

As representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência sexual contra a mulher

Ana Julieta Parente Balog¹

Resumo: Posto que a violência é um fenômeno estrutural e cultural, ela ainda ocorre de maneira diferente entre mulheres e homens adultos. Pois, enquanto eles são as principais vítimas da violência urbana, as mulheres são da doméstica e familiar, aquela que faz parte do que conhecemos como violência de gênero, que é um tipo de violência orientada pelo gênero da vítima. Dentre os cinco tipos de violência contra a mulher definidos pela Lei Maria da Penha, a violência sexual é o objeto de estudo da presente pesquisa. Essa violência possui forte caráter de dominação e poder, na maioria das vezes do homem sobre a mulher; mantendo as mulheres em constante estado de medo (FRENCH, 1990). Destarte, apesar da importância de estudos que envolvam a atenção prestada às vítimas de violência sexual, constatou-se – a partir de revisão bibliográfica prévia – que as pesquisas na área são escassas. Nesse sentido, a presente pesquisa busca entender *quais são as representações dos profissionais da saúde sobre a violência sexual contra a mulher*. Para a realização da pesquisa foram escolhidas duas cidades do interior paulista, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais e posterior análise destas utilizando a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016). Também buscou-se elaborar um perfil socioeconômico das vítimas e do agravo a partir de dados colhidos nos boletins de ocorrência (BOs) feitos entre os anos de 2011 e 2016. Visto que a pesquisa se encontra em andamento, os resultados obtidos giram entorno de algumas informações dos BOs já colhidos e uma breve e prévia análise a partir das entrevistas já realizadas. A partir destes dados, pode-se citar como apontamento preliminar o fato dos profissionais possuírem o mesmo entendimento sobre o que é a violência sexual e, apesar disto, representarem as causas da mesma de forma ambígua. Pois, ao tempo que a reconhecem como uma violência realizada contra a vontade da vítima, alguns buscam justificar, mencionar como possíveis causas, a ausência de educação para as vítimas – formas de se portar etc.

Palavras-chaves: Representação social; violência sexual; profissionais de saúde.

¹ UNESP/FCLAr. Mestranda em Ciências Sociais pelo PPGCS/UNESP/FCLAr e Bacharela em Ciências Sociais pela UECE. julietaparente@yahoo.com.br.

Introdução

Violência é um termo utilizado para nomear das mais cruéis às sutis formas de agressão e está presente nas mais diversas formas de sociedade do mundo, ceifando todo ano a vida de milhares de pessoas. É uma forma de legitimar o poder usada desde os primórdios da humanidade.

Pode ser conceituada como o uso da força, seja ela física, psicológica ou intelectual etc., para coagir outrem a fazer algo contra sua vontade; “constranger, incomodar, tolher a liberdade de alguém; impedir outra pessoa de manifestar sua vontade, sob pena de ser gravemente ameaçada, espancada ou até mesmo morta” (BASTOS, 2011. p. 52).

No Brasil, ela atinge majoritariamente os pobres e não-brancos e ocorre, também, de forma distinta a depender do gênero da vítima. As mulheres são as principais vítimas da violência doméstica, bem como de violências que de alguma forma envolvam divisões desiguais de força e poder. Este também é o caso de crianças e adolescentes, indivíduos que historicamente (FALEIROS; FALEIROS, 2008) – assim como as mulheres – possuem menos poder.

Apesar de na sociedade capitalista o principal fator de desigualdade e violência ser a classe social, isto não desautoriza estudos que façam o recorte de gênero ou racial, visto que estes fatores em conjunto aumentam as chances de sofrer alguma violência ao longo da vida, e.g. mulher negra e pobre. Este é um estudo que tem recorte de gênero, e que tem a pretensão de alguma forma auxiliar na construção de políticas públicas, pois compreende-se que é a partir delas que algum processo de mudança social se torna possível.

Destarte, a violência sexual – como todas as formas de violência – atinge mais pessoas em situação de vulnerabilidade. Seja pelo seu caráter de dominação e poder, por construções desiguais de gênero, junto a condições de existência degradantes que coloquem os indivíduos em situação de fragilidade perante outrem. É perpetrada, na maioria das vezes, pelo homem sobre a mulher (BOURDIEU, 2015) – seja qual for a sua idade –, mas não apenas.

Ela é definida pelo Ministério da Saúde como toda ação “na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação” (Ministério da Saúde, 2001, p. 17), podendo ocorrer tanto de forma forçada dentro de relações afetivas, bem como por meio de estupro por desconhecido, abuso sexual infantil por parte de parentes ou conhecidos, assédio sexual etc.

Para além do seu caráter de dominação, a violência sexual também envolve outros fatores sociais que, de maneiras diferentes, facilitam a sua ocorrência. Por exemplo: uma socialização não desigual entre os sexos; uma socialização que, não necessariamente, seja sexualizada e que envolva outros meio de interagir com outrem; condições de existência não degradantes (SOUZA, 2016); ruas bem iluminadas; moradias adequadas; venda mais regulada de álcool; baixo crescimento da economia; alto desemprego alto; uma socialização precária que refletem em interações precária; normalização de comportamentos violentos e machistas por parte da mídia (SILVA, 2016) etc. O ponto é: a criminologia crítica demonstra que o crime é um fato social e que vários vetores contribuem para a ocorrência ou não dele. O enfretamento dessa violência, portanto, depende da mudança de fatores sociais, seja no campo da prevenção, tratamento ou punição.

Destarte, os dados entorno da violência sexual dão conta de aproximadamente 50 mil estupros consumados e quase 7 mil tentativas registrados pela polícia no ano de 2017, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2017. No entanto, Cerqueira e Coelho (2014) apontam que esse número representa cerca de 10% do total de casos que ocorre anualmente.

Um estudo feito pelo Ipea em 2014, estima que ocorrem anualmente no país cerca de 527 mil tentativas ou estupros consumados (CERQUEIRA; COELHO, 2014). As razões da não denúncia são diversas, seja por vergonha, por sentir-se culpada ou ainda por sofrer a violência dentro de uma relação afetiva e não reconhecê-la enquanto um estupro. Isto acaba por subnotificar este tipo de violência, gerando dados que possivelmente não dão conta da realidade do problema.

Mesmo quando denunciados à polícia, muitos desses casos não chegam ao sistema de saúde, trazendo à tona duas questões centrais: a) os profissionais não estão sabendo identificar vítimas dessas violências, logo não há notificação da sua existência; ou b) as vítimas, efetivamente, não procuram os serviços de saúde na pós-violência (BARROS, 2014).

Pesquisas também indicam para diferentes fluxos de continuação da denúncia pós-violência (VARGAS, 2008), para o não uso adequado ou completo do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde para casos de violência sexual (ANDALAF NETO *et al*, 2012), bem como a falta de articulação entre os sistemas de segurança e saúde (COSTA, 2015), ou dentro do próprio sistema – no caso, saúde – para a continuação do tratamento (BARROS *et al*, 2015).

Para além das questões sociais e psicológicas envolvidas, reconhecendo-se o estado de fragilidade da vítima, problemas como não uso de protocolos adequados e falta de articulação entre ou dentro dos próprios sistema de apoio podem dificultar o tratamento na pós-violência ou, ainda, afastar este indivíduo que não mais procura os serviços.

Nesse sentido, estas informações nos levam a questionar o que ocorre para a não adesão das vítimas nos processos de tratamento do agravo, no que se refere ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Há algo nesse atendimento que afasta a vítima, provocando a sua não adesão no tratamento?

Destarte, o papel dos profissionais de saúde que realizam o primeiro atendimento é importante na medida em que as impressões da vítima – muitas vezes já fragilizada pela violência – sobre o atendimento recebido vão influenciar na sua adesão, ou não, ao tratamento, seja ele profilático ou psicológico, que são importantes na medida em que previnem de possíveis DSTs, uma gravidez indesejada etc., e auxiliam no processo de ressocialização deste indivíduo após o episódio de violência.

Do ponto de vista psicológico, traumas não tratados podem não ser evidentes num primeiro, mas virem à tona anos depois ou causarem problemas relacionados a síndromes do pânico. Este tipo de problema causa um processo de adoecimento no próprio indivíduo e na sua família, além de atrapalhar na sua inserção social e econômica na sociedade.

De modo que os profissionais que de alguma forma não realizam um bom acolhimento, de maneira mais humanizada – percebendo o indivíduo enquanto sujeito e não só como um corpo de necessita de tratamento –, podem afastar essas vítimas ou, ainda, revitimizá-las.

Isto posto, o questionamento entorno do atendimento prestado a vítima, mas, principalmente, sobre como os profissionais da saúde representavam a violência e a vítima, surgiu. Pois, estudos dão conta que mesmo em locais de referência para o atendimento, muitos profissionais deixam suas concepções sobre o agravo se fazerem presentes no momento do atendimento (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; LIMA, 2013; BARROS, 2014; ARAÚJO; CRUZ, 2014; BARROS *et al*, 2015; COSTA, 2015).

A questão se torna mais significativa por não haver muitos estudos que envolvessem a temática da violência sexual, juntamente ao atendimento na saúde e a forma como os profissionais a representavam. A maioria das pesquisas já realizadas dizem respeito ao acolhimento da vítima no sistema de saúde, na segurança, perfis sociodemográficos sobre quem sofre mais com este tipo de agravo – de acordo com notificações na saúde ou segurança (OLIVEIRA *et al*, 2005; MATTAR *et al*, 2007; SOUZA, 2012; FACURI *et al*, 2013; BARROS, 2014; LIMA, 2014; DELZIOVO *et al*, 2017; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

No entanto, poucas foram as pesquisas encontradas quando o questionamento principal girava entorno de “como os profissionais de saúde representavam a violência sexual contra mulheres”.

Nesse sentido, optou-se por estudar duas cidades de médio porte do interior paulista: São Carlos e Araraquara. Essa escolha foi feita pela possibilidade de realização da pesquisa nos dois municípios, seja pela sua proximidade e pela facilidade de locomoção da autora em ambas, além da ausência de pesquisas sobre o tema².

Ambas as cidades são similares tanto demográfica e economicamente, como em qualidade de vida. Araraquara é um município que possui aproximadamente 220 mil habitantes (IBGE, 2010) e ocupa atualmente o 14º no Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios Brasileiros (IDHM). É um pólo universitário, abrigando universidades públicas, particulares e institutos de formação técnica. Possui uma ampla rede de saúde, contado com dois hospitais públicos, além de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Porém, atualmente não possui um protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual, um fluxograma para melhor visualização de como deve ser realizado o atendimento ou um centro especializado para o tratamento deste agravo, apesar de possuir um Centro de Referência da Mulher (CRM).

São Carlos, por sua vez, é também um importante centro regional industrial, além de pólo acadêmico – com duas grandes universidades públicas, além de institutos de formação técnica e faculdades particulares. Conta com uma população de 242 mil habitantes (IBGE, 2010) e com uma rede de saúde um pouco menor, possuindo dois hospitais públicos, uma quantidade inferior de UPAs (cinco, ao total), bem como uma rede de UBSs. No município, porém, diferentemente de Araraquara, há um protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual e um local específico para o atendimento destes indivíduos, que é realizado no Centro de Especialidades do Município (CEME), dentro do Ambulatório de Sexualidade Humana em conjunto com o Programa de Atendimento a Vítimas de Abuso e Violência Sexual (PAVAS).

Com relação ao crime de estupro, a partir de dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP-SP), em Araraquara nos três primeiros meses desse ano foram registrados 16 consumados, em 2017, 66 e, em 2016, 43. Em São Carlos: 4, 27 e 31, respectivamente. Nas duas cidades, analisando dados dos últimos cinco anos, cerca de 80% dos casos são de mulheres/meninas. Também em 80% dos casos, o crime ocorreu em residências. Quase 70%, são de vulneráveis³.

² A partir da realização de revisão de literatura, nenhum estudo já publicado sobre a temática foi encontrado em ambas as cidades.

³ Lei nº 12.015, 7 de agosto de 2009. Artigo 217 do Código Penal (CP).

Metodologia

A partir do que foi posto, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem mista – metodologia qualiquantitativa (CRESWELL, 2007). Tem-se como objetivo geral *compreender como os profissionais da saúde representam a violência sexual contra a mulher*, e objetivos específicos: a) entender como se estrutura o atendimento prestado as vítimas de violência sexual; b) conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde, que atendem essas vítimas, sobre o crime; c) construir o perfil das vítimas e dos crimes; d) confrontar o perfil das vítimas e dos crimes com as representações colhidas; e) analisar de que formas as representações podem influenciar na prática do atendimento prestado às vítimas; e f) compreender se essas representações podem contribuir para a naturalização da violência.

No entanto, neste artigo serão apresentados apenas resultados prévios desta pesquisa, de modo que todos os objetivos não estarão presentes pois, para tanto, necessitam de um melhor desenvolvimento e a realização de mais entrevistas com os profissionais.

A escolha dos profissionais de saúde como participantes da pesquisa deve-se pela a importância destes profissionais no primeiro atendimento prestado as vítimas de estupro – sendo eles os principais responsáveis por orientar a vítima na realização da profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis, tais como HIV, a contracepção de emergência e realização de exames, além de um acolhimento psicológico – bem como na promoção de meios para a sua prevenção. De modo que se deu prioridade a profissionais como enfermeiros, médicos, psicólogos e quaisquer outros profissionais que participassem desse primeiro atendimento.

Este estudo se justifica pela necessidade de um melhor entendimento de como os profissionais que atendem as vítimas de violência sexual representam o agravo e como isso reverbera no atendimento prestado, visto que a forma como eles prestam o atendimento diz muito sobre como representam a violência. Afinal, tais práticas podem não só *revitimizar* o indivíduo que está em busca de assistência, como agravar os traumas e consequências da violência caso o atendimento não seja feito de forma adequada.

Parte-se da hipótese que os profissionais possuem representações que vão ao encontro do senso comum, mesmo com toda a capacitação que eles em princípio recebem. A partir do resultado de pesquisas anteriores (CAVALCANTI, 2004; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; LIMA, 2013; BARROS, 2014; ARAÚJO; CRUZ, 2014; BARROS *et al*, 2015; COSTA, 2015), supõe-se que apesar de suas formações, as representações socialmente aprendidas e reforçadas são mais fortes, acabando por repercutir de forma implícita no atendimento para com as vítimas e na naturalização da violência.

Breve análise das representações

Posto isto, após o início da aproximação das respectivas instituições, foi possível entrevistar, até o momento, quatro profissionais de dois serviços de referência. Três deles pertenciam a um único serviço, enquanto que o primeiro era de um outro local. Sendo a análise apresentada aqui prévia e sujeita a modificação ao longo da execução desta pesquisa, a partir da realização de outras entrevistas.

Estes profissionais reconhecem que a violência sexual é um ato realizado contra a vontade da vítima, que também ocorre dentro de relações afetivas, apesar de, nesses casos, ser menos denunciada. Os profissionais sabem que o fato de ser menos denunciada é resultado, em grande parte, da crença de que as mulheres teriam “obrigações” a cumprir com a pessoa que possui um relacionamento afetivo.

“[...] a gente vem de uma cultura de que a mulher que você casou e você... pode tudo, seu marido pode tudo, você tem que fazer tudo o que seu marido quer. A mulher ainda é submissa aos desejos do marido. Então, a gente tem um pouco dessa cultura. Então, a mulher casada demora um pouco mais para identificar sinais de violência, principalmente violência sexual dentro do casamento.” (Entrevista 1)

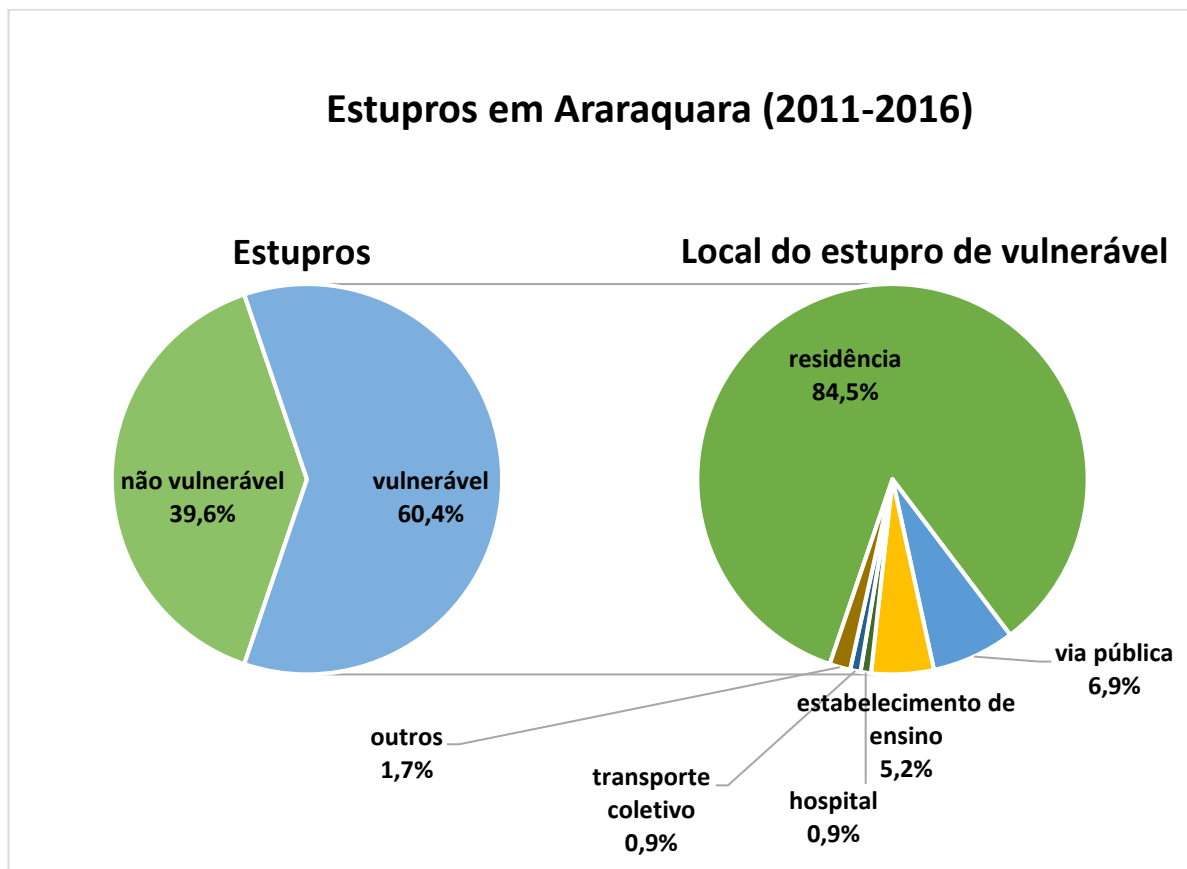
É recorrente na fala dos entrevistados que estas vítimas são não só maioria de mulheres, mas de mulheres jovens ou crianças. Este dado converge com as informações encontradas junto a SSP-SP, referentes, por exemplo, ao município de Araraquara, onde mais da metade das vítimas de violência sexual eram crianças ou adolescentes, maioria do sexo feminino, vitimadas em local doméstico.

Como pode ser visto (ver figura 1), na cidade de Araraquara entre os anos de 2011 e 2016, o estupro de vulnerável representou 60,4% do total de casos registrados na cidade. Nestes casos, onde a vítima era menor de 14 anos, em 84,5% das situações foram violências perpetradas em ambiente doméstico, na residência das vítimas.

Este dado vai ao encontro as informações obtidas nas entrevistas, onde os profissionais reconhecem que estas crianças sofrem a violência em casa, sendo vitimadas por parentes, familiares ou conhecidos da família.

Esta informação também aparece em pesquisa de Vargas (2008), onde é possível constatar que estes também são os casos onde a retirada da denúncia é realizada em maior número, diferente das denúncias realizadas contra agressores que não pertencem ao círculo social ou familiar da vítima.

Figura 1.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SSP-SP.

Segundo um dos entrevistados, também é recorrente – no caso dos serviços de saúde – o abandono do tratamento, que a princípio deveria ser de pelo menos 6 meses, contando com atendimento psicológico. Entretanto, na maioria das vezes, às vítimas não chegam ao atendimento e das que chegam poucas completam 6 meses.

“O prazo que a gente vê é de 6 meses de continuidade, no máximo um ano. Mas vamos pensar em 6 meses, elas descontinuam o atendimento. Por vergonha, por medo, por negação, não querem mais lidar com o assunto da violência. [...] Então, elas tem uma continuidade maior no atendimento aqui [...], que é o programa de atendimento das vítimas de abuso, mas geralmente a média é 6 meses”. (Entrevista 2)

Além disso, estes profissionais reconhecem a dificuldade de denuncia em casos que envolvem parentes, familiares ou conhecidos. Relatam que nessas situações, sejam crianças, adolescentes ou mulheres adultas, a denuncia não ocorre por medo, por vergonha, porque precisam financeiramente do abusador – quem sofreu a violência ou o responsável pela vítima.

Quanto as possíveis causas, estes profissionais têm explicações diversas para o problema. Desde a negação de que existe uma causa específica (ver quadro 1), a baixa

autoestima da vítima, dependência financeira, problemas com drogas por parte do agressor, falta de uma “boa educação”, onde a pessoa saiba se portar – neste caso, se referia a pessoas do sexo feminino.

Quadro 1.

Possíveis causas da violência sexual
<p>“Eu acho que a baixa autoestima da mulher, o medo de perder esse companheiro, a dificuldade de falar “não”, a submissão, a dependência financeira... Tudo isso faz com que ela se submeta a essa violência, a essa aceitação.” (Entrevista 1)</p>
<p>“Não existe nenhum trabalho que diga assim: é um problema hormonal, é um problema psíquico. A gente não sabe muito bem a causa que leva uma pessoa a realizar um ato de violência sexual contra o outro. No caso de pedofilia, que é o adulto que pratica atos libidinosos ou até conjunção carnal com menores, tem que ter uma cronicidade. Então, ele tem que se relacionar só com crianças por um tempo hábil, por um tempo prolongado. [...] Então, você que vê que não existe só isso, não são só as crianças. Embora, agora, no nosso município, aqui [...], eu tenha atendido muito mais crianças.” (Entrevista 2)</p>
<p>“Então, na verdade a gente não tá entendendo esse mundo, né filha. Dá a impressão que mais por causa das drogas, porque não tá certo primo tentar violentar parente... pai... Então, eu acredito que seja muita droga. E mal orientado, né, sem orientação, porque...” (Entrevista 3)</p>
<p>“Deixar bem claro, o que eu acho assim nada justifica o agressor, a violência do agressor. Mas ambas as partes as vezes a gente vê ou ouve falar, a gente observa que as pessoas também se... principalmente as meninas em fase escolar, na faculdade, elas não são tão assim... Eu não sei, acho que vai muito da criação de casa e da família... dessas meninas como se comportar. O comportamento delas, então eu acho que tudo isso ajuda a... tem probabilidade de ter mais, entendeu? O homem... Eu quero dizer assim, uma menina mais levada, mais assim... a roupa dela, o traje de roupa que ela usa. Não que justifique, não é isso.” (Entrevista 4)</p>

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas.

As representações desses profissionais sobre as causas dessa violência não convergem, em dois casos deles as explicações são, inclusive, bastante genéricas e remetem a explicações vistas com recorrência no senso comum, em que se atribui a causa da violência a vítima ou ao uso de drogas – não ficou claro se lícitas ou ilícitas – pelas pessoas (ver quadro 1).

No que diz respeito as consequências, os profissionais são unânimes em afirmar que elas são inúmeras, recorrentemente atribuem problemas físicos e psicológicos como

decorrentes da violência, afirmando junto a isto que quando o tratamento proposto é realizado de forma correta, parte destas consequências – no caso, as físicas – são remediadas.

Quando questionados sobre como prevenir esta violência, as repostas sempre giram entorno de “uma melhor educação”. No entanto, na maioria das entrevistas essa melhor educação é citada de modo genérico, sem ligação as questões de gênero envolvidas, ou a fatores sociais que deixam essas crianças, adolescentes e mulheres em situação de maior vulnerabilidade.

Por um lado o apontamento é positivo, pois a educação tomada em sentido lato é a solução. Em uma das entrevistas foi citada a participação da escola na prevenção de abuso sexual infantil, o que é um bom apontamento porque passa necessariamente pela discussão de sexualidade. Por outro, é possível perceber que o entendimento do que é educação não passa pela discussão de gênero.

Apontamentos preliminares

A partir dessa análise prévia, foi possível afirmar que, de modo geral, esses profissionais entendem que a violência sexual é qualquer ato feito sem o consentimento da vítima, sendo as crianças e adolescentes – principalmente do sexo feminino – as principais vítimas, mas também reconhecem que mulheres jovens também são vitimadas por essa violência. São casos que ocorrem, em sua maioria, em local doméstico, perpetrado por familiares, parentes ou conhecidos.

Esses profissionais representam a violência de forma ambígua, pois ao tempo que reconhecem como uma violência realizada contra a vontade da vítima, alguns buscam justificar, mencionar como possíveis causas, a ausência de educação para as vítimas – no sentido de como se portar, coisas que não devem ser feitas por meninas. Este tipo de representação vai ao encontro do que está arraigado no senso comum, quanto a *culpabilização* das vítimas pela violência sofrida – talvez, isso se explique pela pouca formação dos profissionais que demonstraram estas representações. No entanto, estes profissionais também entendem que a violência possui sérias consequências tanto físicas como psicológicas para suas vítimas. Consequências estas que podem continuar por todo o resto da vida da vítima.

Nesse sentido, é preciso que políticas públicas que proponham formações mais adequadas para os indivíduos, em que eles possam compreender que para além de um corpo que necessita de tratamento pós violência, as causas e consequências da violência são, sobretudo, sociais. As vítimas não precisam de piedade, muito menos de julgamento, mas de meios pelos quais possam se reintegrar – caso não consiga sozinha – na sociedade.

Com relação especificamente à saúde, até o momento que foram entrevistados profissionais que fazem o atendimento mais pontual, a representação que se tem das vítimas é suficiente para o atendimento adequado, visto que os profissionais que em algum momento demonstraram uma representação que possa, de algum modo, culpabilizar as vítimas não tem não tem grande contato com elas, são o que realizam apenas o encaminhamento à farmácia – para receber a medicação profilática – ou que fornecem maiores informações sobre onde se deve prosseguir o atendimento, não possuindo a oportunidade de demonstrarem esta representação para vítima. A hipótese é que a interferência da representação possa ser mais relevante, nos profissionais que fazem o atendimento continuado (médicos e psicólogos), o que até o momento não foi observado algo que prejudique o atendimento.

Referências

ANDALAF NETO, J.; FAÚNDES, A.; OSIS, M.; PÁDUA, K. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **FEMINA**, vol. 40, n. 6, nov/dez 2012.

ARAÚJO, L. A.; CRUZ, M. H. S. Representações da violência sexual para peritos médico-legais do IML (SE). In: Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações Gênero (REDOR), 18., 2014, Recife. **Anais do 18º REDOR**. Recife: UFRP, 2014. p. 1133-1151. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1037/698>> Acesso em: 18 mai. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, L. A. **Vivência de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Alagoas, Maceió, 2014.

BARROS, L.; ALBUQUERQUE, M.; GOMES, N.; RISCADO, J. ARAÚJO, B.; MAGALHÃES, J. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc. Enfer. USP**, vol. 49, n. 2, pp. 193-200, 2015.

BASTOS, T. B. **Violência Doméstica e familiar contra a mulher: análise da lei Maria da penha (lei nº 11.340/2006)**. 1. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2011. 216 p.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

CAVALCANTI, L. **Ações de assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde**. 2004. 137 f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, L.; GOMES, R.; MINAYO, M. Representações sociais de profissionais da saúde sobre violência sexual contra a mulher: Estudo em três maternidades públicas municipais

do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, Jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

COSTA, S. **Representações sociais e violência contra a mulher: um estudo na Delegacia da Mulher da cidade de Recife-PE**. 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Estupro no Brasil: Uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar)**. Brasília, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELZIOVO, C.; BOLSONI, C.; NAZÁRIO, N.; COELHO, E. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 6, 2017.

FACURI, C.; FERNANDES, A.; OLIVEIRA, K.; ANDRADE, T.; AZEVEDO, R. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 5, pp. 889-898, mai 2013.

FALEIROS, V.; FALEIROS, E. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

FRENCH, M. **A guerra contra as mulheres**. São Paulo: Nova Cultural, 1992. 251 p.

LIMA, A. C. S. **Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

LIMA, S. L. L. **Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte**. 2013. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

MATTAR, R.; ABRAHÃO, A.; NETO, J.; COLAS, O.; SCHROEDER, I.; MACHADO, S.; MANCINI, S.; VIEIRA, B.; BERTOLANI, G. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, pp. 459-464, fev 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

NUNES, M.; LIMA, R.; MORAIS, N. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 37, n. 4, pp. 956-969, out/dez. 2017.

V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Universidade Estadual de Londrina
13 a 15 de junho de 2018
ISSN 2177-8248

OLIVEIRA, E.; BARBOSA, R.; MOURA, A.; KOSSEL, K.; MORELLI, K.; BOTELHO, L.; STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, vol. 39, n. 3, pp. 376-382, 2005.

PINTO, G. B. **Violência doméstica e familiar à luz da lei nº 11.340/2006**. Rio Grande do Sul: PUC-RS/Direito, 2007. 32 p. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2007_1/gabriel_a_berlese.pdf> Último acesso: 19 mar. 2018.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinte, 1995.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão popular, 2015.

SILVA, A. **Feminicídio e mídia: as representações do assassinato de mulheres nos jornais cearenses**. 2016. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

SOUZA, C. S. **Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP**. 2012. 108 p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

VARGAS, J. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. **Rev. Katál.**, Florianópolis, vol. 11, n. 2, pp. 1770186, jul/dez. 2008.