

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU/SP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e

Aprendizagem

Anderson Tiago de Cara

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REDES DE ATENÇÃO E
RELATOS DA EXPERIÊNCIA SOFRIDA**

BAURU/SP

2015

Anderson Tiago de Cara

Mulheres em situação de violência sexual: redes de atenção e relatos da experiência sofrida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru/SP, como requisito para obtenção do título de mestre, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Carmen Maria Bueno Neme.

Bauru/SP

2015

Dedico este trabalho a todas as mulheres que vivenciaram algum episódio de violência ao longo da vida, principalmente as participantes desse estudo.

AGRADECIMENTOS

Desenvolver este trabalho foi uma tarefa que exigiu dedicação e um profundo envolvimento profissional e pessoal. Sem dúvida esta tarefa não teria sido concluída sem a participação e o apoio de pessoas especiais que compartilharam comigo as alegrias e as angústias surgidas ao longo do caminho. Desta forma tenho muito a agradecer.

Primeiramente, ocorre-me que o agradecimento deve voltar-se a Deus, por ter concedido a possibilidade desta experiência de vida e por me cercar de pessoas maravilhosas, que usa como instrumentos para impulsionar minha jornada, criando oportunidades e condições para o meu crescimento.

Agradeço imensamente aos meus pais, Neide e Valter, por terem sido, desde sempre, meus sustentáculos mais importantes. Seu amor, sua entrega, sua confiança, seu respeito e seus esforços para me proporcionar o melhor que estava em seu alcance, fizeram de mim a pessoa que sou hoje. Esta dissertação, todas as conquistas que já tive e que virei a ter pertencem a vocês.

À minha querida irmã Nathalia, pelo incentivo e pelas conversas em tom de desabafo e apoio mútuo, sempre arejando minhas angústias.

Ao meu companheiro William, que espelha e valida minhas qualidades profissionais, preenchendo minha vida, a cada dia, com seu amor, compreensão e aceitação.

À professora Carmen, por sua orientação atenta, respeitosa e impulsionadora. Quero registrar que você foi uma pessoa essencial na minha formação como psicólogo e como ser humano. Você tem o dom de encontrar em seus alunos, potencialidades, ideias e possibilidades que, por vezes, nem eles mesmos conseguem identificar. É capaz de incitar alegria e prazer na aquisição e na produção do conhecimento, auxiliando a definir rumos profissionais.

Da mesma forma, agradeço aos professores da graduação Mary Yoko Okamoto e José Alexandre de Lucca que, embora não estivessem presentes nessa fase da pós-graduação, me auxiliaram a encontrar meu lugar na psicologia, ensinando-me, com seu exemplo, que bons professores são aqueles que têm compromisso, prazer e amor pela atividade de formar, não meramente profissionais tecnicamente qualificados, mas profissionais éticos e comprometidos com valores de transformação social, além de muito bem instrumentalizados em termos de conhecimentos.

Ao professor Manuel Henrique Salgado, do Departamento de Engenharia de Produção, UNESP, Campus de Bauru, que de maneira atenciosa se dispôs a auxiliar na análise dos dados estatísticos, enriquecendo o trabalho com seu conhecimento.

À minha querida amiga Damaris, por tantas palavras de incentivo e confiança no meu trabalho, encorajou-me e fortaleceu nos momentos difíceis. Obrigado pelos sorrisos, pelo afeto, por ser minha irmã de coração.

Às amigas Tamara e Maria Angélica, que, ao longo dos anos, se dispuseram a emprestar seu tempo, sempre com atenção às minhas dificuldades, contribuíram significativamente para este momento.

Aos amigos Cristiano e Vinicius, companheiros de graduação e de tantos debates e questionamentos sobre as práticas da psicologia. Sem dúvida, os questionamentos e reflexões acerca de nossas atuações conduziram-me a novas estratégias para lidar com tantos desafios.

Agradeço também aos colegas do Centro de Atendimento a Rede Especial (CARE) pelo incentivo constante à realização deste trabalho, em especial a Juliana e Laís que, de maneira tão carinhosa e assertiva, prestaram seu auxílio a este trabalho. Sem a colaboração de vocês, este estudo não seria possível.

Aos colegas que compõem a Rede de Atendimento a Mulheres em Situação de

Violência de Bauru e se dispuseram a contribuir com o estudo desde o momento em que foi proposto. Obrigado por estarem abertos e receptivos.

As participantes deste trabalho, os quais dividiram conteúdos tão íntimos e carregados de significados. Obrigado pela confiança.

Por fim, compartilho este título de mestre que defendo neste momento com todos os colegas, companheiros de trabalho, espalhados pelo país e em outros lugares desse mundo, que com valores pessoais adequados e ética profissional buscam atender com eficiência e dignidade as mulheres em situação de violência. Á aqueles, que assim como eu, acreditam que é possível reverter o fenômeno histórico e cultural da violência contra as mulheres.

CARA, Anderson Tiago de. **Mulheres em Situação de Violência Sexual: Redes de Atenção e Relatos da Experiência Sofrida**. 2015. 133 f. Dissertação. Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, da UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2015.

RESUMO

Trata-se de estudo que, em sua primeira etapa, utiliza o método documental-quantitativo e visa verificar, a partir da consulta de dados da Vigilância Epidemiológica obtidos do banco de dados do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2009-2012, os índices de casos de mulheres em situação de violência notificados em Bauru/SP. Foram coletadas informações gerais referentes aos registros notificados no SINAN, identificando a tipologia da violência, os dados sociodemográficos, as consequências para a vítima e os encaminhamentos realizados para órgãos de atendimento, apenas das mulheres com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram organizados, codificados e submetidos ao teste Estatístico Binomial. Na segunda etapa, realizam-se entrevistas com mulheres em situação de violência sexual visando investigar as vivências de quatro participantes referentes à violência sexual sofrida. Esta amostra foi obtida por meio de consulta aos prontuários do Centro de Referência e Atendimento da Mulher em Situação de Violência (CRAMSV), tendo sido identificados vinte e oito casos, os quais, submetidos aos critérios de elegibilidade do estudo, resultaram em sete casos e destes, quatro casos que puderam participar. As entrevistas foram realizadas individualmente, após convite e procedimentos éticos, utilizando-se o método de Bardin (1977) para a análise de conteúdo das entrevistas. Os resultados indicaram predominância de violência física, (60,89%), seguida de violência sexual (21,14%), sendo que a maioria das mulheres tinha idade superior a 18 anos, baixo nível de escolaridade, e apenas a minoria dos casos recebeu encaminhamentos adequados para a rede de atendimento municipal. Também se observou a inexistência de mecanismos de seguimento dos casos

notificados. Evidenciaram-se importantes deficiências no registro dos dados dos casos notificados, obscurecendo a realidade da situação de violência contra mulheres, a despeito da notificação pelo SINAN. Conclui-se desta forma, que o episódio de violência sexual sofrido pelas participantes deste estudo evidenciou consequências físicas e psicossociais.

Palavras-chave: Violência Sexual, Mulher, Relatos de Experiência.

CARA, Anderson Tiago de. **Women in Situation of Sexual Violence: Care Networks and Reports of Experience Suffered**. 2015. 133 f. Dissertation. Master in Psychology of Development and Learning, UNESP, Faculty of Sciences, Bauru, 2015.

ABSTRACT

This study, in its first stage, uses documentary-quantitative method and aims to verify from the Epidemiological Monitoring of data query obtained from the Information System database and Notifiable Diseases (SINAN) from 2009 -2012, rates of cases of women in situations of violence reported in Bauru / SP. General information regarding the records were collected notified in SINAN, identifying the type of violence, sociodemographic data, the consequences for the victim and referrals made to service agencies, only women aged over 18 years. Data were organized, coded and submitted to Estatistic Binomial test. In the second stage, carried out case studies in order to investigate the experiences of four participants regarding suffered sexual violence and consequences, as well as their perception of the aspects that contributed to the overrun or not this life event. This sample was obtained through hospital records Reference Service and Women's Center on Violence Situation (CRAMSV) with thirty-two cases have been identified, which, subject to the eligibility criteria and the study resulted in ten cases and these four cases that could participate. The interviews were conducted individually after a call and ethical procedures, using the Bardin's method (1977) for the analysis of the interviews. Results indicated predominance of physical violence (60.89%) followed by sexual violence (21.14%), and most women had the age of 18, low level of education and that only a minority of cases received appropriate referrals to the network of municipal service. We also observed the lack of follow-up mechanisms of the reported cases. Showed up significant deficiencies in the data record of the reported cases, obscuring the reality of the situation of violence against women, despite the notification by the SINAN. The conclusion is thus that the episode of sexual violence suffered by participants in this study showed physical and psychosocial consequences.

Keywords: Sexual Violence, Women, Experience Reports.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAM – Centro de Atendimento à Mulher

CARE – Centro de Atendimento a Rede Especial

CEDAW – Centro Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CONEP - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

GRAMVS – Centro de Referência e Atendimento a Mulher em Situação de Violência

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

SINAN – Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação

SISPACTO - Sistema de Informações em Saúde do Pacto de Gestão

SMPM - Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das frequências das notificações por tipo de violência e por ano	50
Tabela 2	Distribuição das frequências das notificações referentes aos dados sociodemográficos – idade	53
Tabela 3	Distribuição das frequências das notificações referentes aos dados sociodemográficos – escolaridade	54
Tabela 4	Distribuição das frequências das notificações referentes aos dados sociodemográficos – ocupação	55
Tabela 5	Distribuição das frequências das notificações referentes aos dados sociodemográficos – estado civil	56
Tabela 6	Distribuição das frequências das notificações referentes às consequências da violência para a vítima	57
Tabela 7	Distribuição das frequências das notificações referentes aos encaminhamentos para atendimento na área da saúde	58
Tabela 8	Distribuição das frequências das notificações referentes aos encaminhamentos para outras áreas ou setores	59
Tabela 9	Distribuição das frequências das notificações referentes à classificação final da notificação	61
Tabela 10	Distribuição das frequências das notificações referentes à evolução do caso	62

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo para triagem das fichas do SINAN	124
Apêndice 2. Ficha para triagem dos prontuários do Centro de Referência e Atendimento da Mulher em Situação de Violência – CRAMSV	125
Apêndice 3. Roteiro de Entrevista	126
Apêndice 4. Termo de Consentimento livre e esclarecido	127

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Declaração de autorização para realização de pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde de Bauru/SP	129
Anexo 2. Carta de autorização para realização de pesquisa pela Secretária Municipal do Bem Estar Social de Bauru/SP.....	130
Anexo 3. Parecer substanciado do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).....	131

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A violência contra a mulher a partir dos conceitos de gênero e violência de gênero	20
1.2 A construção do conceito de violência contra a mulher	22
1.3 A violência sexual contra a mulher	24
 2 A ATUAÇÃO DA SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER....	29
2.1 As redes e o enfrentamento da violência contra a mulher	32
2.2 Redes de atenção para mulheres em situação de violência	34
2.3 As redes de atendimento à mulher em situação de violência no município de Bauru - São Paulo, seus desafios e limitações	36
 3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo geral	43
3.2 Objetivos específicos	43
 4 MÉTODO	44
Etapa 1	44
Etapa 2	44
4.1 Procedimentos	44
Etapa 1	44
Etapa 2	45
4.2 Aspectos éticos	49
 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
Etapa 1	50
Etapa 2	68
Análise da Entrevista de Maria	68
Análise da Entrevista de Marta	77
Análise da Entrevista de Mariana	87
Análise da Entrevista de Marli	97

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
APÊNDICES	123
ANEXOS	128

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno presente na história da humanidade. Os estudos realizados ao longo da história apontam que este fenômeno é universal, manifesta-se em todas as esferas do convívio social e independe da condição social, econômica ou etnia (OPAS, 2003).

O termo ‘violência contra a mulher’ é utilizado pelo Ministério da Saúde, e passou a ser utilizado a partir da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, em 1994):

Qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na privada (CBP, artigo 1º, 1994).

No Brasil, utilizou-se a terminologia de violência contra a mulher e a mulher como vítima até Gregori (1993) utilizar a expressão “mulheres em situação de violência”, no artigo “As desventuras do vitimíssimo”, abordando a mulher em uma concepção de sujeito. No artigo, Gregori (1993) analisa como a violência é construída a partir da relação entre dois sujeitos: o homem e a mulher, isto é, considera-se a perspectiva relacional na violência de gênero, reconhecendo-se que a mulher não é apenas um objeto passivo, mas atua na construção da violência.

A violência contra a mulher está ancorada nas estruturas sociais e de gênero, sendo construída e apresentada como forma de controle do feminino que atravessa a história e as questões sociais. O termo — Gênero deve ser visto como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas em diferenças percebidas entre os sexos, e como sendo um modo básico de significar relações de poder. A violência de gênero afeta em maior número as pessoas do sexo feminino, sejam elas crianças, adolescentes, mulheres jovens, adultas ou idosas (SCOTT, 1990).

Os direitos da mulher e a violência contra a mulher constam da Declaração

Universal dos Direitos Humanos (1948), nos documentos das conferências internacionais sobre direitos da mulher, podendo ser citados: as Declarações do Cairo (1994) e Belém do Pará (1994), Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social (Copenhague) – 1995, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) – 1979, que entrou em vigor a partir ano de 1981 e na Declaração do Panamá - 2009 (VIANNA, 2004).

Entre as várias formas de violência, encontra-se a violência sexual¹, compreendida como toda ação na qual uma pessoa, numa relação de poder, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga a outra pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual (CAMPO; FALEIROS, 2000).

As consequências da violência sexual podem interferir na vida das vítimas em todas as suas dimensões. Geram problemas de saúde física, reprodutiva e mental, podendo ocasionar lesões corporais, gestação indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, fobias, pânico, síndrome do estresse pós-traumático, depressão e outras alterações psicológicas, além de problemas familiares e sociais, tais como abandono dos estudos, perda de empregos, separações conjugais, abandono de casa, entre outros (MATTAR et al, 2007).

Estudos apontam uma variedade de consequências psicológicas, já que cada vítima responde de forma diferente à violência sexual. Diversos transtornos psicológicos são descritos, sendo que, dentre os mais comuns, encontram-se a depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e as chamadas síndromes de estresse pós-traumático (FAÚNDES; ROSAS; BEDONE; OROZCO, 2006).

Consequências ainda mais graves ocorrem entre crianças e adolescentes. A experiência de abuso sexual pode afetar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social de

¹ Neste trabalho, utilizar-se-á o termo “violência sexual” e não “abuso sexual”, de acordo com Felipe (2006) o termo “violência” expressa um fenômeno social e historicamente constituído e “abuso” necessariamente supõe a permissão para se fazer uso de algo.

crianças e adolescentes de diferentes formas e intensidade (ELLIOTT & CARNE, 2001; RUNYON & KENNY, 2002; SAYWITZ, MANNARINO, BERLINER & COHEN, 2000).

Devido à complexidade e à quantidade de fatores envolvidos no impacto da violência sexual para crianças, adolescentes ou adultos, esta experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (SAYWITZ et al., 2000). Dentre os transtornos encontrados com maior frequência, estão os quadros de depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e dissociativos, enurese, encoprese, hiperatividade e déficit de atenção e transtorno do estresse pós-traumático (BRIERE & ELLIOTT, 2003; COHEN, MANNARINO & ROGAL, 2001; HABIGZANG & CAMINHA, 2004).

Ao buscar compreender o significado da violência sexual na vida e corporeidade de mulheres adultas que haviam sofrido essa forma de violência há pelo menos um mês, Labronici, Fegadoli e Correa (2007) realizaram um estudo qualitativo com o método fenomenológico no ambulatório de vítimas de violência sexual de um hospital universitário de Curitiba/PR. Os relatos foram obtidos mediante a realização de entrevista aberta gravada com nove mulheres. Constatou-se que o medo influenciou a vida social das mulheres, gerou insegurança e afetou o modo de ser-no-mundo e sua corporeidade. Labronici, Fegadoli e Correa concluíram sobre a importância da capacitação dos profissionais de saúde para que compreendam a multidimensionalidade do fenômeno vivido pelas vítimas da violência e para que as ações em saúde não sejam apenas instrumentais, mas também voltadas à subjetividade, auxiliando as mulheres a transcenderem o vivido e encontrarem um novo sentido para a sua existência.

Estudo transversal realizado em um centro de saúde da Cidade do México, por Ramos-Lira et al (2001), entre fevereiro e março de 1998, teve o objetivo de estimar a frequência das diferentes formas de violência sexual e sua associação com sintomas depressivos, ideação e tentativas de suicídio e uso de álcool e outras drogas uma vez na vida. A amostra foi

composta por 345 mulheres que, no momento do estudo, eram atendidas em Centro de Saúde na Cidade do México e viviam com um parceiro/cônjuge. As proporções dos três diferentes tipos de violência sexual foram obtidas e comparadas com o teste do qui-quadrado. Os resultados apontaram que 19% das mulheres relataram que tinham sido sexualmente acariciadas contra a sua vontade pelo menos uma vez na vida, 11% haviam sido estuprada, e 5% tinham sido forçadas a tocar os órgãos sexuais da outra pessoa contra sua vontade. Uma em cada cinco mulheres relatou que havia sofrido violência sexual no contexto de um relacionamento íntimo. Uma associação foi encontrada entre algumas formas de violência sexual e depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio e uso de psicoativos drogas. O estudo concluiu que a violência sexual é um grave problema de saúde pública e requer a implementação de programas específicos para sensibilizar e prestadores de cuidados de saúde para impedi-lo.

Estudo qualitativo fenomenológico realizado por Moreira, Boris e Venâncio (2011) investigou os estigmas da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros, visando compreender a relação agressivo-abusiva que dificulta a denúncia dos agressores. Foram entrevistadas oito mulheres na faixa etária de 26 a 50 anos, com baixo grau de escolaridade e desempregadas. Os resultados mostram que as mulheres suportam várias modalidades de violência na relação com seus parceiros, sentem-se psicologicamente estigmatizadas e evitam a denúncia por não desejarem ser reconhecidas pela sociedade como mulheres espancadas e maltratadas. Entre as diversas modalidades de violência encontradas, destacam-se a física, a psicológica e a sexual, sendo esta, a expressão do comportamento machista e dominador característico do contexto patriarcal em que as entrevistadas e seus parceiros estão inseridos.

Ao abordarem as diferentes formas de violência contra mulheres, Moreira, Boris e Venâncio (2011) ressaltam que a violência envolve ações baseadas no gênero, de caráter

físico, psicológico ou sexual, e que resulta em sofrimento, constrangimento, dano ou morte, tanto no contexto público como privado. Ainda, segundo Moreira, Boris e Venâncio (2011), as diferentes formas de violência podem abranger um amplo espectro de atos, do mais sutil ao mais concreto e evidente, bem como, costumam ocorrer concomitantemente, incluindo olhares de desprezo, reprovações, palavras depreciativas, insultos, ameaças, gritos, imposição de tensão, agressões físicas e diversas manifestações de agressão sexual.

1.1 A violência contra a mulher a partir dos conceitos de gênero e violência de gênero

O conceito de gênero refere-se a uma condição de construção social de homens e mulheres em suas relações interpessoais. A discussão em torno deste conceito remonta ao processo de organização da sociedade e discute a forma de dominação masculina tradicional que ainda se apresenta na atualidade, nas várias interfaces da violência contra mulheres em todas as regiões do Brasil (SAFIOTTI, 1999).

Atualmente, o conceito de gênero é discutido no âmbito internacional e foi traduzido e adequado ao contexto de cada país, e, no Brasil, é orientado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, como sendo:

Gênero refere-se às construções socioculturais a partir da condição de sexo (feminino, masculino). A condição de gênero trata da construção de significados culturais para as diferenças de sexos dando sentido para essas e, consequentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas e/ou de poder (SPM, 2011, p. 20).

Schienenbinger (2001, p. 32) define que gênero denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; “(...) feminino refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem, também, ser adotados por homens; e, feminista define uma posição ou agenda política”.

No campo de estudos sobre a mulher, no contexto do desenvolvimento do conceito de gênero, as categorias sexo feminino/sexo masculino têm sido desconstruídas,

pois indicam uma naturalização de aspectos sociais historicamente fundidos, de forma hegemônica, com os aspectos biológicos. As explicações naturalistas e biologizantes reduzem a complexa questão sexo/gênero à condição meramente anatômica, ao corpo feminino (ou masculino), ignorando a construção social do gênero (GIFFIN, 1994).

As diferenças biológicas entre homens e mulheres são tradicionalmente compreendidas como justificativas das diferenças sociais entre os gêneros, a partir de uma construção social naturalizada e entendida como definições inatas. Estas definições apontam como características ao sexo masculino a virilidade, força, poder e agressividade (BOURDIEU, 1999), enquanto a mulher é tradicionalmente referida à esfera familiar e à maternidade (GIFFIN, 1994). Para Bourdieu (1999, p. 78) a virilidade é construída diante de outros homens e, para eles, contra a feminilidade. Neste sentido, a construção social da masculinidade estaria associada a comportamentos agressivos, expondo o homem, na esfera pública, a maiores riscos de violência do que as mulheres. Embora hoje as mulheres estejam maciçamente presentes e atuantes no mundo do trabalho e no contexto público, segundo Giffin (1994), o homem é mais frequentemente vítima de violência no espaço público, enquanto a violência contra a mulher continua a ocorrer na esfera privada, no âmbito doméstico, frequentemente protagonizada por seu próprio parceiro.

Segundo Almeida (2007), a violência de gênero se sustenta pela manutenção de um quadro de desigualdades de gênero, significando uma construção social de gênero entre homens e mulheres. Embora a violência possa ser vivida tanto pelo sexo masculino como pelo feminino, as mulheres são mais expostas às desigualdades sociais de gênero e às violências simbólicas, sendo mais, frequentemente, vítimas recorrentes da multiplicidade de ocorrências violentas e das discriminações.

Fonseca (2002) estabelece uma importante discussão no que refere às questões do gênero e saúde da mulher. Fonseca apresenta e discute a tríade raça, gênero e geração com o

objetivo de apresentar um retrato das desigualdades sociais e como isso influencia as relações da mulher com os processos de adoecimento, as situações de violência às quais está exposta e os serviços de saúde a ela dirigidos. Fonseca também ressalta a questão do atendimento à violência sexual contra mulheres no SUS, explicitada no difícil acesso aos serviços, no escasso financiamento de ações em saúde para o enfrentamento à violência e nos indicadores pouco desenvolvidos para monitorar as ações da rede assistencial.

A relação entre as políticas de saúde, as interfaces com as questões de gênero e a saúde da mulher compõem o cenário das discussões atuais sobre os direitos da mulher (NEGRÃO, 2010). Para Negrão, ainda é insuficiente o número de estudos qualitativos acerca do desenvolvimento de temas sobre gênero e saúde e aponta, em particular, para as questões da violência contra a mulher que necessitam ser mais bem qualificadas internamente no SUS.

1.2 A construção do conceito de violência contra a mulher

A Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 1994) define que violência contra a mulher é “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

O Brasil é defensor de todos os tratados que repudiam a violência contra as mulheres. Entretanto, o que se observa é que ainda existe uma distância significativa entre o decreto para enfrentar a violência e as ações efetivas para a diminuição desses agravos (VIANNA, 2004).

No Brasil, a literatura sobre violência contra mulheres e as análises e discussões sobre os conceitos de violência de gênero e violência contra mulheres tiveram início nos anos oitenta e se apresentaram como um dos principais temas dos movimentos sociais de mulheres (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Para Chauí (1985), a violência contra a mulher é definida e compreendida como uma ação que tem a finalidade de dominar, explorar e oprimir, transformando diferenças em desigualdades hierárquicas. Afirma Chauí que as mulheres acabam aceitando a vitimização, tornando-se cúmplices da violência. Considerando-se a cultura patriarcal, na qual a mulher é educada numa condição machista, esta, segundo Saffioti (1987), acaba concebendo a violência como destino e como situação natural. Saffioti discorda da teoria de que a mulher torna-se cúmplice da violência sofrida e defende que a mulher que sofre violência é um sujeito que está numa relação desigual de poder.

Estudo realizado por Santos e Izumino (2005) verificou que os pesquisadores da violência contra a mulher, nas décadas de 80 e 90, e o próprio movimento feminista assumiram o conceito de violência elaborado por Chauí (1985), sem discutir a questão da aceitação, pelas mulheres, dessas violências sofridas como uma condição da convivência interpessoal ou uma imposição social camuflada. Santos e Izumino concluíram que a violência contra a mulher pode ser compreendida como uma questão de dominação-vitimização, identificando que as mulheres não são simplesmente dominadas pelos homens ou são meras vítimas deles, mas chamando a atenção para uma nova leitura sobre os fatos violentos, afirmando que a mulher tem autonomia e participa ativamente da relação violenta, seja como vítima ou como agressora. Nas formas de relação entre homens e mulheres, as violências que mais se expressam são a violência física, a violência psicológica e a violência sexual.

Estudo realizado por Silva et al (2007) propõe uma reflexão sobre a violência psicológica e seus desdobramentos na ocorrência da violência física. A violência psicológica é denominada pela autora como “violência silenciosa”, justificando que, na maioria dos casos, o silêncio é uma característica predominante das vítimas de violência psicológica e este comportamento perdura e progride sem ser identificado, deixando marcas em todos os

envolvidos e, geralmente, evolui e eclode na forma da violência física. Com base neste entendimento a autora destaca a importância de identificar as violências sutis que ainda se encontram em estágio embrionário. No entanto, aponta-se como um grande problema a dificuldade na identificação da violência psicológica doméstica, em razão de esta aparecer diluída em atitudes aparentemente não relacionadas ao conceito de violência.

A discussão sobre o papel mais comum da mulher, como vítima, ou como cúmplice da violência praticada nos espaços públicos ou privados, remete ao contexto social preestabelecido e discutido na atualidade (SAFFIOTI, 1999). Saffioti aponta que a educação das mulheres é voltada para a aceitação de várias formas de dominação, de tal maneira que, frequentemente, as mulheres não têm a percepção das possíveis discriminações a que estão expostas. Numa análise mais aprofundada das teorias explicativas sobre as razões das diferentes formas de violência cometidas contra a mulher é que se podem desenvolver políticas, ações e estratégias para o seu enfrentamento.

1.3 A violência sexual contra a mulher

A violência sexual contra a mulher é considerada uma das expressões da violência baseada no gênero, que tem como origem o desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres, com maior ou menor intensidade, em todos os países do mundo (FAÚNDES; ROSAS; BEDONE; OROZCO, 2006).

O Ministério da Saúde, em publicação da Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009, que altera o Código Penal Brasileiro de 1940, considera que a violência sexual consiste na ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso de força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal

(VASCONCELOS; MALLAK, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), a violência sexual pode ser definida 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 (OMS, 2002, p. 148).

Ainda de acordo com a OMS (2002), a violência sexual é cometida, na maioria das vezes, por autores conhecidos das mulheres, envolvendo o vínculo conjugal (esposo e companheiro) no espaço doméstico, o que contribui para sua invisibilidade. Esse tipo de violência acontece nas várias classes sociais e nas diferentes culturas. Atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários. Dentre eles, a OMS (2002) menciona: estupro dentro do casamento ou namoro; estupro cometido por estranhos; investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores; abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes; abuso sexual de crianças; casamento ou coabitação forçada, inclusive casamento de crianças; negação do direito de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmitidas; aborto forçado; atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade; prostituição forçada e tráfico de pessoas com fins de exploração sexual; estupro sistemático durante conflito armado em países onde estejam ocorrendo guerras ou naqueles onde haja grande desestabilização social decorrente de desastres naturais (terremotos, maremotos, etc.).

Na obra *Violência Sexual e Saúde*, Oliveira (2007) expõe que a violência sexual contra mulheres não decorre do desejo sexual amoroso, mas explica:

Ao contrário, é uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, na subjugação do seu corpo, tornado objeto, e da sua autonomia como sujeito (OLIVEIRA, 2007, p. 456).

Ainda segundo Oliveira (2007), o estupro caracteriza-se como uma situação limite da violência sexual, que tem em seu simbolismo a condição de posse com humilhação.

A Organização Mundial de Saúde (2002), afirma que 10% da população mundial (homens e mulheres) já sofreram algum tipo de violência sexual em suas vidas e que apenas 2% dessa população procuram os serviços de saúde para atendimento.

Drezett (2012), ao abordar a violência sexual contra a mulher e o impacto desta em sua saúde sexual e reprodutiva, afirma que a violência sexual é uma das mais antigas e amargas formas da violência de gênero, além de se constituir numa violação brutal dos direitos humanos. Refere à elevada incidência deste tipo de violência entre as mulheres, mostrando seus efeitos danosos severos em sua saúde geral, sexual e reprodutiva. Além das amplas e profundas consequências psicológicas, nem sempre passíveis de reparação, as mulheres têm riscos de traumas físicos, doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, e a gravidez derivada do estupro. Drezett (2012) coloca a violência sexual como violência de gênero e como um problema de saúde pública, enfatizando a necessidade de políticas de proteção e de redução de danos, bem como a responsabilidade dos serviços de saúde.

Ao focar a epidemiologia da violência sexual, Drezett (2012) aponta que esta é um fenômeno universal que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Afirma:

A violência sexual ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos e privados, e em qualquer etapa da vida da mulher (DREZETT, 2012, p. 37).

Drezett (2012) mostra as dificuldades de se ter informações exatas sobre a incidência e a prevalência da violência sexual devido ao problema de subnotificação oriundo da comunicação entre a usuária e profissionais.

Nos EUA, apenas cerca de 16% dos estupros são comunicados às autoridades e

acredita-se o constrangimento e a humilhação sejam responsáveis pela baixa incidência de registros de queixas das vítimas, além do medo da retaliação do agressor, de outras pessoas e da própria autoridade. A mulher, segundo Drezett (2003), tem medo de ser desacreditada, humilhada e discriminada.

Estudo realizado por Schraiber et al (2003) buscou caracterizar o silêncio que afeta as relações usuárias – profissionais, criando impasses comunicacionais, o que a autora chamou de “invisibilidade da violência”. O estudo teve como amostra usuárias de atenção primária na rede pública de São Paulo e investigou, quanto à prevalência de violência, a percepção de ter sofrido violência, a definição de violência em geral e a nomeação dada por quem a experimentou. Entrevistaram-se 322 usuárias de 15 a 49 anos, sobre agressões física, sexual e/ou psicológica, o agressor, e a percepção de ter sofrido violência, solicitando-se o relato de um episódio marcante, o nome que daria a este e a definição de violência em geral. Os resultados apontaram que 69,6% das mulheres entrevistadas referiram alguma agressão física, psicológica ou sexual e, destas, 63,4% não consideraram haver sofrido violência na vida; 64,3% relataram algum episódio marcante e 46,5% atribuíram um nome ao vivido. A definição de violência mais comum foi a de agressão física (78,8%), seguida pela psicológica (39,7%) e sexual (24,2%). O estudo concluiu que a maioria das mulheres que referiu alguma agressão não considerou haver sofrido violência na vida e houve grande dificuldade em contar episódios e nomeá-los, e apesar de a maioria desses episódios serem do âmbito doméstico, na definição de violência desta referência não aparece.

Para Drezett (2003), a despeito da magnitude dos indicadores da violência sexual ser expressiva, os serviços de saúde ainda parecem desconhecer a importância do problema e de seu papel junto às mulheres vitimadas, para sua saúde e seu futuro, sendo poucos os profissionais de saúde com formação adequada para compreender, acolher, orientar e atender esta população. Para o setor saúde, a violência sexual contra mulheres ainda é vista como

problema unicamente policial, conservando mitos e comprometendo aspectos éticos e profissionais.

2 A ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004, dispõe, em suas diretrizes, o enfoque de gênero, prevendo, entre suas outras ações, a violência doméstica e sexual. Ainda de acordo com esse documento, é contemplado o apoio à participação de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação da política de atenção integral à saúde da mulher, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

No período entre 2004 a 2008, pode-se observar avanços nas políticas de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

- Em 2004, de acordo com a Portaria nº. 2.406/2004, é instituído o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. É desenvolvida pelo Ministério da Saúde a elaboração da ficha de notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres, em cumprimento ao disposto na Lei 10.778/2003 (PNAISM, 2004).

- Em 2005, de acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, é elaborada uma Matriz Intersetorial de enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, articulada com setores do enfrentamento à pedofilia e pornografia na Internet (PNAISM, 2004)

- Em 2005, de acordo com o Ministério da Saúde, é publicada a Portaria GM/MS 1.508 que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2006) a publicação desta portaria representa um avanço significativo na defesa dos direitos da mulher.

- Em 2006, de acordo com a Secretaria de Políticas para as Mulheres, é criado o

Ligue 180 – que é uma Central de Atendimento à Mulher, é uma iniciativa que redirecionou ações para o enfrentamento da violência em todas as esferas de gestão, posto que conseguiu apontar características sobre as mulheres vitimadas, tipologias da violência, seus principais agressores e os territórios onde a violência ocorre. O principal objetivo da central telefônica é atender, oferecer respostas e providenciar encaminhamentos a partir das queixas das mulheres. Segundo Lima (2014), a Central vem acumulando experiências e informações relevantes sobre a situação da violência cometida contra as mulheres em todo o país.

- Em 2006, de acordo com a publicação da Lei 11.340 de 22/09/2006 – Lei Maria da Penha – que coíbe a violência doméstica cometida contra a mulher provoca uma onda positiva de reestruturação do Sistema Judiciário, da Segurança Pública e incide diretamente no que o Sistema Único de Saúde deve desenvolver para acolher e atender essas situações. Segundo Lima (2014), com a implementação da Lei Maria da Penha, houve um aumento no número de varas especializadas e juizados para tratar das questões relativas aos direitos das mulheres e afastamento de agressores do âmbito familiar.

- Em 2006 ainda, foi inaugurada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça, o documento: Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, trata-se de um conjunto de informações que se ancoram entre o instrumental teórico e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Brasil, 2006).

- Em 2008, de acordo com o Relatório do Pacto de Gestão (2008), o país atingiu um total de 481 serviços de saúde em atividade no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. De janeiro de 2008 com 138 hospitais que atendem situações de violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes em 2009

chega-se a 481 serviços hospitalares e destes, 60 realizam o procedimento de aborto por razões médicas e legais, efeito das parcerias desenvolvidas entre os anos 2007-2008.

Neste período, identifica-se grande volume de iniciativas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social e justiça, demonstrando maior consciência social e política acerca da gravidade do problema representado pela violência, especialmente contra mulheres em nosso país.

De acordo com pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP, 2008), as diversas iniciativas descritas podem ser confirmadas. A pesquisa aponta a existência de serviços de saúde em funcionamento para atender mulheres que sofreram violência sexual, realizando análises qualitativas sobre a implementação das Normas Técnicas de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, previstos em lei. As análises apontaram, em suma, a necessidade de garantir a existência destes serviços e permitir o desenvolvimento de estratégias de educação permanente dos profissionais da área de atenção às pessoas em situação de violência sexual, bem como viabilizar a formação qualificada de gestores para a implementação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres.

Villela e Lago (2007) reconhecem que esses esforços visam melhorar o panorama da realidade brasileira no campo de intervenção, reconhecem, ainda, os avanços já alcançados e observam que o movimento de mulheres em defesa do enfrentamento à violência sexual está disperso, dada a migração desses quadros para instâncias governamentais, fazendo com que a energia necessária para a mobilização social diante da implementação da política fique limitada.

Portanto, embora o Brasil produza poucos estudos sobre a magnitude da violência contra as mulheres, verifica-se um crescente interesse pelo levantamento de dados que possam subsidiar as políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão, assim como maior

comprometimento do Estado com relação ao diagnóstico da violência contra as mulheres.

2.1 As redes de atenção e o enfrentamento da violência sexual contra a mulher

A palavra rede provém do latim *retiolus*, que designa um conjunto de linhas entrelaçadas (SANTANA, 2004).

Na obra “Análise de Redes Sociais”, Marteleto (2004) define o conceito de rede:

As redes são sistemas compostos por nós e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações, etc.) conectados por algum tipo de relação (MARTELETO, 2004, p. 41).

Ainda, segundo Marteleto (2004), as relações entre indivíduos são pontes para os distintos agrupamentos ou redes sociais, que, quando potencializadas por interesses comuns, tornam-se relevantes, fazendo com que haja um aumento de confiança entre os indivíduos que influenciam ações positivas.

Para Costa (2005, p. 236), a formação de redes sociais, sob a perspectiva da comunicação, evidencia que variadas correntes teóricas sobre a temática vêm confluindo para um único pensamento: “estamos em rede, interconectados com um número cada vez maior de pontos e com uma frequência que só faz crescer”.

As redes de apoio institucional se situam como espaços de gestão e atenção, que movimentam pontos de uma “inteligência coletiva” que contribui para dar vida a um propósito, utilizando como exemplo a organização e o funcionamento de uma unidade especializada de saúde, como, por exemplo, um centro de apoio psicossocial (VASCONCELOS; MORSHEL, 2009).

Segundo Silva (2008) todo sistema de rede possui limitações que precisam ser respeitadas, vulnerabilidades que devem ser corrigidas e ainda existe a possibilidade da utilização de estratégias equivocadas e que, portanto, necessita de constante monitoramento e

avaliação. Neste contexto, o autor apresenta diretrizes para a implementação das Redes de Atenção à Saúde propondo: a) Definição das regiões de saúde, b) Análise situacional; c) Organização dos pontos e nós da rede; d) Criação de sistemas logísticos, e) Regulação e Governança das Redes de Atenção à Saúde.

Mendes (2007) trata dos modelos e momentos de organização para redes de atenção à saúde nas mais variadas situações ou necessidades. Trabalha o movimento de organização das redes e dos serviços de saúde que a compõem como elementos que podem ser constituídos, seja por conta da população definida como prioritária, seja pela definição de territórios. Segundo o autor, para a integração das ações em saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, o Ministério da Saúde se articula junto aos Conselhos Nacionais de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, inserindo ações, metas e indicadores que contemplam a organização de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Para a temática da violência contra mulheres, os conceitos de redes são próximos em cada área envolvida no enfrentamento. No Brasil, o conceito definido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres é adequado para a realidade de cada Ministério envolvido. No entanto, o conceito de redes adotado pelo Ministério da Saúde dá conta de envolver a capilaridade do SUS, e para se estabelecer uma rede temática nacional é importante que seja priorizada, estimulada e sustentada até que esteja de fato institucionalizada como as políticas voltadas para outros agravos à saúde (MENDES, 2007).

De acordo com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (2004), o conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção; e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a

assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já, a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e à integralidade e à humanização do atendimento.

2.2 Redes de atenção para mulheres em situação de violência

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) é publicada a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, sendo estabelecidas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Segundo Lima (2014), essa determinação vem sendo desdobrada em iniciativas importantes e que vem ao encontro de uma antiga reivindicação dos movimentos de usuários do SUS, o funcionamento de uma rede integrada, hierarquizada naquilo que é necessário ao usuário: ter uma porta de entrada definida de acordo com a sua necessidade, com atendimento adequado e encaminhamento correto para resolução de seus problemas.

No Decreto Lei nº 7.508/2011, é apresentada outra potencialidade para a implementação da Política Nacional de Saúde com a regulamentação da Lei 8.080/1990, definindo elementos centrais que deverão sustentar o SUS nos próximos anos: (1) alcançar maior efetividade; (2) ampliar o acesso com qualidade; (3) inovar nos processos e instrumentos de gestão do SUS; (4) superar a fragmentação das políticas de saúde, e (5) fortalecer os vínculos interfederativos necessários à consolidação do SUS. Este decreto prevê, ainda, dispositivos estratégicos que darão conta dessa nova formatação para o SUS e que se estruturam na definição de regiões de saúde, redes de atenção à saúde, mapas da saúde, planejamento integrado, qualificação da relação nacional de estabelecimentos de saúde,

atualização e garantias para a relação nacional de medicamentos essenciais, contratos organizativos de ação pública e financiamento, onde os entes federados fixaram suas metas e aportes técnicos e tecnológicos para dar conta de adequar o atendimento.

Segundo o Decreto 7.958, de 13 de março de 2013, que dispõe sobre o atendimento a pessoas em situação de violência sexual pelos sistemas de saúde e segurança de forma humanizada, orienta uma ação que poderá alterar de forma positiva a atenção às mulheres em situação de violência sexual no SUS e nos serviços de criminalística dos Institutos Médicos Legais do país, com a instituição da coleta de informações e vestígios.

A operacionalização dessas estratégias integradas nos municípios pode ampliar a capacidade de sistemas de informação e apoiar objetivamente a resolução de crimes a partir de uma coleta de informações orientadas para os detalhes da violência sexual sofrida. Com vestígios da violência sexual sendo coletados também por profissionais de saúde e validados por intermédio de laudos realizados por peritos do Instituto Médico Legal, a garantia de aceitação pelo poder judiciário e uma maior valorização dessas ações, torna-se mais justo o desafio da defesa de direitos para as mulheres em situação de violência sexual no país (LIMA, 2014). A Lei nº 12.845, publicada em 01 de agosto de 2013, determina o atendimento imediato e obrigatório de pessoas em situação de violência sexual nos estabelecimentos hospitalares do SUS.

Ainda, segundo Lima (2014), após a publicação do Decreto nº 7.958/2013, o Ministério da Saúde toma providências técnicas para regulamentar a nova legislação, publicando a Portaria GM/MS nº 528, de 1º de abril de 2013, que definiu regras para habilitar serviços que atendam pessoas em situação de violência sexual no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no entanto, os gestores não responderam à determinação. Um ano depois, já na vigência da Lei 12.845 de 2013, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 485, que redefine o funcionamento dos serviços de atenção à violência sexual no

SUS incluindo a atenção básica em saúde.

Com esses avanços na legislação e consequentemente nos serviços, o que se percebe, inicialmente, é um aumento no volume de informações sobre casos de violência. A princípio, isto significa que fatos que estavam silenciados e ocultos começam a ser expostos, permitindo maior visibilidade destas ocorrências nos espaços públicos. Desta forma, espera-se que a tendência da continuidade deste movimento possa promover a redução progressiva dos casos de violência.

2.3 As redes de atendimento à mulher em situação de violência no município de Bauru-São Paulo, seus desafios e limitações

Conforme documento da Secretaria Municipal do Bem Estar Social-SEBES (BAURU, 2013), a Rede de Atendimento à mulher em situação de violência no município de Bauru conta com diversos serviços e instituições voltadas ao atendimento da população, além do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV), a rede é composta atualmente pelos seguintes serviços:

- Casa-Abrigo: inaugurada em 2009, pela Secretária Municipal do Bem Estar Social e tem a finalidade de ser um local de moradia protegida e atendimento integral à mulher em risco de vida iminente, em razão da violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias permanecem por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.
- Delegacia de Defesa da Mulher (DDM): unidade especializada da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. A atividade da DDM tem caráter preventivo e repressivo, realizando ações de prevenção, apuração investigação e enquadramento legal. Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as DDMs passaram a desempenhar novas funções que incluem, por exemplo, a expedição de medidas protetivas de

urgências ao juiz no prazo máximo de 48 horas.

- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social: totalizando oito unidades em funcionamento no município, os Centros de Referência da Assistência Social fazem parte do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) e desenvolvem serviços básicos continuados e ações de caráter preventivo para famílias em situação de vulnerabilidade social (Proteção Social Básica).

- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social: Bauru possui duas unidades. São responsáveis pela proteção da família e de indivíduos que tenham seus direitos violados e que vivam em situações de risco pessoal e social (Proteção Social Especial).

- Defensoria Pública do Estado: tem parceria com o Centro de Referência, atendendo uma vez por semana no local, com a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado, responsável pela defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogados contratados por seus próprios meios.

- Instituto Médico Legal (IML): sua função é decisiva na coleta de provas que serão necessárias ao processo judicial e condenação do agressor. É o IML que faz a coleta ou validação das provas colhidas e demais providências periciais do caso.

- Serviço de Saúde voltado para o atendimento dos casos de violência sexual: instalado anexo ao Centro de Referência, oferece atendimento e acompanhamento médico às mulheres vítimas de abuso sexual.

- Polícia Civil e Militar: registram ocorrências oriundas de mulheres vítimas. São os profissionais da Polícia Militar que muitas vezes, fazem o primeiro atendimento ainda na residência ou em via pública, ou então encaminhando esse primeiro atendimento para outros serviços da rede.

Na cidade de Bauru, as políticas vigentes de acordo com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), auxiliaram na criação de uma ampla rede de proteção social, que materializa a política pública de Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (BAURU, 2013).

O ano de 2011 marca a sanção da Lei do Sistema Único de Assistência, a Lei do SUAS. O sistema descentralizado e participativo tem como direção a unidade e totalidade da ação pública. O propósito é o de superar a fragmentação e a sobreposição das ações governamentais e não governamentais, sem perder de vista as diversidades das regiões, as peculiaridades e especificidades dos territórios e populações existentes. Para atender as demandas advindas das vulnerabilidades sociais, o município conta com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Casa Abrigo, Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Defensoria Pública do Estado, Polícia Civil e Militar e Instituto Médico Legal (BAURU, 2013).

Esses avanços e a implantação destes serviços no município são decorrentes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2003) que incentiva a criação de uma Rede de Atendimento articulada entre as instituições / serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhorias da qualidade do atendimento, à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência, e almejam o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BAURU, 2013).

Apesar desses avanços, os serviços de saúde nem sempre oferecem uma resposta satisfatória para o problema da violência, que acaba diluído entre outros agravos, sem que seja levada em consideração a recorrência do ato que ocasionou aquela morbidade.

Segundo Silva (2003), esta dificuldade, denominada pelo autor de “invisibilidade da

violência” decorre do fato de alguns setores ainda se limitarem a cuidar dos sintomas das doenças e não contarem com instrumentos capazes de identificar o problema. Desta forma, as intervenções acabam por mostrar respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres, pois, uma vez que a situação de violência não se extingue, as repercussões sobre o adoecimento físico ou mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços (SCHRAIBER et al., 2002).

Cavalcanti (2002) e Tuesta (1997), no entanto, constataram que os profissionais de saúde não têm dificuldades em identificar a violência, uma vez que suspeitam frequentemente da ocorrência deste fenômeno. A maior dificuldade dos profissionais, segundo estas autoras, está em não saber como encaminhar a questão. Ainda, segundo as autoras, a proposta para os serviços de saúde tem sido, simplesmente, detectar a violência com a “busca ativa” de rotina. Porém, quando detectada a violência, a demanda é rejeitada como “não-doença”, porque se classifica como um fenômeno social, ou ao contrário, é percebida como patologia, reduzindo ao corpo individual algo que é fruto das interações humanas.

Schienbinger (2001) chama a atenção para o fato de que, ao se aplicar a ideia de doença à violência, pode-se incorrer no aprofundamento da ideia de vitimização, colocando as mulheres nesta situação, assim como os doentes, como sujeitos incapazes que necessitam de tutela especializada.

A alta prevalência do problema nos serviços de saúde foi constatada por estudos tanto nacionais (SILVA, 2003; SCHRAIBER ET AL., 2002; DESLANDES, GOMES, SILVA, 2000), como internacionais (MCCAULEY ET AL., 1995; AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

Por estarem próximos à maioria das mulheres que vivenciam situações de violência, os serviços de saúde têm o dever de se constituírem como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio, ao invés de serem mais um obstáculo na tentativa

empreendida pelas mulheres de transformar sua situação de opressão. São importantes ainda, na detecção da violência doméstica, porém sua identificação deve se constituir no início de um processo que busque apoiar tais usuárias na superação do problema. No entanto, depois de constatada a presença de mulheres em situação de violência como demanda recorrente no setor saúde, é preciso refletir sobre como o setor tem absorvido e encaminhado o problema (CAVALCANTI, 2002).

Estudo realizado por Oliveira et al (2005) em dois serviços públicos de atendimento às mulheres vítimas da violência sexual teve como objetivo avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Foram realizadas entrevistas com 42 mulheres, sendo 13 que buscaram os serviços e 29 profissionais que trabalhavam nas equipes. Os resultados revelaram haver acolhimento em ambos os serviços, todavia com dificuldade de acesso por falta de informação da existência desses serviços, resolutividade de qualidade com equipe multiprofissional. Quanto à responsabilidade sanitária, ela existe nesses serviços especializados, mas é deficiente nos pronto-socorros e unidades básicas de saúde. A autora ainda conclui que muitas mulheres desconhecem os direitos que lhes garantem serviço especializado e frequentemente chegam tardiamente aos serviços, comprometendo sua eficácia.

Estudo recente realizado por Silveira e Ramos (2015) teve como objetivo identificar as dificuldades que os profissionais de saúde ainda têm em trabalhar com os casos de violência. O estudo evidenciou o despreparo dos profissionais de saúde pública para atuar nesse atendimento, uma vez que apontou a inexistência do conhecimento da necessidade da notificação e a ausência de habilidades para o registro desses casos. O estudo identificou, ainda, a necessidade de ações de qualificação para os profissionais, visando com isso à melhora no atendimento das pessoas. O estudo concluiu que violência doméstica configura-se na atualidade como um grave problema de saúde pública e as estatísticas apontam um número

crescente de casos, logo, é de suma importância que o acolhimento e encaminhamento dos casos de violência recebam o correto tratamento.

Constata-se, a partir da literatura, que a organização funcional é um aspecto fundamental para a efetividade dos serviços e ações oferecidos a esta população, especialmente quando se lida com problemas complexos, envolvendo um conjunto de diversos serviços e instituições. Estabelecer tais mecanismos funcionais é um desafio e, no caso de Bauru, a necessidade de implementar um protocolo e fluxos de atendimento tem sido um aspecto fundamental (BAURU, 2013).

Os protocolos de atendimento têm sido vistos, em sentido amplo, como instrumentos burocráticos e sua feitura tem sido atribuição de órgãos coordenadores, sem uma visão mais compartilhada desta ação. Feitos com esta característica, não conseguem passar de um rol de ações e instituições responsáveis que mais reforçam o sentido fragmentado da ação (BAURU, 2013).

Não há ainda um Protocolo de Atendimento para a atenção à mulher em situação de violência no município de Bauru. Assim, sua construção pode apontar para uma importante potencialidade, na medida em que passa a ser construído em conjunto com atores e organismos envolvidos. Esta construção conjunta, como processo, pode ser uma estratégia de alto impacto para a implementação de uma ação intersetorial consistente (BAURU, 2013).

A exemplo da inexistência de um Protocolo de Atendimento, também não existe um Plano Municipal de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher. Apesar da relação estreita do Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CRAMSV com o Conselho Municipal da Condição Feminina, não ocorreram ações concretas que pudessem culminar num plano construído com representatividade social. Neste aspecto, reside uma grande possibilidade de envolvimento da sociedade com esta importante temática, que é a violência contra a mulher. Trata-se de um desafio que demanda um envolvimento

social da forma mais abrangente, o que supõe a participação de variados atores e instituições, inclusive as não governamentais, de forma a se produzir legitimidade para o enfrentamento do problema em todas as dimensões. Para isso, a convocação dos Conselhos já existentes é um ponto de partida com grande possibilidade de transformação do cenário atual (BAURU, 2013).

Outra grande dificuldade é a segmentação dos atendimentos oferecidos, já apontada na literatura, por diversos autores (CAVALCANTI, 2002). Embora os serviços existentes desenvolvam diversas ações de enfrentamento da violência contra mulheres, a realização dos diversos atendimentos é viabilizada às usuárias de maneira segmentada e fracionada, de acordo com a localidade geográfica de cada serviço, proporcionando o atendimento numa espécie de linha de montagem, o que na maioria das vezes, é apontando como um dificultador sem que se possa atingir uma ação integrada (CAVALCANTI, 2002).

O Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CRAMSV é um serviço bastante recente. Sua implantação permitiu um diagnóstico de limites e dificuldades em seu funcionamento, em especial, os que dizem respeito às ações intersetoriais (BAURU, 2013). Os desafios colocados para a consolidação do CRAMSV, assim como para os demais serviços, oferecem grandes possibilidades de uma ação conjunta mais integrada, na qual um dos requisitos mais importantes é o da equipe de profissionais com formação qualificada e com compreensão mais profunda desta política de enfrentamento da violência. Fatores estes que, segundo Cavalcanti (2002), só podem ser consolidados quando os governos estadual e federal realmente forem além, apenas da identificação das vulnerabilidades existentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a trajetória percorrida por mulheres vítimas de violência sexual na rede de atendimento e compreender a experiência da violência sofrida.

3.2 Objetivos específicos

a) Obter um panorama quantitativo dos casos de violência notificados no período de 2009 a 2012 na cidade de Bauru.

b) Verificar a prevalência de casos de violência sexual contra mulheres com idade de 18 anos ou mais, notificados no período de 2009 a 2012 na cidade de Bauru.

c) Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres notificantes, identificando as consequências da violência e os encaminhamentos realizados.

d) Obter relatos e compreender a experiência de mulheres que sofreram violência sexual.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo documental quanti-quantitativo, realizado em duas etapas:

Etapa 1

Nesta etapa foi realizado a triagem das fichas de notificações geral dos casos notificados de violência (geral) e de violência sexual praticada contra mulheres adultas na cidade de Bauru nos quatro últimos anos e o registro (seguimento) desses casos após a notificação.

Etapa 2

Dando segmento ao estudo, a partir de relatos de quatro mulheres, obtidos por meio de entrevistas, organizou-se dados qualitativamente, visando a compreensão da experiência de violência sexual vivenciada pelas participantes utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

4.1 Procedimentos

Etapa 1

Realizou-se a triagem de todas as fichas cadastradas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) desde a sua implementação, em 2009, e nos anos seguintes (2010, 2011, 2012), que totalizou 558 notificações. Posteriormente, realizou-se o mesmo procedimento selecionando-se apenas as fichas de violência sexual contra mulheres com idade acima de 18 anos. Esta triagem foi realizada no Centro de Vigilância Epidemiológica no município de Bauru/SP, utilizando como instrumento o Protocolo de Triagem das Fichas do

SINAN (APÊNDICE 1).

Inicialmente, realizou-se contato com o Centro de Vigilância Epidemiológica, agendando-se com a técnica responsável o início da coleta de dados, e a partir da autorização obtida, deu-se início o procedimento de coleta de dados.

Foram disponibilizadas ao pesquisador as fichas de notificação separadas por ano. O pesquisador selecionou as fichas por tipo de violência. Num segundo momento, as fichas de notificação de violência sexual foram triadas por idade, selecionando-se apenas os casos de mulheres com idade igual ou acima de 18 anos.

Após realizadas as duas etapas de triagem, foram coletados os dados sociodemográficos (idade, gênero, escolaridade, ocupação e estado civil), sendo coletados, posteriormente, os dados referentes às consequências da violência, aos encaminhamentos para área da saúde, aos encaminhamentos para outros setores, à classificação final da notificação e à evolução do caso.

Os dados gerais de interesse para o estudo constantes das fichas foram anotados e quantificados, bem como os dados referentes especificamente à violência sexual contra mulheres com idade igual e acima de 18 anos foram quantificados e submetidos à análise estatística baseada no Teste Binomial, de acordo com SIEGUEL (2006), visando identificar a significância estatística de diferenças encontradas entre os mesmos.

Etapas 2

Na etapa 2, participaram do estudo quatro mulheres que receberam atendimento psicossocial no Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência entre os anos de 2011 e 2013.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no mês de março de 2013, nas dependências do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no

município de Bauru/SP, utilizando como instrumentos a Ficha de Triagem dos Prontuários do CRAMSV (APÊNDICE 2), o Roteiro de Entrevista composto por perguntas disparadoras e estimuladoras do relato das participantes, de modo a se obter os depoimentos das participantes o mais livremente possível (APÊNDICE 3) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4).

Inicialmente, realizou-se contato telefônico, sendo agendadas as datas para a consulta aos prontuários visando à seleção de participantes, as quais, posteriormente, foram agendadas para a realização das entrevistas.

Na triagem dos prontuários do CRAMSV, obteve-se um total de 557 prontuários, constituindo esta a amostra total de prontuários existentes na instituição, desde a implementação do serviço no município em 2011. Destes, apenas 32 estavam ativos. Verificou-se que, deste total, a maioria referia-se a casos de violência física (92,81%), seguidos de 28 prontuários (5%) de casos de violência sexual. Referente aos casos de violência sexual, do total de 28 prontuários, 13 casos eram referentes aos anos de 2011 e 2012 e não tinham informações atualizadas, impossibilitando o contato com as usuárias do serviço. Em 6 casos as usuárias mudaram-se de cidade ou endereço; em 8 prontuários as usuárias apresentaram diagnóstico de deficiência mental grave, estando aptos para a entrevista apenas 7 casos. Deste total, após contato telefônico, apenas 4 mulheres se prontificaram a participar da entrevista. Todas as participantes foram identificadas com nomes fictícios no estudo: Maria, Marta, Mariana e Marli. Excluíram-se as mulheres que, de acordo com seus prontuários, apresentaram algum tipo de comprometimento cognitivo que pudesse prejudicar o entendimento do estudo e sua participação na entrevista.

As mulheres selecionadas foram convidadas, por meio de contato telefônico, para comparecerem ao CRAMSV para uma entrevista, conforme o procedimento padrão da instituição. Elas foram informadas de que se tratava de um estudo sobre mulheres que

passaram pela experiência de violência sexual. Foram também informadas de que sua participação era voluntária e que não acarretaria em qualquer tipo de risco ou dano para elas, bem como, no caso de não desejarem participar, não haveria qualquer prejuízo em sua relação com a instituição. As contatadas que concordaram foram agendadas para uma entrevista individual com o pesquisador.

No início de cada entrevista, informou-se cada participante acerca do estudo e de seus objetivos. Realizou-se a leitura do Termo de Participação Livre e Esclarecido e esclareceram-se algumas dúvidas sobre o conteúdo da entrevista. As entrevistas foram gravadas em áudio, com permissão das participantes, e posteriormente foram ouvidas, transcritas e analisadas pelo pesquisador.

No decorrer da entrevista, o pesquisador assumiu o papel de um ouvinte participativo e empático, permitindo, estimulando e buscando aprofundar os relatos das vivências das participantes.

Não ocorreram casos em que a participante ou o pesquisador consideraram a necessidade de atendimentos psicológicos ou outros encaminhamentos, com base em possíveis efeitos negativos advindos dos relatos das participantes.

Após a realização das entrevistas, realizou-se a transcrição de todas as entrevistas gravadas em áudio, em sua íntegra, sendo posteriormente lidas e relidas pelo pesquisador, identificando-se os temas abordados nos depoimentos das participantes e interpretando-os compreensivamente, de acordo a Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

Em um sentido amplo, “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. “(...) qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo” (BARDIN, 1977, p. 32).

Na análise de dados utilizou-se a análise categorial conforme Bardin (1977), que

consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial se respalda no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos. Portanto, a interpretação dos dados se deu pelo método análise de conteúdo, sobre o conteúdo das entrevistas e as observações in loco.

O processo de formação das categorias se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), após a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu em função da repetição das palavras, que uma vez triangulada com os resultados das observações, foram constituindo-se em unidades de registro.

As categorias iniciais resultaram do processo de codificação das entrevistas transcritas, tendo categorias diferentes em cada entrevista e cada categoria constitui-se de trechos selecionados das falas das entrevistadas.

Com vistas a refinar a análise dos dados, o agrupamento progressivo das categorias iniciais resultou na necessidade de criar categorias intermediárias. As primeiras categorias foram criadas e nomeadas em conformidade com os dados que as constituíram, infere-se aqui a subjetividade do pesquisador ao conceder a identificação das categorias intermediárias. Após a apresentação das categorias iniciais, emergem as intermediárias. Tais categorias estão pautadas nas narrativas das entrevistadas e observações.

A categoria final é constituída a partir da aglutinação das categoriais iniciais e intermediárias e são construídas com intuito de respaldar as interpretações e inferir os resultados. As categorias finais representam a síntese do aparato das significações, identificadas no decorrer da análise dos dados das entrevistas.

4.2 Aspectos éticos

Foram realizados os procedimentos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referentes ao cadastramento do projeto na Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), sendo aprovado sob parecer nº 430.906 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1

Foram consultadas todas as fichas de notificações inseridas na base de dados SINAN desde a implantação deste instrumento no município (2009), abrangendo os anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 visando obter um panorama geral dos registros de casos de violência no município de Bauru, sendo submetidos ao Teste Estatístico Binomial (SIEGUEL, 2006).

A tabela 1 apresenta a classificação das notificações gerais por tipos de violência e por ano, tal como registradas no Sistema de Informação e Notificação de Agravos Nacional (SINAN). As tabelas seguintes apresentam os dados sociodemográficos referentes a: idade (tabela 2); escolaridade (tabela 3); ocupação (tabela 4) e estado civil (tabela 5). Em seguida, a tabela 6 apresenta a evolução da notificação, com relação às consequências para a vítima. As tabelas 7 e 8 mostram os encaminhamentos realizados para a área da saúde e para outras áreas e, por fim, as tabelas 9 e 10 mostram a classificação final da notificação e a evolução dos casos, respectivamente.

Tabela 1. Distribuição da frequência das notificações por tipo de violência e por ano

<i>Tipologia da violência</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Violência Física</i>	85	57	164	83	10	13,5	78	56, 11	337	60,3
<i>Violência sexual</i>	47	32	29	15	18	24,3	24	17,25	118	21
<i>Não registrado na ficha</i>	16	11	04	2	46	62	37	27	103	18,5
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

A tabela apresenta um total de 558 notificações no período de quatro anos, sendo

a forma de violência mais encontrada a violência física, com 337 casos (60,39%); seguida da violência sexual, com 118 casos (21,14%), totalizando 455 notificações especificadas, sendo 148 notificações em 2009, 197 notificações em 2010, 74 notificações em 2011 e 139 notificações em 2012. Em 103 casos (18,45% do total) não havia especificação do tipo de violência sofrida.

De acordo com o Teste Estatístico Binomial utilizado, verificou-se diferença estatística significativa entre o número de casos de violência física em relação ao número de registros de violência sexual. Os dados totais obtidos no ano de 2009 somam 85 notificações de violência física e 47 notificações de violência sexual. A variação obtida entre 0,35 e 0,64, respectivamente, demonstra que a frequência maior de casos de violência física, neste ano, apresenta significância estatística ($p \leq 0,001$).

Em 2010, os totais obtidos somam 164 casos de violência física e 29 casos de violência sexual e o teste estatístico apresentou as variações de 0,15 e 0,84 respectivamente. Verifica-se a prevalência de maior ocorrência de notificações de violência física em detrimento da violência sexual, com significância estatística ($p \leq 0,001$).

Em 2011, ocorreram 10 notificações de violência física e 18 casos notificações de violência sexual e as proporções obtidas foram 0,64 e 0,35 consecutivamente. Verificou-se neste ano a ocorrência de maior frequência de casos de violência sexual, apontando a porcentagem de 0,26 sobre a variação, com menor significância estatística ($p \leq 0,05$).

No ano de 2012, os totais obtidos somam 78 casos de violência física e 24 casos de violência sexual. De acordo com a verificação estatística apontada para estes valores, as proporções encontradas de 0,76 e 0,26 indicam significância estatística ($p \leq 0,001$).

Observa-se que, nas diferenças analisadas entre violência física e sexual ano a ano neste estudo, foi obtida relevância estatística, apontando predominância da violência física em relação à sexual. De acordo com a descrição do teste Binomial (SIEGUEL, 2006), a variação

da porcentagem de até 2.0 pontos-value é considerada como relevância estatística entre os valores pesquisados. A probabilidade de ocorrência de erro da análise destes dados neste estudo é de 0%.

De acordo com o Relatório Final da Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (2002), as estatísticas de 267 DEAMs identificaram os crimes mais denunciados pelas mulheres. Entre 326.693 notificações recebidas, havia 113.727 queixas de lesão corporal, 107.999 de ameaças e 32.183 para vias de fato. Logo depois, encontram-se os crimes contra a honra: 13 mil de injúria; 10.049 de difamação; e 6.805 para calúnia. Especificamente para o crime de estupro, foram totalizadas 4.697 queixas em todas as DEAMs do país. Segundo Brazão e Grossi (2000) a maioria dos dados aponta para a maior ocorrência e/ou visibilidade das violências físicas, tipificadas criminalmente por lesões corporais, seguidas pelas violências psicológicas, principalmente ameaça, difamação e injúria. A violência sexual, especialmente a coerção e/ou violência sexual praticada por parceiro íntimo no âmbito privado, está pouco evidenciada ou inexistente nas estatísticas disponíveis:

É praticamente impossível desvendar, nos dados estatísticos, situações de estupro conjugal, porque elas estão escondidas em outros itens, como o de lesões corporais (GROSSI, 2000, p. 48).

Aponta-se, no presente estudo, a inexistência de especificação da violência psicológica e dos casos nos quais ocorreram mais de um tipo de violência concomitantemente, indicando deficiências importantes nas formas de registro praticadas.

Tabela 2. Distribuição da frequência das notificações referentes aos dados sociodemográficos – idade

<i>Idade</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>0-18 anos</i>	42	28,3	39	20	07	9,45	23	16,5	111	20
<i>19 anos em diante</i>	71	48	149	63	57	77	102	73,5	354	63,5
<i>Não registrado na ficha</i>	06	4	09	4,5	01	1,3	08	5,7	24	4,5
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Verifica-se que a maioria dos casos de violência notificada refere-se a vítimas na faixa etária acima de 18 anos (63,44%). A faixa etária de 25 a 39 anos, seguida de 19 a 24, foram prevalentes em relação às violências física e sexual neste estudo.

Pesquisa realizada pela renomada revista científica THE LANCET (2014) aponta que a ocorrência de violência sexual em mulheres de 15 anos ou mais possui frequência maior, sugerindo que 1 em cada 14 mulheres já foi, ao menos uma vez em sua vida, vítima de algum episódio de violência sexual por alguém que não é seu parceiro. A pesquisa apresentada pela LANCET (2014) aponta, ainda, que a situação varia muito de país para país. Enquanto na Região Central da África a taxa de mulheres vítimas de abusos chega a 21%, na Ásia, a média é de 3,3%. A média mundial de mulheres acima de 15 anos ou mais que dizem ter sido atacada sexualmente por alguém que não é seu parceiro é de 7,2%. O estudo, realizado em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi realizado com base em estudos publicados entre 1998 e 2011, recolhendo 412 estimativas em 56 países.

Tabela 3. Distribuição das frequências das notificações referentes aos dados

sociodemográficos – escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Analfabeto</i>	10	6,7	04	2	0	-	01	0,7	15	2,7
<i>1º grau</i>	62	42	56	28,5	16	21,62	34	24,5	168	30,1
<i>2º grau</i>	17	11,5	20	10	11	4,8	36	26	84	15
<i>Ensino superior</i>	03	2	06	3	01	1,5	02	1,5	12	2
<i>Não registrado na ficha</i>	56	37,8	111	56	46	62	66	47,5	279	50
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Observou-se maior ocorrência de escolaridade em nível de primeiro grau, sendo 168 casos (30,10%) e menor ocorrência de casos com escolaridade de superior (2,15%), seguido dos casos de analfabetos (2,68%). Aponta-se que em 50% dos casos não foi registrado o nível de escolaridade nas notificações, perfazendo um total de 279 casos (50%).

Pesquisa realizada por Lopes (2004) verificou a caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina/PI. O estudo descritivo baseado nas informações de 102 prontuários de vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Maria-Maria, de março de 2002 a março de 2003, apontou baixa escolaridade em 74,2% dos casos, de modo similar ao obtido no presente estudo, no qual se encontrou maior frequência de analfabetos ou de pessoas com ensino fundamental.

Tabela 4. Distribuição da frequência das notificações referentes aos dados sociodemográficos – ocupação

<i>Ocupação</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Estudante</i>	38	25	39	20	11	15	22	16	110	19
<i>Do lar</i>	33	22	46	23	20	27	29	20	128	22
<i>Empregado (a)</i>	19	13	42	21,3	18	24	38	27	117	20
<i>Desempregado (a)</i>	04	2,7	11	5,5	01	1,5	10	7	26	4,6
<i>Aposentado (a)</i>	21	14	18	9	03	4	05	3,5	47	8,5
<i>Não registrado na ficha</i>	33	22	41	21	21	28	35	25	130	23
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Acerca da variável ocupação, verifica-se que a maior frequência encontrada é de mulheres que se declaram “do lar”, com 128 casos (22,93%), seguidos de estudantes, com 110 casos (19,71%). Entre as notificações, 47 casos (8,42%) eram de mulheres aposentadas. Os registros mostram ainda que as mulheres que se declararam empregadas (20,96%) foi maior em relação às mulheres que se declararam desempregadas (4,65%). Verifica-se também a alta prevalência de fichas com este campo sem informação, totalizando 23,29% das fichas de notificação.

Estudo realizado por Ferreira (2010) analisou a violência contra a mulher a partir das Fichas Notificadas em serviços sentinela, em Fortaleza/CE, no período de 2006 a 2008, descrevendo o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais. Os registros das 939 fichas de notificação demonstraram que, referente à situação empregatícia, o número de mulheres empregadas alcançou 482 (51,3%) do total de fichas notificadas.

Tabela 5. Distribuição da frequência das notificações referentes aos dados sociodemográficos – estado civil

<i>Estado civil</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Solteira</i>	52	35	69	35	26	35	53	38	200	36
<i>Casada</i>	27	18	47	23,8	09	12	30	21,5	113	20
<i>Viúva</i>	11	7,5	07	3,5	02	2,7	04	2,9	24	4,5
<i>Separada</i>	18	12	14	7	10	13,5	07	5	49	8,8
<i>Não registrado na ficha</i>	40	27	60	30,5	27	36,5	45	32,5	172	30,8
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Verifica-se que a maioria dos registros acerca do estado civil das mulheres notificantes aponta predominância de solteiras, com 200 casos (35,85%), seguidos de 113 casos (20,25%) de casadas. Os registros apontam ainda que em 24 casos (4,30%) as mulheres declararam-se viúvas e em 49 casos (8,78%) declararam-se separadas. Neste item ocorreu alta prevalência de fichas com ausência deste dado, totalizando 30,82% (172) dos casos.

Estudo conduzido por Lopes (2004) avaliou as características da violência sexual contra mulheres, os tipos de crimes sexuais e as lesões corporais resultantes. O estudo descritivo baseado nas informações de 102 prontuários de vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Maria-Maria, de março de 2002 a março de 2003, apontou que a maioria das mulheres era solteira, totalizando 78,3% dos casos notificados.

Quanto às consequências da violência para a vítima, os registros apontam a tentativa de suicídio como a consequência predominante, totalizando 92 (16,48%) dos casos notificados. Foi encontrado estresse pós-traumático em 6,27% dos casos notificados, seguido de transtorno comportamental em 5,73% dos casos. Em menor frequência, porém não menos

importante, foi registrado um (1) caso de aborto e um (1) caso de Doença Sexualmente Transmissível, relacionados a episódios de violência sexual. O alto índice encontrado nas fichas com este campo não preenchido totalizou 393 fichas (70,43%), denunciando a precariedade, a desatenção ou a falta de preparação adequada para o registro institucional de informes significativos, como se mostra na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição da frequência das notificações referentes às consequências da violência para a vítima

<i>Consequência da violência</i>	2009		2010		2011		2012		Total	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Aborto</i>	0		0		0		01	0,75	01	0,15
<i>Gravidez</i>	0		0		0		0		0	
<i>DSTs</i>	0		0		01	1,5	0		01	0,15
<i>Tentativa de suicídio</i>	02	1,5	25	12,6	17	23	48	34,5	92	16,5
<i>Transtorno mental</i>	01	0,75	01	0,5	02	2,7	01	0,75	05	0,90
<i>Transtorno comportamental</i>	21	14	08	4	0		03	2	32	5,7
<i>Estresse pós-traumático</i>	07	4,7	18	9	06	8	04	3	35	6
<i>Não registrado na ficha</i>	117	79	145	73,5	48	65	83	59,7	393	70,5
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Estudo da OMS (2005) sobre a saúde das mulheres e a violência contra as mulheres, que abrangeu vários países, mostrou que pelo menos metade das mulheres em Bangladesh, na Etiópia, no Peru, em Samoa e na Tanzânia revelaram terem sido agredidas física ou sexualmente antes dos 15 anos. Em geral, o estudo aponta que as mulheres vítimas de violência sofrem de problemas gerais e diversos de saúde e de problemas psicológicos decorrentes das agressões. “A experiência das mulheres violentadas implica um conjunto de sentimentos relacionados com a violência, que vão desde a confusão sobre o que provoca a

violência, até sentimentos de desespero sobre a possibilidade de parar com a mesma, sentimentos de isolamento e depressão por estarem sob o controle violento dos seus parceiros. Por vezes, algumas mulheres consideram o suicídio como uma opção para fugirem da violência” (OMS, 2005, p. 57).

Tabela 7. Distribuição das frequências das notificações referentes aos encaminhamentos para atendimento na área da saúde

<i>Encaminhamento para área da saúde</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Atendimento ambulatorial</i>	51	34,5	114	73	46	62	93	67	304	54,5
<i>Internação hospitalar</i>	06	4	08	4	04	5,5	12	8,5	30	5,5
<i>Não se aplica</i>	77	52	62	31,5	12	12,2	15	10,8	166	29,7
<i>Não registrado na ficha</i>	14	9,5	13	6,5	12	16,2	19	13,5	58	10,5
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Os encaminhamentos para o setor da saúde registrados demonstram que em mais da metade dos casos notificados, ou seja, em 304 casos, foi indicado o atendimento ambulatorial destas mulheres. Somente em 30 casos, a situação de agravo evoluiu para a internação hospitalar. Encontra-se, também, alto índice de registros nos quais não foram necessários atendimentos em serviço de saúde, totalizando 166 casos. Constatou-se também a frequência de fichas incompletas neste item, somando 58 casos (10, 39%).

Estudo realizado por Galvão e Andrade (2004) de caráter descritivo, teve como objetivo apresentar o perfil de mulheres atendidas em um Centro de Atendimento à Mulher (CAM) em Londrina/PR, e caracterizar os casos quanto aos tipos de violência sofrida, queixa principal, ambiente em que ocorreu a violência e tipo de vínculo do agressor com a mulher. Os dados foram extraídos das fichas das mulheres atendidas pelo Serviço no ano de 2001. Do

total de 470 fichas analisadas, verificou-se que a média de idade das mulheres foi de 34 anos. A maioria, 47,2%, declarou-se casada e 54% possuíam um ou dois filhos. Declararam-se chefes de família 38,7% das mulheres. A violência psicológica prevaleceu, representando 56,4% dos casos, seguida pela violência física (32,1%). Quanto aos encaminhamentos realizados, os serviços de saúde – prioritariamente hospitais e unidades básicas – aparecem como responsáveis por apenas 3,6% dos encaminhamentos.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, englobando usuárias de dois serviços de apoio à mulher que realizavam trabalho similar ao CAM, verificou-se que 80% dos casos atendidos provinham de instituições públicas, sendo 64% de serviços de saúde (ALVES; COURA FILHO, 2001). Em comparação com esse estudo, o índice de encaminhamentos oriundos dos serviços de saúde, em Bauru, é consideravelmente baixo.

Tabela 8. Distribuição da frequência das notificações referentes aos encaminhamentos para outras áreas ou setores

<i>Encaminhamento para outras áreas</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Conselho tutelar/ Vara da infância e Juventude CREAS</i>	47	31,7	43	21,8	03	4	04	3	97	7,4
	24	16,2	11	5,5	02	2,7	0		37	6,7
<i>Delegacia da Mulher Centro de Referência da Mulher</i>	41	27,7	47	23,8	21	28,5	51	36,7	160	28
	05	3,5	01	0,5	04	5,5	24	17,2	34	6
<i>Instituto Médico legal</i>	14	9,5	31	15,7	14	19	06	4	65	11
<i>Outros</i>	10	6,7	17	8,6	07	9,5	04	3	38	6,8
<i>Não registrado na ficha</i>	08	5,5	47	23,8	23	31	50	36	128	23
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Constatou-se que os encaminhamentos realizados para outros setores obtiveram maior frequência para a Delegacia da Mulher, totalizando 160 casos (28,67%), seguidos de encaminhamentos para o Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude, totalizando 97 casos (17,38%). O Centro de Atendimento e Referência da Mulher em Situação de Violência obteve frequência menor de encaminhamentos, com apenas 6,04% dos casos. O campo “Outros” e fichas não preenchidas totalizaram 29,74% das fichas consultadas.

Estudo conduzido por Figueiredo, Cesar, Silva e Borba (2012) investigou a ocorrência de mulheres vítimas de violência notificadas pelo SINAN, no período de 2009 e 2010, no município de Porto Alegre, e caracterizou os casos quanto à idade, raça, portador de deficiência, local de ocorrência, tipo de violência, meio de agressão, consequências da violência, natureza da lesão, parte do corpo atingida, vínculo/grau de parentesco com o agressor, evolução e encaminhamento. Os resultados apontaram que do total de 1.278 notificações, a média de idade das mulheres foi de 15,5 anos, sendo a maioria da raça branca, (66%). O tipo de violência prevalente neste estudo foi a violência sexual (56,7%). O espancamento foi o meio de agressão mais frequente, com 38,6%, trazendo como consequência no momento da notificação o estresse pós-traumático (9,8%). Após encaminhamentos e tratamentos de todos os casos necessitados, 80,9% obtiveram alta. A contusão foi a natureza da lesão mais constatada (9,8%), tendo a cabeça como o local mais frequente para as agressões (10,4%). O estudo concluiu que a atuação do cirurgião-dentista é de extrema relevância, tanto no diagnóstico dos casos como no tratamento, sendo o encaminhamento o instrumento relevante para a realização de atendimentos adequados em serviços de saúde voltados para a mulher em situação de violência.

Tabela 9. Distribuição da frequência das notificações referentes à classificação final da notificação

<i>Classificação final da notificação</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Violência confirmada</i>	104	70,2	155	78,7	62	83,7	122	87,7	443	79,5
<i>Violência descartada</i>	5	3,5	0		0		0		05	0,9
<i>Provável</i>	11	7,5	12	6	01	1,5	7	5	31	5,5
<i>Inconcluso</i>	27	18,2	30	15	6	8	6	4	69	12,5
<i>Não registrado na ficha</i>	1	0,5	0		05	6,7	4	3	10	1,8
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Os registros acerca da classificação final da violência mostram que, na maioria dos casos (443 / 79,39%), houve a confirmação da violência declarada. Em apenas 5 casos foi descartada a ocorrência da violência. A notificação foi considerada inconclusa em 69 dos casos (12,36%) e a violência foi avaliada como provável em 31 casos (5,55%). Dez das fichas não tinham informações sobre este item.

Estudo conduzido por Osis, Duarte e Fóundes (2012) verificou a prevalência de violência em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços. O estudo descritivo, de corte transversal, foi realizado com 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 2.379 usuárias de unidades básicas de saúde, 75 gestores e 375 profissionais, em 15 municípios do estado de São Paulo, no período de agosto de 2008 a maio de 2009. Os dados foram coletados

por questionários estruturados e foi realizada análise descritiva. Os resultados apontaram que a maioria dos coordenadores revelou que situações de violência entre as usuárias eram detectadas e confirmadas, embora 74% dissessem que isso não era investigado rotineiramente, o que foi confirmado por 72,3% dos profissionais. Entre as mulheres, 76,5% referiram ter sofrido algum tipo de violência ao longo da vida e 56,4% relataram violência por parceiro íntimo; cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses e 6,5% disseram ter procurado ajuda em Unidade Básica de Saúde. Este e outros estudos demonstram a prevalência da confirmação da violência em detrimento de notificações de violência descartada ou não confirmada nos casos que chegam aos serviços de saúde pública.

Tabela 10. Distribuição da frequência das notificações referentes à evolução do caso

<i>Evolução do caso</i>	<i>2009</i>		<i>2010</i>		<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>Total</i>	
<i>Frequência</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>	<i>F.a</i>	<i>F.r (%)</i>
<i>Alta hospitalar</i>	69	46,5	114	57,8	42	56,7	123	88,5	348	62,5
<i>Evasão/fuga da unidade de saúde</i>	0		1	0,5	0		2	1,5	3	0,5
<i>Óbito por violência</i>	0		23	11,5	08	10,8	2	1,5	33	6
<i>Óbito por outras causas</i>	01	0,6	0		0		0		1	0,15
<i>Não registrado na ficha</i>	78	52,7	59	30	24	32,5	12	8,5	173	31
<i>Total</i>	148		197		74		139		558	

Verifica-se no campo evolução do caso, das fichas de notificação, que a maior frequência encontrada foi a de alta hospitalar, sendo 62,36% dos casos de mulheres que notificaram alguma forma de violência e passaram por algum atendimento de saúde, recebendo alta hospitalar logo após o atendimento ambulatorial. Em 5,91% dos casos foi

notificado óbito por motivo de violência e em um (1) caso o óbito foi em consequência de outras causas. Neste item, o grande índice de fichas incompletas perfaz 173 casos (31%).

Ressalta-se o número de óbitos em decorrência de violência, totalizando 33 casos nos anos pesquisados, observando-se que, em 2010, 23 casos deste total, foram notificados. De acordo com o Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2008) o município de Bauru integra a lista de cidades com maior número de homicídios, ocupando o 151º lugar na lista. Ainda segundo o Mapa da Violência, em 2006 foram selecionados os 200 municípios que, no ano, apresentaram os maiores índices de homicídios. Observou-se que nem sempre houve a correlação positiva esperada entre o porte do município e o índice de homicídios, mas que há elevada concentração de violência acarretando em morte em poucos municípios.

Dados específicos dos casos de violência sexual

A análise dos dados das fichas de notificações realizada referente aos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 apontou que a violência sexual foi a segunda violência mais encontrada, com 118 casos (21,1%) do total de casos notificados neste período. A análise dos dados sociodemográficos desta população notificante apresentou o predomínio de mulheres, com idade frequente abaixo de 18 anos, correspondendo a 58 casos (48,15%), seguido de mulheres com idade igual ou acima de 18 anos, com 49 casos notificados, correspondendo a 41,52% dos casos.

Ocorreram 11 casos notificados de homens com idade abaixo de 18 anos e nenhum com idade acima de 18 anos, os quais não foram incluídos na amostra deste estudo.

Referente à escolaridade, foi predominante a ocorrência de mulheres com ensino médio completo (11,86%), sendo somente registrados 6 casos (5,08%) de pessoas com ensino superior. Neste tópico, observou-se percentual significativo de fichas sem especificação de

registro de escolaridade, totalizando 72,03% dos casos.

Quanto à ocupação, a maioria desta amostra apresenta atividade laboral ativa, correspondendo a 19 casos (16,10%), seguido de 14 casos (11,86%) de mulheres que se declararam "do lar". Somente 1,69% das mulheres declararam-se desempregadas. Observa-se também neste item o alto índice de 78 casos (66,10%) nos quais não foi registrada esta informação.

Com relação ao tópico raça/cor, a maioria dos casos notificados de violência sexual é referente a mulheres brancas, com 28 casos (23,72%), seguido da cor parda (12,71%). Neste item os casos não registrados na ficha somaram 58,67% dos casos.

A consequência da violência sexual com frequência maior foi o transtorno comportamental, com 24 casos (20,33%), seguido de tentativa de suicídio, com 18 casos (15,25%) e 9 casos (7,62%) de estresse pós-traumático. Foi possível verificar ainda registros de menor prevalência, tais como, um (1) caso de aborto (0,84%) e um (1) caso de Doença Sexualmente Transmissível (0,84%). Em 61 casos (51,69%) não foi possível identificar a consequência da violência sexual, pois a ficha de notificação não tinha esse registro.

O encaminhamento, para área da saúde, mais encontrado foi para atendimento ambulatorial, correspondendo a 43 casos (36,44%) e a internação hospitalar ocorreu em 05 casos (4,23%). O órgão público que recebeu maior número de encaminhamentos foi a Delegacia da Mulher, com 31 casos (26,27%), seguido da Vara da Infância e Juventude, que recebeu 26 casos (22,03%). O Instituto Médico Legal (IML) recebeu 16 registros (13,55%) dos encaminhamentos.

A classificação final da notificação demonstrou que em 96 casos (81,35%) a violência sexual foi confirmada e em apenas um (1) caso foi descartada a hipótese de violência sexual.

Verificou-se que, em 100 casos de mulheres que foram hospitalizadas devido à

violência sofrida, 84,7% obtiveram alta hospitalar e em 3 casos (2,5%) ocorreram óbitos por violência sexual. Neste item observou-se que em apenas 06 casos (5%) as fichas não apresentaram registro.

O baixo índice de registros de violência sexual encontrado neste estudo (118 casos, correspondendo a 21,1% do total de 558 de notificações gerais de violência, num período de quatro anos) mostra que a violência sexual é subnotificada, conforme apontam as pesquisas sobre o tema. Entre mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde, embora os casos se caracterizem, em sua maioria, como ato severo e repetitivo, ainda é baixa a frequência da notificação desta forma de violência. Segundo Dias (2007), apenas cerca de 10% das mulheres que passam por violência sexual notificam os órgãos públicos e conseguem externalizar este tipo de agressão. Esta baixa incidência, segundo Dias, ocorre pela predominância do machismo e julgamento moral, enraizados na cultura brasileira e em outras culturas do mundo.

Estudo realizado por Schraiber (2002) no município de São Paulo, entre usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, buscou identificar casos de violência sexual. Das 322 mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas e que compunham os prontuários da instituição, 143 usuárias (44,4%) relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta; e 37 mulheres (11,5%) relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta. Estes dados confirmam a baixa frequência de notificação de violência sexual, quando comparada à notificação de violência física, conforme os resultados encontrados no presente estudo.

A análise dos dados sociodemográficos referentes à violência sexual no presente estudo mostra predominância de mulheres adultas de etnia branca, com menor nível de escolaridade, sendo a maioria inserida no mercado de trabalho, com diversos tipos de consequência, além do estresse pós-traumático. Ressalta-se a baixa taxa de registros da

violência sexual, o que também pode ser compreendido com base em estudos que apontam a grande dificuldade de os profissionais de saúde lidarem com a violência sexual em seus atendimentos. Segundo Schraiber (2007), em pesquisa realizada no Programa Saúde da Família, a baixa percentagem de notificações de violência sexual aponta que embora os profissionais de saúde se declarem bem informados e aptos ao atendimento da mulher em situação de violência, isto não se reflete em maior número de casos registrados.

Moura (2009) e D'Oliveira (2009) destacam as taxas superiores a 60,0% de mulheres que notificaram a violência física (60,39%) em comparação com a baixa taxa de notificação de violência sexual (21,14%). A literatura mostra que o parceiro íntimo é frequentemente o principal agressor nos casos de violência contra a mulher, o que também interfere no índice de casos notificados pelas mulheres, em geral intimidadas e amedrontadas (DEEKE, 2009; LAGO, 2009; LIMA, 2008; RAMSAY, 2002).

No Brasil, ainda é recente a implantação da Ficha de Notificação (2006-2008), fato que, aliado a questões culturais e à precária formação dos profissionais para identificar casos, acolher as vítimas e registrar adequadamente os casos denunciados, justifica a situação de negligência, que em geral se encontra esta questão.

Considera-se importante chamar a atenção dos profissionais (da saúde e áreas afins), que atendem mulheres com sintomas inespecíficos e que são assíduas nesses serviços, para as possibilidades de casos velados de violência que, pelas dificuldades já apontadas, são negligenciados ou abandonados. Guedes, Nogueira, Camargo e Kenneth (2009) refletem sobre esse desafio para a prática médica (se estendendo para todos os profissionais da saúde) em que pacientes com sintomas indefinidos, sem uma lesão orgânica ou uma causalidade reconhecida, correspondem a uma parcela importante da demanda ambulatorial e pode ser considerada uma “anomalia” para o modelo biomédico, pois o mesmo negligencia a dimensão subjetiva do adoecimento.

Inquérito epidemiológico realizado por D'Oliveira (2010) na cidade de São Paulo com 1.631 pessoas com objetivo de estimar a violência física entre parceiros íntimos e examinar a associação entre a violência e variáveis sociodemográficas, uso de álcool e outros fatores relacionados, identificou que ser vítima, assim como ser agressor, associou-se a ser mais jovem e ter um parceiro com alto nível de consumo de álcool. Estes resultados são consistentes com estudos desenvolvidos em outros estados (D'OLIVEIRA, 2010) e outros países como os Estados Unidos (LIET, 2010) e Uganda (KARAMAGI, 2006).

De acordo com Ellsberg (2008), a pesquisa Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women coordenada pela OMS e realizada em dez países apresentou resultados similares aos encontrados no presente trabalho quanto às tipologias de violência sofridas pelas mulheres. No Brasil, o estudo da OMS incluiu uma cidade em São Paulo/SP e outra na Zona da Mata (PE). Entre as mulheres de São Paulo, 383 (41,8%) sofreram violência física e 95 (10,1%) violência sexual. Na Zona da Mata/PE, 401 (33,7%) sofreram violência física; e 170 (14,3%) violência sexual, ratificando a diminuição dos percentuais sobre a notificação da violência sexual (SCHRAIBER, 2007). Em outra pesquisa desenvolvida no Nordeste do Brasil, em Salvador/BA, com 701 mulheres, a violência física foi referida por 36,5% e a sexual, por 18,6%, sendo, por tais razões, mais difícil a identificação (SILVA, 2003).

Observam-se, também, dificuldades para se obter maior clareza acerca da violência praticada contra mulheres, relacionadas aos estudos encontrados na literatura, nos quais se encontram diversos métodos de pesquisa, diferentes definições de violência e variadas técnicas de coletas de dados. Com relação a dados os quais poderiam ser obtidos via serviços e profissionais de saúde, observa-se a falta de treinamento para lidar com o público alvo, pouca habilidade para abordar um assunto geralmente intimidador com as vítimas e questões afeitas a diferenças culturais que afetam entrevistador e entrevistados e que não os

deixam à vontade para revelar experiências íntimas.

Tal situação é considerada grave, tendo em vista que dois terços de mulheres mortas por seu parceiro íntimo buscaram cuidado médico dentro de um ano antes do assassinato delas e a maioria dos médicos clínicos não fez a avaliação de violência (SHARPS, 2001). Segundo Coker (2002), 17,0% de mulheres que informaram violência pelo seu parceiro íntimo não tiveram qualquer indicação de violência anotada nos registros médicos.

Etapas 2

Com o objetivo de obter relatos e compreender a experiência de mulheres que sofreram violência sexual, apresenta-se a análise das entrevistas de Maria, Marta, Mariana e Marli, conforme a análise de conteúdo de Bardin (1977).

Análise da Entrevista de Maria

De acordo com a verificação do prontuário de Maria, foi possível obter informações acerca dos dados sociodemográficos e o período de acompanhamento no CRAMSV. Maria possui 38 anos, escolaridade de ensino fundamental completo, trabalha em emprego formal na função de Balconista em pizzeria, possui 03 filhas com idade adolescente e está separada há dois anos, separou-se do marido em decorrência do episódio de violência sexual. Maria passou pelo episódio de violência sexual em novembro de 2011 e a entrevista ocorreu em março de 2013, portanto, 16 meses após. Referente ao acompanhamento no CRAMSV, foi realizado por um período de 6 meses após a ocorrência da violência sexual, sendo atendida pela médica, psicóloga e assistente social, ainda de acordo com o prontuário recebeu benefícios de vales transportes e cesta básica.

Na entrevista realizada, Maria apresentou-se disposta a compartilhar sua vivência

referente à violência sexual sofrida, detalhando os acontecimentos sem apresentar indícios de maiores complicações que pudessem sugerir a necessidade de suporte psicológico posterior à realização da entrevista.

Categorias Iniciais identificadas na entrevista de Maria

Quadro 1. Classificação das categorias iniciais identificadas

1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência
2. Descrição da consumação da violência
3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência
4. Percepção do perpetrador da violência
5. Apresentação de julgamento moral do perpetrador
6. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência
7. Apresentação das consequências geradas pela violência
8. Descrição do apoio recebido
9. Descrição dos atendimentos recebidos
10. Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódios de violência
11. Percepção da fé como justificativa para acontecimentos
12. Percepção de superação do episódio de violência

As 12 categorias identificadas são descritas abaixo, conforme as falas de Maria.

Categoria 1 - Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência

“(...) Ah, eu estava empregada na época né, aí vinha descendo do trabalho, era meia noite e vinte e cinco, né, para pegar um ônibus corujão, que desloca pessoas” (...) “Eu ia pegar o ônibus, eu estava descendo, né, da rua do serviço para baixo para pegar um ônibus no centro, né. Era meia noite e vinte e cinco e eu ia pega ele uma hora”.

“Ia descendo devagarzinho, que eu tenho problema na perna, tenho artrite, artrose, então eu vinha muito devagar, por que trabalhei das cinco ate as onze e quarenta da noite, então, ficar em pé a perna pegou um certo jeito. Quando eu vinha vindo, falando no celular

com minha filha: a mãe já está indo embora, eu fui surpreendida com um clarão, assim, um farol muito alto, no que jogou o farol escureceu tudo a vista e eu caí sentada. Essa pessoa que saiu, se deslocou de dentro do carro, pensei que ia me ajudar a levantar por ser um senhor de idade”.

Categoria 2 - Descrição da consumação da violência

“Mas nada, me pegou pelo braço, pelo banco dele mesmo do motorista, já me jogou no banco do passageiro, já fechou tudo o carro. Tinha um negócio que parecia uma tesoura, uma lamina em cima do painel, eu já fiquei impressionada né, mais fiquei lá quietinha, nem respirava e foi assim”.

“Aí fomos, aí ele foi me levando para o lado de Agudos, ali, sentido Getúlio Vargas, passando tudo aqueles matos que tem pros lados de Agudos, tem o Eros Motel, ali pros lados do Eros Motel tem um matagal, assim, tava até dando uma garoa, aí foi ali”.

“Ele levou ali, eu pensei que a gente ia até no motel eu falei: já que vai me matar eu falei ele vai no motel, mas não, entrou num mato assim, estacionou o carro ali e foi aonde aconteceu tudo”.

“Ele mordeu assim minha face. Assim, assim ficou até alto o local. Mordeu meus seios, né. Então quer dizer, foi uma agressão sim, catou o cabelo forte e puxou, né, torceu o meu pescoço, eu fiquei muitos dias depois com o pescoço torcido e o resto do corpo dolorido”.

Categoria 3 - Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência

“Tudo que ele perguntava eu ia respondendo, ali com medo, aquele baque, aquele choque, esperava tudo dele”.

“Ele só falava pra mim assim, se eu trabalhava, ficava catando de mim onde eu morava né. Perguntou se eu trabalhava todos os dias, se eu fazia aquele caminho todos os dias”.

“Ele falou: oh, se você não gritar, não alarmar vai correr tudo bem, do contrário”.

“Ele só abriu a porta do carro e falou assim: desce, desce sem olhar pra trás.”

“Tudo que a pessoa manda: oh, tira isso, tira aquilo, deita, faz assim. Na hora do desespero, sabendo que você, você pode morrer, até o último suspiro você faz o que ele tá mandando, né”.

Categoria 4 - Percepção do perpetrador da violência

“Era um senhor de idade, bem alto, né, assim, bem aparentado, bem vestido, calça jeans, camisa social, de aliança, de relógio, parecia um pai de família né, uma pessoa né, do lar”.

Pesquisador: E ele estava nervoso?

“Não, era um senhor muito calmo, muito calmo, falava o tempo também em dinheiro, ele falava: oh, se você for uma pessoa boa eu vou pagar por cada, né, por tudo que eu estou fazendo, eu vou retribuir em dinheiro”.

“Eu pensei assim, meu Deus, por que ele vai fazer isso comigo? Tantas mulheres prostitutas na rua, né. A pessoa saindo do trabalho cansada, doida para chegar em casa, ver os filhos, que eu tenho três meninas, mas, ele fez”.

Categoria 5 - Apresentação de julgamento moral do perpetrador

“Ele tem um distúrbio com certeza, uma pessoa normal não faz o que ele fez.”

“Enquanto não achar ele e pegar e “ponha” na cadeia não muda não, continua fazendo vítimas por aí”.

“Eu acho que ele continua fazendo novas vítimas na madrugada. O papel de quem fez uma vez, teve coragem de fazer uma vez é porque já fez antes e continua, né”.

Categoria 6 - Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência

“Eu só me aliviei mesmo quando ele falou pra mim: pode por sua roupa que eu vou te levar pro ponto de ônibus” “Eu falei: eu não acredito! Aí ele veio, passou pela Rodrigues Alves ali”. “Ainda deixou eu, assim, na Machado de Mello, assim numa esquina, quase perto do por pouco ele tinha me deixado perto do posto policial da Machado de Mello ali que é onde a gente pega o ônibus. Por pouquinho. Ele empurrou eu assim, do meu banco, eu já cai assim, já peguei a minha bolsa, aí vinha vindo um motoqueiro, falei assim pra ele: moço você é moto taxi? Ele falou; pra onde a senhora vai?”

“Aí fui pra casa. Chegou em casa a babá falou: oh, a senhora não pode ficar assim. A Senhora tá sangrando muito. A senhora tem que tomar um remédio (...)”

“Aí chamou resgate, a ambulância veio rapidinho, dentro da ambulância já prestaram os primeiros socorros, né”.

Categoria 7 - Apresentação das consequências geradas pela violência

“Aí eu desanimei, fiquei um bom tempo sem trabalhar, nem de dia eu conseguia trabalhar, eu começava trabalhar já sentia tontura, eu chorava muito, tomei bastante calmante, fui para igreja também, daí procurei até um psiquiatra, andei passando ali no CAPS, mas aí o doutor falou: oh, não é caso de passar comigo e tomar uma coisa muito forte, nada que o tempo não vai digerir”.

“A parte sexual abalou bastante, teve muitos machucados, né, que não cicatrizaram, peguei aquela candidíase, né, aquela bactéria”.

“Sempre que eu lembrava ou alguém tocava no assunto, às vezes eu não queria

chorar, às vezes eu ia fazer um comentário do que aconteceu eu começava chorar. Minhas filhas falavam: mãe, você tá tocando no assunto ainda?”

“Eu tava namorando e por causa desse acontecimento a gente se separou”. “Ele morava em outra cidade, conversamos muito por telefone, mas aí quando a notícia caiu lá, ele falou: não quero mais saber de você”.

“De um tempo pra cá que eu conheci uma nova pessoa né? Mas também por causa desse acontecimento essa nova pessoa também não deu certo. Porque a vida da pessoa sexual não é mais aquela de antes. Você vive com a pessoa, mas você num tem desejo. Tem vez que você lembra ali do romance, né, dos dois juntos ali, aqueles momentos, né. Você num tem mais aquela vontade que nem você tinha antes”.

“Aí depois dessa pessoa agora eu tô com uma nova pessoa também que não sei foi também por causa desse acontecimento, a vida sexual também não é mais a mesma”.

Categoria 8 - Descrição do apoio recebido

“Quando cheguei na Maternidade, a moça conversou bastante comigo, me deu água, estava bem atenciosa. Fui bem atendida lá e encaminhou pra cá depois”.

“Aqui tem uma psicóloga muito prestativa, na hora que eu mais precisei não foi o pai, não foi a mãe, que o pai e a mãe moravam bem mais longe da onde eu moro, eles moravam na Getúlio Vargas e eu moro na pousada, então quer dizer, ficava longe pra minha mãe ir lá me socorrer. Aonde que eu ligava? Eu ligava aqui: oh, eu preciso de alimento, preciso de pomada, eu preciso de remédio. Era aqui que eu vinha. Então quer dizer, a hora que ligam: Roseli, você pode vir aqui? Eu, meu coração não consegue falar não, eu dou um jeitinho de escapar lá e correr aqui ver o que elas querem”.

“Aqui é uma coisa que vou falar pra você, se for para falar bem de um lugar, falar ó, um lugar de saúde, de atendimento que você da nota dez, é o Centro de Referência da

Mulher, tem que me orgulhar, elas são muito atenciosas, são umas pessoas muito prestativas. Elas conversam bastante, te explicam, é minha segunda família eu creio que seja aqui. A Leila, então, não tenho nem palavras. Quando eu vejo ela, assim, dá aquela emoção. Eu falo: meu Deus. Só Deus mesmo para dar uma recompensa que é uma pessoa muito maravilhosa”.

Categoria 9 - Descrição dos atendimentos recebidos

“Aí a Doutora Motomo também foi encaminhada aqui pra ela, ela fez tratamento, eu fiz tratamento com outra urologista também, né, porque, né, a parte sexual abalou bastante, teve né, machucados. A doutora Motomo tratou, depois eu fui pro CTA (Centro de Testagem e Aplicação), pois assim em mim e graças a Deus agora já fui liberada, parte médica, parte psicológica, tudo graças a Deus”.

“Eu fui muito bem atendida. Me ajudaram tanto com a parte médica, também a doutora Motomo né, trabalhou comigo, doutora Fátima deu muito conselho: arruma um serviço, vai trabalhar, vai ficar bonita, num desanima, num pára no tempo, né. Então, tive muita ajuda”.

Categoria 10 - Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódio de violência

“Minhas filhas falavam: Ah mãe, mas isso foi um acidente, fala que foi um acidente, não precisa entrar em detalhe, porque você volta no tempo, aí volta tudo. Tudo pra me proteger”.

“Isso por um lado serviu de exemplo para as minhas filhas, que graças a Deus, não sai mais nem na rua de noite”.

“Quando elas vão no cinema, elas pedem: mãe me deixa na porta, mãe me busca na porta”.

“Elas estão na fase que tá conhecendo um pouco a noite, a mais nova tem

quatorze, a do meio tem dezesseis e tem uma que tem dezoito.”

“Aí elas falam: mãe, e se é uma de nós? Como tinha sido? Nós ia gritar pelo seu nome e você não ia tá lá para ajudar nós. Eu falei: então na hora lá eu gritei. A única coisa que falei: oh Senhor, eu tô nas suas mãos, então quer dizer, só o fato de eu tá ali pra falar o que aconteceu já é uma grande vitória”.

Categoria 11 - Percepção da fé como justificativa para acontecimentos

“Deus sabe de todas as coisas, né. Porque nada acontece com a gente por acaso né. Então, Deus é maior, é grande. O que é dele eu creio que tá guardado, na hora certa Deus vai agir”.

“Então eu creio assim, só que eu dei graças a Deus que foi comigo e não foi com uma das minhas irmãs, que nós somos em cinco e nem com as minhas filhas que é em três”.

“Agora já passou, graças a Deus, eu converso com o Senhor, eu conto o que aconteceu de ruim, mas não tem mais aquela coisa ruim, aquela coisa que sempre que eu falava a lágrima vinha. Eu falo: meu Deus, ajuda eu superar essa lágrima, eu não posso ficar assim”.

“Eu falei pra Deus: já chorei muito, agora... Deus tirou do meu coração aquela mágoa, aquela angústia que eu num choro mais. Eu só peço pra Deus me cobrir com sangue dele e guardar minhas filhas”.

“Não adianta ficar remoendo. Você tem que falar pra Deus: eu estou aqui e quero que o Senhor me ajude. Tira essa tristeza, essa angústia, essa aflição né. Essa cena aqui. Queima essa cena, passa uma borracha”.

“Eu creio que Deus ouve as minhas orações muito. Graças a Deus”.

“Só tenho a agradecer a Deus. Eu falo pra Deus todo dia de manhã, saindo perto do trabalho: Senhor, só tenho que agradecer o Senhor mais uma noite e por mais um dia que se reinicia. Eu tô indo, mas minhas filhas tão ficando, eu acredito que só o senhor é com elas e

é comigo”.

Categoria 12 - Percepção de superação do episódio de violência

“Deus abençoou e na hora certa eu pude usar a misericórdia de Deus. Poderia agora ta morta há dois anos atrás e eu to aqui, contando o que aconteceu, né, o livramento que Deus me deu”.

“Ah, eu tive muita ajuda né. Aqui na psicóloga, na ginecologista. A amizade que fiz né. Foi uma nova família, eu tive uma escora, eu pude escorar nelas aqui. Eu falava: oh, eu preciso de ajuda. E a ajuda veio. Deus preparou elas, e colocou elas no meu caminho, que a gente nunca sabe o caminho que vai passar né? Aqui encontrei um caminho bom. Achei livramento para o aquele sofrimento. Então, é isso aí que tenho pra falar pra você”.

“Eu considero que superei tudo aquilo, uma pelas minhas três filhas. Graças a Deus elas são umas meninas muito saudável, muito maravilhosa.”

“Mas tudo, graças a Deus eu já superei, agora em outubro, se Deus quiser, vai fazer dois anos já né”.

Categorias Intermediárias

Quadro 2. Descrição do processo de formação das categorias intermediárias

Categorias iniciais	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência	Indica contextualizar o episódio de violência	Ampliação o cenário de informações sobre o episódio de violência
6. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência		
4. Percepção do perpetrador da violência	Sugere a percepção negativa do ato de violência	Percepção de perigo
5. Apresentação de julgamento moral do perpetrador		
2. Descrição da consumação da violência		

3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência		
7. Apresentação das consequências geradas pela violência	Sugere habilidade emocional para externalização de conteúdos íntimos	Identifica o estabelecimento de relações de confiança
8. Descrição do apoio psicológico recebido		
9. Descrição dos atendimentos recebimentos em saúde		
10. Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódio de violência	Sugere sentimento de proteção e sobrevivência	Identificação de mecanismos internos de apoio emocional
11. Percepção da fé como justificativa para acontecimentos		
12. Percepção de superação do episódio de violência		

Categorias Finais

Quadro 3. Descrição da formação das categorias finais

Categorias intermediárias	Conceito norteador	Categoria final
1. Ampliar o cenário de informações sobre o episódio de violência	Indica facilidade de lidar com o conteúdo exposto	Organização mental para descrição de conteúdo
2. Percepção de Perigo	Sugere que a violência sexual sofrida foi evento de vida traumático	Confirmação de danos psicológicos oriundos da vivência de violência sexual
3. Identificando relações de confiança	Indica a percepção de apoio após a ocorrência da violência sexual	Qualidade de atendimento assistencial do município
4. Identificação de mecanismos internos de apoio emocional	Sugere vivências de autoconfiança e fé	Crenças religiosas e/ou divinas como apoio emocional

Análise da Entrevista de Marta

De acordo com a verificação do prontuário de Marta, foi possível obter informações acerca dos dados sociodemográficos e o período de acompanhamento no CRAMSV. Marta possui 49 anos, escolaridade de 2º grau completo, não trabalha atualmente, possui 04 filhos e é separada. Marta passou pelo episódio de violência sexual em janeiro de 2012 e a entrevista ocorreu em março de 2013, portanto 14 meses após. Marta realizou o acompanhamento no CRAMSV pelo período de 5 meses, sendo atendida pela psicóloga e assistente social, e, ainda de acordo com o prontuário, recebeu benefício de cesta básica.

Na entrevista realizada, Marta apresentou-se disposta a compartilhar sua vivência referente à violência sexual sofrida, apresentando os acontecimentos sem mostrar dificuldades que sugerisse a necessidade de suporte psicológico posterior à realização da entrevista.

Categorias Iniciais

Quadro 1. Classificação das categorias iniciais identificadas

1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência
2. Descrição da consumação da violência
3. Percepção do perpetrador da violência
4. Apresentação de julgamento moral do perpetrador
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência
6. Apresentação das consequências geradas pela violência
7. Descrição do apoio recebido
8. Descrição dos atendimentos recebidos
9. Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódios de violência
10. Percepção da fé como justificativa para acontecimentos
11. Percepção de não superação do episódio de violência

As 11 categorias identificadas são descritas abaixo, conforme as falas de Marta.

Categoria 1 - Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência

“(...) Eu estava chegando, comecei chegar é, alias eu cheguei com a minha colega, era meia noite em casa, eu entrei, tava passando uma pessoa no portão, eu fechei o portão, minha colega foi embora eu entrei, aí escutei um barulho no fundo do quintal, lá fui ver, aí foi

coisa assim de uns 10, 15 minutos eu já tava deitada, jogando né? Aí eu vi abrir a porta da sala e entrar esse indivíduo... um indivíduo, os cachorros latindo, dois cachorros, mas que são cachorros treinados pra brincar e não pra atacar né? Um já é velhinho, cego e o outro é novo, mas não ataca de jeito nenhum. Eles latindo muito, essa pessoa chegou perto da minha cama e falou:

“Não é nada do que você tá pensando.”

Eu falei:

“Ah, então o que que é?”

Ele falou:

“Não, briguei aí na rua, machucaram minha perna, jogaram minha carteira no seu quintal e eu entrei pra pegar.”

Eu falei:

“Ah então tá bom, você quer que abra o portão pra você sair?”

Ele falou assim:

“Não!”

Eu falei:

“Mas então o que que é? Eu abro o portão e você sai.”

Ele falou:

“Não, não, eu quero fazer sexo!”

Aí eu falei:

“Ah, mas de jeito nenhum né!”

“Ai tem um pequeno lapso eu não consigo, não consegui ainda determinar como que foi”.

Categoria 2 - Descrição da consumação da violência

“Eu sei que o que eu me lembro é que eu dei um ponta pé nele, no... na parte íntima, na genital, e um na boca que sangrou a boca dele e ele foi pra porta. E nisso eu comecei a gritar por socorro. Aí ele me pegou na minha garganta, me jogou no chão. E eu consegui soltar da mão dele e gritei novamente. Aí ele pegou na minha garganta de uma forma que me imobilizou mesmo, que eu fiquei assim de uma forma que eu achei que ia morrer do jeito que tava”.

“Eu, eu não conseguia me, me mexer. Aí me jogou ali no chão aí começou a fazer o que ele queria ali. Eu caí de um lado de banquinho com um ventilador em cima e eu consegui pegar esse banquinho com esse ventilador e jogar nas costas dele, aí ele me pegou na garganta de novo e eu estava de bruço, ele me pegou na garganta de novo daí daí eu não consegui fazer mais nada, aí ele ficou duas horas em casa. E ... e eu gritei de novo, consegui gritar três vezes, na hora que eu derrubei o banquinho eu gritei de novo”.

(...) “E...é....aí nessa luta que nós tivemos tudo, uma hora ele me jogou em cima da cama, eu caí em cima do celular, tentei ligar, ele percebeu que eu tava fazendo isso.... aí.... a... ele queria que eu participasse da ação e e eu fiquei feito morta. Sem colaboração. E ele queria que eu gemesse né? Coisas assim, e ele quis ligar a televisão num canal ... num canal pornográfico... eu falei: _ Ah eu não sei qual que é!”

“Mas na net todo mundo sabe qual é o canal, né? Que é o Multishow, né? Então ele colocou, aí ele sabia a senha porque de todos é igual (...) e assim foi até que ele terminou”.

Categoria 3 - Percepção do perpetrador da violência

“Ele era um rapaz novo, era novo. Ele tinha uns 25 anos assim, mais ou menos, não era uma pessoa de idade não”.

“Alcoolizado ele não estava, porque isso eu conheço, drogado eu não conheço, eu ano tenho assim, pra falar pra você: oh, eu sei quando uma pessoa tá drogada ou ao sei

quando tá drogado. Eu acho assim uma pessoa num estado normal não faria uma coisa dessa... ta? Eu notei ele tava muito pálido, e e e a boca meio roxeada assim, mas tava às vezes também pelo corte dele, ele tava sangrando né? Então eu não sei te falar se ele tava drogado ou não. Não consigo, eu não consigo identificar que eu num num num tenho relacionamento assim pra saber né? De conhecer pessoa, uma pessoa drogada”.

“Ele não não estava sujo, ele não ... a roupa dele, ele não fedia, a roupa dele tava limpa, eu to falando isso porque a polícia perguntou... e é coisa que a gente vai (...)”.

Categoria 4 - Apresentação de julgamento moral do perpetrador

“(...) por aí que eu falo acho que ele não é uma pessoa que não tem conhecimento, né?”

“(...) Olha, doença eu acho que não é. É uma maldade mesmo. Uma maldade mesmo, uma pessoa assim, sai que sai pra fazer maldade mesmo”.

A roupa dele tava limpa, e ele não era assim um morador de rua, vamos falar assim. Ele era uma pessoa que sabe falar direito, sabe? Num..... num....num, num era uma pessoa assim largada, devia ter um lugar pra morar e tava ali só pra fazer maldade mesmo”.

Categoria 5 - Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência

“Na hora que ele terminou...ele...pegou uma tesoura que tava na na na (...) do lado da cama, e colocou a tesoura nas minhas costas, e me mandou abrir a porta da cozinha que eu tinha trancado na hora que eu escutei o barulho, eu tranquei ele dentro de casa já... pra ele pegar o chinelo dele que tava na porta, levei ele até o portão, depois que eu fechei o portão ele jogou a tesoura lá de fora”.

“Eu fiquei assim ... a hora que eu voltei eu fiquei meio que sem ação. Porque eu não sabia o que fazer, ele levou os meus celulares embora, então de cabeça eu só sabia o

telefone da minha filha. Então eu peguei o telefone, o fixo e liguei pra minha filha que mora em Itu e ela ligou pra minha irmã e pra sogra dela que era minha amiga que tinha me deixado em casa, antes do acontecido. Daí 5 minutinhos elas estavam ali e chamaram a polícia e nós dispensamos o SAMU porque eles me levaram pro hospital”.

Categoria 6 - Apresentação das consequências geradas pela violência

“Depois disso daí, minha mãe morreu, foi agora dia 6 de janeiro. Então vai atrasando tudo, eu to de mudança, já to com meu apartamento montado, não to conseguindo ir”.

“Pra morar sozinha, to com certo receio, hoje que eu vou meio dia pra ficar sozinha, então é (...)”.

“Então assim, em todos os momentos que eu não to ocupada eu to pensando nisso. To pensando em como que aconteceu, por que que aconteceu, por que foi comigo, sabe? E é uma coisa que martela a cabeça o tempo inteiro, e tem momentos que eu choro, tem momentos que eu supero, que eu mudo, que eu converso, mas se eu to parada sem atividade eu to pensando naquilo, no que aconteceu”.

“(...) Porque eu num to até agora vivendo a minha vida ainda, porque até agora eu to vivendo na casa de amigos, eu faço o que os amigos fazem, vamo em tal lugar, eu falo vamos. Num vou onde eu quero, não faço o que eu quero, eu faço o que os outros querem... então eu não tive tempo de viver e retomar a minha vida”.

Categoria 7 – Percepção de apoio recebido

“Então eu fico o dia inteiro acompanhada, depois do que aconteceu minhas filhas ficaram muito mais presentes”.

“Eu to morando na casa dessa minha amiga que é sogra da minha filha e ela tem a

mãe dela com 82 anos que é assim como se fosse minha mãe sabe? E o dia interior eu to com ela, se a outra sai eu faço companhia pra ela, ela me faz companhia”.

“E o que eu falo, se eu to vindo aqui agora é porque eu tenho família, que me apoiou e compreendeu tudo, porque até pra vir aqui agora eu to com o carro dos outros”.

Categoria 8 - Descrição dos atendimentos recebidos

“Uma outra fase minha que é isso que eu acho que eu tenho que brigar agora, eu olho assim e vejo que eu fui violentada antes e fui violentada depois. Fui vítima antes e fui vítima depois, tá!”

“Não porque eu fui maltratada, nenhum momento, fui muito bem tratada pelos policiais que foram na minha casa, na maternidade, tudo, só que eu acho assim, que foi muita desinformação, tá!”

“Muita coisa, que se eu não tivesse minha família junto comigo eu não teria feito. Eu não estaria aqui agora, nem num viria na psicóloga, sabe?”

“Porque assim, aí eu cheguei lá umas 4 horas da manhã, já tinha uma pessoa que, né? Que teve, sofreu a mesma coisa que eu, o mesmo tipo de violência, só que foi o.... o que me conformou foi que o cara bateu nela, esfaqueou, eu poderia ter sofrido muito mais do que eu sofri, né? E essa pessoa já tava lá desde a meia noite, já tinha tomado aquela bateria de remédio, injeção, um monte de coisa, ah, você tem que tomar um remédio que não pode tomar de estomago vazio, não é assim? Tá, tomei e aí eles num dão um copo de leite pra gente!”

“Aí, nisso chegou minha filha, era nove horas, a hora que a minha filha chegou, ela foi pegar o café pra mim e a moça desde as quatro horas da manhã pedindo alguma coisa pra comer, porque ela tava com fome, já tava na hora dela tomar novamente o remédio e não tinha vindo nada pra ela comer. Então minha filha trouxe pra mim e trouxe pra ela também. Pra ela e pro marido dela que tava lá e também não tinha nada.”

“Aí pra passar pelo médico legista, fizeram um B.O. Aí tive que ir na polícia civil e se eu não tivesse ninguém pra ir, pra pra ir? Como que eu iria? E o casal que tava ali do lado? Minha filha deu dinheiro pra ele ir de moto taxi na casa dele pegar o documento dela, que precisava do documento dela pra ir fazer o B.O. como que ele iria? Você entendeu?”

“Daí fiz o BO, passei pelo médico, fiz o exame e fui pra casa, aí apareceu polícia de tudo quanto era lado lá em casa. Todos fazendo a mesma coisa, todos foram procurar câmara de segurança, entendeu? A repetição da coisa?”

“Aí no outro dia eu fui lá, na polícia civil, fomos fazer uma ronda e de novo e fomos ver câmara... não tem nada.”

“Aí, daí eu tive que ir lá no IML, deram uma ficha pra eu ir no IML, mas não precisava ter ido lá, porque o médico já tinha me atendido na maternidade... Então, é muita desinformação. Chego na maternidade ela me manda pegar os exames e trazer aqui no Centro de Referência da Mulher e chego aqui não tem médico... entendeu?”

“Então eu acho assim, a polícia tem trabalhar junto, até hoje a polícia militar me chama pra fazer um reconhecimento do celular, à tarde a polícia civil me chama na delegacia pra fazer pra fazer reconhecimento também da mesma pessoa, não tem um atendimento integrado, tem que ter um protocolo que una tudo isso daí. Entendeu? É assim que a pessoa desiste, a pessoa desiste”.

Categoria 9 - Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódios de violência

“No momento que estava acontecendo, eu duvidei até da existência de Deus, eu falei: se você existe onde você está? Eu falei isso. Só que nesse mesmo momento que eu falei isso, veio na minha cabeça a explicação, podia tá acontecendo com a minha filha, então, antes comigo que com ela... certo?”

“Então, às vezes tá acontecendo comigo e assim tô poupando outras pessoas que eu amo, como minhas filhas, não consigo nem imaginar isso acontecendo com elas”.

Categoria 10 - Percepção da fé como justificativa para acontecimentos

“E na hora que eu cheguei no hospital e vi a outra pessoa na situação que tava... eu... falei assim: o Senhor tava me carregando no colo essa hora. Porque eu podia ter sido espancada, diversas coisas.”

“Daí eu sou católica, mas não sou praticante, fui criada na igreja católica. Mas eu tenho uma irmã muito católica, me levou pra conversar com um padre, e na hora que eu tava conversando com o padre eu falei, do jeito que eu falei aqui eu falei pra ele. Aí nessa hora eu tive isso, eu falei assim: a a aconteceu comigo porque eu tenho que passar alguma coisa para os outros”.

“E o que que foi que eu fiquei mais revoltada, não falando que eu não fiquei revoltada com o que aconteceu, que seja pior que aconteceu, mas foi o que aconteceu depois, nesse desencontro sabe? É é essas coisas”.

“Então parece que eu tive ali naquela hora que foi uma luz que disse você tem que brigar, você tem que tentar fazer alguma coisa que suavize o que aconteceu, pra ajudar as pessoas”.

“Aconteceu? Isso você não pode evitar, mas e o depois? Será que eu não posso brigar pra melhorar? Deus tem me dado esse direcionamento”.

Categoria 11 - Percepção de superação do episódio de violência

Ao revelar sua experiência e o impacto desta em sua vida, Marta aborda a questão da superação deste episódio, conforme se apreende em suas falas.

“Olha é uma coisa assim que eu tenho acreditado na minha superação a cada dia,

porque se eu não to fazendo nada eu to pensando naquilo, certo? Porque falar que isso vai acabar com a minha vida, não vai, num vai porque eu já passei por coisa pior. Eu perdi um filho com 8 anos de idade e pior que isso não existe. Então não é isso que vai acabar com a minha vida, mas eu também sei que a minha vida não vai mais ser a mesma”.

“Mas, eu fico com aquilo, Deus tem conforto pra todos que buscam, ele tem sido meu apoio nas horas mais difíceis. Vou falar assim, ah ela esqueceu? Não, eu não esqueci e não vou esquecer. Perdoei? Não perdoei. Mas eu sei que a cada dia eu posso ir superando estes pensamentos, essa dor, porque tem um propósito de Deus na minha vida, tem um propósito pra isso, tudo que aconteceu e eu vou continuar nessa busca”.

Categorias Intermediárias

Quadro 2. Descrição do processo de formação das categorias intermediárias

Categorias iniciais	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência	Indica contextualizar o episódio de violência	Ampliação do cenário de informações sobre o episódio de violência
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência		
3. Percepção do perpetrador da violência	Sugere a percepção negativa do ato de violência	Percepção de perigo
4. Apresentação de julgamento moral do perpetrador		
2. Descrição da consumação da violência		
6. Apresentação das consequências geradas pela violência	Sugere habilidade emocional para externalização de conteúdos íntimos	Identifica o estabelecimento de relações de confiança com familiares
7. Descrição do apoio recebido		
8. Descrição dos atendimentos recebidos		
9. Apresentação de sentimento de proteção das filhas contra episódio de violência	Sugere sentimento de proteção e sobrevivência	Identificação de mecanismos internos de apoio emocional
10. Percepção da fê como		

justificativa para acontecimentos		
11. Percepção de superação do episódio de violência		

Categorias Finais

Quadro 3. Descrição da formação das categorias finais

Categorias intermediárias	Conceito norteador	Categoria final
1. Ampliar o cenário de informações sobre o episódio de violência	Indica facilidade de lidar com o conteúdo exposto	Organização mental para descrição de conteúdo
2. Percepção de perigo	Sugere que a violência sexual sofrida foi evento de vida traumático	Confirmação de danos psicológicos oriundos da vivência de violência sexual
3. Identificação das relações de confiança com familiares	Indica a percepção de apoio após a ocorrência da violência sexual	Apoio dos familiares auxilia no enfrentamento de vivências de violência sexual
4. Identificação de mecanismos internos de apoio emocional	Sugere vivências de autoconfiança e fé	Crenças religiosas e/ou divinas auxiliam e funcionam como apoio emocional

Análise da Entrevista de Mariana

De acordo com a verificação do prontuário de Mariana foi possível obter informações acerca dos dados sociodemográficos e o período de acompanhamento no CRAMSV. Mariana possui 47 anos, escolaridade de ensino médio incompleto, não possui trabalho formal, possui 03 filhas e é separada. Maria passou pelo episódio de violência sexual em dezembro de 2012 e a entrevista ocorreu em março de 2013, portanto, 4 meses após. Mariana estava em acompanhamento no CRAMSV há 3 meses, sendo atendida pela psicóloga.

Na entrevista realizada, Mariana apresentou-se disposta a compartilhar sua vivência referente à violência sexual sofrida, detalhando os acontecimentos sem apresentar indícios de maiores dificuldades.

Categorias Iniciais

Quadro 1. Classificação das categorias iniciais identificadas

1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência
2. Descrição da consumação da violência
3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência
4. Percepção do perpetrador da violência
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência
6. Apresentação das consequências geradas pela violência
7. Descrição do apoio recebido
8. Descrição dos atendimentos recebidos
9. Apresentação de sentimento de proteção da neta contra episódios de violência
10. Percepção de não superação do episódio de violência

As 10 categorias identificadas serão descritas abaixo, conforme as falas de Mariana:

Categoria 1 - Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência

“Foi assim, é, minha filha, é, foi na minha casa, na época eu não trabalhava ainda, pedir pra eu ficar com minha neta na casa dela porque ela tava com febre, dor de garganta e minha filha tem um salão e ela ia trabalhar à tarde, que ela tinha cliente. Minha filha é separada e não tinha quem ficasse com ela, porque o pai ia trabalhar e a outra vó também, que é, é é a que fica, porque o pai é policial militar, então trabalha e tem dia que fica em casa, então reveza, né? Tem dia que ele fica com ela, só que aquele dia não dava bem pra outra vó, nem pro pai ficar. E aí minha filha foi e pegou ela na escola foi até a minha casa e pediu: mãe, dá pra senhora ficar com a Emile pra mim à tarde? Eu falei: ah, deixa ela aqui. Ela falou: eu deixei os remédios dela lá, ela tá com febre. Eu falei então tá. Porque eu era acostumada a ir pra lá no Nova Bauru, conheço todo mundo lá, então tô acostumada, sempre fiquei tranquila

lá, portão eletrônico, todo fechado. Mas, é, minha filha saiu, saiu de carro, nós ficamos lá, eu e minha neta de 9 anos”.

“Ela (neta) não queria almoçar, nós fomos na mercearia na esquina, comprei lá um, uma boberinha pra ela, aí nós voltando tem uma salinha assim dela, então lá eu coloquei um colchãozinho no chão, ela ficou, deitei lá com ela, ela ficou vendo um desenho e acabou dormindo. Eu dei os remedinhos dela, ela dormindo. Aí eu fui lá na varanda, lá na lavanderia dela, que fica assim saindo na porta da cozinha e eu aproveite que eu vi o tapete lá, lavei o tapete, tava fazendo o serviço normal, a máquina tava ligada né, batendo uma roupa, já tinha recolhido umas roupas do varal, joguei em cima do sofá que era onde eu tinha deixado meu celular, tinha tirado da bolsa coloquei em cima do sofá, joguei a roupa em cima”.

“To explicando assim pra você, no final o porquê eu to contando agora do celular”.

“E joguei a roupa por cima e fiquei ali fazendo o serviço. Só que eu tinha tirado a roupa, coloquei um short, chinelo, um shortinho, uma blusinha tipo essa aqui e fiquei assim tranquila pra fazer o serviço, minha, minha neta tava dormindo, de vez em quando eu ia lá, dava uma olhadinha nela, tava sem febre, tava dormindo. Porque a outra avó ia lá buscar ela umas 3, 3:15h mais ou menos”.

“E aí eu fiquei lá fazendo, lavei o tapete, tudo, já tinha recolhido umas roupas do varal e fui deixar o tapete escorrendo enquanto isso, quando fui pôr o tapete no varal, quando eu abaixei a mão eu senti um cordão me apertando o pescoço... de costas, sabe? Mas, foi tão forte, tão forte que eu fiquei, naquele momento, eu achei até que pudesse ter sido o outro varal que tinha escapado e tinha pego meu pescoço”.

Categoria 2 - Descrição da consumação da violência

“Aí eu fui tentar virar o rosto e ele bateu, bateu muito no meu rosto. Eu não tinha

percebido que ele tava com um caco de vidro”.

“Ele me arranhou as costas, as pernas, a poupança, sabe? Me machucou bastante, me bateu muito no rosto e ai ele rasgou a minha roupa”.

“Eu acho que da hora que ele passou o o caco de vidro nas costas, rasgou, cortou a blusinha que era desse tecido molinho, o short ele rasgou e assim estava a máquina de lavar de um lado, o tanque de outro e minha filha mandou fazer o butijão de gás pra fora, então nós ficamos tipo em uma gaiola, Então pro lado do tanque, ali mesmo ele me jogou e ali fez o que fez, tudo comigo ali”.

“Então ai ele fez tudo isso daí e me machucou bastante e depois ele pediu pra mim pegar o celular, tudo segurando no meu cabelo e pediu pra mim pegar minha bolsa que ele passou pela porta, ele viu que a bolsa tava em cima do sofá”.

“Aí eu disse pra ele: o celular ficou no carro, quando minha filha me deixou aqui”. Porque pra mim tinha ficado no carro. Porque ninguém me ligou, então eu não lembrava onde tava.

“Ai ele fez eu pegar minha bolsa, ele ele falou assim pra mim: é, então pega sua bolsa e me empurrou”.

“Só que vai de frente e volta de costas, porque se em algum momento você virar de frente, eu entro aí e mato vocês duas”.

“Eu fiz o que ele falou, só que quando eu fui pegar a bolsa eu abaixei, dei uma olhadinha de lado pra ver se minha neta tava bem, né? Porque dava pra ver da salinha onde tava... Dava pra ver certinho onde ela tava dormindo do mesmo jeito que eu deixei. Aí eu peguei a bolsa e voltei de costas, ele apertou meu cabelo, fez eu jogar tudo que tava dentro no chão. Eu falei: moço, só tenho R\$10,00 de dinheiro aí. Aí ele catou enfiou no bolso, fez eu pegar e dar pra ele, enfiou no bolso. Foi o que ele roubou de mim, R\$10,00 reais e ele queria o celular e eu nem lembrava onde tava”.

“Aí voltou ainda e me abusou de novo ali, me machucou bastante e foi assim, cerca de uns 30 minutos mais ou menos, mas pra mim foi uma eternidade, uma tortura”.

Categoria 3 - Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência

“Me puxou pelo cabelo, me trouxe, aí que eu vi que ele, que ele afrouxou, ele afrouxou e falava assim pra mim: fica quieta, fica quieta, não grita”.

“Eu falei: eu pego tudo que você quiser. Né? Eu pego, só pra você não entrar lá dentro que minha neta tá lá”.

“Ele falou pra mim assim: ah, sua netinha tá lá? Ah, eu já vi ela, eu passei na janela e eu vi ela lá. Fortinha ela hein? Ele falou pra mim”.

“Aí eu meio que desesperada. Aí eu falei, ah é agora que ele vai fazer alguma coisa com a minha neta, né?”

“Eu fui pedindo pra ele: moço, eu faço qualquer coisa, não entra lá não, não entra lá”.

“Daí ele pegou e falou pra mim: “É, ah, você não quer que eu entro lá dentro pra, por causa da sua netinha, então você vai fazer o que eu quiser”.

“Eu falei: moço, pede. Mas nenhum momento pensei que ele ia, sabe? Fazer aquilo... me estuprar”.

“Eu falei: _ Eu pego o que você quiser, só peço pra você não entrar lá dentro porque ela tá doente”.

“Ai ele falou pra mim: ah, você vai fazer o que eu quero? Aí ele começou a me bater”.

(...) “Ele fez eu ficar o tempo de olho fechado e falando no meu ouvido que se eu não fizesse ele ia pegar a minha neta, que ele ia matar nós duas e ia, sabe? eu fiquei todo

tempo com o olho fechado porque eu pensei naquela hora: minha neta é uma criança”.

Categoria 4 - Percepção do perpetrador da violência

“Eu pedindo, mas nenhum momento eu olhando no rosto. Ele por de trás de mim, ele afrouxou o o o cadarço do tênis que ele pois no meu pescoço quando ele puxou o meu cabelo, eu com a cabeça baixa eu pude ver aqui nele assim, que ele tava de camiseta clara e a pele dele era uma pele clara... não era negro... né? Só que a pessoa, ele era mais alto, bem alto que eu, tem 1,90 m por aí”.

“Eu só não vi ele de perfil, vi que tinha um cabelo muito bem cortado é, não tinha barba, e dava pra perceber assim que não era menos que 20 anos, né? Assim, dava pra perceber que ele tinha uns 30 anos, entre 20 e 30 anos”.

(...) “Ele era preso e ele tava trabalhando no semiaberto. Ele trabalhava num depósito de material de construção e fazia entrega. Foi assim que passaram pra mim na delegacia, que foi dia que descobriram quem era a pessoa”.

Categoria 5 - Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência

(...) “Fiquei parada lá no portão, né? Com medo, fiquei alguns segundos lá parada. Eu tava toda machucada, sangrando, daí eu lembrei da minha neta. Daí eu fui lá no guarda roupa da minha filha, botei um sobretudo por cima, passei a mão no cabelo, fui lá, sentei lá do lado dela, da minha neta que tava dormindo, fiquei lá sabe? Sem ação, não consegui, não lembrava do celular, aí nesse momento, meu celular tocou, era um amigo meu que tava me ligando. Como ele chama (nome do amigo) o meu filho também chama (nome do filho), aí quando caiu a ficha, eu naquele desespero: (nome do amigo) entrou um homem aqui, fez isso isso e isso, e eu achando que fosse meu filho e ele falou: (nome da entrevistada) sou eu, o

(nome do amigo)”.

“Aí eu falei: desculpa, desculpa, depois eu falo com você e fui tentar ligar pra minha filha, não conseguia, não conseguia ligar pra ninguém. E nesse tempo a outra vó chegou, daí ela chamou né? E eu tava com o sobretudo da minha filha eu abri o portão, ela tava de carro, eu falei assim pra ela: vem aqui”.

“Aí a hora que ela abriu o portão ela falou: o que aconteceu com você? Eu abri assim o sobretudo: entrou um homem aqui. A (nome da neta) tá bem, graças a Deus ela tá dormindo”.

“Aí ela ligou pra minha filha, aí minha filha já subiu, já ligou pra polícia, tudo. Eu tava com a pressão muito alta”.

Categoria 6 - Apresentação das consequências geradas pela violência

“Eu ando pra rua com medo, porque isso aconteceu 14:15h da tarde, dentro de casa, então, se aconteceu dentro de casa, imagina se eu tô na rua? Então eu morro de medo.

“Hoje que eu tô assim, eu fico morrendo de medo, então onde eu tô eu vejo uma pessoa atrás de mim eu fico assustada”.

“Era pra mim trabalhar no período da tarde e sair à noite do serviço, eu não quis porque ia sair à noite. Eu não saio de casa sozinha à noite. Pra ir daqui na esquina, não vou, morro de medo. Eu acho que toda pessoa que tá me olhando vai fazer alguma coisa... é uma coisa que... a gente não sabe nem explicar”.

“Mas assim, não sei explicar como que eu fiquei. Não consigo ter uma relação, no entanto que eu terminei com meu namorado porque não consigo ter uma relação tranquila com ele, não consigo, não consigo... por mais que eu volte com ele, eu tento, mas chega na hora, a gente briga, eu não consigo. Peguei e falei pra ele: _ Oh, é melhor a gente parar por aqui, arruma uma pessoa que vai te fazer feliz que não será mais eu, eu não consigo, você

entende?”.

Categoria 7 - Descrição do apoio recebido

“A gente sente um certo alívio ao falar. Pelo menos eu sinto. Porque não é com qualquer pessoa que a gente conversa, que nem, conversei com você, não é pra uma amiga que falo, que eu converso desse jeito, entrando em detalhes assim”.

“Até hoje eu tenho amiga da idade da minha filha que até hoje não contei pra ela como eu contei aqui pra você, como eu falei com a psicóloga daqui também. Então eu percebi que quando a gente consegue falar é um alívio que a gente tira do peito, parece que não, mas a recordação é triste, dolorosa eu vou sair daqui e eu vou ficar ainda lembrando na minha cabeça, vai ficar, porque eu falei muito sobre o assunto, mas aqui dentro eu tô sentindo um certo alívio porque já fazia tempo que eu não me permitia falar”.

“Eu comecei a vim aqui (no CRAMSV) aí a psicóloga saiu de férias e quando foi pra mim voltar a secretária ligou que ela ia pegar mais uns dias aí eu comecei trabalhar que ela falou pra mim que ia ser bom que eu trabalhasse, como eu trabalhava no mercado (nome do mercado), os horários não batiam, né? Então não deu mais pra eu vir. Então eu parei de vir”.

Categoria 8 - Descrição dos atendimentos recebidos

“Eu senti amparada pelas moças que me atendeu. Eu me senti amparada sim. Só senti descaso de um delegado que me falou que a gente fez errado né? Minha filha fez errado, me colocou debaixo do chuveiro, porque eu acho que qualquer pessoa normal faria isso, me vendo o jeito que eu estava, qualquer, queria ver... ce tem que ver, eu não era mulher naquele momento, eu não era uma mulher, eu tava assim... uma coisa assim jogada... sabe? e ela

entrou em desespero, é muito preocupada e ele na maternidade ele pegou e falou pra mim, num tom grosso: _ Você não devia ter tomado banho!”

“Eu falei: _ Dr. Eu queria arrancar a pele do meu corpo”.

“Então não precisava falar daquele jeito comigo. Aí ele queria tirar uma foto pra colocar no jornal. Eu falei: não, não vai tirar não. Tirar foto do meu rosto? Não”.

“Ele falou: _ Não, daqui pra baixo. Onde tava machucado e falou: daqui só. Aí deixei ele tirar”.

“Mas agora o resto, os policiais, o atendimento aqui, lá na investigação, porque foi um investigador, uma investigadora, todos foram super maravilhosos... aqui todos, não tenho do que reclamar, foi muito, isso pra gente conta muito, porque a gente tem vergonha de tudo, onde você chega parece que tá todo mundo te olhando, todo mundo sabendo do que aconteceu, né?”.

Categoria 9 - Apresentação de sentimento de proteção da neta contra episódio de violência

“Agora assim, o que aconteceu comigo, hoje eu agradeço a Deus pela minha neta. Que ela não sabe de nada, não viu nada, não aconteceu nada com ela”.

“Nossa, ela é uma menina assim toda delicadinha assim, eu falo pra minha filha assim: ela puxou esse lado pra mim. Ela é sensível, minha filha não, minha filha é assim, se tiver que falar alguma coisa ela fala, ela é explosiva, sabe? Minha neta não”.

“A (nome da neta) é mais delicadinha, ela fica quietinha, sabe? E eu dou graças a Deus por isso”.

Categoria 10 - Percepção de não superação do episódio de violência

(...) “Eu não posso falar que eu vou perdoar, que eu vou esquecer, isso jamais.

Superar então, eu acho que esse dia num vai chegar, porque hoje eu vejo que esse medo não passa, eu vejo que isso pode vim me prejudicar muito em relação a minha vida com outra pessoa”.

“Pode ser também, porque é muito recente, (4 meses atrás da data da entrevista), eu parei de tomar medicação esses dias, eu não consigo pensar direito ainda”.

Categorias Intermediárias

Quadro 2. Descrição do processo de formação das categorias intermediárias

Categorias iniciais	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência	Indica contextualizar o episódio de violência	Ampliação do cenário de informações sobre o episódio de violência
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência		
4. Percepção do perpetrador da violência	Sugere a percepção negativa do ato de violência	Percepção de perigo
2. Descrição da consumação da violência		
3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência		
6. Apresentação das consequências geradas pela violência	Sugere habilidade emocional para externalização de conteúdos íntimos	Identifica o estabelecimento de relações de confiança
7. Descrição do apoio recebido		
8. Descrição dos atendimentos recebidos		
9. Apresentação de sentimento de proteção da neta contra episódio de violência	Sugere sentimento de proteção e sobrevivência	Identificação de mecanismos internos de apoio emocional
10. Percepção de não superação do episódio de violência	Indica dificuldade em organizar sentimentos negativos provenientes da experiência de violência sexual	Percepção das consequências provenientes da vivência de violência sexual

Categorias Finais

Quadro 3. Descrição da formação das categorias finais

Categorias intermediárias	Conceito norteador	Categoria final
1. Ampliar o cenário de informações sobre o episódio de violência	Indica facilidade de lidar com o conteúdo exposto	Organização mental para descrição de conteúdo
2. Percepção de perigo	Sugere que a violência sexual sofrida foi evento de vida traumático	Confirmação de danos psicológicos oriundo da vivência de violência sexual
3. Identificando relações de confiança	Indica a percepção de apoio após a ocorrência da violência sexual	Qualidade de atendimento assistencial do município
4. Identificação de mecanismos internos de apoio emocional	Sugere vivências de autoconfiança e fé	Crenças religiosas e/ou divinas como apoio emocional
5. Percepção das consequências provenientes da vivência de violência sexual	Indica a existência de mecanismos psicológicos que atuam nas consequências identificadas	A violência sexual é um fenômeno de gera graves transtornos para a vítima

Análise da Entrevista de Marli

De acordo com a verificação do prontuário de Marli, foi possível obter informações acerca dos dados sociodemográficos e o período de acompanhamento no CRAMSV. Marli possui 52 anos, escolaridade de 2º grau completo, é separada, trabalha como autônoma na venda de roupas, possui 02 filhos, sendo o episódio de violência sexual ocorrido pelo filho. Marli passou pelo episódio de violência sexual em janeiro de 2013 e a entrevista ocorreu em março de 2013, portanto, 2 meses após. Marli estava em acompanhamento no CRAMSV, sendo atendida pela psicóloga e assistente social, após ter encerrado o acolhimento institucional na casa abrigo para mulheres, onde permaneceu por 3 semanas. Ainda de acordo com o prontuário, Marli recebe benefícios de vale transporte e cestas básicas.

Na entrevista realizada, Marli apresentou-se disposta a compartilhar sua vivência referente à violência sofrida, detalhando os acontecimentos e apresentou-se bastante emocionada em alguns momentos da entrevista, sendo necessário realizar duas pausas para a conclusão da entrevista.

Categorias Iniciais

Quadro 1. Classificação das categorias iniciais identificadas

1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência
2. Descrição da consumação da violência
3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência
4. Percepção do perpetrador da violência
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência
6. Revelação de episódio anterior de violência sexual
7. Apresentação das consequências geradas pela violência
8. Descrição dos atendimentos recebidos

As 8 categorias identificadas são descritas abaixo, conforme as falas de Marli.

Categoria 1 - Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência

“(…) É, ele chegou numa sexta feira e foi dormir na casa de um amigo lá não sei e voltou já muito mal, porque ele tinha episódios de, quando ele bebia muito, ele ele ele fazia tudo na roupa sabe? Então tanto urinava na cama, como ele fezes vinha tudo sujo, ia por banheiro e a casa não tá nem acabada, não tinha nem como lavar direito. Lavava, eu lavava as roupas dele tudo de fezes no outro dia, (CHORANDO) isso acontecia tantas vezes em São Bernardo e eu comecei ver de novo, fiquei desesperada, é uma coisa que eu não consigo lidar, sabe? E eu fala: (nome do filho), puxa vida”.

“Ele respondia: _ Ah mãe, soltou o intestino”.

“Sabe? E eu via aquilo piorando, ele também tinha consciência disso, bom, aí ele chegou desse jeito na sexta feira, não falei nada. No sábado de manhã, dormiu na casa do

amigo sei lá, primeira vez que tinha dormido fora, chegou quando abri a porta todo sujo, aí eu fingi que tava dormindo ele foi pro banheiro, tomou banho... toda vez eu já tinha medo quando ele chegava bêbado, eu comecei ficar acuada dentro da minha própria casa, foi lá tomou banho, colocou a roupa, no outro dia já acordou bebendo, sabe? De manhã”.

“Ele não costumava fazer isso, acordar assim e tomar uma... cerveja, né? Esperava tomar café, não sei que, depois do almoço antes do almoço ele tomava, bom, final de semana... ele começou bebendo já...no sábado. Ele não parou, ele não parou, ele dormia ele bebia ele saía pro bar e voltava e bebia bebia bebia... aí eu também tomei um pouco no sábado, aí ele veio dormiu, acordou, no domingo começou a beber cedo... antes do almoço eu também, aí eu comprei cerveja...e começamos uma conversa no domingo, logo cedo... essa conversa não foi muito cordial (...)”.

Categoria 2 - Descrição da consumação da violência

“A conversa começou a ficar meio esquisita. Bom, até aí tudo bem. O que desencadeou essa, e se isso é tão grave, pra algumas pessoas que eu comentei não... eu teria que ter deixado pra lá. Pra (nome da psicóloga do CRAMSV) e pra mim num tem desculpa pro que aconteceu, é é é é uma coisa que nunca tinha havido, né? Então, eu... eu tô assim”.

“Bom, ele bebeu muito, tava bebendo muito, aí acabou cerveja e ele foi comprar mais, aí bebemos mais”.

“Foi comprar, trouxe, foi lá no bar, bebeu. Voltou, comprou mais. Nisso os dois estavam um pouco alterados, claro. Só que eu tenho plena noção do que aconteceu. E ele fala pras pessoas que não foi assim. E eu tenho certeza que foi”.

“Bom, eu tava na minha casa, que é uma sala, né? Eu tava assim na porta, pelo pelo pelo corredor no meio da porta, ele fez assim: _ Mãe? E veio pra me abraçar”.

Eu falei: “_ Oi meu filho?” Mas os dois bem assim, alterados, né? Mas nada de

nada.

“- Mãe!” (A entrevistada dramatiza a cena)

“- Oi meu filho. E abracei ele. Ele é bem alto eu encosto assim no ombro dele mais ou menos. Ele encostou assim o o a a boca no meu rosto e começou a me lambar... lambar e enfiar a a a língua na minha orelha, começou a babar no meu pescoço e eu senti uma coisa esquisita e falei: _ Nossa (nome do filho). E empurrei ele. Quando eu vejo uma ereção desse tamanho!”.

“Aí peguei e empurrei ele assim, falei: _ Vai procurar a (nome da ex-namorada do filho). A moça que ele tinha um caso, sei lá”.

“Falei: Você tá ficando louco?... que que é isso?”

“Aí ele meio que caiu meio que caiu em si, catou o colchão dele jogou lá no quintal, eu fechei a porta, só que ele tem a chave, né? Eu fechei a porta, virei a porta, a a coisa e fui e comecei ficar com medo, eu comecei tremer, tremer tremer com medo, aí eu chamei a polícia”.

Categoria 3 - Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência

“ (...) Ele fez assim: _ Mãe? E veio pra me abraçar”.

“Eu falei: _Oi meu filho? Mas os dois bem assim, alterados, né? Mas nada de nada.

“- Mãe!” (A entrevistada dramatiza a cena)

“- Oi meu filho.

“(...) Ai peguei e empurrei ele assim, falei: _ Vai procurar a (nome da ex-namorada do filho). A moça que ele tinha um caso, sei lá”.

“Falei: _Você tá ficando louco? Que que é isso?”

Categoria 4 - Percepção do perpetrador da violência

(...) “Ele tem uma bagagem de de de trabalho, de representação, ele é é é ele entendeu? Viajou em São Paulo inteiro, fazendo as entregas, tinha contato com os clientes, ia almoçar com os clientes nas nas é ... como é que fala? Nos restaurantes japonês, ele tem uma bagagem de vida”.

“Ele num é um um simples lavador de carro ou ou qualquer coisa assim, que num tem uma ideia. Ele tem lá as ideias dele de, é que é assim, ele tem um problema, o pai dele é negro, então ele é mestiço, moreno, bem moreno, e ele fala que ele é muito discriminado na rua, ele sente preconceito, ele fala que os policiais param ele, que ele é é discriminado por causa da cor. E todo mundo tenta tirar isso da cabeça, vai no supermercado ele fala que os seguranças ficam filmando ele, tirando foto, que ficam seguindo ele no mercado achando que ele vai roubar, então, ele tem algum probleminha assim, eu não sei se é isso, diz que usuário de cocaína é desse jeito, se sente perseguido”.

“Ele usou cocaína quando morávamos em [...], faz tempo, mais eu acredito que não tenha sido uma coisa muito frequente, porque diz que usuário fica todo é é é com o nariz machucado, eu não sei. Eu nunca percebi isso assim também, não prestava atenção, mas né? O álcool sim, eu percebia que vinha alcoolizado, agora, eu ouvi falar que usuário de cocaína se sente perseguido ou o crack também”.

“Então e faz tempo que ele não tem namorada sabe? Até eu falei assim gente do céu, será que meu filho transa por aí, porque né? Homem, até quando essa moça casada começou ligar pra ele, eu dei graças a Deus, mesmo que ele vai com uma mulher casada mas pelo menos ele vai”.

Categoria 5 - Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência

“Aí no que eu chamei a polícia, eu tinha tomado bebida, assim não sei o quanto eles demoraram pra vir... aí eu deitei na cama e acho que adormeci um pouco, quando eles chegaram, que a casa não tem muro, nada; eles entraram assim na minha janela, me acordaram, o policial disse: _ Que isso?? Ele (policial) fez assim: _ Ele tá dormindo lá fora, a senhora tá dormindo aí dentro, tá tudo bem!”.

“Eu fiz assim: _ Não! Não tá tudo bem, ele me assediou e eu tô com medo!”.

“_ Ahhh vai, a gente tem mais o que fazer, o policial falou”.

“Ele (policial) num ficou nem dois minutos em casa, ele não escutou o que eu tinha pra falar. Aí, no mesmo pé que ele entrou no terreno ele saiu, subiram na viatura e foram embora”.

“Falei: _ Meu Deus do céu! Ele (o filho) acordou, nessa conversa, ele pegou uma enxada e começou quebrar a casa do lado de fora, ele batia com a enxada nas portas, ele quebrou as paredes, entendeu? Aí eu liguei de novo na polícia e falei: _ Gente, ele vai me matar... Eu fiquei com muito medo. Aí pra polícia volta, uma amiga da rua de cima que ouviu teve que ligar pras eles pra eles virem”.

“Aí quando eles chegaram, eu pedi pra me escotar e me levar pra casa dela (amiga). Daí eu dormi lá”.

“Na viatura eu falei assim pro policial: aconteceu isso isso isso. Ele me disse: _ Aí amanhã a senhora vai fazer um boletim de ocorrência. Falei: _ Tá bom!”.

“Aí no outro dia, minha amiga que me levou pra casa dela foi trabalhar às 7h30, eu tomei um banho rápido e fui na delegacia”.

“Aí o delegado falou: olha, não tem mais atentado ao pudor, é estupro. Se a senhora fizer o boletim de ocorrência, ele vai ser indiciado e pode ser preso. A senhora pensa bem, ele falou”.

“Eu não sabia disso, eu vou colocar agressão? Não foi agressão. Eu tenho corpo de delito, não foi nada disso. Mas é um outro tipo de agressão”.

“E aí que me deram encaminhamento pra cá (CRAMSV). Aí foi que eu falei pra (nome da psicóloga do CRAMSV), eu não vou voltar pra casa!”

“Aí eu fui pro abrigo e fiquei 3 semanas lá”.

“Aí eu comecei me perguntar: _ Mas meu lugar é onde? Vou voltar pra São Bernardo na casa da minha filha que é pequena. Meu trabalho tá aqui, que eu vou fazer? Eu comecei ficar constrangida mesmo, aí a casa abrigo começou encher, aí minha filha, que eu ligava pra ela, estava sabendo de tudo. Aí ela falou assim: _Mãe, isso é um absurdo. Você tá na rua. Né? E ele lá, isso não é justo! Aí eu falei: _Eu vou voltar pra casa e voltei”.

“Voltei e minha filha falou: _Quando ele chegar do trabalho 6 e pouco me liga que eu vou falar com ele. Aí eu falei pra ele: _Fala com a sua irmã, foi a única coisa que eu disse. Ela falou: _ Você tem uma hora pra sair daí, se a mãe não fez boletim de ocorrência eu que vou fazer, você tem uma hora pra sair de casa!”.

“Ele ligou pro patrão, pegou as coisas dele, umas roupas lá, umas coisas dele de som, uns negócios enfiou tudo no carro atrás e foi. Agora eu continuo lá com medo, porque ele aparece lá bêbado, tá morando num quarto na casa do patrão, que mora lá no (nome do bairro) mesmo. Eu que tô acuada dentro de casa. Passou uma semana mais ou mesmo ele veio bêbado, ele falou pro vizinho, que o terreno é dele e ele falou que vai fazer um barraco lá no terreno da tia”.

Categoria 6 – Revelação de episódio anterior de violência sexual

“Teve outro dia que aconteceu, eu quis entender que não, só que foi uma coisa assim, eu tava sentada na cama e já tem uns meses isso, faz tempinho. Eu tava sentada na cama, e ele sentou no meu colo como se fosse um bebê, meu bebê. E começou a me abraçar

dizendo: _Ai mãe passa a mão no meu cabelo, passa a mão no meu cabelo. E eu acarinie ele, mas ele tava bem alcoolizado também. Ai ele começou a fazer mais ou menos como um beijo assim, só que ele pulou do meu colo e foi embora. E eu percebi eu fiz minha nossa, ele se excitou!”.

“Mas esse passou batido, fiquei meio assim, mas não foi nada demais, talvez eu não tenha percebido assim, muito claramente como essa outra vez. Então eu vou dizer, teve esse episódio sim bem de leve e agora esse outro que aconteceu isso daí, né?”.

Categoria 7 - Apresentação das consequências geradas pela violência

“É complicado porque é é é, ele é meu filho. Tá? Não foi marido, um estranho nada, é meu filho, isso é o que mais me doi”.

“Eu também sou alcoolista, só que eu acredito que seja um grau menor que ele, né? Então depois disso eu só tenho vontade de beber cerveja, todo dia porque eu acho que a noite a cerveja me acalma, mas do jeito que tá lá em casa eu não posso nem beber e não consigo perder esse hábito. Então, você entra numa situação de estresse e ela (a bebida) agrava um tudo mais, né? Porque o álcool te altera em tudo mais. Então eu tô desse jeito”.

Categoria 8 - Descrição dos atendimentos recebidos

Nossa, eu fui muito bem atendida aqui no Centro da Mulher e continuo sendo, a (nome da psicóloga), eu tô fazendo acompanhamento com ela. Pedi pra (nome da assistente social do CRAMSV) se eu conseguia terapia individual, nem que fosse pela prefeitura, não sabia que aqui eles faziam esse atendimento. Né? Se eu conseguia terapia individual pra ver se eu conseguia me me estruturar denovo, porque eu tô confusa, tô sem rumo”.

Categorias Intermediárias

Quadro 2. Descrição do processo de formação das categorias intermediárias

Categorias iniciais	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência	Indica contextualizar o episódio de violência	Ampliação do cenário de informações sobre o episódio de violência
5. Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência		
4. Percepção do perpetrador da violência	Identifica a percepção negativa do ato de violência	Percepção negativa de vivências de perigo e risco emocional
2. Descrição da consumação da violência		
6. Revelação de episódio anterior de violência		
3. Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência		
7. Apresentação das consequências geradas pela violência	Sugere habilidade emocional para externalização de conteúdos íntimos	Identifica a capacidade interna para estabelecer relações de confiança
8. Descrição dos atendimentos recebidos		

Categorias Finais

Quadro 3. Descrição da formação das categorias finais

Categorias intermediárias	Conceito norteador	Categoria final
1. Ampliar o cenário de informações sobre o episódio de violência	Indica facilidade de lidar com o conteúdo exposto	Organização mental para descrição de conteúdo
2. Percepção negativa de vivências de perigo e risco emocional	Sugere dificuldade em organizar os conteúdos emocionais oriundos da vivência de violência sexual	Identificação de transtornos psicológicos
3. Identifica a capacidade interna para estabelecer relações de confiança	Indica a percepção de apoio após a ocorrência da violência sexual	Qualidade de atendimento assistencial do município

Observa-se que referente aos dados sociodemográficos das participantes, estas possuíam idades entre 38 e 52 anos, escolaridade de 2º grau completo, eram separadas, todas

trabalhavam (emprego formal ou informal) e tinham mais de um filho. Referente ao episódio de violência, duas participantes o notificaram há mais de um ano (entre 14 e 16 meses) e duas participantes o notificaram recentemente (entre 2 e 4 meses). Quanto ao encaminhamento para o CRAMSV, todas as mulheres registraram a ficha de notificação SINAN e chegaram ao CRAMSV pelo encaminhamento da saúde. Quanto ao acompanhamento no CRAMSV, as participantes Maria e Marta, apresentaram frequência semanal na média de 5 ½ meses e as participantes Mariana e Marli estavam em acompanhamento na ocasião da entrevista.

Quanto às categorias identificadas, observa-se a ocorrência de categorias comuns nos relatos das entrevistadas, bem como de poucas categorias não presentes nos quatro casos. Observa-se, também, variação quanto ao número de categorias identificadas nas quatro entrevistas: 12 (Maria); 11 (Marta); 10 (Mariana) e 08 (Marli). Nas quatro entrevistas, sete categorias iniciais evidenciaram-se como categorias gerais comuns, são elas: Descrição dos fatos antecedentes ao episódio de violência; Relato dos fatos posteriores ao episódio de violência; Percepção do perpetrador da violência; Descrição da consumação da violência; Apresentação dos relatos do perpetrador durante a ocorrência do episódio de violência; Apresentação das consequências geradas pela violência e Descrição dos atendimentos recebidos.

A categoria “Percepção de superação do episódio de violência” apareceu nos relatos de Maria e Marta, sendo que Mariana relatou a “Percepção de não superação do episódio de violência”. A categoria “Apresentação de outro episódio de violência” apareceu apenas no relato de Marli.

Este resultado mostra que a experiência de um ato de violência sexual tende a ser vivida, em alguns aspectos, de forma similar por diferentes vítimas, evocando sentimentos de raiva, revolta, medo, angústia, ansiedade, insegurança, além de sintomas de stress pós-traumático. O temor de sair de casa, o medo de que algo semelhante possa ocorrer com suas

filhas ou familiares, mudanças realizadas em hábitos e rotinas devido ao temor de repetição do evento, mostram o impacto da violência sofrida na vida dessas mulheres.

Quanto às categorias finais, elaboradas a partir das iniciais e intermediárias, observam-se, também, semelhanças e diferenças nos relatos das quatro entrevistadas.

As categorias finais comuns foram - Organização mental para a descrição de conteúdo; Confirmação de danos psicológicos oriundos da vivência de violência sexual; Qualidade de atendimento assistencial do município; Crenças religiosas e/ou divinas como apoio emocional.

Estas categorias mostram que a lembrança da violência está presente na vida das participantes e que, para conviver com ela e dar prosseguimento às tarefas da vida, as vítimas buscam organizar, ordenar, inserir alguma lógica numa ocorrência tão inesperada e aterrorizante para elas. Os danos psicológicos são percebidos e a presença de espiritualidade, a fé e o apoio recebido fazem a diferença para a compreensão e superação das consequências emocionais geradas pela situação traumática vivida. As duas mulheres (Maria e Marta) que referiram ter superado as consequências e os danos advindos da violência sexual sofrida são as que mais demonstraram fé e crenças religiosas, mostrando que estas são importantes apoios em suas vidas e assim atuaram para a superação da experiência traumática. Para Mariana e Marli, que não abordaram a questão da fé e da espiritualidade e que haviam sofrido a violência sexual há menos tempo, aparecem as categorias: A violência sexual é um fenômeno que gera graves transtornos para a vítima e Identificação de transtornos psicológicos. Ressalta-se, também, o caso de Marli, cujo episódio de violência sexual revela aspectos diferenciados e gravemente patológicos em nível familiar, levando-a a ter maior dificuldade em organizar e revelar sua experiência durante a entrevista. Marli e Mariana ainda se encontravam em atendimento psicológico na época da entrevista para o estudo.

O atendimento recebido pelas participantes ao longo do tempo, após a notificação

da violência foi considerado, por elas, como positivo, uma importante ajuda, uma fonte de apoio ainda presente, já que, em muitos casos, formou-se um vínculo de confiança e de amparo entre as mulheres e os (as) profissionais que as atenderam.

A importância do apoio oferecido às mulheres sexualmente agredidas é apontada por Almeida (2010), na qual analisou a contribuição das casas-abrigo no enfrentamento da violência doméstica à mulher. A pesquisa envolveu oito casas-abrigo, abrangendo o estado do Rio Grande do Sul em seis (6) mesorregiões. Mostrou a importância do acolhimento às mulheres, por meio do trabalho técnico interdisciplinar, na perspectiva de rede, muito embora ainda haja limites desafiadores no campo social e jurídico quanto à efetiva ruptura com a violência doméstica. O estudo apontou, ainda, que o atendimento recebido pelas participantes ao longo do tempo, após a notificação da violência foi considerado, por elas, como positivo, uma importante ajuda, uma fonte de apoio ainda presente, já que, em muitos casos, formou-se um vínculo de confiança e de amparo entre as mulheres e os (as) profissionais que as atenderam.

A violência é um tema de preocupação no mundo todo, pelo número de suas vítimas e pelas sequelas que podem deixar na mulher e seus familiares. Além do acolhimento oferecido pelos serviços e profissionais de saúde, o contexto familiar também tem papel importante no amparo e superação da experiência sofrida por suas vítimas. Estudo conduzido por Magalhães (2008) aborda o contexto familiar de mulheres vítimas de violência sexual e a superação, entendida como resiliência, concluindo que a violência acontece em diferentes níveis sociais, que a família nem sempre apoia a vítima, que embora as vítimas busquem justiça através da procura pela delegacia, frequentemente, passam a conviver com problemas de saúde e buscam através da espiritualidade e da fé se fortalecer em atividades prazerosas. Neste sentido, considera a assistência pelo profissional como essencial, para que a mulher em situação de violência possa ser envolvida por uma rede de atenção e (re) descobrir sua força

interior, podendo contribuir significativamente no processo de superação e enfrentamento da violência sexual.

Estudo realizado por Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) sobre percepções de profissionais de saúde acerca da assistência às mulheres em situação de violência mostrou a importância do diálogo como instrumento facilitador para a identificação da violência e seus encaminhamentos, e a complexidade do fenômeno e suas implicações na assistência. As autoras apontaram a necessidade de criação de espaços de responsabilização dos órgãos formadores e serviços de saúde, na formação de equipe multiprofissional que discuta e implemente a política de atendimento às mulheres em situação de violência, especialmente por suas consequências.

Ao analisar o conjunto dos dados quantitativos e qualitativos obtidos, pode-se identificar que o episódio de violência sexual sofrido por estas mulheres deixou consequências, físicas e psicossociais. Como consequências físicas frequentes, podem ser citados o uso de medicação e o aparecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Para Drezett (2003), a saúde sexual e reprodutiva também sofre impactos severos. Ressalta que as evidências científicas mostram incidência elevada da violência sexual entre as mulheres, com estes impactos, além de riscos de traumas físicos, doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, e gravidez resultante do estupro. Essas mulheres também sofrem consequências psicológicas devastadoras, muitas vezes irreparáveis.

Quanto às consequências psicossociais mais citadas, aparecem: medo de que o episódio se repita; temores quanto à possibilidade das filhas/netas sofrerem a mesma violência; preocupação quanto às estratégias de maior cuidado e proteção para si mesmas e filhos e a dificuldade de relacionamento amoroso com o parceiro.

Os resultados obtidos nas duas etapas deste estudo mostram que as notificações de casos de violência sexual são inferiores à sua ocorrência real e que, ao se considerar o

conjunto das formas de violência sofrida pelas mulheres, o panorama encontrado é bastante grave e preocupante. Embora mulheres de qualquer idade possam ser vítimas de violência física e/ou sexual, prevalecem os casos de violência contra mulheres com idades acima de 18 anos. No entanto, no caso da violência sexual, há leve predomínio de ocorrências com mulheres com idades abaixo de 18 anos, o que se torna ainda mais grave e preocupante, tendo em vista a possível maior fragilidade física e psíquica das vítimas.

Ressalta-se, ainda, a inadequação e o descuido com que as fichas de notificação são preenchidas no momento da denúncia feita pela mulher vítima de violência. Questiona-se se há treinamento específico para que os funcionários estejam preparados para efetuar os registros de forma completa e fidedigna. Questiona-se, também, como se dá, na realidade, o atendimento inicial e a acolhida da mulher que chega para denunciar uma violência sexual sofrida, revelando aspectos tão íntimos e tão delicados de sua vida e da experiência vivida. Considerando-se a gravidade do quadro obtido quanto à violência, de modo geral, e à violência sexual em específico, no que se refere à frequência e aos impactos resultantes, torna-se necessário apontar as importantes falhas encontradas nas fichas de notificação. Com alta frequência, dados importantes não são registrados, o que inclui a violência psicológica e outras modalidades mais ou menos sutis de violência contra homens e mulheres, com predomínio da população feminina nesta situação.

Neste sentido, estudo realizado por Veloso et al (2012) objetivou caracterizar a ocorrência de violência doméstica, sexual e de outras, a partir das informações do banco de dados do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), das fichas de notificação de violência da cidade de Belém (PA), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Foram sistematizadas 3.267 notificações, representando um aumento de 240% de 2009 a 2011. Em relação ao sexo das vítimas observou-se que, em média, 83,2% dos casos atingiram as mulheres, proporção esta semelhante nos três anos analisados. A violência sexual foi a

mais presente com 41,8%; seguida da violência psicológica com 26,3% e da violência física com 24,0%. Os resultados demonstram deficiências no registro das fichas e apontou para a importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas públicas intersetoriais que promovam a saúde e a qualidade devida nesta região do Brasil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual cometida contra mulheres no Brasil é um fenômeno secular que preocupa as autoridades, os movimentos sociais, as famílias e as próprias mulheres. Pesquisas de opinião, estudos científicos e o cotidiano nas cidades demonstram que ainda existem pessoas que aceitam a violência sexual contra a mulher como um fato, banalizam a dor e o sofrimento, culpam ou responsabilizam a vítima pelo crime de estupro. Ainda não é possível saber se essa forma de pensamento coletivo sobre a violência sexual contra a mulher se dá por desconhecimento, aceitação consciente ou pelo convívio em culturas que estão assentadas em relações de profunda desigualdade de gênero. O fato é que há uma necessidade de aprofundamento teórico sobre o tema.

A composição de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual no âmbito local, estadual e federal deve pautar-se no direito da mulher de ser atendida com dignidade frente aos preconceitos e uma situação que degrada, humilha e acarreta consequências para toda sua vida.

Este estudo trouxe apontamentos a partir das notificações das fichas do Sistema de Informação de Agravos e Notificação, implantada na rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual no município de Bauru/SP em 2009 e que após alguns anos da sua utilização por profissionais de saúde do município retrataram algumas dificuldades que permeiam a malha de serviços que conecta os serviços locais.

No município de Bauru há o reconhecimento por parte das secretarias envolvidas de que, ao lado das dificuldades, foram conquistados muitos avanços, e parte dessas conquistas e dificuldades estão dispostas neste trabalho. Identifica-se a necessidade de parceria entre o setor saúde, segurança pública, assistência social e políticas públicas para as mulheres, e no município de Bauru esta realidade ainda requer amadurecimento por parte

destas instituições. Há, ainda, baixa cobertura a esta população dados os horários insuficientes de funcionamento dos serviços e a necessidade de readequação nos planos de ação intersetorial entre saúde, segurança pública, assistência social e políticas para as mulheres.

Os pontos positivos de maior expressão identificados neste estudo referem-se à própria existência de serviços direcionados ao atendimento da mulher em situação de violência, decorrentes das políticas de atenção integral à mulher. Embora estes serviços possuam atuação limitada diante da complexidade do fenômeno da violência, as políticas de enfrentamento à violência alinhada ao SINAN, permitem vislumbrar o primeiro passo para, de fato, produzir conscientização da grande massa da população sobre a violência contra a mulher – a divulgação de dados oficiais sobre a ocorrência, consequências e encaminhamentos das mulheres que chegam a este serviço.

A ficha de notificação do SINAN, se preenchida adequadamente, possibilita obter um leque de informações sobre a pessoa notificante, desde os dados sociodemográficos até as consequências geradas para a vítima e o encaminhamento da notificação para outros setores. Desta forma, espera-se que a utilização deste instrumento permita ao Brasil produzir e divulgar dados oficiais sobre a violência nacional.

Como visto no estudo, as notificações no município de Bauru apresentaram baixa prevalência de notificações, com informações precárias e muitos itens não registrados, denunciando assim a dificuldade dos serviços e dos profissionais da área da saúde no simples preenchimento da notificação e, num âmbito maior, denunciando a precariedade dos serviços de saúde gerais. Neste contexto, identifica-se como item de primeira necessidade, a ocorrência de treinamentos e qualificação dos profissionais da saúde no manuseio de instrumentais que produzam dados oficiais, além de realizar o atendimento correto de uma pessoa em situação de vulnerabilidade extrema, como são os casos de violência contra a mulher.

No presente estudo, considera-se a importância do fortalecimento das redes de

atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a concepção de integralidade que reúne instâncias de gestão e de políticas, serviços e profissionais de diferentes áreas num só objetivo que é acolher e atender de forma integral as mulheres em situação de violência.

A rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual necessita estabelecer ações de prevenção por intermédio de ações educativas para todos os segmentos sociais, de orientação para crianças e adolescentes e qualificação de profissionais em todas as áreas de intervenção. É importante reforçar, para as redes de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a concepção de integralidade que reúne instâncias de gestão e políticas públicas, serviços e profissionais de diferentes áreas num só objetivo, que é acolher e atender de forma integral e humanizada as mulheres em situação de violência sexual com a responsabilização e o acompanhamento de autores dessa forma de agressão.

Os resultados obtidos nas entrevistas com as mulheres, que relataram suas experiências neste estudo, mostram a profundidade do sofrimento e a diversidade das consequências do abuso sexual, reforçando a necessidade de um acolhimento ágil e seguro, de formas de tratamento que evidenciem efetividade para reduzir as sequelas encontradas e de profissionais bem preparados para lidarem com a complexibilidade de todo o contexto psicossocial envolvido no fenômeno da violência sexual contra mulheres.

Sugere-se que futuros estudos sobre o tema aprofundem a compreensão de toda a trajetória percorrida pela mulher que denuncia o agravo sofrido, desde o registro do fato, até a etapa final dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.M.A. F. **Casas-abrigo para mulheres no rio grande do sul: perspectivas de enfrentamento à violência doméstica na esfera familiar**. Tese de doutorado em Serviço Social - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS, 2010.

ALVES, A. M.; COURA FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 243-257, 2001.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence**. Chicago: AMA, 1994

ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. 262 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. Rede de Proteção à Mulher. Capacitação (1). Bauru-SP 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONOMA, T.V. Case Research in Marketing: Opportunities, Problems, and Process. **Journal of Marketing Research**, Vol XXII, May 1985.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 9. ed. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2003.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para mulheres. Memória 2003-2006: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres/Presidência da República. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2006.

_____. Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres/Presidência da República – Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Política para Mulheres da Presidência da República. Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e de Violência. Brasília, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da

Mulher: Plano de Ação 2004-2007. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1.^a ed., 1.^a reimpr.- Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1508, de 01.09.2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2008b. Brasília, março de 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2009.pdf> Acesso em: julho 2013.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008c.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República, Brasília, 2011.

BRAZÃO, A.T; GROSSI, M.P. **Histórias para contar**: retrato da violência física e sexual. Natal: Casa Renascer; 2000.

CAMPOS, J.O.; FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: UNICEF, 2000.

CAVALCANTI, M.L.T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família**: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.

CEMICAMP. Perfil do Atendimento à Violência Sexual no Brasil. Módulo Qualitativo– Estudos de Casos. Relatório Final. Projeto de pesquisa desenvolvido pelo Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

CHAUÍ, M. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. Perspectivas Antropológicas da Mulher n. 4. Rio de Janeiro, Zahar, 1985, p. 23-62. COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/biblioteca_documentos.asp>. Acesso em: outubro de 2013.

COKER, A. L. **Missed opportunities**: intimate partner violence in family practice settings. *Prey Med*, v.34, p.445-54, 2002.

COHEN, J. A MANNARINO, A. P., & ROGAL, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25, 123-135.

CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. XXIV Período Ordinário de Secciones de la Asamblea General de la OEA. Belém do Pará, Brasil, Junio 6-10 1994.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.235-248, mar./ago. 2005.

DECRETO nº 7.508, de 28/06/2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19.09.1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, 175 o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

DEEKE, L.P. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e sociedade**. Vol. 18, n. 2, p. 248-258, jun, 2009.

DIAS, M. B. (2007). Incesto e o mito da família feliz. In: Dias, M.B. org. Incesto e alienação parental. São Paulo: **Revista dos Tribunais**. 2007:17-49.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 43, n. 2, p. 299-311, Abr., 2009a.

D'OLIVEIRA, J. B. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana Saúde Pública**, 26, n. 6, p. 494-501, 2009b. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&NA=20107703&lang=ptbr&site=ehost-live>> Acesso em: set. 2013.

DREZETT, J; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. **Cienc. Cult. [online]**. 2012, vol. 64, n. 2, pp. 35-38. ISSN 0009-6725.

DESLANDES, S.F, GOMES R, SILVA C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. 2000;16:129-37.

ELLIOTT, A. N; CARNES, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: **A review of the literature**. Child Maltreatment, 6(4), 314-331.

ELLSBERG, M. On behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study, *Lancet*, v. 371, p. 1165–72, 2008.

FAÚNDES A; ROSAS C. F; BEDONE A. J; OROZCO L. T. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2006; 28(2):126-35.

FELIPE, J. Afinal, quem é mesmo pedófilo? **Cadernos Pagu**, v. 26, p. 201-223, 2006.

FEBRASGO. Jornal da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Ano 13, ed. nº 80-Agosto/2013.

FERREIRA, R.C. **Análise da Violência Contra a Mulher a Partir da Vigilância Realizada por Serviços Sentinela em Fortaleza/CE**. 75 f.Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade de Fortaleza, Ceara, 2010.

FIGUEIREDO, M.C; CESAR, M.O; SILVA, J.P. da; BORBA, E.M.B. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Universidade Passo Fundo. Vol. 17, n. 3, 2012.

FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Conferência apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Obstetristas e Enfermeira (o)s Obstetras e Neonatologistas, Salvador, 18 de julho de 2002. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP 2005; 39(4):450-9.

GALVÃO E.F; ANDRADE S.M de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, p. 89-99, 2004.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 10 (supl.1):146-55, Rio de Janeiro, ENSP, 1994.

GOODE, W. J; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social**. 3. ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

GOMES, R. A. **Dimensão Simbólica da Violência de Gênero**: uma discussão introdutória. Athenea Digital - num. 14: 237-243 (otoño 2008) – CARPETA. ISSN: 1578-8946.

GREGORI, M.F (1993). As Desventuras do Vitimismo. **Revista Estudos Feministas**, 1:143-149.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO, J.R.; KENNETH, R. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica? **Physis [online]**. Vol. 19, n. 3, pp. 797-815, 2009.

KARAMAGI, C.A. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. **Public Health [BMC Public Health]**, v. 6, pp. 284-297, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/284>>. Acesso em: jun. 2013.

LABRONICI, L.M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M.E.C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2010, vol. 44, n. 2, pp. 401-406. ISSN 0080-6234.

LAGO, M.C.S. Gênero, gerações e espaço doméstico: trabalho, casa e família. **Paidéia [online]**, v. 19, n. 44, p. 357-366, 2009.

LIET, Q. A multilevel analysis of individual, household, and neighborhood correlates of intimate partner violence among low-income pregnant women in Jefferson county, Alabama. **American Journal of Public Health**. v. 100, n. 3, p. 531-539, mar, 2010. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19696385&lang=pt65br&site=ehost-live>. Acesso em: ago. 2013.

LIMA, C. A. de. Redes de Atenção para Mulheres em Situação de Violência: análise do caso de Campo Grande/MS a partir das representações sociais de seus gestores. **Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica**, Biblioteca de Saúde Pública, 2014.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. de A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

LOPES, I.M.R.S. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 26 n. 2. Rio de Janeiro, 2004.

LOURO, G.P. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago. 2008.

MAGALHÃES, R. L. B. **Resiliência e contexto familiar de mulheres vítimas de violência sexual**. Teresina 2008. Dissertação de Mestrado-Departamento de Enfermagem- Universidade Federal do Piauí, 2008.

MARTELETO, M.R. Análise de Redes Sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. INF.**, Brasília, v.30, n.1, p.41-49, set/dez, 2004.

MATTAR R.; ABRAHÃO A. R; ANDALAFT N. J; COLAS O. R; SCHROEDER I.; MACHADO S. J. R.; et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. 2007; 23(2):459-64.

MENDES, E.V. A modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 2007. **Mimeo**. [online]. Disponível em: www.saude.mg.gov.br, em: 02/07/2010.

MENDES, E.V. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2007.

MENDES, E.V. Redes de Atenção à Saúde no SUS. Apresentação feita na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 06/08/2008, disponibilizada em ppt.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL S COMBATE A FOME. Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

MINISTERIO DA JUSTIÇA. Relatório final da Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres. Brasília: Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Conselho Nacional de Direitos da Mulher, Secretaria Nacional de Segurança Pública; 2002.

MOREIRA, V.; BORIS, G.D.J. B.; VENANCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicol. Soc.** [online]. 2011, vol. 23, n. 2, pp. 398-406. ISSN 0102-7182.

MOURA, L.B.A. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista Saúde Pública**, vol. 43, n. 6, p. 944-953, dez. 2009.

MCCAULEY, J. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann. Intern. Med.**, n.123, p.737-46, 1995.

NEGRÃO, T. Violência de gênero e as interfaces com a saúde das mulheres. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1275936251_ARQUIVO_Artigosadeviolencia-TeliaNegrao-2mai2010-1.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol. 23, n. 2, pp. 455-458. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, E.M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública** vol.39 no.3 São Paulo June 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resolução CD 39/14, de 1993** – Trata da violência, em todas as suas manifestações.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra. 2002.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2008.174 p.: i

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, 1993. Resolución XIX: **Violência y Salud**. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)

OSIS, M. J. D; DUARTE, G. A; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista Saúde Pública**; 46(2): 351-358, abr. 2012.

RAMSAY, J. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. **British Medical Journal**, v. 325, p. 1-13, 2002.

RAMOS-LIRA, L. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud, **Salud pública de México** [0036-3634] yr:2001.

SAFFIOTI, H.I.B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna. 1987/1999.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp. 115-136.

SANTANA, M.R.C. Redes Técnicas: os avatares geográficos da cidade mediada eletronicamente. In: **Reflexões e Construções Geográficas Contemporâneas**. Salvador, 2004.

SANTOS, C.M; IZUMINO, W.P. (2005). Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre os estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinários de America Latina**

y **El Caribe**. 16(1), 147-164.

SAYWITZ, K. J; MANNARINO, A. P; BERLINER, L; COHEN, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC, 2001.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA A.F.P.L; FRANÇA-JUNIOR, I; PINHO, A A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(4):470-7.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.41, n.3, p.359-367, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007b.

SCOTT, J.W. "Gênero: Uma categoria útil para análise histórica." 1990. Tradução (para o português) de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: **SOS Corpo**, 1991.

SHARPS, P. Health care provider's missed opportunities for preventing femicide. *Prey Med*, v. 33, p. 373-80, 2001.

SIEGEL, S; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, L.L. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço e urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 263-272, 2003. Suplemento 2.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, jun 2011, vol. 16, n. 6, p. 2753-2762. ISSN 1413-8123.

SILVEIRA, T; RAMOS, C.I. Violência doméstica: obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde para trabalhar com essa problemática. **Revista Rede de Cuidados em Saúde** ISSN-1982-6451, Pelotas, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO-SINAN. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 03 mai. 2013.

THE LANCET. Volume 383, Issue 9929, Pages 1648 - 1654, 10 May 2014 doi:10.1016/S0140-6736(13)62243-6. **Published Online**: 12 February 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62243_6/fulltext#sec1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62243_6/fulltext#sec1)>. Acesso em: 07 nov. 2014.

TUESTA, A J.A. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de

saúde. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.

TULL, D. S; HAWKINS, D. I. Marketing Research, Meaning, Measurement and Method. **Macmillan Publishing Co. Inc.**, London, 1976.

VASCONCELOS, M. G. O. O; MALLAK, L. S. **Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar**. Carapicuíba, SP: Fundação Orça Criança e Vida, 2002.

VASCONCELOS, M. F. F; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Rev. Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 13(supl. 1), 2009: 729-738.

VELOSO, M.M.X. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio/2012.

VIANNA, A. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: mapeamento e Diagnóstico / Adriana Vianna. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004. 246p.

VIEIRA, L.B; PADOIN S.M.M; LANDERDAHL, M.C. **A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres**. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):609-16.

VILLELA W. V.; LAGO T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**. 2007; 23(2):471-475.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2008**. Brasília: OEI, 2008.

WHO (2005). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en>. Acesso em: 10 mar. 2014.

YIN. RK. **Estudo de Caso, Planejamento e Métodos**. 4. ed. Editora BOOKMAN, 2010.

APENDICES



APÊNDICE 1. Ficha de triagem das notificações do SINAN

1. Identificação Data da notificação: ____/____/____

Nº de identificação para o estudo _____

Dados sociodemográficos

Idade: _____ Raça: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Empregado ☐ Sim ☐ Não

Ocupação atual: _____

Consequências da violência sofrida _____

Encaminhamentos realizados ao _____

2. Frequência total e de violência sexual de casos notificados por ano

Número total de casos notificados em 2009 _____

Número de casos de violência sexual notificados em 2009 _____

Número total de casos notificados em 2010 _____

Número de casos de violência sexual notificados em 2010 _____

Número total de casos notificados em 2011 _____

Número de casos de violência sexual notificados em 2011 _____

Número total de casos notificados em 2012 _____

Número de casos de violência sexual notificados em 2012 _____

APÊNDICE 2. Ficha de triagem dos prontuários do Centro de Referência e Atendimento da Mulher em Situação de Violência - CRAMSV

1. TRIAGEM POR ANO

- a) Número de prontuários atendidos em 2011 _____
- b) Número de prontuários atendidos em 2012 _____
- c) Número de prontuários atendidos em 2013 _____

2. TRIAGEM POR TIPO DE VIOLÊNCIA

- a) Violência física _____
- b) Violência sexual _____
- c) Outras formas de violência _____

3. Presença de transtorno mental:

- a) Sim () b) Não ()

4. Dados sociodemográficos da usuária:

- a) Idade _____
- b) Escolaridade _____
- c) Estado civil _____
- d) Etnia _____

5. Informações sobre o acompanhamento no CRAMSV:

- a) Período de acompanhamento _____
- b) Número de atendimentos na instituição _____

APÊNDICE 3. Roteiro de Entrevista

1. Você passou por situação de violência sexual, denunciou a ocorrência e aceitou ser tratada/acompanhada aqui nessa instituição (CRAMSV). Gostaria que você falasse livremente sobre essa experiência e suas consequências, se considera que as superou ou não, e sobre o atendimento recebido.

2. Como foi para você ter participado desta entrevista, ter lembrado e falado sobre a experiência de violência sexual aqui comigo?

APÊNDICE 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada participante:

Sou psicólogo mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Ciências, Bauru/SP. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da Prof.^a Dr.^a Carmem Maria Bueno Neme, cujo objetivo desta etapa da pesquisa é investigar entre mulheres que passaram por acompanhamento no CRAMSV, suas vivências referentes à violência sexual sofrida e sua percepção de superação ou não desse evento de vida.

Sua participação envolve a realização de uma entrevista, que será gravada, se assim você permitir, e que terá a duração aproximada de no máximo 50 min.

A sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador, fone (14) 9188.2509 ou pela instituição responsável – UNESP, FC, Secretária de Pós-graduação, fone (14) 3103.6077

Atenciosamente,

Anderson Tiago de Cara

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXOS

ANEXO 1. Declaração de autorização para realização de pesquisa – Secretária Municipal de Saúde de Bauru/SP



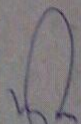
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481
Email: saude@bauru.sp.gov.br

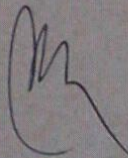
Bauru, 05 de julho de 2013.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Mulheres em situação de violência sexual em Bauru: ações da rede municipal e percepção de superação”** de autoria de Anderson Tiago de Cara, sob orientação da Prof^a. Dr^a Carmen Maria Bueno Neme, foi analisado pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização nesta instituição. Não obstante esta aprovação, enfatizamos a necessidade do referido projeto estar devidamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto à CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, antes do início da pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.


Dr.ª Maria Ligia Gerdullo Pin
Presidente da Comissão de Ética
em Estudos e Pesquisas da SMS


Dr José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2. Carta de autorização para realização de pesquisa – Secretaria Municipal do Bem Estar Social de Bauru/SP

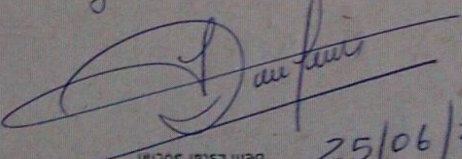
unesp 
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM


INSTITUTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Bauru, 12 de junho de 2013

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Autorizo o Psicólogo ANDERSON TIAGO DE CARA, discente devidamente matriculado no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, UNESP/BAURU sob a orientação da Prof.ª Adjunta Drª CARMEM MARIA BUENO NEME, a realizar coleta de dados referentes à sua pesquisa de mestrado no Centro de Referência de Atendimento da Mulher em Situação de Violência (Secretaria do Bem Estar Social) no período de 2013 a 2014.

De Anderson

25/06/2013
Darlene Martin Tendolo
Secretaria Municipal de Bem Estar Social

Assist. Social Srª Darlene Martin Tendolo
Secretária do Bem Estar Social
Prefeitura Municipal de Bauru

ANEXO 3. Parecer Substanciado da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres em situação de violência sexual em Bauru: ações da rede municipal e percepção de superação

Pesquisador: Anderson Tiago de Cara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20135113.7.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 430.906

Data da Relatoria: 15/10/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto tem apresentação clara e detalhada, explicitando todas as etapas do processo

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é pertinente e tem relevância na área de saúde e assistência social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há nenhum risco envolvido na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é apresentado cumprindo as exigências tanto científicas quanto éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

ANEXO 3. Parecer Substanciado da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
""JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 430.906

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado.

BAURU, 21 de Outubro de 2013

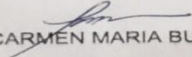
Assinador por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

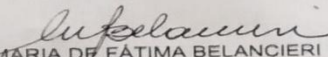
ANEXO 4. Ata da Defesa Pública da Dissertação de Mestrado

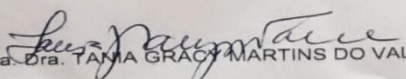
unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CAMPUS DE BAURU
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ANDERSON TIAGO DE CARA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 08 dias do mês de abril do ano de 2015, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA BELANCIERI do(a) Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia da Saúde, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ANDERSON TIAGO DE CARA, intitulado "Mulheres em situação de violência sexual: redes de atenção e relatos da experiência sofrida". Após a exposição, o discente foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME


Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA BELANCIERI


Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE