá ter efeito terapêutico pela fala e promover alívio de alguns sentimentos em relação a situação de violência sexual e de gravidez. Buscaremos conduzi-la de forma a propiciar a possibilidade de expressão de conteúdos emocionais referentes às experiências acima citadas e pela possibilidade de elaborar questões decorrentes dessas vivências e dar novos direcionamentos a essas. Além disso, esperamos trazer como benefício a promoção de reflexões quanto à assistência à saúde oferecida a essas mulheres, apontando para aspectos que estão sendo negligenciados, assim como novas possibilidades de pesquisas e intervenções na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e científica pois possibilitará promover uma discussão acerca da noção de maternidade para mulheres com gestação decorrente de violência sexual, considerando a singularidade de cada caso, contribuindo assim para a literatura científica a respeito da temática, podendo auxiliar ainda na construção de novas práticas de intervenção psicológica neste contexto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

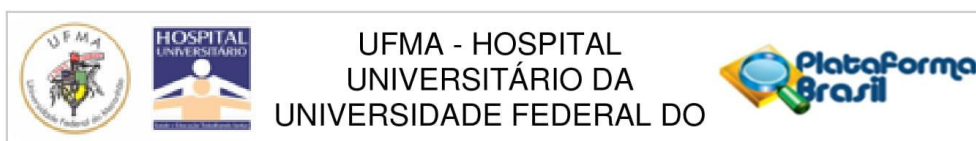
O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.)

O protocolo apresenta ainda a declaração de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012, Resolução CNS nº 510/2016 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105944.pdf	22/05/2018 16:20:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Renata_Barreto_da_Silva.docx	22/05/2018 16:18:37	Renata Barreto da Silva	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	22/05/2018 16:17:16	Renata Barreto da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia.pdf	22/05/2018 16:16:11	Renata Barreto da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_financeira.pdf	22/05/2018 16:15:44	Renata Barreto da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	22/05/2018 16:15:05	Renata Barreto da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel.docx	22/05/2018 16:14:35	Renata Barreto da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/05/2018 16:13:34	Renata Barreto da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TALE.docx	22/05/2018 16:12:51	Renata Barreto da Silva	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

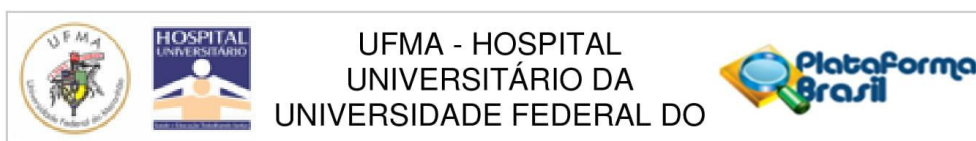
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.684.076

Ausência	TALE.docx	22/05/2018 16:12:51	Renata Barreto da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/05/2018 16:11:11	Renata Barreto da Silva	Aceito
Declaração de concordância	declaracaodeconcordancia.pdf	16/05/2018 14:48:06	Paloma de Carvalho Veras	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_PENDENCIA.pdf	06/05/2018 22:29:49	Renata Barreto da Silva	Aceito
Outros	COMIC_aprovacao.pdf	09/04/2018 22:59:18	Renata Barreto da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	09/04/2018 22:49:47	Renata Barreto da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/04/2018 22:47:07	Renata Barreto da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Maio de 2018

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar, como voluntária, da pesquisa de mestrado de Renata Barreto da Silva sob orientação da Professora Dra. Isalena Santos Carvalho, intitulada “TORRAR-SE MÃE: considerações psicanalíticas sobre a maternidade em mulheres com gestação decorrente de violência sexual”.

Sua participação é voluntária e você pode decidir se quer ou não responder as perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e/ou dano. Em caso de aceitação e após ter compreendido o que foi informado e estando ciente dos seus direitos, riscos e benefícios, assine este documento, que está em duas vias, uma via ficará com a pesquisadora e a outra pertence a você. O documento deve ser rubricado em todas as páginas e assinado na última por você e pela pesquisadora.

Informação sobre a pesquisa

Objetivo: Discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Justificativa: estudos dessa natureza são importantes para discutir a noção de maternidade no contexto de violência sexual, contribuindo com melhor conhecimento do assunto e podendo auxiliar na construção de novas práticas profissionais.

Procedimentos que serão utilizados: a coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, obtidas em forma de gravação de voz (utilizaremos um gravador). Além disso, registraremos os comportamentos observados em uma ficha chamada de “diário clínico”.

Possíveis riscos: a entrevista poderá causar desconforto emocional, como choro e tristeza. Dessa forma, destacamos que a entrevista será realizada com o cuidado para dar suporte emocional. Lembramos que a pesquisadora é psicóloga e poderá dar apoio psicológico nesse momento. Caso necessário, você será encaminhada para realizar acompanhamento psicológico no Ambulatório de Psicologia do Materno-Infantil às terças-feiras, nos horários agendados. O acompanhamento psicológico é gratuito e oferecido a todas as pacientes que estão no pré-natal por violência sexual e será agendado na recepção do setor de obstetrícia. A pesquisadora poderá apoiá-la, caso você queira. A pesquisa também tem o risco de quebra de confidencialidade. Para evitar, a gravação de voz e as anotações das observações serão mantidas sob responsabilidade

da pesquisadora Renata Barreto da Silva, com a garantia da manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos, sendo destruídas após isso.

Benefícios esperados: esta pesquisa poderá ter efeito positivo por promover alívio de alguns sentimentos em relação à situação de violência sexual e de gravidez que você está vivendo. Além disso, escutando sua experiência, buscamos discutir sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência sexual e contribuir para o seu acompanhamento de saúde e de outras mulheres em situações parecidas com a sua.

Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para eventos e publicações científicas, não havendo nenhum dado que possa lhe identificar. Estamos disponíveis para fornecer as informações quando julgar necessário, comprometendo-nos a dar respostas sobre qualquer dúvida que venha a ter sobre esse estudo.

Você não terá nenhum custo com esta pesquisa. Caso haja algum gasto decorrente de sua pela sua participação nesse estudo, o pesquisador fará o reembolso para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será devidamente indenizado e terá direito à assistência gratuita pelo tempo que for necessário.

Durante todo o período de realização da pesquisa, você poderá tirar dúvidas com a pesquisadora Renata Barreto da Silva, através do número: 98839-8750 e email: renata88bs@hotmail.com ou com a pesquisadora Isalena Santos Carvalho, email: isalenasc@yahoo.com.br.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a ética dessa pesquisa poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Ele fica localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227 – Centro, CEP 65.020-070, Tel: (98) 2109-1250, email: cep@huufma.br.

São Luís, ____/____/____

Renata Barreto da Silva
Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Obrigada por sua colaboração.

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsáveis legais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para sua filha ou adolescente pela qual você é responsável participar, como voluntária, da pesquisa de mestrado de Renata Barreto da Silva sob orientação da Professora Dra. Isalena Santos Carvalho, intitulada “TORRAR-SE MÃE: considerações psicanalíticas sobre a maternidade em mulheres com gestação decorrente de violência sexual”.

A participação dela é voluntária e você pode decidir se quer ou não que ela responda as perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e/ou dano. Em caso de aceitação e após ter compreendido o que foi informado e estando ciente dos direitos, riscos e benefícios, assine este documento, que está em duas vias, uma via ficará com a pesquisadora e a outra pertence a você. O documento deve ser rubricado em todas as páginas e assinado na última por você e pela pesquisadora.

Informação sobre a pesquisa

Objetivo: Discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Justificativa: estudos dessa natureza são importantes para discutir a noção de maternidade no contexto de violência sexual, contribuindo com melhor conhecimento do assunto e podendo auxiliar na construção de novas práticas profissionais.

Procedimentos que serão utilizados: a coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, obtidas em forma de gravação de voz (utilizaremos um gravador). Além disso, registraremos os comportamentos observados em uma ficha chamada de “diário clínico”.

Possíveis riscos: a entrevista poderá causar desconforto emocional, como choro e tristeza. Dessa forma, destacamos que a entrevista será realizada com o cuidado para dar suporte emocional. Lembramos que a pesquisadora é psicóloga e poderá dar apoio psicológico nesse momento. Caso necessário, ela será encaminhada para realizar acompanhamento psicológico no Ambulatório de Psicologia do Materno-Infantil às terças-feiras, nos horários agendados. O acompanhamento psicológico é gratuito e oferecido a todas as pacientes que estão no pré-natal por violência sexual e será agendado na recepção do setor de obstetrícia. A pesquisadora poderá apoiá-la, caso você queira. A pesquisa também tem o risco de quebra de confidencialidade. Para evitar, a gravação de voz e as anotações das observações serão mantidas sob responsabilidade da pesquisadora Renata Barreto da Silva, com a garantia da manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos, sendo destruídas após isso. 1/2

Benefícios esperados: esta pesquisa poderá ter efeito terapêutico pela fala e promover alívio de alguns sentimentos em relação a situação de violência sexual e de gravidez que você está vivendo. Além disso, escutando a experiência dela, buscamos discutir sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência sexual e contribuir para o seu acompanhamento de saúde e de outras mulheres em situações parecidas com a sua.

Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para eventos e publicações científicas, não havendo nenhum dado que possa a identificar. Estamos disponíveis para fornecer as informações quando julgar necessário, comprometendo-nos a dar respostas sobre qualquer dúvida que venha a ter sobre esse estudo.

Você não terá nenhum custo com esse estudo. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será devidamente indenizado e terá direito à assistência gratuita pelo tempo que for necessário.

Durante todo o período de realização da pesquisa, você poderá tirar dúvidas com a pesquisadora Renata Barreto da Silva, através do número: 98839-8750 e email: renata88bs@hotmail.com ou com a pesquisadora Isalena Santos Carvalho, email: isalenasc@yahoo.com.br.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a ética dessa pesquisa poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Ele fica localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227 – Centro, CEP 65.020-070, Tel: (98) 2109-1250, email: cep@huufma.br.

São Luís, ____/____/____

Renata Barreto da Silva
Pesquisadora

Responsável legal por:

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE D: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar, como voluntária, da pesquisa de mestrado de Renata Barreto da Silva sob orientação da Professora Dra. Isalena Santos Carvalho, intitulada “TORNAR-SE MÃE: considerações psicanalíticas sobre a maternidade em mulheres com gestação decorrente de violência sexual”.

A sua participação é voluntária e você pode decidir se quer ou não responder as perguntas, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e/ou dano. Em caso de aceitação e após ter compreendido o que foi informado e estando ciente dos direitos, riscos e benefícios, assine este documento, que está em duas vias, uma via ficará com a pesquisadora e a outra pertence a você. O documento deve ser rubricado em todas as páginas e assinado na última por você e pela pesquisadora.

Informação sobre a pesquisa

Objetivo: Discutir a escolha de ser mãe a partir da perspectiva de mulheres com gestação decorrente de violência sexual.

Justificativa: estudos dessa natureza são importantes para discutir a noção de maternidade no contexto de violência sexual, contribuindo com melhor conhecimento do assunto e podendo auxiliar na construção de novas práticas profissionais.

Procedimentos que serão utilizados: a coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, obtidas em forma de gravação de voz (utilizaremos um gravador). Além disso, registraremos os comportamentos observados em uma ficha chamada de “diário clínico”.

Possíveis riscos: a entrevista poderá causar desconforto emocional, como choro e tristeza. Dessa forma, destacamos que a entrevista será realizada com o cuidado para dar suporte emocional. Lembramos que a pesquisadora é psicóloga e poderá dar apoio psicológico nesse momento. Caso necessário, você será encaminhada para realizar acompanhamento psicológico no Ambulatório de Psicologia do Materno-Infantil às terças-feiras, nos horários agendados. O acompanhamento psicológico é gratuito e oferecido a todas as pacientes que estão no pré-natal por violência sexual e será agendado na recepção do setor de obstetrícia. A pesquisadora poderá apoiá-la, caso você queira. A pesquisa também tem o risco de quebra de confidencialidade. Para

evitar, a gravação de voz e as anotações das observações serão mantidas sob responsabilidade da pesquisadora Renata Barreto da Silva, com a garantia da manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos, sendo destruídas após isso.

Benefícios esperados: esta pesquisa poderá ter efeito terapêutico pela fala e promover alívio de alguns sentimentos em relação a situação de violência sexual e de gravidez que você está vivendo. Além disso, escutando a sua experiência, buscamos discutir sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência sexual e contribuir para o seu acompanhamento de saúde e de outras mulheres em situações parecidas com a sua.

Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para eventos e publicações científicas, não havendo nenhum dado que possa a identificar. Estamos disponíveis para fornecer as informações quando julgar necessário, comprometendo-nos a dar respostas sobre qualquer dúvida que venha a ter sobre esse estudo.

Você não terá nenhum custo com esse estudo. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será devidamente indenizado e terá direito à assistência gratuita pelo tempo que for necessário.

Durante todo o período de realização da pesquisa, você poderá tirar dúvidas com a pesquisadora Renata Barreto da Silva, através do número: 98839-8750 e email: renata88bs@hotmail.com ou com a pesquisadora Isalena Santos Carvalho, email: isalenasc@yahoo.com.br.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a ética dessa pesquisa poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Ele fica localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227 – Centro, CEP 65.020-070, Tel: (98) 2109-1250, email: cep@huufma.br.

São Luís, ____/____/____

Renata Barreto da Silva
Pesquisadora

Participante

Obrigada por sua colaboração.

APÊNDICE E: Roteiro de Entrevista Semiestruturado

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Grau de Instrução: _____

Ocupação: _____

Religião: _____

Com quem reside: _____

Renda familiar: _____

Nº de Filhos: _____

1. Fale sobre a vivência da violência sexual.
2. O agressor era alguém estranho ou alguém do seu convívio?
3. Fale sobre o processo de descoberta da gestação.
4. Fale sobre a sua escolha de se tornar mãe deste bebê.
5. Para você, em que consiste a maternidade?
6. Como está sendo estar grávida nesse contexto?
7. Como tem sido a preparação para receber o bebê?
 - a. Você já sabe o sexo?
 - b. O bebê tem nome? Como foi a escolha do nome?
 - c. Como sua família tem se preparado para receber o bebê?

