



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO ACADÊMICO**

**SUANMA UCHOA DE ARAUJO**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES:  
Repercussões psicossociais após dois anos da agressão**

**MANAUS - AM**

**2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**SUANMA UCHOA DE ARAUJO**

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES:**

**Repercussões psicossociais após dois anos da agressão**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – PPGPSI UFAM, linha de pesquisa Processos Psicossociais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas.**

**MANAUS - AM**

**2018**

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A663v Araujo, Suanma Uchoa de  
Violência sexual contra mulheres: Repercussões psicossociais após dois anos da agressão. / Suanma Uchoa de Araujo. 2018  
108 f.: 31 cm.

Orientador: Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas  
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais)-  
Universidade Federal do Amazonas.

1. Violência sexual. 2. Violência de gênero. 3. Agressão sexual. 4. Estupro. 5. Políticas públicas - Mulheres. I. Mascarenhas, Suely Aparecida do Nascimento II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

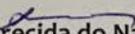
SUANMA UCHOA DE ARAÚJO

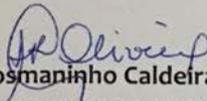
“Violência sexual contra mulheres: repercussões psicossociais após dois anos da agressão.”

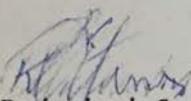
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Processos Psicossociais.

Aprovado em 13 de junho de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.ª Dr.ª Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

  
Prof.ª Dr.ª Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

  
Prof.ª Dr.ª Rosimeire de Carvalho Martins  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Dedico esse estudo à minha mãe, ao meu pai, aos meus irmãos e irmãs, ao meu marido Jackson, ao nosso filho Nicolas e à nossa Charlize, pelo amor que me proporcionam sempre. É uma honra dividir a jornada da vida com vocês.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao nosso Deus, pelas bênçãos recebidas e pela oportunidade de estudar e de trabalhar.

À minha orientadora Professora Doutora Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas, que aceitou conduzir-me nessa pesquisa.

Às mulheres participantes desse estudo, que me ensinaram o significado da palavra superação com suas histórias de vida e se dispuseram em ir até o local de coleta de dados para a realização das entrevistas, mesmo com todas as dificuldades que isso significou. Sem vocês essa pesquisa não teria sido possível.

À Professora Doutora Rosimeire de Carvalho Martins, pelos importantes apontamentos realizados para a melhoria desse estudo.

À Professora Doutora Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira, pelas observações realizadas e sugestões de novas perspectivas.

Aos demais componentes suplentes da banca avaliadora, Professoras Doutoras Cláudia Regina Brandão Sampaio Fernandes da Costa e Lúcia Marina Puga Ferreira, pela disponibilidade em contribuir com essa pesquisa.

Aos colegas/companheiros da turma de Mestrado, que sempre estiveram disponíveis para auxiliar uns aos outros nessa caminhada. Em especial à colega Tamara Menezes, representante da turma, que aceitou de bom grado a tarefa de defender os interesses comuns da turma, de nos comunicar sobre os assuntos acadêmicos e que se mostrou acessível para auxiliar a todos; e à colega Salonice Fontes Belfort, pessoa boníssima e sempre disponível para trocar experiências e prestar ajuda ao colega.

À Secretaria Municipal de Saúde, que autorizou prontamente essa pesquisa.

À Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz, à equipe do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – SAVVIS, em especial à Dra. Zélia Campos, que autorizou o acesso às informações do banco de dados do SAVVIS, à enfermeira Glenda Caxeixa, que também não se opôs em me auxiliar; e aos colegas de trabalho, psicólogos

Raquel Floriano, Vladia Vianez, Márcio Santos, Márcio Abreu e Lorena Lima, que me apoiaram nesse estudo.

Ao Ministério Público do Estado do Amazonas, que me apoiou nesse estudo e aos colegas de trabalho, que torceram por mim. Em especial aos colegas: Estatístico Venilton Rodrigues, que me esclareceu dúvidas que surgiram no decorrer desse estudo; Francisco Celson Sousa, que contribui com sua experiência em pesquisa e em docência; Cláudia Marina Puga, com o seu apoio e encorajamento; Sílvia Alvarenga, pela torcida e pelas brincadeiras; Débora Leão, pelo apoio e companheirismo; Jonathan Galdino, pela amizade e pela companhia; Daniel Praia, pelas vibrações positivas e apoio; Luciana Carvalho, pela amizade e torcida; Marlu Honda, Chefe de Setor atualmente, pelo ser humano sensível ao outro que é, por ser compreensiva e por apoiar também os estudos de todos nós, colegas de setor; também agradeço ao Yoshio Hamada, que na época em que tive necessidade de readequação do horário de trabalho, estava na Chefia do Setor e não se opôs a me apoiar nesse estudo, facilitando que eu cumprisse com os créditos de disciplina de sala de aula do Programa de Mestrado; Roberta Alencar, que além de colega do Programa de Mestrado, também é colega de trabalho, e que muito me auxiliou com os deslocamentos da Universidade até a sede do Ministério Público.

à Universidade Federal do Amazonas, que sempre me recebeu de braços abertos, tanto na graduação como na pós-graduação.

*“O amor é a força mais sutil do mundo”.*

(Mahatma Gandhi)

## RESUMO

A presente pesquisa realizada ao abrigo do PPGPSI-Mestrado em Psicologia/UFAM, teve por objetivo compreender as repercussões psicossociais da violência sexual após dois anos da agressão sofrida por mulheres adultas de um Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - SAVVIS da cidade de Manaus. Acredita-se que os resultados dessa pesquisa auxiliaram na discussão sobre a temática da violência sexual contra mulheres e sobre as repercussões psicossociais a médio prazo desse tipo de violência, o que pôde trazer contribuições para minimizar as lacunas nos estudos sobre o tema e nortear futuras pesquisas. Para tanto, o conceito utilizado de violência sexual englobou todos os tipos de agressões sexuais com contato físico. A perspectiva teórica foi embasada no conceito de apoio social no enfrentamento da violência sexual para a compreensão das repercussões psicossociais. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo, onde os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas com cinco mulheres adultas, com idade igual ou superior a dezoito anos na data da ocorrência da violência, que fizeram o acompanhamento no SAVVIS por um período mínimo de seis meses e que havia transcorrido o período de no mínimo vinte e quatro meses do episódio da violência sexual. A análise de dados foi realizada através do método da análise de conteúdo, através da organização de categorias temáticas (BARDIN, 2009). Por meio desse instrumento foi possível descrever o impacto da violência sexual sobre as atividades sociais diárias das mulheres vitimadas a partir de suas percepções; caracterizar as mudanças no apoio social das mulheres vitimadas e identificar de que forma lidam atualmente com a violência sofrida. Concluímos que o dano psíquico e social se manteve na vida das mulheres vítimas de violência sexual, mesmo após dois anos da ocorrência da agressão.

**Palavras-chave:** Agressões sexuais. Mulheres. Políticas públicas. Manaus. Amazonas.

## ABSTRACT

The present research carried out under the PPGPSI-Master in Psychology / UFAM, aimed to understand the psychosocial repercussions of sexual violence after two years of the aggression suffered by adult women of a Service of Assistance to Victims of Sexual Violence - SAVVIS of the city of Manaus. It is believed that the results of this research helped in the discussion about the issue of sexual violence against women and the medium-term psychosocial repercussions of this type of violence, which could contribute to minimize the gaps in the studies on the subject and guide future research. To that end, the concept used of sexual violence encompassed all types of sexual aggressions with physical contact. The theoretical perspective was based on the concept of social support in coping with sexual violence to understand the psychosocial repercussions. It was a descriptive qualitative research, where the data were obtained through semi-structured interviews with five adult women, aged 18 years or more at the time of the violence, who were followed up at SAVVIS for a minimum period of six months and that the period of at least twenty-four months of the episode of sexual violence had elapsed. Data analysis was performed through the content analysis method, through the organization of thematic categories (BARDIN, 2009). Through this instrument it was possible to describe the impact of sexual violence on the daily social activities of women victims based on their perceptions; characterize the changes in the social support of women victims and identify how they currently deal with the violence suffered. We concluded that the psychological and social damage remained in the lives of women victims of sexual violence, even after two years of the occurrence of the aggression.

**Keywords:** Sexual assaults. Women. Public policy. Manaus. Amazonas.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de atendimentos do SAVVIS da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz .....	42
Tabela 2 – Categorias investigadas .....	50
Tabela 3 – Faixa etária.....	55
Tabela 4 – Estado civil .....	56
Tabela 5 – Grau de escolarização .....	56
Tabela 6 – Trabalho/Ocupação atual .....	57
Tabela 7 – Religião.....	57
Tabela 8 – Raça autodeclarada .....	58
Tabela 9 – Renda .....	59
Tabela 10 – Número de filhos .....	59
Tabela 11 – Pessoas com quem coabita.....	60
Tabela 12 – Tratamento de saúde atual .....	61
Tabela 13 – Mudança de hábito ou atividade social.....	63
Tabela 14 – Tipo de mudança percebida .....	63
Tabela 15 – O impacto atual percebido .....	66
Tabela 16 – Aspectos da vida afetados atualmente .....	67
Tabela 17 – Pessoas a quem revelou sobre a violência .....	73
Tabela 18 – Pessoas que apoiaram na época da agressão.....	74
Tabela 19 – Tipo de apoio recebido .....	76
Tabela 20 – Apoio recebido atual.....	76
Tabela 21 – Tipo de violência sexual sofrida .....	79
Tabela 22 – Recorrência da violência nos últimos 24 meses .....	79
Tabela 23 – Formas de enfrentamento da violência sofrida.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP-UFAM	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAM	CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA E APOIO À MULHER
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL
DIP	DISTRITO INTEGRADO DE POLÍCIA
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
IML	INSTITUTO MÉDICO LEGAL
INSS	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PPGPSI	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
SAVVIS	SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
SCNES	SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEMSA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UFAM	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.....	20
2.2 CONCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL.....	24
2.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	30
2.4 O APOIO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL .....	35
<b>3 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>41</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	41
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	42
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	45
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	46
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	49
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	52
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>55</b>
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES.....	55
4.1.1 Idade.....	55
4.1.2 Estado civil.....	55
4.1.3 Grau de escolarização.....	56
4.1.4 Trabalho/ocupação atual.....	57
4.1.5 Religião.....	57
4.1.6 Raça autodeclarada.....	58
4.1.7 Renda.....	58
4.1.8 Número de filhos.....	59
4.1.9 Pessoas com quem coabita.....	60
4.2 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NAS ATIVIDADES SOCIAIS DIÁRIAS ....	61
4.2.1 Tratamento de saúde atual em decorrência da violência.....	61
4.2.2 Mudança de hábito ou atividade social.....	63
4.2.3 Tipos de mudanças percebidas.....	63
4.2.4 O impacto atual percebido.....	66
4.2.5 Aspectos da vida afetados atualmente.....	67

4.3 O APOIO SOCIAL PERCEBIDO .....	73
4.3.1 Pessoas a quem revelou sobre a violência.....	73
4.3.2 Pessoas que apoiaram na época da agressão.....	74
4.3.3 Tipo de apoio recebido.....	76
4.3.4 Apoio recebido atual.....	76
4.4 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.....	79
4.4.1 Tipo de violência sexual sofrida.....	79
4.4.2 Recorrência da violência nos últimos 24 meses.....	79
4.4.3 Formas de enfrentamento da violência sofrida.....	80
4.5 OUTROS APONTAMENTOS.....	82
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2016; 2017), em 2014 foram registradas 50.438 ocorrências policiais de estupro e em 2015 foram registradas 47.461 ocorrências. Desses eventos violentos, em 89% as vítimas são mulheres, apontando a prevalência da vitimização feminina nos crimes de violência sexual. Já em 2016 foram registradas 49.497 ocorrências de estupro (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Apesar da aparente queda nos números de ocorrências policiais desse crime, se compararmos os anos de 2014 e de 2016, a cada ano no Brasil estima-se que 527 mil pessoas são vítimas de tentativas ou casos de estupro consumados, dos quais apenas 10% são reportados à polícia (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Já a Pesquisa Nacional de Vitimização (BRASIL, 2013) apontou que dentre os entrevistados que foram vítimas de violência sexual, apenas 7,5% das vítimas tinham dado queixa do ocorrido à polícia.

Um estudo realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Datafolha (2016) aponta que 85% das mulheres brasileiras afirmam ter medo de sofrer violência sexual. Em termos regionais, 90% das mulheres que residem no Nordeste afirmam ter medo de sofrer esse tipo de violência; seguidas de 87,5% da população feminina da região Norte; 84% no Sudeste e Centro-oeste; e 78% no Sul do país.

Esses dados sinalizam que grande parte das mulheres vivem sob a prevalência de uma atmosfera de medo associado à violência sexual. Esse medo de ser vitimada sexualmente, para além de questões de segurança pública, pode estar associado ao fato de que todas as mulheres, em qualquer etapa da vida, estão ameaçadas de serem vítimas de estupro (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

A violência sexual é uma das formas de violência mais graves e persistentes, visto que atravessa a história de seus sobreviventes (BRASIL, 2011) e que suas consequências invadem não apenas a dimensão física de suas vítimas, mas repercute na dimensão psicológica, familiar e social (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005; SOUZA, 2013).

Estima-se que a cada ano 12 milhões de pessoas no mundo sejam vitimadas sexualmente (BRASIL, 2011) e embora as penas ao agressor sejam consideradas elevadas, no Brasil a taxa desse tipo de crime tem apresentado tendência de crescimento nos últimos anos

(ROSA, 2017). Essa elevada prevalência da violência sexual reflete a importância de serem fomentados estudos com essa temática que favoreçam o enfrentamento dessa realidade e que fundamentem práticas contextualizadas de maior eficácia.

O impacto da violência sexual na vida de uma mulher é amplo e de forma geral pode-se citar como consequências os problemas de saúde física, reprodutiva e mental; e os problemas familiares e sociais, como abandono dos estudos, perda de empregos, separações conjugais, abandono de casa, entre outros (MATTAR et al., 2007).

Essas consequências podem ser duradouras e estender-se por muitos anos na vida dessas mulheres (COSTA DE SOUZA et al., 2013; SOUZA, 2013). No estudo de Souza (2013, p. 49) “as mulheres vítimas de violência sexual apresentaram índices mais severos de transtornos e consequências em relação à vitimização sofrida, quando comparadas a mulheres sem histórico similar”, o que corrobora com os dados sobre a gravidade das repercussões da violência sexual.

Segundo Saffioti e Almeida (1995), a violência contra a mulher se manifesta em todas as sociedades. Entretanto, permanece como um fenômeno pouco estudado, pois dele ainda se fala insuficientemente. Apesar disso, conforme as autoras, sabe-se que a violência contra a mulher desconhece qualquer fronteira, seja de classe social, de tipos de cultura ou de grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer tanto no espaço público como no espaço privado, ser praticado em qualquer etapa da vida das mulheres e por parte de estranhos ou de parentes/conhecidos.

A violência contra as mulheres tem sido reconhecida como uma epidemia por organismos internacionais, pois acontece em múltiplos espaços e em diversos contextos no mundo todo, é uma questão de saúde pública, uma violação dos direitos humanos e um problema global (NJAINÉ, 2013). Logo, esse tema se mostra significativo, pois “apesar dos avanços, ainda existem muitas lacunas no que diz respeito ao conhecimento que temos do problema, à identificação de casos e ao atendimento que prestamos” (SOUZA; ADESSE, 2005, p.20).

Algumas dessas lacunas na produção científica sobre a violência sexual contra mulheres adultas foram discutidas por Scarpati et al. (2014), que referiram a concentração de estudos sobre essa temática no estado de São Paulo e identificaram como temas recorrentes a descrição dos envolvidos na violência (agressor e vítima), a caracterização dos eventos violentos e a descrição das práticas dos profissionais no atendimento a esse público,

demonstrando que grande parte das pesquisas possuem um olhar epidemiológico sobre a violência sexual contra mulheres.

Esses autores observaram que a participação maior de estudiosos da área da Psicologia em pesquisas sobre violência sexual se localizou em trabalhos referentes à violência sexual cometida contra crianças e adolescentes, mas não em estudos sobre a violência sexual contra a parcela específica da população de mulheres adultas (SCARPATI et al., 2014).

Logo, esses apontamentos evidenciam a necessidade de pesquisas que enfoquem as mulheres vítimas de violência sexual a partir de aspectos psicossociais que busquem compreender o impacto nas atividades sociais diárias dessas mulheres (em seus modos de vidas), nas mudanças percebidas no apoio social (no que diz respeito às relações familiares e afetivas, às relações de amizade, às relações de inserção comunitária, entre outras) e de que forma essas mulheres lidam atualmente com a violência sofrida.

Compreender isso se mostra fundamental na temática da violência sexual, pois o processo de reorganização da vida das mulheres vitimadas pode ser facilitado ou dificultado pela influência de vários fatores (REIS, 2014). Entre esses fatores, o apoio familiar e de pessoas significativas foram citados por Kaplan et al. (1997) como relevantes para um enfrentamento de melhor qualidade pelas vítimas. Ou seja, com quem a vítima de violência sexual compartilha a informação da agressão sofrida, o modo como as pessoas do seu relacionamento a acolhem, como é o atendimento recebido nos órgãos públicos ou privados buscados por ocasião da violência, contribuem para a estruturação de respostas ao sofrimento instalado (SUDÁRIO et al., 2005).

Enfim, como a violência sexual produz consequências danosas e traumáticas de ordem física, psíquica, social, moral entre outras (SOUZA, 2013; BRASIL, 2011; SUDÁRIO et al., 2005); e visto que a pesquisa realizada por Martins (2011) constatou que o impacto desse tipo de violência na vida das mulheres agredidas, mesmo depois de decorrido um ano, ainda atrapalhava a vida de metade das mulheres entrevistadas, interferindo negativamente em seus relacionamentos sociais, sexuais e familiares; viu-se a necessidade de que se empreendessem estudos que subsidiem a análise das repercussões desse tipo de agressão a médio e a longo prazo para que se possa propor melhorias nas políticas de atenção a esse público.

Desse modo, o estudo proposto se mostrou relevante por buscar o avanço na compreensão do fenômeno da violência sexual, quanto do seu impacto a médio prazo nos modos de vida e no bem-estar das mulheres que se tornaram vítimas. Ademais, vale destacar que a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para o seu desenvolvimento individual e social e para a sua plena e igualitária participação em todas as esferas da vida (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994).

A necessidade de pesquisar sobre o tema da violência sexual surgiu a partir da experiência na prática de Psicologia Clínica em um Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – SAVVIS da cidade de Manaus, onde foi observada a complexidade da demanda atendida e a necessidade de que se promovam estudos sobre a violência sexual contra mulheres a partir da realidade local.

Esse serviço, SAVVIS, possui atendimento multiprofissional composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, equipe do laboratório de análises clínicas e assistentes administrativos com ações que visam prevenir e tratar os agravos decorrentes da violência sexual.

Consta no protocolo de atendimento às pessoas vítimas de violência sexual, indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a previsão de um acompanhamento de saúde multiprofissional pelo período mínimo de 06 (seis) meses, com base principalmente na investigação clínica de contaminação da vítima pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV.

No entanto, pesquisadores (BARBOSA; DE SOUZA; FREITAS, 2015; FAÚNDES et al., 2006; MARTINS, 2010; REIS, 2014; SANTOS, 2001) indicam que as consequências da violência sexual tendem a perdurar por um maior período e que o enfrentamento dessas consequências da violência não ocorre de forma única, pois os caminhos que conduzem a uma reordenação de vida das pessoas vitimadas não são tão simples (ALMEIDA; DINIZ, 2004). Isso aponta para a necessidade de que seja revista essa política pública (REIS, 2014), especialmente no que diz respeito ao tempo do acompanhamento em saúde e à inclusão de profissionais, como por exemplo os nutricionistas, na equipe desse tipo de serviço.

Estudar o impacto da violência sexual a médio prazo na vida das mulheres vitimadas vem ao encontro da necessidade de que sejam minimizadas as lacunas nas pesquisas

divulgadas no meio científico sobre essa temática, visto que essas pesquisas em sua grande maioria possuem a perspectiva epidemiológica sobre a violência sexual.

Ademais, cabe ressaltar que a violência sexual é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos, representa uma das principais causas de morbidade, especialmente de meninas e mulheres (BRASIL, 2015) e apesar disso, ainda possui pouca visibilidade social (BRASIL, 2004).

Além dessa preocupação no âmbito da produção do conhecimento científico voltada para a sub-informação dos eventos violentos (SUDÁRIO et al., 2005) no âmbito da assistência às mulheres vitimadas há a preocupação com o sub-registro dos casos e a não-intervenção, mesmo em serviços que possuem protocolos de atendimento previstos (SCHRAIBER et al., 2003).

A subnotificação da violência sexual e a pouca procura assistencial nos serviços de saúde pelas pessoas vitimadas têm sido apontadas como consequência da falta de informação disponível e acessível, especialmente às mulheres, quanto à existência de medidas preventivas contra DST's/AIDS, hepatite B e contra a gravidez através da contracepção de emergência, inclusive quanto à previsão do aborto legal em decorrência do estupro (SILVA, 2009).

Dessa forma, pôde-se vislumbrar a realização dessa pesquisa, visto que a proposta é aprofundar os estudos sobre as repercussões psicossociais da violência sexual na vida de mulheres adultas decorridos dois anos da agressão sofrida. Assim, a ansia pelas respostas a tais questionamentos serviu como base para o desenvolvimento do presente estudo.

Diante disso, a presente pesquisa pretendeu contribuir para o avanço no debate científico sobre o problema da compreensão desse fenômeno complexo que é a violência sexual contra mulheres e no estudo das repercussões psicossociais desse tipo de agressão que fere de forma intensa a dignidade das pessoas vitimadas notadamente no contexto da cidade de Manaus/AM.

Assim, para fins de organização, o primeiro capítulo trouxe o objetivo desta pesquisa: Compreender quais as principais repercussões psicossociais da violência sexual, após dois anos da agressão sofrida por mulheres de Manaus. Também foram apresentados os objetivos específicos nesse capítulo: Descrever o impacto da violência sexual sobre as atividades sociais diárias das mulheres vitimadas a partir de suas percepções, caracterizar as

mudanças no apoio social das mulheres vitimadas a partir de suas percepções e identificar de que maneira essas mulheres lidam atualmente com a violência sofrida.

Já o segundo capítulo discorreu sobre a violência contra mulheres, trouxe um debate acerca do conceito de violência sexual, sobre as consequências desse tipo de agressão e foi apresentado o embasamento teórico do apoio social como perspectiva no estudo do enfrentamento da violência sexual.

No capítulo terceiro foi delimitado o método de investigação, demonstrando os fins e os meios de produção do conhecimento aqui proposto, enfocando o percurso metodológico, incluindo o tipo de pesquisa que foi desenvolvida, o local onde foi realizada, as características das participantes da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados, o procedimento utilizado para análise de dados e os procedimentos éticos seguidos.

Por fim, no quarto capítulo discorremos sobre os resultados e a discussão, com a apresentação dos dados coletados através de tabelas, a citação direta da fala de algumas participantes do presente estudo, com a inclusão de observações e de correlações referente a esse item. Já no quinto capítulo foram apresentadas as considerações finais.

Assim sendo, consideramos que a presente pesquisa não esgotou as possibilidades de investigação da amplitude do fenômeno da violência sexual contra as mulheres, mas ao fornecer um panorama acerca dos efeitos da violência sexual enfocando o aspecto psicossocial, apresentou projeções de intensões e expectativas para a contribuição de estudos posteriores sobre o tema.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender quais as principais repercussões psicossociais da violência sexual contra mulheres de Manaus, após dois anos da agressão sofrida.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Descrever o impacto da violência sexual sobre as atividades sociais diárias das mulheres vitimadas a partir de suas percepções;

b) Caracterizar as mudanças no apoio social das mulheres vitimadas a partir de suas percepções;

c) Identificar de que maneira essas mulheres lidam atualmente com a violência sofrida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

A violência é um fenômeno social complexo (NJAINÉ, 2013), uma vez que as causas e as consequências são graves e múltiplas. Essas repercussões da violência invadem os vários aspectos da vida das pessoas vitimadas, de seus familiares e da sociedade no transcorrer do tempo. Ou seja, a curto, a médio e a longo prazo o impacto da violência é percebido.

Em decorrência da alta prevalência e de seu impacto na vida de pessoas e coletividades, a violência sexual contra a mulher vem ganhando visibilidade, tornando-se alvo de discussões em diferentes campos disciplinares e por entidades internacionais (MOREIRA, 2015). Apesar disso, muitos obstáculos precisam ser vencidos quando se trata de violência contra mulheres.

A criação da terminologia “violência contra a mulher” surgiu através do movimento feminista e caracteriza-se por não se restringir à violência sofrida ao âmbito familiar, “mas também por incorporar o estupro por estranhos, os assédios sexuais no trabalho, o tráfico de mulheres, a prostituição forçada, entre outras” (SILVA, 2009, p. 30), englobando as situações onde a mulher é vitimada pela sua condição de “ser mulher”.

Acerca da violência sexual contra as mulheres, a atitude do agressor de desprezo pelo ser mulher se reflete no comportamento dele de violar o corpo da vítima, subjugando-a e a coisificando. Esse tipo de violência tem sido entendida como decorrente das normas hierárquicas de gênero, que levam os homens a se acharem no direito de controlar e usar o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder (MARCIANI apud BARBOSA et al., 2015). Isto é, discutir sobre a violência contra mulheres é falar de violência de gênero e a violência de gênero “é, sem dúvida, a categoria mais geral” (SAFFIOTI, 2004, p. 69).

A violência de gênero contra a mulher diz respeito a assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, assédio sexual, espancamentos, compelir a pânico, aterrorizar, prostituição forçada, coerção à pornografia, mutilação genital, violência por causa de dote, violação conjugal, violência tolerada ou perpetrada pelo Estado (crimes de guerra, por exemplo), impedimentos ao trabalho ou estudo, recusa de apoio financeiro para a lida

doméstica, controle dos bens do casal e/ou dos bens da mulher exclusivamente pelos homens da casa, ameaças de expulsão da casa e perda de bens, entre outros (SCHRAIBER et al., 2003).

Assim sendo, a violência de gênero é considerada toda violência que sofrem as mulheres, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, visto ser um produto de um sistema social que subordina o sexo feminino (PEDROSA, 2010) às relações sociais de gênero onde o poder é masculino.

Reis (2014) cita que os sentimentos de culpa, impotência, fragilização, imobilização e o pensamento de que poderiam ter provocado a violência, frequentemente apresentados pelas mulheres após terem sofrido a violência sexual, apontam para o padrão das relações de gênero mediante o qual esse tipo de violência tende a ser explicada como uma ocorrência provocada pelas próprias vítimas. Ou seja, na violência contra mulheres há a tendência de transformar as vítimas em réus.

Dessa forma, o problema da violência sexual é percebido geralmente “como um problema de comportamento, cuja mudança é responsabilidade das mulheres, que devem evitar certos lugares, certas roupas, certas companhias, e assim por diante” (REIS, 2014, p. 71), prevalecendo no imaginário masculino e feminino que a mulher pode ser a culpada pela violência sofrida (SANTOS, 2001; SOUZA, 2013) pois teria provocado a agressão sexual através do seu comportamento que estaria na realidade demandando por ser subalternizado e sucumbido (CAMPOS, 2016).

Nesse sentido, aquele que cometeu o crime do estupro não seria o culpado e sim a mulher que foi estuprada, sendo a punição por essa culpa o próprio estupro, pois a vítima do crime teria “provocado” o seu algoz, visto que fugiu aos “padrões de comportamento aos quais devem estar enquadradas as mulheres nas sociedades patriarcais: os padrões do recato, da submissão, do despoder” (CAMPOS, 2016, p.9).

Para Saffioti (2004, p. 23), “as mulheres são treinadas para sentir culpa. Ainda que não haja razões aparentes para se culpabilizarem, culpabilizam-se”. E, discorre a autora, que por vezes as mulheres além de não se enxergarem como vítimas, que realmente são, se enxergam de forma errônea como co-partícipes, levando-nos a perceber que em decorrência das relações desiguais de gênero, a própria vítima se transforma em ré.

Além disso, cabe citar que os silêncios e as invisibilidades da violência contra a mulher são também questões de gênero (SCHRAIBER et al., 2003), visto que apesar das condutas dos agressores serem tipificadas no Código Penal Brasileiro, elas são extensamente toleradas pela sociedade simplesmente por se tratar de violência cometida por homens (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995) e por as mulheres serem as vítimas (BERGER, 2003). Logo, verifica-se uma naturalização da violência sexual contra mulheres mediante explicações culturalmente aceitas (REIS, 2014).

Entre as explicações aceitas para a naturalização da violência sexual contra mulheres, Saffioti (2004, p.27) cita que “os condicionamentos sociais induzem muitos a acreditar na incontrollabilidade da sexualidade masculina”, e que “se assim fora, ter-se-iam relações sexuais, ou mesmo estupros, nas ruas, nos salões de dança, nos restaurantes, nos cafés etc”. Ou seja, esse tipo de explicação não tem fundamento na realidade.

Para Campos (2016), a tolerância e a naturalização desse crime acontecem principalmente nas sociedades de modelo patriarcal. Essa autora cita que essa tolerância não apenas diz respeito à impunidade do criminoso, mas envolve um conjunto de práticas que vigiam, manipulam, censuram o comportamento e dilaceram o corpo da vítima.

Já Almeida e Diniz (2004) discorrem que durante algum tempo a violência de gênero foi naturalizada, mas que os movimentos de mulheres contribuíram para ampliar as discussões sobre o assunto, com a instituição de debates para atribuir o verdadeiro significado à violência praticada contra a mulher; que aos poucos situações críticas foram surgindo diante desse novo comportamento de denúncia das mulheres, e diante disso, foi preciso que a sociedade se organizasse e se capacitasse para acolher as vítimas de violência.

O movimento feminista contribuiu ainda para mudanças na legislação e para a adesão do Brasil aos tratados e convenções internacionais de defesa dos direitos humanos das mulheres, o que permitiu o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública, e por consequência disso surgiram medidas que favoreceram o atendimento e a notificação compulsória da violência (SILVA, 2009).

Apesar desses avanços, desajustes continuam sendo observados na organização no processo de acolhimento da mulher vítima de violência, o que tem corroborado para a situação de descredito vivenciada por muitas mulheres (ALMEIDA; DINIZ, 2004) e que continua sendo relatada nos dias de hoje por usuárias dos diversos setores da sociedade, visto que a violência contra a mulher não é um problema específico do âmbito do setor da saúde,

pois em virtude da sua magnitude e complexidade, há demandas jurídicas, sociais, entre outras (SILVA, 2009).

Para Reis (2014), a queixa de descrédito pela violência sofrida ainda é reflexo da naturalização da violência contra mulheres e tem sido apontada como um fato da atualidade. Exemplos disso são as queixas quanto aos atendimentos prestados em alguns setores de serviços, tais como:

- Na própria Delegacia da Mulher, local onde ocorre a formalização da denúncia, mas que na prática pode haver mau atendimento, “com preconceitos e julgamentos contra as vítimas tanto de parte de policiais do sexo feminino quanto do sexo masculino, podendo levar à revitimização” (SOUZA, 2013, p.25) e queixas de discriminação e maltrato (BERGER, 2003);
- no IML, na ocasião dos exames de corpo de delito, através da falta de habilidade da equipe para lidar com essa clientela fragilizada pela violência sexual, da falta de informações sobre os exames, da falta de atenção às mulheres no decorrer do atendimento, o que pode levar elas a se sentirem julgadas e também discriminadas (SOUZA, 2013);
- nos setores de assistência à saúde que são procurados para prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência, entre outros.

Ou seja, os serviços de saúde e as delegacias ao responsabilizarem a vítima pela agressão sexual, ao questionarem sobre seus comportamentos, somados ao medo sentido pela vítima de “não acreditarem em sua versão”, têm levado muitas mulheres a não procurarem esses serviços, contribuindo para a subnotificação das ocorrências desse crime e pela não assistência (SILVA, 2009).

Esses desajustes na prestação dos serviços vão de encontro ao preconizado no Decreto n.º 7.958 de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2013), o qual estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, e assegura que durante o atendimento de vítimas de violência sexual é preciso observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa e da não discriminação, com o devido acolhimento em serviços de referência e com a disponibilização de ambiente de confiança e de respeito.

Berger (2003) e Santos (2001) discorrem que os casos de discriminação em decorrência do gênero, como os supracitados, em que as mulheres sofrem ao procurar oficializar a denúncia de um crime sofrido ou na busca da assistência em saúde, colocam as mulheres na possibilidade de serem vitimadas por mais um tipo de violência, que é a violência institucional.

Essas situações são verdadeiros empecilhos para o enfrentamento do problema e permeiam a realidade das mulheres em situação de violência (ALMEIDA; DINIZ, 2004). Pois, “se ao invés de se sentirem discriminadas e vistas com reservas e preconceitos em ambientes como delegacias, hospitais, ambientes profissionais, familiares e sociais [...] (SOUZA, 2013, p. 131)”, as mulheres se sentissem amparadas e respeitadas, seu sofrimento poderia ser então amenizado, especialmente em um momento em que estão fragilizadas pela violência sofrida, independente de qual forma de violência tenham sido vitimadas.

Outra forma de enfrentar isso, segundo Silva (2009) seria a incorporação de uma abordagem de gênero nos diversos setores e redes de serviços da sociedade que implicasse compreender como as ideias de feminilidade e de masculinidade permeiam as práticas sociais, pois definem comportamentos, sentimentos e interações humanas, o que levaria a repostas diferenciadas no cuidado às pessoas vitimadas sexualmente e possibilitaria incluir estratégias para a superação das desigualdades, valorizando a autonomia e o fortalecimento da população feminina (PEDROSA, 2010).

## 2.2 CONCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Entre as diversas formas de manifestação da violência, a violência sexual é uma das que mais causa comoção social, visto que a maioria de suas vítimas são as mulheres, as crianças e as adolescentes do sexo feminino (BRASIL, 2015). Somado a isso, a violência sexual invade a existência das vítimas, perturba suas histórias de vida e representa a tentativa de reduzir as pessoas vitimadas a objeto.

A violência sexual contra a mulher é uma ofensa à sua liberdade sexual e à propriedade de seu corpo, e o seu conceito vai além daquele previsto no artigo 2º, da Lei nº 12.845 (BRASIL, 2013), a qual dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, onde encontramos o conceito de violência sexual definido

como “qualquer forma de atividade sexual não consentida”. Pois consideramos que a violência sexual também inclui qualquer conduta que constranja a mulher a:

presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, Art. 7º, III).

Apesar dessa Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006) citada acima, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, conhecida como “Lei Maria da Penha”, ser direcionada ao âmbito da unidade doméstica, familiar ou nas relações de afeto; o conceito de violência sexual empregado na presente pesquisa abrange também a violência que ocorre fora do âmbito doméstico/familiar/afetivo, englobando toda forma de agressão sexual com contato físico, como por exemplo no intercursos genital, no intercursos oral, no intercursos anal, no intercursos interfemural, na penetração digital, na penetração de objetos, nas carícias ou nos toques em genitais.

Dessa maneira, a violência sexual também pode ser definida como “toda a 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” (SÃO PAULO, 2007, p. 13). Nesse conceito há a utilização das expressões “relação de poder” e “intimidação psicológica”, as quais são consoantes ao que pensamos por estarem presentes na configuração do ato sexual violento.

Assim, notamos que são várias as definições da violência sexual. Mas também se verifica a polissemia dos termos que tratam da violência, que ocorre em razão da importante variação da percepção do fenômeno, nacional e internacionalmente. Essa multiplicidade de termos trazidos à discussão quando o tema é violência sexual, geram dificuldades para os desenhos de estudos e tornam-se um desafio atual e um ponto polêmico na literatura científica (SCHRAIBER et al., 2003).

Entre os termos mais frequentes podemos citar o assédio sexual, o abuso sexual, a pedofilia, a exploração sexual, a prostituição, a pornografia, o exibicionismo, a satisfação de lascívia mediante a presença de outrem, o voyeurismo, a agressão sexual/estupro, entre outros. Conforme discutiremos os conceitos abaixo:

- Assédio sexual:

Sobre o assédio sexual, esse termo pode ser definido como as “atitudes de conotação sexual em que ocorre constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um superior na hierarquia em instituições de ensino e locais de trabalho e onde quer que se estabeleçam relações desiguais de poder” (SÃO PAULO, 2007, p. 13).

O assédio sexual também tem a seguinte definição encontrada no artigo 216-A, do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, chamado Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940): “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”.

Em ambas as definições (SÃO PAULO, 2007, p.13; BRASIL, 1940) há a perspectiva de que no assédio sexual está presente a percepção da ocorrência da violência sexual quando vinculada ao abuso das relações de poder circunscritas a um ambiente de trabalho ou a ambientes diversos, mas em todo caso, associada a relações assimétricas entre os indivíduos que estão em posições hierárquicas diferentes.

Apesar disso, há autores que conceituam o assédio sexual desvinculado de situações inerentes a emprego, cargo ou função. Nesse caso, o assédio sexual seria “caracterizado por propostas de contato sexual, quando é utilizada, na maioria das vezes, a posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo agressor” (ABRAPIA, 2002, p. 12).

Pensamos que conceituações do assédio sexual como a da ABRAPIA (2002), traz uma certa confusão à classificação da tipificação do assédio sexual e ao estudo da violência de gênero, visto que consideramos que a violência contra as mulheres sempre ocorre nas relações assimétricas de poder. E o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) ao citar no artigo 216-A que o agressor se aproveita “da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”, há a criminalização desse tipo de abuso e a possibilidade de punição do agressor.

- Abuso sexual:

Com relação às definições de abuso sexual, elas aludem a “qualquer interação, contato ou envolvimento da criança ou adolescente em atividades sexuais que ela não compreende, nem consente” (PEDERSEN; GROSSI, 2011, p.27).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 13) também definiu o abuso sexual como:

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

Esse termo abuso sexual também tem sido usado por pesquisadores como sinônimo de “estupro”, como no estudo realizado por Martins (2007). Ainda segundo essa autora, o abuso sexual é compreendido como “qualquer atividade ou interação, na qual a intenção é estimular e/ou controlar a sexualidade da pessoa que está sofrendo o abuso (p.46-47).

- Pedofilia:

Já o conceito de pedofilia relaciona-se ao comportamento do agressor, o qual é caracterizado por padrões de práticas sexuais envolvendo a vitimização de crianças. Pode incluir os jogos sexuais com a criança (observar ou despir a criança ou despir-se na frente dela), masturbação ou relação sexual completa (DALGALARRONDO, 2008).

- Exploração sexual:

Sobre a categoria exploração sexual, ela tem sido definida com conceito distinto de abuso sexual, em virtude de se referir a rede de pessoas e condutas associadas à ideia de “exploração comercial” e “crime organizado”, diferente do termo abuso sexual, que estaria mais associado à ideia de atos isolados ou interações sexuais interpessoais (LOWENKRON, 2010).

Ainda segundo essa autora, por vezes, o conceito de exploração sexual parece ser utilizado também para se falar “indistintamente, do fenômeno da prostituição adulta e infantojuvenil, especialmente, de ‘mulheres’ e de ‘meninas’, entendendo ambas a partir da articulação das noções de mercantilização do corpo e de alienação da pessoa” (p.17).

- Prostituição:

A respeito do conceito de prostituição, ela ocorre quando os “atos sexuais são negociados em troca de pagamento, não apenas monetário, mas podendo incluir a satisfação

de necessidades básicas (alimentação, vestuário, abrigo) ou acesso ao consumo de bens e de serviços (restaurantes, bares, hotéis, shoppings, butiques, diversão)” (FALEIROS, 2004, p. 78).

Apesar disso, segundo essa autora, a utilização do termo prostituição tem sido questionado quando associado à crianças e adolescentes, por ser considerado que esses não optam pela prostituição, mas são levados a isso pelas condições e trajetórias de vida.

- Pornografia:

Acerca do conceito de pornografia infantojuvenil, é um tipo de violência sexual da criança ou do adolescente cujo objetivo, muitas vezes, é a obtenção do lucro financeiro. Nessa situação, as vítimas são utilizadas no papel de atores/atrizes ou modelos em vídeos, fotografias, gravações de filmes obscenos, simulando ou executando atos sexuais (ABRAPIA, 2002) ou expondo somente a nudez.

- Exibicionismo:

No que diz respeito ao exibicionismo, é um tipo de violência sexual sem contato físico onde o agressor mostra “o corpo nu, com ênfase nos genitais, a uma pessoa estranha, que geralmente está desprevenida e sente essa exposição como uma violência” (DALGALARRONDO, 2008, p.360). Essa experiência pode ser assustadora para as vítimas, especialmente se forem de menor idade (ABRAPIA, 2002).

- Satisfação de lascívia na presença de outrem:

A satisfação de lascívia na presença de outrem, também é um tipo de violência sexual sem contato físico, onde a vítima é constrangida ou ameaçada a presenciar a prática de ato sexual. No caso de haver a prática de ato sexual na presença de criança ou adolescente ou a indução para que presencie o ato sexual, há a criminalização com a descrição trazida pelo Código Penal Brasileiro, em seu artigo 218-A, do crime “satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente”, o qual é definido como “praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem” (BRASIL, 1940).

- Voyeurismo:

Quanto ao voyeurismo, é outro tipo de violência sexual sem contato físico. Ocorre quando o agressor observa uma pessoa se despindo ou tendo relações sexuais

(DALGALARRONDO, 2008). No caso de crianças, o agressor pode observar a criança despida ou solicitar que a criança tire as roupas. Essa experiência, apesar de não haver contato físico, ainda pode assustar ou perturbar a criança ou o adolescente (ABRAPIA, 2002).

- Violência sexual/Agressão sexual/Estupro:

Já o sentido do termo “violência sexual” abrange diferentes tipos de agressão que ferem a dignidade e a liberdade sexual das pessoas vitimadas. Assim, parte-se do pressuposto que a violência sexual se apresenta a partir de diferentes modalidades de práticas sexuais, todas elas tendo em comum a imposição à vítima (SCARPATI et al., 2014).

Desse modo, a utilização do termo “violência sexual” também é consoante ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002), ao classificar os atos violentos conforme a natureza deles, os quais sejam: Violência física, violência sexual, violência psicológica e violência envolvendo privação ou negligência. Essa classificação diz respeito à forma da manifestação da violência.

No que diz respeito à tipologia da violência sexual contra pessoas adultas, geralmente na perspectiva jurídica de análise, há a classificação em estupro (quando ocorre conjunção carnal, ou seja, a penetração do membro sexual masculino na vagina), ato libidinoso (outra forma de realização do ato sexual diverso da conjunção carnal, como por exemplo o coito oral, o coito anal e a manipulação da genitália) e exploração sexual (prostituição adulta de mulheres a partir da articulação das noções de mercantilização do corpo e de alienação da pessoa).

Essa divisão da tipologia da violência sexual em estupro, ato libidinoso e exploração sexual é utilizada para fins didáticos no roteiro da entrevista do presente estudo por parecer de melhor compreensão quando na violência sexual ocorre contato físico. Tendo em vista que o conceito de estupro, o qual tem sua definição prevista no artigo 213, da Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009) (alterou o Título VI da parte especial do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei n.º 8,072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos), é o de: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

A partir dessas alterações no Código Penal Brasileiro o conceito de estupro se tornou mais abrangente, o qual passou a incluir tanto a conjunção carnal quanto os atos libidinosos;

como por exemplo o coito oral, o coito anal e a manipulação da genitália (SOUTO et al., 2012).

No que diz respeito à expressão “agressão sexual”, para Martins (2010, p.52), esse termo também tem sido adotado por pesquisadores com o intuito de incluir “uma ampla gama de outros atos sexuais delituosos como a tentativa de estupro e atos libidinosos proibidos”.

Portanto, a adoção das expressões “violência sexual”, “agressão sexual” e “estupro” são usados no presente trabalho como termos de equivalente sentido. Dessa forma, buscamos abranger os atos sexuais que ferem a sexualidade e a dignidade das vítimas, em virtude das graves consequências para as vítimas, para seus familiares e para a sociedade.

Também levamos em consideração os casos de violência sexual independente do perpetrador ser conhecido ou desconhecido pela vítima, ou do agressor ser do núcleo familiar da pessoa vitimada ou de fora desse núcleo. Em virtude de que se concebe a violência sexual como impactante e de graves consequências, cuja repercussão causa sofrimento às vítimas, independentemente das características do agressor, da existência ou não de vínculo da vítima com ele e da caracterização do evento violento.

Apesar de o presente estudo se restringir à violência sexual quando ocorre com o contato físico em vítimas mulheres e adultas, a perspectiva adotada é a de que “qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente” (SAFFIOTI, 2004, p. 75).

### 2.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

As consequências da violência sexual são amplas e repercutem sobre os diversos âmbitos da vida das pessoas que são vitimadas. Os danos são observados não apenas na saúde física e mental, mas com impacto na esfera psicossocial. Esses impactos podem surgir de imediato após a violência e a médio ou a longo prazo (FAÚNDES et al., 2006).

- Diminuição da qualidade de vida:

As consequências da violência convergem para a diminuição da qualidade de vida das pessoas, pois devido ao aumento dessa incidência, verifica-se o aumento dos problemas de saúde, sociais, familiares e comunitários (MINAYO, 2013).

- Repercussões na saúde física e mental:

No que diz respeito às repercussões na saúde, são citadas as lesões corporais, a gestação indesejada, as Doenças Sexualmente Transmissíveis, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, as fobias, o pânico, a síndrome do estresse pós-traumático e a depressão (MATTAR et al., 2007).

Além das alterações citadas, as vítimas também podem sofrer de transtornos alimentares, de distúrbios sexuais, de distúrbios do humor, de maior uso ou abuso de álcool e drogas; ter comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com relacionamentos interpessoais; podem sofrer sintomas de dissociação, de congelamento emocional e de hipervigilância; além de limitações na qualidade de vida também em decorrência de alterações negativas na relação com a própria imagem, com a autoestima e com as relações afetivas (COSTA DE SOUZA et al., 2013).

- Prevalência de sentimentos negativos:

As primeiras manifestações, após a violência sexual, são os sentimentos de medo, a ansiedade, o pânico imprevisível e a raiva, que podem durar alguns dias ou perdurar por anos. O medo ainda pode estar relacionado à discriminação social vinculada à culpabilização social que pode a vítima sofrer em decorrência da não-validação da violência sofrida, o que interfere diretamente na elaboração do trauma (CREPSCHI, 2005).

Do mesmo modo, o sentimento de medo pode ainda estar associado a diversas outras situações, tais como: O medo de ter adquirido o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, o medo de reencontrar o estuprador, o medo de sair de casa, o medo de ficar sozinha e o medo de contar o episódio violento aos familiares e ao parceiro afetivo (SUDÁRIO et al., 2005).

Acerca da culpa, exceto nas situações de culpabilização da vítima pela sociedade, esse sentimento pode ter origem na própria vítima, por acreditar que de alguma forma poderia ter evitado a violência sofrida (CREPSCHI, 2005). Logo, a presença da culpa, em ambas circunstâncias, torna-se um obstáculo na recuperação das pessoas vitimadas.

No que diz respeito à raiva, se a vítima direcionar a si mesma essa emoção, pode desenvolver depressão e baixa autoestima (CREPSCHI, 2005), interferindo diretamente no seu senso de autoeficácia e na qualidade de suas relações familiares e sociais.

- Mudanças nas atividades sociais/modos de vida:

Os rompimentos nas relações de intimidade e de confiança também são impactos causados pela violência sexual, inclusive na qualidade de vida das pessoas vitimadas (HANADA et al., 2010) com mudanças nos aspectos da vida da vítima que envolvem as atividades sociais, os relacionamentos interpessoais, o emprego e a carreira profissional (CREPSCHI, 2005). Ou seja, pode acarretar o abandono dos estudos, a perda de empregos, as separações conjugais, o abandono do lar, a prostituição, entre outros (MATTAR et al., 2007).

No que diz respeito ao ambiente de trabalho, exceto quando é o local da violência sofrida, ele foi percebido como um local de possibilidade de apoio importante na reestruturação de vida das mulheres vítimas de estupro, embora também possa se constituir no local de maior expectativa de estigmatização (SUDÁRIO et al., 2005)

Acerca do abandono dos estudos e da mudança de endereço, esses eventos podem ocorrer devido o prejuízo social que as vítimas experimentam quando têm seu caso exibido publicamente e em decorrência disso, podem sentir vergonha diante das pessoas de seu meio social (SANTOS, 2001) e diante disso, apresentam como estratégia de enfrentamento o distanciamento dessas pessoas de seu ciclo social.

- Isolamento social:

O isolamento social tem sido uma das alternativas encontradas pelas vítimas para lidar com a violência sofrida, uma vez que o preconceito e a discriminação têm sido considerados como as bases da violência contra a mulher (ALMEIDA; DINIZ, 2004; SILVA, 2010) e a atitude estigmatizadora das pessoas da convivência social da vítima, através de maliciosos olhares externos, somados ao testemunho da vítima posto em dúvida pelas pessoas de seu círculo social e de vizinhos (SANTOS, 2001), tornam-se fatores que obstaculizam o enfrentamento das vítimas na busca da retomada da vida após a violência.

Muitas mulheres vítimas de violência sexual que por vezes são estigmatizadas em seu círculo social, poderiam ser facilmente recebidas em suas relações sociais cotidianas (SANTOS, 2001). Mas, após a violência sofrida são vistas como possuidoras de um traço (ALMEIDA; DINIZ, 2004), o qual se destaca perante as pessoas de sua convivência e afasta aquelas que ela encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (GOFFMAN, 1988).

Assim sendo, cita-se que esses impactos da violência sexual são ainda relacionados à qualidade de vida das mulheres vitimadas, pois:

A violência sexual é um fenômeno que gerou nas mulheres vitimizadas insegurança e medo para sair do mundo privado e circular em espaços públicos à noite. Conseqüentemente, o seu ser e estar no mundo foram modificados. A maneira de se expressarem no processo de coexistência na vida profissional e social foi afetada, porquanto o outro pode ser sempre uma ameaça, aquele que a qualquer momento poderá se aproximar com a intencionalidade de praticar alguma agressão (LABRONICI et al., 2010, p.404).

Nota-se que a violência sexual gera modificações na vida social da vítima, produzidas em consequência da vergonha, do estigma e da culpa que esse tipo de violência provoca (SANTOS, 2001). Visto que, segundo Souza (2010), a violência representa uma forma de ofensa e degradação para aquele que sofre com o seu ato, incidindo sobre a estima da pessoa, como um ato depreciativo, impedindo a autorrealização do sujeito que se vê subtraído do assentimento social, de sua importância como integrante de uma comunidade de valores culturais. Essas interações subjetivas da vítima com os elementos sociais citados marcam a vida das vítimas após a violência sofrida (SANTOS, 2001).

- Repercussões na família:

Quanto ao impacto na família, é sabido que os casos de estupro inspiram grande revolta não apenas nas vítimas da violência, mas em seus familiares e amigos. No caso de haver dúvidas quanto a punição do agressor, a raiva sentida pela vítima pode se deslocar para um familiar (FERREIRA-SANTOS; FORTES, 2011). Quando o estuprador mora perto da casa da vítima, é ela e seus filhos que, por vezes, ficam presos dentro da casa, com medo das pessoas (SANTOS, 2001). Logo, na situação da violência sexual há a produção de vítimas diretas e indiretas.

Por vezes, quando a vítima é estuprada por conhecidos, a censura da vizinhança e a presença do agressor no meio em que ela vive afetam o seu equilíbrio psicológico, visto que o agressor geralmente tenta transmitir uma imagem desagradável da vítima, e por reforço da vizinhança, a vítima é rechaçada moralmente, dado que o agressor continua sendo uma pessoa normal e o crime praticado por ele só é reconhecido no íntimo da vítima (SANTOS, 2001).

Ainda sobre as repercussões no relacionamento familiar, na pesquisa realizada por Martins (2010), das dezoito mulheres vitimadas sexualmente que participaram do estudo, apenas uma mulher relatou ter recebido apoio e compreensão dos familiares. As demais participantes relataram piora na qualidade do relacionamento, em virtude de os familiares terem achado que as vítimas de alguma forma haviam facilitado para que a violência acontecesse.

- Impacto nas relações afetivas:

As vítimas são ameaçadas em sua identidade moral devido à experiência do rebaixamento e da humilhação social decorrente da prática da violência (SOUZA, 2010). E esse impacto nas relações sociais da vítima com a vizinhança, que pode vir em decorrência de comentários maliciosos a que a vítima fica exposta e pode afetar negativamente as suas relações amorosas (SANTOS, 2001). As dificuldades nos relacionamentos decorrentes disso podem ainda surgir mais tardiamente, no caso de a vítima não estar namorando ninguém na época do estupro.

Essas dificuldades nos relacionamentos afetivos são somadas ao grande número de vítimas adicionais negligenciadas, como cônjuges cujo casamento se desfaz e ainda crianças que testemunham o estupro, entre outros (ROSE, 1991). Essa situação evidencia ser indispensável que o atendimento às vítimas de violência sexual se estenda aos seus familiares e a pessoas de seu ciclo afetivo.

Fora a culpabilização da vítima pela violência sofrida por pessoas de sua convivência e outras, a culpa sentida pela vítima pelo que aconteceu pode interferir em sua vontade de retomar o contato sexual com seu parceiro e essa culpa se agrava quando a vítima se sente confusa em decorrência do seu corpo ter correspondido fisiologicamente ao momento da violência (CREPSCHI, 2005).

Esse sentimento de culpa da vítima pela violência sofrida pode rebaixar a sua autoestima e aumentar o seu sofrimento, e se a mulher for casada, a presença de qualquer sinal de culpa ou reprovação de algum comportamento seu que a expôs à violência trazem sérias crises conjugais (SANTOS, 2001).

Diante disso, conclui-se que não é incomum vítimas de estupro experimentarem períodos de desagregação conjugal, parental e familiar. Isso pode começar nas fases iniciais

do período pós-estupro ou em períodos mais tardios. As reações diferem no tipo, duração e frequência em que se apresentam, e geralmente após a violência, ocorre um aumento no número de relacionamentos rompidos e alterações nos modos de vida – como por exemplo, mudanças de residência, de trabalho, de situação de estudo – podendo resultar também em falhas nos padrões de comunicação da vítima com a família extensa (CROME; MCCABE, 1995).

Cabe destacar que na avaliação do sofrimento psíquico, leva-se em conta o grau de comprometimento ou interferência dos sintomas nas atividades diárias, acadêmicas e profissionais; a interferência no relacionamento familiar; a interferência nos relacionamentos interpessoais; a interferência nas atividades de lazer; o tempo que os sintomas tomam do paciente, entre outros (CORDIOLI; GOMES, 2008).

Dessa forma, é de fundamental importância compreender as alterações nesses aspectos da vida das pessoas vitimadas, as quais são apresentadas no presente estudo como alterações nas atividades sociais diárias. Também discorreremos sobre o impacto nas relações sociais significativas das pessoas vitimadas, tendo em vista que o ser humano vive em uma rede de inter-relações, onde afeta e afetado por elas, e tendo em vista que o impacto negativo da violência sexual atinge toda a sociedade, de forma direta ou indireta.

#### 2.4 O APOIO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

As vítimas de violência sexual, em decorrência das lesões físicas e psíquicas da grave ameaça à vida que sofreram, têm necessidade de atendimento multiprofissional em saúde, mas também demandam apoio social contínuo para o restabelecimento de sua saúde e para o retorno às atividades cotidianas.

O apoio social tem um impacto importante em vários aspectos da vida das pessoas em geral e a avaliação positiva do indivíduo sobre o apoio recebido tem sido relacionada a muitos desfechos favoráveis na saúde física e mental (GONÇALVES et al., 2011).

A definição de apoio social pode ser concebida como o companheirismo de outras pessoas que transmite preocupação emocional, auxílio material ou comentários honestos a

respeito de uma situação, minimizando a experimentação de estresse e auxiliando no enfrentamento eficaz dele (STRAUB, 2014).

Em pesquisa realizada por Souza (2013, p.131), foi verificado que o apoio social proporcionou às mulheres vítimas de violência sexual, “amparo, proteção e segurança, assim como um sentimento de não rejeição pelo que vivenciaram e que ajudou a suavizar o peso trazido pela situação”.

O termo apoio social foi utilizado no estudo de Gonçalves et al. (2011) para representar outros termos que aparecem nas publicações científicas, tais como rede de apoio e suporte social, dentre outros. Consoante a isso, no presente trabalho também foi utilizado o termo apoio social e sob uma perspectiva sistêmica, com ênfase nos aspectos funcionais das relações.

Nesse sentido, o termo apoio social também representará conceitos como o de rede de apoio social, definido por Brito e Koller (1999) como o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo em seu nicho ecológico.

Esse conceito de rede de apoio social trazido por Brito e Koller (1999) tem sua definição similar ao conceito de rede social pessoal de Sluzki (1997), o qual refere-se ao nível microsocial das relações de um indivíduo, incluindo todo o conjunto de vínculos interpessoais, de inserção comunitária e de práticas sociais ao qual pertence.

Sluzki (1997) faz uso dos termos “rede social pessoal”, “rede social significativa” e “rede microsocial” com sentido semelhante, acrescentando que “as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais” (p. 37).

Desse modo, dado que a característica-chave do apoio social no presente trabalho é a sua função na recuperação das vítimas de violência sexual, serão consideradas as seguintes dimensões do apoio social (GONÇALVES et al., 2011):

- O apoio emocional, que é relacionado à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém;

- O apoio instrumental ou material, que diz respeito à assistência prática e direta na realização de atividades concretas ou resolução de problemas;
- O apoio informacional, que é relacionado à obtenção de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou ainda resolver problemas;
- E o apoio cognitivo, que é relacionado ao auxílio na autoafirmação e refere-se a uma postura ativa de incentivo, escuta e reforço positivo dado por alguém.

Assim sendo, a capacidade de amparo do apoio social o torna indispensável na recuperação da vítima, pois esse apoio social abrange o suporte recebido pela família, pelos amigos, pelos parceiros afetivos, pelas pessoas do ambiente de trabalho, pelos serviços de saúde, entre outros (KAPLAN et al., 1997).

Logo, esses sistemas de apoio à mulher que estejam disponíveis imediatamente após a violência sexual é um dos fatores que influenciam nas manifestações dos danos da agressão e na gravidade deles (KAPLAN et al., 1997) podendo minimizar o impacto da violência (STRAUB, 2014; SOUZA, 2013). Visto que é através desse apoio social que a vítima pode encontrar o suporte e a colaboração no enfrentamento do trauma vivenciado (SUDÁRIO et al., 2005).

Outra característica do apoio social é que além de ser composto por relações próximas e significativas, essas relações são dinâmicas e constantes, com um movimento de entrada e de saída de pessoas (MAYER; KOLLER, 2012), com promoção do bem-estar por meio da estima e do vínculo afetivo de seus participantes (MAYER; KOLLER, 2012).

É a qualidade do acolhimento das pessoas com quem a vítima tem proximidade e dos órgãos públicos ou privados buscados por ocasião da violência sexual que contribuem para a estruturação da resposta ao sofrimento advindo da agressão (SUDÁRIO et al., 2005). Esse enfrentamento do sofrimento também ocorre quando o apoio recebido pela vítima de violência é capaz de auxiliá-la a ventilar seu medo e raiva, somados à possibilidade da prisão e da condenação do agressor (KAPLAN et al., 1997).

Além disso, quando a violência sexual não é omitida aos familiares, principalmente é da família que vem o suporte financeiro e emocional (KAPLAN et al., 1997). Logo, a família é o meio social mais próximo e potencialmente fornecedor de apoio no enfrentamento dessas sequelas da violência, e assim como a vítima, essas pessoas também têm sofrimentos

decorrentes da violência que acometeu seu círculo familiar (VALLEJO SAMUDIO; CORDOBA AREVALO, 2012).

Dessa forma, o papel da família é destacado no decorrer da recuperação, pois para a vítima de violência sexual “[...] a família é o horizonte pelo qual se vê ou não a possibilidade de integração no mundo social após o estupro [...], e [...] se outros grupos de convivência aparecem é no sentido de substituir ou complementar o papel da família [...]” (SANTOS, 2001, p.77).

Esse papel da família como apoio no enfrentamento da violência também foi constatado na pesquisa de Martins (2010), que concluiu que o impacto da violência sexual na saúde da vítima se torna prolongado quando a mulher não pode contar com o apoio de familiares e amigos. Logo, a presença da família é fundamental no processo de superação do trauma vivenciado, seja na vida conjugal ou na vida com os pais, visto que nesse momento, “[...] a vítima de estupro carece mais do que nunca do apoio familiar [...]” (p. 91) e “[...] o estado de choque da vítima a conduz a uma dependência muito grande da família [...]” (SANTOS, 2001, p.71), mesmo se a vítima for maior de idade.

Na pesquisa de Reis (2014) também foi constatado que a família, os amigos e as pessoas significativas da vítima de violência sexual são como elementos que sustentam a atitude de resiliência, sendo associado a um fator de proteção (SOUZA, 2013).

No caso da ausência de um apoio social acolhedor, poderão ser produzidos sentimentos de solidão e falta de sentido na vida nas pessoas desamparadas por esse apoio social (MAYER; KOLLER, 2012). Essa falta de apoio acrescentou um peso negativo à experiência traumática vivenciada pelas mulheres vítimas de violência sexual que foram participantes da pesquisa de Souza (2013), “seja por não terem recebido o suporte desejado ou esperado, seja por se sentirem condenadas e julgadas como responsáveis pela violência” (p.131). Esses sentimentos associados ao quadro psicológico apresentado pelas vítimas imediatamente após a violência sexual ou a médio ou a longo prazo, tornam-se agravantes e obstaculizam sua recuperação e sua retomada de vida.

Logo, a avaliação subjetiva desse apoio social, através da percepção das participantes sobre o apoio recebido e a forma como se deu esse apoio social, interfere de modo decisivo no impacto que o apoio recebido pode ter, e esse método de análise tem reunido sólidas

evidências empíricas da primazia da percepção do apoio, sendo essa, uma visão sociocognitiva do apoio social (GONÇALVES et al., 2011).

Dessa maneira, concebe-se que é através dos vínculos, das relações, e por meio do desempenho de diferentes papéis sociais que os indivíduos se desenvolvem emocional e socialmente, e obtêm mais recursos para sua satisfação e saúde mental (BRITO; KOLLER, 1999). Visto que “é sempre importante valorizar o apoio da família, dos amigos e dos vizinhos, a fim de propiciar segurança e solidariedade, favorecendo os mecanismos de enfrentamento da situação (BRASIL, 2011, p.33).

Para Ferreira-Santos e Fortes (2011), o processo de recuperação de um trauma como o decorrente de violência sexual não é linear, mas pode obedecer aos seguintes estágios:

- De reconhecimento, onde a pessoa vitimada encara de frente o que lhe aconteceu, falando sobre o assunto com pessoas próximas;
- de acolhimento, onde as pessoas próximas agem prestando apoio à vítima e respeitando seus sentimentos;
- das associações, onde a vítima busca unificar o trauma da violência com outras vivências, de forma a torna-las semelhantes e a encontrar o elemento nuclear de identificação do sentimento apresentado;
- e o estágio de ressignificação do eu, onde “há a transposição do papel de vítima para o de sobrevivente, o que se dá à custa de reconhecer, assimilar, integrar, vivenciar e – finalmente – ampliar a experiência de vida, de forma a ganhar uma nova condição existencial” (p. 244).

Notamos nesse conceito sobre o processo de recuperação, trazido por Ferreira-Santos e Fortes (2011), que para a vítima de violência sexual avançar nesses estágios rumo ao fortalecimento emocional após a violência sofrida, é essencial o apoio social das pessoas significativas do entorno da vítima.

Concordamos também com Souza (2013), ao citar que é imprescindível que as mulheres vítimas de estupro recebam tratamento e atendimento médicos adequados, além de um serviço acolhedor por parte das delegacias e do Instituto Médico Legal, pois a atenção e boa recepção dispensada nesses lugares são de grande auxílio, garantido a redução do estresse, da vergonha, da culpa, dos medos (da gravidez e de contrair DST's) e também com o

reconhecimento social de que a mulher vítima de estupro não é a responsável pela violência sofrida.

Por conseguinte, pretendeu-se no presente estudo que pela caracterização das mudanças percebidas no apoio social pelas mulheres vítimas de violência sexual, possamos indicar um aspecto a ser levado em consideração na compreensão dos impactos da violência a médio prazo e na propositura de ações efetivas.

### 3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa teve um caráter descritivo, uma vez que buscou se aproximar da realidade, não possuindo o caráter interventivo, mas compreendendo essa realidade como uma organização complexa, buscando-se superar a construção simplificada e arbitrária que a fragmenta em variáveis suscetíveis de procedimentos estatísticos (GONZÁLEZ REY, 2005). Portanto, concebeu-se o conhecimento como construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

Foi uma pesquisa do tipo qualitativa, visto que a preocupação que a norteou ter sido com o aprofundamento dos dados (LIMA, 2014) e esta ser o tipo de abordagem adequada ao objeto a ser estudado, pois os aspectos subjetivos buscados são impossíveis de serem sintetizados estatisticamente (MINAYO, 2014). Além disso, a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e entender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2010).

Diante disso, os relacionamentos interpessoais foram destacados com ênfase nas relações mais significativas das participantes da pesquisa. Logo, buscou-se compreender o ser humano em sua relação com o seu ambiente, a partir de sua percepção, ou seja, o foco da pesquisa foi no significado que as participantes deram ao problema investigado (CRESWELL, 2010), qual seja: As repercussões psicossociais da violência sexual.

Também foi levado em consideração o pressuposto que tanto o homem como o mundo estão em transformação contínua, estão em processo de tornar-se e que ambos vão mudando no decorrer dessas interações (VASCONCELLOS, 2013).

Dessa forma, o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes são entendidos como parte da realidade social, visto que o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida (MINAYO, 2009).

Por fim, a abordagem qualitativa se mostrou importante em vista de buscar uma compreensão particular daquilo que se estuda, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local em que ocorreu a fase de coleta de dados dessa pesquisa foi selecionado de forma intencional (CRESWELL, 2010), tendo em vista a especificidade dos critérios de seleção da amostra que serão apresentados no item subsequente. Sendo assim, a pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - SAVVIS, localizado na Maternidade Municipal Dr.º Raimundo Moura Tapajóz, da cidade de Manaus.

A Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz está cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, como unidade de saúde que mantém Serviço Especializado com o código 165 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Classificação do Serviço com o código 001 – Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Logo, esse local foi escolhido por ser o espaço onde se fornece um atendimento de referência para pessoas que foram vítimas de violência sexual e onde a pesquisadora executa a atividade de psicóloga há quatro anos.

Com relação ao número de atendimentos anuais, na tabela abaixo está apontado o quantitativo de atendimentos realizados nesse SAVVIS, referente ao período de 2006 a 2014:

**Tabela 1** – Número de atendimentos do SAVVIS da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz,

Números de atendimentos anuais do SAVVIS								
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
134	227	294	384	508	530	690	777	848

Fonte: Leitão (2016, p. 216).

Esse serviço SAVVIS foi inaugurado em dezembro de 2006, possui uma sala própria dentro da Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz, (AZEVEDO, 2011) e equipe profissional constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, assistentes administrativos e equipe do laboratório de análises clínicas, os quais fornecem o atendimento especializado às pessoas que foram vítimas de violência sexual, independente do sexo e da idade da vítima.

No SAVVIS, da Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz, o atendimento da pessoa vítima de violência sexual se inicia no setor denominado “Acolhimento”, onde um profissional da enfermagem e um da medicina fazem a escuta inicial do relato, além dos procedimentos clínicos necessários, como o encaminhamento aos exames laboratoriais e em casos agudos de violência sexual (com menos de 72 horas da agressão), dão início à medicação específica para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST’s e se for o caso, terapêutica medicamentosa para evitar a gravidez decorrente da violência.

No que diz respeito ao procedimento de aborto legal, quando a gravidez resulta de estupro, segundo Machado Maciel (2016, p. 105), “o SAVVIS realizou o abortamento legal até o ano de 2013, quando o procedimento centrou-se no Instituto da Mulher. A partir de então, a equipe recebe a demanda, orienta, e realiza o encaminhamento”. Logo, esse procedimento não é mais realizado na Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz.

Apesar disso, outras ações são desenvolvidas pela equipe multiprofissional do SAVVIS, as quais estão previstas na Portaria n.º 485, de 01 de Abril de 2014 (BRASIL, 2014), que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no Decreto n.º 7.958, de 13 de Março de 2013 (BRASIL, 2013), que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde; entre essas ações cita-se:

- O acolhimento;
- O atendimento humanizado;
- A escuta qualificada;
- A informação prévia ao paciente;

- O atendimento clínico;
- O atendimento psicológico;
- A realização de anamnese e preenchimento de prontuário;
- A dispensação e administração de medicamentos;
- Os exames laboratoriais;
- O preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;
- A orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial;
- A orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual, entre outras ações.

Após o atendimento médico, de enfermagem e laboratorial, segue-se o atendimento psicológico, do serviço social e farmacêutico (esse último ocorre conforme a singularidade do caso). Caso haja necessidade de internação, esse serviço possui um leito reservado em uma enfermaria da Maternidade (AZEVEDO, 2011).

O acompanhamento multiprofissional da pessoa em situação de violência sexual se estende geralmente por um período de seis meses, o qual conta ainda com o suporte da rede intersetorial formada por Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER, Centros de Referência Especializados em Assistência Social – CREAS, Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher – CREAM, entre outros.

Dessa forma, o SAVVIS é uma das portas de entrada para o tratamento de vítimas de violência sexual. Onde o atendimento é feito por livre demanda (busca espontânea) ou por encaminhamento de diversos setores como as Delegacias Especializadas da Infância e Juventude, da Delegacia da Mulher, os Distritos Integrados de Polícia – DIP’s, os Conselhos Tutelares ou ainda as Unidades de Saúde de Atenção Básica, da Atenção Especializada ou da Rede de Urgência e Emergência, como os Hospitais, os Serviços de Pronto Atendimento, os Pronto Socorros, dentre outros.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2017. Sendo que a seleção das participantes da pesquisa foi realizada de forma intencional (CRESWELL, 2010), cujos critérios de inclusão foram: Mulheres vítimas de violência sexual; idade maior ou igual a dezoito anos na época da agressão sexual; que havia transcorrido o período de no mínimo vinte e quatro meses do episódio da violência sexual, levando-se em consideração a data da triagem dos prontuários do SAVVIS para a realização da pesquisa; as mulheres terem feito o acompanhamento no SAVVIS pelo período mínimo de seis meses. Já os critérios de exclusão foram: O não aceite na participação da pesquisa e a impossibilidade de a participante se comunicar verbalmente.

Visto que a proposta de aproximação ao objeto de estudo buscou um caráter idiográfico em decorrência da complexidade inerente ao acesso aos processos psicossociais das participantes da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005), a proposta inicial era de que quando se concluíssem as entrevistas com dez mulheres, a coleta de dados fosse encerrada.

No entanto, as entrevistas foram realizadas com cinco mulheres, devido à dificuldade em entrar em contato prévio com as participantes em potencial da pesquisa via telefone, pois no transcorrer dos vinte e quatro meses, muitas pessoas haviam trocado de número de telefone e algumas pessoas haviam mudado de cidade.

Além dessas dificuldades, algumas das pessoas contatadas por telefone mesmo após o esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e sobre os cuidados éticos com os dados a serem coletados, não aceitaram participar do estudo. Também houve participantes em potencial, que possuíam os critérios da amostra, as quais aceitaram o agendamento de uma data para a entrevista, mas não compareceram. Notou-se que mesmo após a tentativa de reagendamento da data, essas pessoas se ausentaram. Dessa forma, não foi realizada mais que duas tentativas de reagendamento, em respeito à autonomia das participantes em não participar dessa pesquisa.

Em virtude desses obstáculos e visando cumprir com os critérios de seleção da amostra e visto que o prazo para a coleta de dados estava se esgotando, foram triados os

prontuários referentes ao período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015 para que essa seleção de amostra fosse possível e o estudo cumprisse seu objetivo.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Teve como instrumentos para coleta de dados, a análise documental do prontuário de atendimento das mulheres no SAVVIS para triagem inicial e a entrevista semiestruturada com dezoito perguntas. Essa entrevista conteve tópicos que contemplaram a abrangência das informações buscadas, as quais serviram de guia para a interlocução e permitiram flexibilidade nas conversas, para que se absorvessem novos temas e questões trazidas pelas interlocutoras (MINAYO, 2014).

Dessa forma, a primeira etapa da pesquisa consistiu na análise documental, onde foram avaliados os prontuários escritos do SAVVIS para verificar o preenchimento dos critérios de seleção dos sujeitos. Inicialmente, foram selecionados dez prontuários de pacientes mulheres que deram entrada no SAVVIS pelo menos há vinte e quatro meses do mês em que ocorreu a etapa da análise documental. Essa etapa de triagem de prontuários e entrevistas ocorreu nos meses de novembro e de dezembro de 2017.

Após a etapa de triagem, foram separados os prontuários que preencheram os requisitos e foram feitos os contatos telefônicos para que se esclarecesse a voluntariedade na participação da pesquisa, e em caso de aceite nesse primeiro contato, fosse combinada a hora e o dia da realização da entrevista que foi efetivada individualmente na sala da psicologia da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz.

No decorrer desse primeiro momento de triagem e contato telefônico, observamos as dificuldades inerentes a esse tipo de pesquisa que recorre à base de dados que não são atualizados. Na triagem dos prontuários de dezembro de 2015, foram pré-selecionados 07 (sete) prontuários cujo perfil das mulheres preenchiam o critério de seleção de amostra. Houve êxito em 02 (dois) contatos telefônicos com o agendamento das entrevistas. Contudo, uma das mulheres não compareceu à entrevista. Mesmo após a tentativa de reagendamento via contato telefônico, não houve o comparecimento. No entanto, houve 01 (uma) participação exitosa na pesquisa.

Com relação aos prontuários de novembro de 2015, inicialmente foram triados 10 (dez), mas só foi possível o contato telefônico com 01 (uma) participante em potencial, mas ela não compareceu à entrevista. Então, foram acessados mais 10 (dez) prontuários. Foram separados ao final, 16 (dezesesseis) prontuários. Mas desses 16 (dezesesseis), somente foi possível o contato com duas mulheres. Sendo que as duas chegaram a agendar a entrevista, mas não houve o comparecimento dessas pessoas. Na grande maioria dos demais contatos telefônicos, os números eram inexistentes, havia mudado de titularidade ou a ligação não foi atendida.

Na terceira busca aos prontuários, foram triados 09 (nove) prontuários referentes ao mês de outubro de 2015 e 02 (dois) referentes ao mês de setembro de 2015, os quais preenchiam os critérios de seleção da amostra. Porém, não houve êxito em nenhum contato telefônico, em virtude de ou o número de telefone se encontrava indisponível ou não pertencia às mulheres.

Na quarta triagem, referente ao mês de setembro de 2015, foram pré-selecionados 06 (seis) prontuários. Nessa amostra, em quatro desses prontuários não foi possível o contato telefônico com as mulheres pela inexistência do número de telefone e em 02 (dois) deles foi possível fazer o agendamento da entrevista. Entretanto, ambas as mulheres não compareceram.

Assim, nos prontuários triados e referentes ao mês de agosto de 2015, foram pré-selecionadas 11 (onze) mulheres, sendo efetuado o agendamento com uma delas, mas não houve o comparecimento. Nos prontuários de julho de 2015, foram pré-selecionados 03 (três) prontuários, sendo possível o agendamento com uma dessas mulheres, que participou da pesquisa. Nos prontuários de junho de 2015, foram pré-selecionados 09 (nove) prontuários, com 01 (um) agendamento de entrevista, mas não houve o comparecimento da participante em potencial. Nos prontuários de maio de 2015, foram pré-selecionados 07 (sete) prontuários, com o agendamento de 01 (uma) entrevista, mas não houve o comparecimento.

Nos prontuários de abril de 2015, foram pré-selecionados 04 (quatro) prontuários, com 01 (um) agendamento de entrevista e participação na pesquisa exitosa. Nos prontuários de março de 2015, foram pré-selecionados 12 (doze) prontuários, com o agendamento de 01 (uma) entrevista, mas não houve o comparecimento. Com referência ao mês de fevereiro de 2015, foram pré-selecionados 09 (nove) prontuários, mas sem êxito no contato telefônico.

Nos prontuários de janeiro de 2015, foram pré-selecionados 10 (dez) prontuários, sendo possível o agendamento de 01 (uma) entrevista com a participação exitosa na pesquisa. E nos prontuários de dezembro de 2014, foi pré-selecionado 01 (um) prontuário com exitoso agendamento e participação na pesquisa. Dessa forma, concluiu-se a amostra com a participação de 05 (cinco) mulheres.

No que diz respeito à entrevista, esse instrumento foi escolhido por se tratar de uma técnica privilegiada de comunicação (MINAYO, 2014); por permitir “o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções” (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004, p.49); por ser um espaço legítimo na produção de novos conhecimentos (MADUREIRA; BRANCO, 2001) e por só ser possível compreender o mundo social a partir do ponto de vista dos indivíduos que estão diretamente envolvidos no fenômeno estudado (SPINK, 2014).

Assim sendo, concebeu-se o momento da entrevista como uma ferramenta interativa, que adquire sentido dentro de um espaço dialógico, onde os significados são co-construídos pelo entrevistador e pelo entrevistado, os quais possuem um papel ativo (MADUREIRA e BRANCO, 2001). Ou seja, concebeu-se que a entrevista expressa de forma diferenciada a realidade, tanto no ato de realizá-la, como nos dados produzidos, logo, o contexto de sua produção foi levado em consideração (MINAYO, 2014).

Para tanto, o plano de entrevista foi composto dos conceitos que constituíam o objeto de investigação, visando compreender o ponto de vista das entrevistadas no que tange às repercussões psicossociais da violência sexual em suas vidas decorrido o período de no mínimo dois anos após a agressão.

Logo, esse plano de entrevista trouxe questionamentos sobre aspectos sociodemográficos das participantes, quanto às alterações percebidas por essas mulheres em suas atividades sociais do cotidiano em decorrência da violência sofrida, acerca das mudanças no apoio social percebido pelas mulheres vitimadas e buscou-se compreender de que maneira as participantes lidavam atualmente com a violência sofrida.

O plano das entrevistas foi um guia que facilitou “a emergência de temas novos durante o trabalho de campo, provocados por seu questionamento” (MINAYO, 2014, p. 190). É importante citar que esse plano pôde ser modificado durante o processo interativo, visto que a pesquisadora percebeu que determinados temas, não previstos inicialmente, como as críticas e as sugestões de melhorias do serviço fornecido pelo SAVVIS e que estavam sendo trazidos

pelas interlocutoras, se apresentaram com elevada significância para as participantes, no que diz respeito às repercussões da violência sexual e a adesão ao tratamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

Vale frisar que a qualidade da interação entrevistadora-entrevistada também foi enfatizada, visto que para que a presente pesquisa tivesse êxito foi essencial a capacidade de comunicação interpessoal, bem como a empatia por parte da entrevistadora (HUGUES, 2007), e que “o estabelecimento do vínculo entre o pesquisador e os sujeitos investigados cumpre uma função essencial na qualidade dos indicadores produzidos” (MADUREIRA; BRANCO, 2001, p. 73).

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após a realização de cada entrevista, se seguiu à transcrição do áudio delas, que foram gravados com a autorização prévia das participantes. Essas entrevistas foram transcritas na íntegra, sem correção de erros de concordância e de fala. Os dados coletados foram analisados qualitativamente à luz do questionamento inicial, através da análise de conteúdo, embasada em Laurence Bardin (2009), por meio da categorização temática.

Os discursos das participantes da pesquisa foram abordados a partir de uma perspectiva dialógica, sem reduzir ou eliminar as diferenças ou contradições, através de um pensamento integrador, chamado por Vasconcellos de “atitude e – e” (2013, p.113). Isto é, buscou-se confrontar e superar as contradições que pudessem surgir no decorrer da análise dos dados.

Dessa maneira, foram estudados os discursos das participantes sobre as repercussões da violência sexual, com a descrição do perfil sociodemográfico e das alterações percebidas por essas mulheres em suas atividades sociais do cotidiano em decorrência da violência sofrida; a caracterização acerca do impacto no apoio social, especificamente nas relações interpessoais consideradas significativas pelas mulheres agredidas - a partir de contextos onde as interações são diretas, como no contexto do convívio familiar e afetivo (pais, filhos, cônjuge, irmãos, parentes), nas relações de amizade e nas relações de inserção comunitária (colegas de trabalho, chefia, no contexto do estudo/escola, entre outros contextos

significativos) e buscou-se compreender de que maneira essas mulheres lidavam atualmente com a violência sofrida.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma pré-análise. Nessa fase foi feita uma leitura flutuante do material transcrito (BARDIN, 2009), onde a pesquisadora entrou em contato intenso com o material e deixou-se impregnar pelo conteúdo.

Ainda na pré-análise, buscou-se apreender as particularidades do material, com a constituição do *Corpus* (GOMES, 2009) de forma a ter uma visão da totalidade do material. Também foram formuladas e reformuladas hipóteses e pressupostos iniciais que serviram de base para a análise e interpretação, com a possibilidade de correção dos rumos interpretativos ou abertura para novas indagações (MINAYO, 2012).

Foram determinadas a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, as categorias iniciais, a modalidade de codificação e os conceitos gerais que orientaram a análise (MINAYO, 2012; GOMES, 2009).

Na segunda fase foi realizada a exploração do material com a distribuição dos trechos dos discursos das participantes para o preenchimento das categorias e subcategorias, que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2012).

Dessa forma, buscou-se: Dialogar a leitura dos discursos transcritos com as categorias; identificar os núcleos de sentido e dialogá-los com os pressupostos iniciais ou com novos pressupostos; classificar esses núcleos de sentido numa categorização mais ampla, compondo temas. (GOMES, 2009).

Dessa forma, com base nas respostas e relatos das participantes, foram consideradas as categorias “o impacto nas atividades diárias”, “o apoio social percebido” e “o enfrentamento da violência”, conforme a Tabela 1 abaixo:

**Tabela 2** – Categorias investigadas (Continua)

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdos</b>
4.2 O impacto nas atividades sociais diárias	4.2.1 Tratamento de saúde atual	Sim; não; pretende reiniciar
	4.2.2 Mudança de hábito ou atividade social	Sim; não

**Tabela 2** – Categorias investigadas (Conclusão)

	4.2.3 Tipo de mudança percebida	Padrão alimentar; isolamento social; endereço; relação com os homens; prática religiosa; parceiro afetivo; perda de emprego; tema de TCC; motivação; medo de engravidar;
	4.2.4 Impacto atual percebido	Sim; não
	4.2.5 Aspectos da vida afetados atualmente	Relacionamento afetivo; relacionamento familiar; sequelas físicas; sensação de medo; sentimento de raiva; carreira; autoconfiança; desesperança com o futuro
4.3 O apoio social percebido	4.3.1 Pessoas a quem revelou sobre a violência	Filha; mãe; pai; irmãos; primos/cunhados; amigos; parceiro afetivo
	4.3.2 Pessoas que apoiaram	Profissionais do SAVVIS; profissionais de outras instituições; familiares; amigos
	4.3.3 Tipo de apoio recebido	Emocional; instrumental ou material; informacional; cognitivo
	4.3.4 Recebe apoio atualmente	Sim; não
4.4 O enfrentamento violência	4.4.1 Tipo de violência sexual sofrida	Estupro; ato libidinoso; exploração sexual
	4.4.2 Recorrência da violência	Sim; não
	4.4.3 Formas de enfrentamento da violência sofrida	Evita tocar no assunto; recorre à religiosidade; tenta se acalmar; retornou ao tratamento; evita sair de casa; distrai-se/muda de pensamento

Na terceira fase foi realizado o tratamento dos dados, onde foram elaboradas as inferências e as interpretações. Nessa última etapa, a síntese interpretativa foi articulada com os temas, objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (GOMES, 2009) inter-relacionando-os com o quadro teórico desenhado inicialmente ou em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2012).

Ou seja, o critério de categorização foi semântico, onde todos os temas que tinham a mesma significação ficaram agrupados na mesma categoria. Essa análise temática enfatizou os aspectos comuns e as diferenças nas perspectivas entre as participantes, com a discussão dos pontos onde houveram divergências de ponto de vista em uma mesma temática e que se mostraram relevantes.

### 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No primeiro momento foi solicitada a Anuência para Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, através do preenchimento de formulário eletrônico disponível na rede de internet, no seguinte endereço eletrônico: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=17309](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=17309)>.

Nessa oportunidade, foram anexados nesse formulário eletrônico o cronograma de execução das atividades, o ofício de encaminhamento da instituição de pesquisa vinculada (UFAM), o termo de consentimento livre e esclarecido e o instrumento de coleta de dados.

A seguir, ficou-se no aguardo do deferimento da avaliação da área técnica da Saúde da Mulher da SEMSA sobre o projeto de pesquisa. Após o aceite e a emissão do Termo de Anuência da SEMSA, foi preenchido o cadastro do projeto de pesquisa na base eletrônica Plataforma Brasil na rede de internet, pelo seguinte endereço eletrônico: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>.

Em seguida, foi realizada a impressão da folha de rosto para a coleta de assinatura do Coordenador do Programa de Mestrado em Psicologia, para a assinatura da pesquisadora e posterior envio do projeto para o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (CEP-UFAM), onde se solicitou a autorização para a realização da pesquisa.

Após parecer positivo da CEP-UFAM, foi solicitada a Autorização para a Realização de Pesquisa na SEMSA, através do preenchimento de formulário eletrônico disponível na rede de internet no seguinte endereço eletrônico: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=17309](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=17309)>.

Em seguida à autorização da SEMSA, foi enviado ofício ao local onde foi realizada a coleta de dados (Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz), informando sobre a pesquisa que seria realizada e anexando-se a autorização para a realização da mesma. Então, nos meses de novembro e de dezembro de 2017 buscou-se no banco de dados do SAVVIS o contato com as prováveis participantes da pesquisa, tendo como critério de inclusão específico aqueles apontados no item 3.3.

Sendo que o critério de ter transcorrido no mínimo vinte e quatro meses da data da violência sexual justificou-se pelo fato de este ser considerado um período de médio prazo da data de entrada no SAVVIS, e que as participantes já teriam feito o acompanhamento especializado oferecido por esse serviço de atendimento, dessa forma buscou-se reduzir o risco de uma possível revitimização emocional ocasionada pela pesquisa e buscou-se

compreender as repercussões da violência sexual que permaneceram decorrido o tempo mínimo de dois anos.

No primeiro momento houve um contato telefônico preliminar com as mulheres para que fosse esclarecido os objetivos da pesquisa e sobre como os dados seriam utilizados, informando sobre a voluntariedade para a participação da mesma e assegurando o sigilo sobre as participantes. Nos casos em que houve o aceite nesse primeiro contato para a participação da pesquisa, foi realizado o agendamento para a entrevista, onde foi possível fornecer maiores esclarecimentos e colher a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No dia agendado, antes da realização da entrevista, a pesquisadora ressarciu de forma pecuniária a despesa com transporte da participante em potencial. Após isso, foram explicados todos os passos da pesquisa, incluindo seus objetivos gerais e específicos, buscando esclarecer quaisquer dúvidas que porventura tenham surgido. Quando houve o aceite para a participação, seguiu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a entrevista foi realizada em sala privada (sala do Serviço de Psicologia da Maternidade Municipal Dr. Raimundo Moura Tapajóz, que fica ao lado da sala do SAVVIS), e foi gravado o áudio mediante a autorização das participantes. As participantes foram informadas ainda que poderiam ter acesso ao resultado dessa pesquisa.

Acerca dos riscos da presente pesquisa, o presente estudo não implicou na sujeição das mulheres a procedimentos de risco além dos presentes em uma entrevista, sendo ainda levada em consideração a vontade das mesmas para autorizar ou não sua colaboração para realização da pesquisa. Logo, o risco foi mínimo.

Deve-se ressaltar ainda que o ambiente onde foi realizada a entrevista com as mulheres não foi estranho às mesmas, visto que estas já possuíam um vínculo com a instituição do SAVVIS da época em que fizeram o acompanhamento de saúde, além do fato de a pesquisadora possuir experiência no atendimento de vítimas de violência sexual.

Caso tivesse sido observado que a entrevista em algum momento causasse sofrimento psíquico às participantes, em decorrência da mobilização de conteúdos emocionais prejudiciais ao responder as perguntas, imediatamente a pesquisa seria interrompida e seria disponibilizada assistência psicológica por um dos psicólogos da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz com o acompanhamento psicológico de seguimento. Mas, no transcorrer das entrevistas, não houve ocorrências desse tipo de situação.

Essa medida está em conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 466, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a qual cita que o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem

proporcionar assistência imediata (emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa), bem como responsabilizarem-se pela assistência integral (prestada para atender complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa) aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes dela.

Sendo assim, foram tomadas as precauções necessárias para que as confidencialidades das mulheres envolvidas na pesquisa em questão fossem preservadas: não foi utilizado o nome das mulheres, datas e localizações que pudessem identificá-las, bem como detalhes cuja omissão não comprometesse o objetivo deste estudo.

No que diz respeito aos benefícios dessa pesquisa, acredita-se que esse estudo trouxe como benefício a possibilidade de gerar conhecimento para auxiliar na discussão sobre a temática da violência sexual contra mulheres e sobre as repercussões psicossociais a médio prazo desse tipo de violência, o que pode trazer contribuições para minimizar as lacunas nos estudos sobre o tema e nortear futuras pesquisas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

#### 4.1.1 Idade

Verificou-se que o intervalo das idades das mulheres participantes da pesquisa foi de 24 anos a 42 anos, conforme se observa na tabela 3 abaixo:

**Tabela 3 – Faixa etária**

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>
Participante 1	42 anos
Participante 2	32 anos
Participante 3	27 anos
Participante 4	38 anos
Participante 5	24 anos

#### 4.1.2 Estado civil

Acerca do estado civil relatado, houve prevalência de mulheres casadas, sendo que: 01 (uma) participante era separada/divorciada; 01 (uma) solteira; e 03 (três) se declararam casadas ou com união estável, conforme a tabela 4 abaixo:

**Tabela 4 – Estado civil**

<b>Participantes</b>	<b>Estado civil</b>
Participante 1	Casada/União estável
Participante 2	Casada/União estável
Participante 3	Solteira
Participante 4	Divorciada/Separada
Participante 5	Casada/União estável

#### 4.1.3 Grau de escolarização

A respeito do grau de escolarização, houve variação de ensino fundamental incompleto a ensino superior completo, sendo que: 01 (uma) participante possuía o ensino fundamental incompleto; 01 (uma), o ensino médio incompleto; 01 (uma), o ensino médio completo; 01 (uma), o ensino superior em andamento; e 01 (uma), o ensino superior completo, conforme a tabela 5 abaixo:

**Tabela 5 – Grau de escolarização**

<b>Participantes</b>	<b>Escolarização</b>
Participante 1	Ensino médio completo
Participante 2	Ensino fundamental incompleto
Participante 3	Ensino superior completo
Participante 4	Ensino médio incompleto
Participante 5	Ensino superior em andamento

#### 4.1.4 Trabalho/ocupação atual

No que diz respeito ao Trabalho/Ocupação atual, houve prevalência de atividades sem profissionalização. Sendo que: 01 (uma) participante se declarou desempregada; 01 (uma), era do lar; 01 (uma), serviços gerais; 01 (uma), vendedora autônoma; e 01 (uma) trabalhava como técnica em enfermagem, conforme a tabela 6 abaixo:

**Tabela 6 – Trabalho/ocupação atual**

<b>Participantes</b>	<b>Trabalho/ocupação atual</b>
Participante 1	Vendedora autônoma
Participante 2	Do lar
Participante 3	Desempregada
Participante 4	Serviços gerais
Participante 5	Técnica em enfermagem

#### 4.1.5 Religião

Sobre o aspecto da religião, houve prevalência da religião evangélica. Sendo que: 03 (três) participantes se declararam evangélicas; 01 (uma) se declarou católica; e 01 (uma) se declarou mórmon, conforme a tabela 7 abaixo:

**Tabela 7 – Religião**

<b>Participantes</b>	<b>Religião</b>
Participante 1	Evangélica
Participante 2	Evangélica
Participante 3	Evangélica
Participante 4	Católica
Participante 5	Mórmon

#### 4.1.6 Raça autodeclarada

Quanto ao aspecto da raça autodeclarada, houve prevalência da raça parda, visto que esse item se baseou na autodeclaração das participantes. Conforme se observa na tabela 8 abaixo:

**Tabela 8 – Raça autodeclarada**

<b>Participantes</b>	<b>Raça autodeclarada</b>
Participante 1	Parda
Participante 2	Parda
Participante 3	Parda
Participante 4	Parda
Participante 5	Parda

#### 4.1.7 Renda

Acerca da renda das participantes, foi observada a variação entre a dependência financeira do cônjuge até o máximo do recebimento de salário no valor de R\$ 1000,00 (mil reais), sendo que: 01 (uma) participante declarou dependência financeira do cônjuge; 01 (uma) declarou renda de R\$ 580,00 (quinhentos e oitenta reais). Sendo esse valor composto pelo repasse do Programa Social Bolsa Família, na quantia de R\$ 340,00 (trezentos e quarenta reais), acrescido de pensão alimentícia, na quantia de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais); 02 (duas) declararam ter a renda de 01 (um) salário mínimo, sendo que uma dessas participantes estava recebendo o seguro desemprego do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e a outra participante estava recebendo o auxílio-saúde repassado também pelo INSS; e 01 (uma) declarou a renda de R\$ 1000,00 (mil reais), conforme a tabela 9 abaixo:

**Tabela 9 – Renda financeira**

<b>Participantes</b>	<b>Renda financeira</b>
Participante 1	Dependência financeira do cônjuge
Participante 2	R\$ 580,00 (decorrente do Bolsa família + pensão alimentícia)
Participante 3	01 salário mínimo (decorrente do seguro-desemprego)
Participante 4	01 salário mínimo (decorrente do auxílio-saúde)
Participante 5	R\$ 1000,00

Logo, notou-se a prevalência da renda econômica baixa entre as participantes. Cita-se a pesquisa realizada por Acierno et al. (2001 apud SOUZA, 2013), onde as mulheres vítimas de algum tipo de violência interpessoal, com idade de 18 a 34 anos, a baixa renda econômica foi associada ao aumento dos sintomas de evitação do Transtorno de Estresse Pós-traumático e de depressão, sugerindo alguma co-relação entre as variáveis renda e repercussão na saúde mental de mulheres vitimadas.

#### **4.1.8 Número de filhos**

Com referência ao número de filhos, foi observada a variação entre a ausência de filhos até a quantidade de 05 (cinco) filhos de uma participante. Sendo que: 01 (uma) participante citou não ter filhos; 01 (uma) relatou ter 01 (um) filho; 02 (duas) relataram ter 03 (três) filhos; e 01 (uma) relatou ter 05 (cinco) filhos. Ou seja, a quantidade média de filhos entre as participantes foi de 03 (três), conforme a tabela 10 abaixo:

**Tabela 10 – Número de filhos (Continua)**

<b>Participantes</b>	<b>Número de filhos</b>
Participante 1	03 (três)
Participante 2	03 (três)
Participante 3	Não possui filhos

**Tabela 10** – Número de filhos (Conclusão)

Participante 4	05 (cinco)
Participante 5	01 (um)

#### 4.1.9 Pessoas com quem coabita

Acerca das pessoas com quem as participantes residem, as respostas variaram entre residir com uma amiga, com o esposo e filhos e residir com a família de origem, composta pelos pais e irmãos. Conforme pode ser observado na tabela 11 abaixo:

**Tabela 11** – Pessoas com quem coabita

<b>Participantes</b>	<b>Coabitam com</b>
Participante 1	O esposo e dois filhos
Participante 2	O esposo e três filhos
Participante 3	Os pais, 04 (quatro) irmãos e 03 (três) sobrinhos
Participante 4	Uma amiga
Participante 5	O esposo e um filho

- Síntese sobre o perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa:

Diante do exposto no presente item 4.1 , notou-se que o perfil sociodemográfico das participantes foi representado por mulheres na faixa etária de 24 a 42 anos; que em sua maioria: Estavam casadas ou em união estável; possuíam a escolaridade do ensino médio; com dependência financeira de esposo ou da Seguridade Social. Observamos que a forma de dependência da Seguridade Social se dava através de programas de assistência social de transferência de renda (Bolsa Família) ou de previdência social em situação de doença (Auxílio-doença) e de desemprego (Seguro-desemprego); no caso de exercerem trabalho fora do lar, as atividades realizadas foram com ganhos financeiros de até 01 (um) salário mínimo.

Ou seja, as participantes eram de classe social baixa; em sua maioria de religião evangélica; todas de raça parda; com a média de 3 filhos; e que em sua maioria coabitavam com o esposo e filhos.

## 4.2 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NAS ATIVIDADES SOCIAIS DIÁRIAS

### 4.2.1 Tratamento de saúde atual em decorrência da violência

Acerca do impacto da violência sexual no tratamento de saúde atual das participantes, as respostas variaram entre “não estar fazendo nenhum tipo de tratamento de saúde”, “estar fazendo tratamento atualmente” e em “não estar fazendo, mas deseja reiniciar”. Conforme pode ser observado na tabela 12 abaixo:

**Tabela 12** – Tratamento de saúde atual

<b>Faz tratamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	02	40%
Não	02	40%
Pretende reiniciar	01	20%
Total	05	100,00%

Das duas participantes que relataram estar em tratamento de saúde em decorrência da violência sofrida, a participante 4 citou que permanecia com acompanhamento em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, de sua região. Relatou que além da necessidade de intervenção psicológica, necessitava de intervenção psiquiátrica periódica.

A participante 3 que citou também estar em tratamento de saúde em decorrência da agressão sexual, relatou o motivo de ter retomado aos atendimentos psicológicos: “Hoje ainda sinto esse impacto. Eu me sentia muito frágil. Hoje eu tenho alguns planos, eu quero sair, mas eu sinto como se eu tivesse um peso, eu ainda me sinto frágil. Eu não sei se eu consigo seguir

sozinha, na verdade eu acho que eu tenho medo, eu não sei dizer exatamente, se é uma insegurança. [...] Eu posso até falar com palavras, mas é bem difícil na prática entendeu. Eu até iria, mas com alguns receios, alguns temores, será que eu consigo mesmo, entendeu. Antes eu não tinha dúvida dessa minha capacidade de enfrentar, era eu que resolvia as coisas sozinha. Eu ia mesmo. Eu fui atrás da minha faculdade. Quando eu fiquei desempregada eu fui atrás até conseguir um emprego nessa empresa que me demitiu. Eu não parava. O meu psicológico eu não consigo manter ele em algo estável, em algo saudável. Eu até tento, mas sei lá, me afeta muito, eu me sinto muito indefesa, muito melancólica às vezes, muito frágil. Eu não quero ser assim, mas infelizmente ainda me sinto. Eu acho que eu não tenho autoconfiança de mim mesma entendeu”.

A participante 5 que relatou seu interesse em retomar o acompanhamento psicológico citou: “Eu quero continuar o tratamento psicológico. Vou reiniciar aqui mesmo. Não faço atualmente. Eu não quis vir na época, porque eu ficava repetindo as mesmas coisas. Como eu fazia enfermagem e sou técnica eu já sabia mais ou menos as coisas que iam me perguntar. Aí na minha cabeça, que eu era ignorante, eu achava que eu podia me tratar sozinha. Eu pretendo voltar porque me afetou muito, na minha vida de casada né”.

Vale destacar, que a participante 2 relatou não ter feito o acompanhamento psicológico após a violência sofrida em decorrência de não ter condições financeiras de arcar com os custos do transporte até o SAVVIS da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajós. Isso pode ser verificado na sua seguinte fala: “Não fiz o tratamento psicológico porque eu não tinha dinheiro para vir pra cá pro SAVVIS para fazer o tratamento toda semana. Mesmo depois de tentarem me encaminhar para fazer o tratamento psicológico perto de casa, eu não fiz, porque não tinha mais psicólogo na policlínica que fica perto de casa na Cidade Nova”.

Dessa forma, nota-se que após dois anos da violência sexual sofrida, 03 (três) das 05 (cinco) participantes relataram perceber um importante impacto negativo da agressão em suas vidas, com a necessidade da manutenção do tratamento em saúde mental. Além disso, a pouca disponibilidade de profissionais de psicologia na rede de saúde pública foi determinante para uma das participantes não ter feito o acompanhamento psicológico necessário, visto que a participante não possuía condições financeiras de custear o deslocamento de sua residência até o SAVVIS, que é localizado na zona Oeste da cidade de Manaus.

#### 4.2.2 Mudança de hábito ou atividade social

Sobre o impacto da violência sexual na mudança de hábito ou atividade das participantes, a prevalência das respostas foram “sim”. Conforme pode ser observado na tabela 13 abaixo:

**Tabela 13 – Mudança de hábito ou atividade social**

<b>Houve mudança</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	04	80%
Não	01	20%
Total	05	100,00%

Na próxima tabela 14 foi especificado em quais aspectos são percebidos a mudança de hábito ou atividade.

#### 4.2.3 Tipos de mudanças percebidas

Acerca do tipo de mudança ocorrida em hábitos, atividades sociais ou modos de vida datadas da época do episódio da violência, destacaram-se o isolamento social, a mudança do local de prática religiosa, a troca de parceiro afetivo e a perda de emprego. Conforme verifica-se na tabela 14 abaixo:

**Tabela 14 – Tipo de mudança percebida (Continua)**

<b>Tipos de mudanças</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Isolamento social	03	20%
Troca de parceiro afetivo	03	20%
Perda de emprego	02	13,33%
Prática religiosa	02	13,33%

**Tabela 14** – Tipo de mudança percebida (Conclusão)

Relacionamento com homens	01	6,67%
Medo de engordar	01	6,67%
Tema de trabalho de conclusão de curso	01	6,67%
Perda de motivação	01	6,67%
Endereço	01	6,67%
Total	15	100,00%

- Isolamento social

Em relação ao isolamento social, a participante 1 relatou: “Eu deixei de sair de casa, eu tinha medo de sair. [...] Aí eu tenho medo de sair assim. Antes eu saía sozinha. Agora que eu tô me acostumando a sair sozinha de novo. Sair pra resolver as coisas lá de casa. Antes eu saía despreocupada. Eu pensei que isso nunca ia acontecer comigo, dentro de casa, ainda mais com os meus filhos lá dentro”.

A participante 3 citou: “Na época eu participava da atividade de dança. Aí depois do que aconteceu eu perdi o ânimo pra fazer qualquer coisa.[...]. Às vezes eu ficava em grupo e tinha alguns casos na televisão que eram muito impactantes. Às vezes eu queria tá lá na sala, junto com a minha família, mas daí eu preferia não ficar á entendeu. Eu ia embora pro meu quarto [...]. Eu tendi a me isolar. Eu me fechei, eu fiquei com muito medo. Fiquei tímida demais, eu fiquei muito retraída [...]”.

Nesse seguimento, a participante 5 narrou: “Eu parei mais de sair com os meus amigos. Eu me fechei mais, me excluí do ciclo de amizade. Eu parei de ir às festas, cinema, lazer mesmo de jovem”.

O isolamento social, que aparece nos discursos das participantes através de expressões como “receio de sair na rua”, “parei de sair com os amigos”, “medo de sair” foi vivenciado também pelas entrevistadas da pesquisa realizada por Souza (2013), o que sinaliza para a prevalência desse impacto na vida de pessoas vitimadas sexualmente.

- Mudança de endereço

Sobre a mudança de endereço, a participante 2, que relatou isso, citou que além de o agressor residir próximo a ela na época da violência, ela foi alvo de comentários depreciativos na comunidade onde morava, tendo como consequência disso também o isolamento social.

Já a participante 3, apesar de não ter mudado de endereço, relatou: “Se pudesse a gente mudaria de casa, mas a gente não consegue vender lá, pelo fato de lá ser complicado, de não ter rua passando direto pra saída, não tem saída na rua”. Nesse sentido, a participante 1 citou: “No começo eu tinha muito receio do meu endereço, porque inclusive o agressor, ele era policial”.

Na pesquisa realizada por Souza (2013), também foi observado que algumas participantes mencionaram vontade de mudar de residência, além de terem adotado mudança nos horários e nos trajetos percorridos habitualmente como consequência da violência sofrida, similar ao que foi notado nas falas citadas das participantes do presente estudo.

- Troca de parceiro afetivo

No que diz respeito à troca de parceiro afetivo, a participante 4 citou que era casada na época, mas que se separou do esposo depois do que aconteceu. Segundo essa participante: “ele jogava na minha cara que era eu que era culpada”.

A participante 2 citou também sobre a mudança: “Eu gostava de um menino, aí eu pensava que a gente ia seguir entendeu, só que fica assim aquela mágoa. Já ia fazer uns dois ou três meses que eu estava com ele. Talvez tenha influenciado ele ter me deixado. Ele mudou comigo depois do que aconteceu”.

Ainda sobre a troca de parceiro afetivo, a participante 3 citou: “Eu tinha um namorado na época e eu não consegui manter a minha relação com ele saudável, era muito choro, muita tristeza, uma melancolia”.

- Perda de emprego

A respeito da perda de emprego, as duas participantes que relataram a ocorrência disso em decorrência da violência sofrida, citam que a violência ocorreu no trajeto de ida ao emprego. No relato da participante 3, notamos o impacto percebido, ao citar que: “a violência influenciou bastante no meu desemprego atual, porque eu estar num ambiente rodeada

principalmente por vários homens e ter que estar em contato direto com eles realmente me deixa um pouco intimidada. Não consigo ser eu totalmente, como eu era”.

Já a participante 4 citou que necessitou de um tratamento de saúde com mais frequência e que foi demitida do emprego como consequência dos afastamentos do trabalho por motivo de saúde.

- Medo de engordar

Acerca do medo de engordar, a participante 1 relatou: “Na época eu estava em tratamento com a minha nutricionista porque eu estava acima do peso né. Inclusive ela foi muito útil naquela época, por causa dos remédios. E aquele remédio dá muita fome, não sei se a senhora sabe, dá muita fome e abre o apetite. E eu estava com medo de engordar, justamente porque eu já estava lutando para emagrecer. Aí ela me orientou nisso tudo, na alimentação. Foi muito bom. Mas aí eu comecei a engordar de novo. Ganhei tudo de novo, o mesmo que eu estava. Na época que aconteceu isso eu tinha diminuído uns quatro ou cinco quilos. Aí eu ganhei de volta. Até mais, já estou acima. Eu tenho que lutar de novo para perder esses pesos”.

A respeito disso, Souza (2013) cita que o ganho de peso, o desleixo pessoal, a falta de cuidado consigo mesma ou a tentativa de não ser atraente fisicamente, podem ser usados como alternativas improvisadas pela vítima de violência sexual para construir novos limites entre si e o mundo. Ainda segundo essa autora, essa forma de lidar com a violência sofrida seria uma tentativa de proteção contra um novo ato de violência, e que ser magra ou gorda demais pode ser uma tentativa de não ser mais objeto de desejo sexual.

#### 4.2.4 O impacto atual percebido

**Tabela 15** – O impacto atual percebido

<b>Houve impacto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	05	100,00
Não	0	0
Total	05	100,00

Nota-se pela tabela 15 acima que todas as participantes perceberam que a violência sofrida há dois anos ainda impactava negativamente suas vidas. Na próxima tabela 16 foi especificado em quais aspectos da vida as participantes referiram ter percebido esse impacto atual.

#### 4.2.5 Aspectos da vida afetados atualmente

**Tabela 16** – Aspectos da vida afetados atualmente

Áreas afetadas	Frequência	%
Relacionamento afetivo	03	18,75%
Sensação de medo constante	03	18,75%
Relacionamento familiar	03	18,75%
Sentimento de raiva	03	18,75%
Baixa autoconfiança	01	6,25%
Sequelas físicas	01	6,25%
Alteração na carreira	01	6,25%
Desesperança com o futuro	01	6,25%
Total	16	100,00%

- Relacionamento afetivo

A respeito do impacto percebido no relacionamento afetivo, a participante 1 citou: “eu lembro mais na hora que eu vou ter o meu relacionamento, às vezes vem na memória né. Inclusive eu tive que falar com o meu esposo e isso também afetou na nossa relação. Até hoje a senhora acredita que ele joga na minha cara? ‘olha isso que aconteceu contigo...’. Ele acha que foi eu que fui à busca do que aconteceu. Eu disse não. Ele me culpa pelo que aconteceu, ele foi pra mim muito sofrimento. [...] O meu esposo me culpa. Ele disse que isso acontece porque as mulheres dão muito ‘sopa pros homens’. [...]Eu tenho pra mim que ele tem um certo, tipo assim, como se fosse um nojo. ‘Aconteceu isso com ela’, ‘ela foi violentada’,

‘aquele homem fez na minha mulher, na minha esposa’. Então eu tenho pra mim que o meu esposo tem um nojo”.

Nota-se que na fala da participante 1, seu parceiro afetivo a culpabilizava pela violência sofrida ao citar que a violência sexual acontece porque “as mulheres dão muito sopa pros homens”. Podemos também relacionar esse fato ao pensamento de Saffioti e Almeida (1995), quando citam que o contrato matrimonial é firmado entre os homens para estabelecer a posse das mulheres repartidas entre eles, especialmente na fala da paciente ao citar “aquele homem fez na minha mulher, na minha esposa”. Nesse sentido, o estupro seria similar a uma apropriação indevida de um bem (nesse caso o bem erótico é a mulher) que pertence a outro homem. Parece que desse ponto de vista masculino, o parceiro afetivo percebe a violência sexual de sua esposa/companheira como uma perda do controle da sexualidade dela. Logo, a preocupação com o impacto na saúde física e mental da vítima parece ser posto de lado. Nesse tipo de situação, a legitimação social da violência aparenta ter ocorrido também dentro da casa da vítima.

Outra perspectiva sobre a seguinte fala da participante 1: “[...]Eu tenho pra mim que ele tem um certo, tipo assim, como se fosse um nojo. ‘Aconteceu isso com ela’, ‘ela foi violentada’”, é em conformidade ao que discorre Crepschi (2005), ao citar que a mulher vítima de violência sexual “poderá ter que lidar com uma prolongada fantasia inconsciente de rejeição do companheiro e pessoa indigna de um relacionamento afetivo-sexual” (p.84). No entanto, pensamos que para chegarmos a uma conclusão com pertinência à perspectiva adotada por essa autora, seria necessário que o presente estudo também envolvesse a percepção do parceiro afetivo sobre o impacto da violência sexual na vida conjugal.

Ainda sobre o impacto no relacionamento afetivo, a participante 5 relatou o sentimento de raiva e também o impacto no relacionamento familiar: “Afeta atualmente só na minha vida de casada [...]. Mudei de comportamento em algumas coisas, fiquei agressiva. Tanto agressão verbal quanto física, mais a verbal mesmo. Respondendo mesmo, sendo arrogante mesmo. Mais com o meu marido. O meu marido acha que eu vejo ele nas discussões como se fosse o meu pai, porque o meu pai foi quem me agrediu. Porque vem uma raiva em mim e nem ele sabe de onde vem essa raiva e eu falo pra ele que eu também não sei de onde vem essa raiva. Aconteceu a situação e eu e meu marido começou a se envolver depois de dois meses do ocorrido. Logo no início ainda foi muita dificuldade pra eu me relacionar com ele. Eu vejo assim que ainda tem alguns pontos, foi melhorando bastante, mas

ainda tem alguns pontos [...].Na verdade eu ainda tenho um pouco de medo, que foi um dos quesitos assim, que quando eu engravidei do meu marido, eu orava muito pra que fosse um menino né. Porque se fosse menina eu acho que já tinha acabado o meu casamento, porque eu ainda tenho desse receio assim, medo né. De eu ter uma filha menina e acontecer a mesma coisa com ela. Mas eu sei que o meu marido é totalmente diferente do meu pai. Hoje, eu quero engravidar ainda, eu quero ter uma menina (risos), na verdade. Só que eu ainda tenho esse medo, esse receio assim. Eu tenho medo de eu querer uma menina, ter uma menina e acabar meu casamento, pelo fato do ocorrido, do que aconteceu né. Isso ser tipo um empecilho. De eu ser muito protetora, interferir na criação”.

A participante 3 relatou: “[...] isso refletiu no meu relacionamento, eu me tornei uma pessoa agressiva com ele, ele chegou a reclamar algumas vezes que eu tava meio bruta, que eu não era assim. Em casa também, às vezes a minha irmã falava que eu me estressava muito rápido”. Aqui também nota-se o impacto tanto no relacionamento afetivo quanto no relacionamento familiar.

- Sensação de medo constante

A sensação de medo constante foi notada nos discursos das participantes 2, 3 e 4. Em suas falas temos uma amostra desse impacto atual. Participante 4: “Muitas coisas eu não faço mais porque eu tenho medo [...]. Eu tenho medo de acordar e sair de manhã em casa. Eu ainda não tenho coragem de sair da casa de manhã de casa. Eu saio só à tarde. Até à noite eu tenho pânico de sair. Quando no trabalho falaram para eu chegar bem cedo eu entrei em pânico. Eu ainda não estou cem por cento”.

A participante 2 discorre sobre o medo e os problemas enfrentados na vizinhança: “Afeta porque eu tenho medo, porque o que “ficou” mais comigo lá, ele já morreu, esse aí, nem tanto mais. Mais a minha preocupação é desse outro, que eu não sei se ele tá preso ou se ele está em liberdade. A minha preocupação é mais ele porque foi ele que quis me matar. Ele me ameaçou de morte. Eu deixo de sair de casa com receio dele, porque lá onde eu moro, a avó do menino que morreu mora lá perto, na primeira rua. Aí eu tinha medo de tá lá também o parente dele, não sei se é irmão dele que também mora lá na mesma rua que eu moro. Eu quando saio pra ir numa taberna, vou normal, mas sempre coloco Deus na frente. Vou preocupada”. Cabe citar que essa participante foi agredida por dois homens que residiam

próximos à sua casa e relatou ter sido alvo de comentários negativos de pessoas da vizinhança.

Nesse ponto, Santos (2001) cita que quando as vítimas são estupradas por conhecidos somam-se dois problemas graves que afetam o seu equilíbrio psicológico: a censura da vizinhança e o agressor, que continua a violentá-la com a sua presença no meio em que ela vive. Logo, o agressor continua sendo uma pessoa normal e o crime que praticara só é reconhecido no íntimo da vítima. Para essa autora, conforme citamos anteriormente, o estuprador geralmente tenta transmitir da vítima uma imagem desagradável. E por um reforço da sociedade, representada pela sua vizinhança, é ela que fica sendo rechaçada moralmente, como aconteceu com a participante 2 da presente pesquisa.

A participante 3 cita o medo sentido: “Hoje eu tenho alguns planos, eu quero sair, mas eu sinto como se eu tivesse um peso, eu ainda me sinto frágil. Eu não sei se eu consigo seguir sozinha, na verdade eu acho que eu tenho medo, eu não sei dizer exatamente, se é uma insegurança [...]”.

Cabe citar que o medo acentuado e constante pode estar relacionado com a sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático, conforme pesquisa realizada por Souza (2013), onde 89,2% da amostra composta por mulheres vítimas de violência sexual, obtiverem escore indicativo desse transtorno.

- Sentimento de raiva

O sentimento de raiva também foi notado no discurso de 3 (três) das 5 (cinco) participantes. Relato da participante 2: “Acho que o que mudou também foi porque eu era uma pessoa assim, que eu olhava pra pessoa e não sentia raiva, ficava só comigo, mas não de eu chegar assim e não guardava rancor, agora parece que eu olho pra uma pessoa assim e eu tenho raiva, mas não toda hora. Daquele pessoal lá, aqueles vizinhos que falavam mal de mim, antes eu não ficava chateada, mas agora eu tenho vontade de ir lá, tirar satisfação, aí eu fico me aguentando. Aí fica tipo uma mágoa direto. Eu passei a sentir mais raiva”.

Ainda sobre o sentimento de raiva, no relato da participante 3: “Eu voltei a fazer o acompanhamento psicológico pela minha dificuldade, porque já era várias pessoas, como eu te falei, eu já tava me tornando outra coisa. Eu tava ficando muito agressiva, com a minhas palavras entendeu. Eu não sei te dizer, se era cansaço, se era o peso de estar naquela empresa, de às vezes ficar rodeada por vários homens, um mandando daqui, outro mandando dali, entendeu. Algumas brincadeiras que não dava, aí tudo isso eu fui criando algo meio que

agressivo dentro de mim. Eu queria me defender de alguma forma e eu procurei atacar com palavras. Já que eu não tenho força”.

Acerca desse sentimento, Ferreira-Santos e Fortes (2011) discorrem que é muito comum, caso o criminoso não tenha sido preso ou no caso de a vítima não ter visto a justiça sendo feita, que a raiva sentida se desloque do criminoso para tudo que cerca a pessoa vitimada, desde o sistema judiciário, os familiares ou ainda, a própria vítima.

Esses autores (2011, p. 137) citam que “muitas vezes, essa raiva de si mesmo pode se manifestar sob a forma de depressão. Culpa e raiva, embora bastante diferentes, não são absolutamente excludentes, isto é, podem se alternar enquanto o fato traumático não for completamente elaborado”.

- Relacionamento familiar

Quanto ao impacto no relacionamento familiar, a participante 5 mencionou: “Como o meu pai me agrediu, eu me afastei dos familiares do meu pai. Não tenho contato nenhum com a família dele e nem com ele, pois ele inventou outra versão. Antes da violência, eu e meu pai tínhamos muitas brigas, falta de entendimento, tanto da minha parte quanto da dele. Tinha coisas que ele tinha a cabeça fechada e eu falava o contrário. Às vezes nosso pensamento não batia. Às vezes tinha discussão por isso. Mas sempre teve respeito, até então, sempre teve respeito. Nunca tinha acontecido nada dessas coisas assim. [...] Com os familiares dele a gente tinha uma convivência boa, aí teve o rompimento total”. A participante 4 citou sobre o impacto no relacionamento com os filhos: “Eu deixei de ser uma pessoa que brinca com os filhos”.

Ou seja, a participante 5 foi privada do convívio de familiares paternos, com a sua desagregação do ciclo familiar paterno. Em decorrência do agressor, que é seu pai, ter falseado os fatos reais envolvidos na violência em que vitimou a própria filha. E a participante 4, mesmo fazendo tratamento em saúde mental, permaneceu com dificuldades em interagir com os filhos, como fazia antes de ter sido vitimada sexualmente.

- Perspectiva do futuro

Sobre o impacto na perspectiva de futuro, a participante 4 seguiu comentando: “Para mim nada vale a pena mais”. É importante frisar que essa participante 4, antes do episódio da violência relatou não se sentir necessitada de tratamento em saúde mental, mas após a

agressão, mesmo decorrido dois anos, segue em tratamento no CAPS com o amparo psiquiátrico e psicológico, dada a gravidade de sua sintomatologia.

- Síntese sobre o item 4.2:

Assim, verificou-se que o impacto da violência sexual sobre as atividades sociais diárias das mulheres vitimadas ou em seus modos de vida foi marcado pela necessidade de continuidade do tratamento de saúde mental em decorrência da violência sofrida; pela mudança de hábitos ou atividades sociais, em especial sob aspectos que necessitam de habilidades em interação social. Visto que foi notada a queixa sobre o isolamento social, a troca de parceiro afetivo, a perda de emprego e a mudança de prática religiosa.

Já o impacto atual nos aspectos gerais de vida das participantes, mesmo após os dois anos da violência sofrida, foi citado por todas elas, com ênfase no relacionamento afetivo, na permanência da sensação de medo, no sentimento de raiva e com destaque no relacionamento familiar. Cabe citar que o isolamento social, o sentimento de raiva e a desesperança com o futuro são indicativos de manifestação de um quadro depressivo, conforme corroborado por pesquisa de Souza (2013), sugerindo que o trauma da violência necessita ser alvo de acompanhamento em saúde mental por maior prazo.

Ou seja, o dano psíquico e social se manteve nessas pessoas, mesmo após dois anos da ocorrência da agressão, visto que os efeitos da violência foram cruéis e instalaram uma impotência no espaço familiar e no espaço social dessas mulheres. Ademais, as mulheres pardas, de classe social baixa e vítimas de violência sexual, que foram as participantes dessa pesquisa, ocupam o último posto da hierarquia de poder da sociedade pois são consideradas inferiores nesses três ordenamentos das relações sociais, quais sejam: gênero, classe social e raça/etnia (SAFFIOTI, 1995); o que se configura como um empecilho a mais no processo de recuperação da agressão sexual sofrida.

Esse impacto da violência sexual foi constatado em pesquisa realizada por Souza (2013, p. 56), ao citar que em comparação com mulheres sem histórico de violência sexual, as que foram vitimadas demonstraram que a “relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas também são afetadas negativamente e, portanto, a qualidade de vida tende a ser reduzida”. A autora segue discorrendo que a permanência desses transtornos, distúrbios e dificuldades nos aspectos gerais da vida é apontada como sendo de recuperação que demanda maior tempo para algumas mulheres ou mesmo que pode se estender por toda a vida delas.

Outro ponto que merece destaque foi o receio apresentado pela participante 1 em ganhar peso na época da agressão sofrida, visto que citou que o tratamento medicamentoso abriu seu apetite. Essa fala aponta para que se melhore a adesão ao tratamento pós-violência através da inclusão na equipe dos serviços de atendimentos como o SAVVIS de um profissional nutricionista com o objetivo de acompanhamento nutricional, prescrição dietética, orientação aos pacientes, entre outros, de forma a minimizar os impactos negativos do tratamento medicamentoso, visto que há correlação existente entre distúrbios alimentares com as consequências da violência sexual (SOUZA, 2013).

#### 4.3 O APOIO SOCIAL PERCEBIDO

##### 4.3.1 Pessoas a quem revelou sobre a violência

**Tabela 17** – Pessoas a quem revelou

<b>Pessoas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Parceiro afetivo	04	23,53%
Mãe	03	17,65%
Primos/cunhados	03	17,65%
Amigos	03	17,65%
Irmãos	02	11,76%
Filha	01	5,88%
Pai	01	5,88%
Total	17	100,00%

Percebe-se pela tabela 17 acima que as pessoas a quem as vítimas revelaram a agressão sofrida foram principalmente ao parceiro afetivo, à mãe, aos primos/cunhados e aos amigos. Mas, conforme vai ser demonstrado no próximo subitem 4.3.2, essas pessoas a quem

as vítimas revelam a agressão sexual nem sempre correspondem às pessoas que prestam o apoio social.

#### 4.3.2 Pessoas que apoiaram na época da agressão

**Tabela 18** – Pessoas que apoiaram na época da agressão

<b>Pessoas que apoiaram</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Familiares	05	38,46%
Amigos	04	30,77%
Profissionais do SAVVIS	03	23,08%
Profissionais de outras instituições	01	7,69%
Parceiro afetivo	0	0
Total	13	100,00%

Acerca da ausência de apoio recebido do parceiro afetivo, a participante 1 citou: “O meu marido tentava, porque eu acho que para o homem é mais difícil de eles aceitarem que as suas esposas tenham sido abusadas por outro homem. Então foi muito difícil acho que pra ele né [...]. O meu marido não me dava afago. Eu chorava muito na época [...]”.

Sobre o apoio recebido de profissionais do SAVVIS, a participante 1 relatou: “A enfermeira daqui me passava uma tranquilidade, ela falava ‘não vai dar nada, não te preocupa, você tem que ter fé que não vai dar nada’. Aquilo ali me deixava uma paz tão boa. Se todos os funcionários procurassem passar essa paz pra gente seria bom né? Mas nem sempre é assim. Só falam ‘e aí? Como é que está? Tá tudo bem?’. Assim sabe, aquela conversa de médico mesmo”.

A participante 3 também citou sobre o apoio recebido dos profissionais do SAVVIS: “Às vezes, tinha bastante coisa que eu não conseguia relatar para um parente meu, para minha irmã, pra minha mãe, entendeu. Não queria, porque eu não queria que eles sofressem mais. Aqui quando eu vinha com a psicóloga, eu falava tudo. Eu falava um monte de coisa, eu falava como eu me sentia”.

A participante 4 relatou sobre o apoio recebido pelo serviço SAVVIS: “Aqui no SAVVIS que eu fiquei querendo viver mais, querendo sair daquela tristeza. Na Delegacia da Mulher e no IML também. Eles me apoiaram me aconselhando, eles falavam que eu não tinha culpa, pra eu reagir. Que eu não era culpada daquilo que tinha acontecido”.

No entanto, a participante 5 teve outra percepção: “Aqui eu me senti com apoio neutro. No IML e na Delegacia não me senti nenhum pouco apoiada. Na realidade eu fiquei foi constrangida. Um escrivão falou que isso não tinha acontecido que eu estava inventando coisa, rindo da minha cara. Um outro escrivão, que viu a situação, mandou ele calar a boca e se retirar que ele estava sendo antiético. No IML, a médica, devido eu ter estria na barriga devido eu ser gordinha, ficou falando que eu já tinha filho, que isso também era invenção minha. Algo assim. Quando eu vim pra cá, por isso que eu digo que era neutro, eu já estava saturada de ficar repetindo as coisas que tinham acontecido”.

Essa situação citada pela participante 5 foi também relatada por participantes da pesquisa de Sudário et al. (2005), onde a dúvida dos policiais quanto à veracidade do fato causou profunda indignação por parte das mulheres vitimadas, que “muitas mulheres não formalizam a queixa do estupro nas delegacias de polícia devido ao constrangimento e descrédito na ação policial” (p.84) e que os profissionais médicos, na ocasião do exame de corpo de delito, ao responsabilizarem a mulher pela violência sofrida, aumentaram o sofrimento da vítima e causaram péssima impressão a respeito do atendimento.

Para Ribeiro (2011, p. 237), a acessibilidade a esse tipo de serviço:

pode ser entendida também como atitude de boa acolhida [...]. É criar condições de sensibilidade, solidariedade e empatia para com a pessoa que veio buscar uma resposta à sua necessidade quando esta procura, por exemplo, um serviço. Por isso se faz necessário criar espaços novos de acolhida: sejam físicos, quanto subjetivos, isto é, que passem pelas atitudes das pessoas, pois a acessibilidade não é somente feita de estruturas, mas de atitude e gestos concretos.

Assim, verifica-se o impacto da atuação dos profissionais que atendem a mulher na formalização da denúncia, no exame médico legal e no atendimento de saúde, o qual pode se transformar em fator de agravo em seu estado emocional abalado ou fator positivo no enfrentamento da violência, conforme a qualidade do atendimento prestado pelos funcionários desses serviços. Na maioria dos relatos das mulheres participantes dessa pesquisa, o apoio foi percebido como oriundo principalmente dos familiares (com exclusão dos parceiros afetivos), dos amigos da vítima e dos profissionais do SAVVIS.

### 4.3.3 Tipo de apoio recebido

**Tabela 19** – Tipo de apoio recebido

<b>Tipo de apoio</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Emocional	05	38,46%
Instrumental ou material	04	30,77%
Cognitivo	03	23,08%
Informacional	01	7,69%
Total	13	100,00%

Sobre o tipo de apoio social recebido na época do episódio da violência sexual, as participantes relataram que receberam apoio emocional de familiares, de amigos, de profissionais do SAVVIS e de profissionais de outras instituições (IML, Delegacia da Mulher, CRAS); que o tipo de apoio instrumental ou material recebido foi na forma pecuniária, no auxílio de transporte para se deslocar até o SAVVIS, no adiantamento de exames laboratoriais e na facilitação para a adesão ao tratamento medicamentoso; e que o apoio cognitivo foi recebido principalmente através dos profissionais do SAVVIS, dos profissionais de outras instituições (IML, Delegacia da Mulher, CRAS) por meio de incentivo para lidar com a fase aguda pós-violência e para enfrentar a culpabilização sofrida.

### 4.3.4 Apoio recebido atual

**Tabela 20** – Apoio recebido atual

<b>Recebe apoio atualmente</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	03	60%
Não	02	40%
Total	05	100,00%

Sobre esse subitem, a participante 1 e a participante 2 responderam que não recebem apoio social atual acerca da violência sexual sofrida, mas ambas referem percepção diversa sobre as pessoas significativas de sua convivência “não tocarem nesse assunto”, visto que: A participante 1 respondeu sobre o questionamento de receber apoio atual: “Não. Até evitam de tocar no assunto. Eu acho melhor as pessoas evitar. [...] É uma coisa que eu não gosto nem de lembrar mais”. Nessa fala notamos que essa participante, apesar de citar não receber apoio atualmente, tem preferência pela evitação de conversas que remetam ao episódio de agressão sexual.

Já a participante 2 citou: “Não recebo apoio atualmente com relação ao que aconteceu. As pessoas não tocam mais nesse assunto”. Ou seja, nesse sentido de “não tocar mais no assunto”, essa participante relaciona isso a não receber apoio atualmente sobre a violência sofrida.

No entanto, as participantes 5, 4 e 3 refeririam perceber que atualmente ainda recebem apoio das pessoas significativas de seus convívios, visto que: A participante 5 teve uma percepção diversa da participante 2 e da participante 1 em sua percepção sobre as pessoas de sua convivência “não tocarem no assunto”. Em sua fala: “Eu recebo apoio de todos, eles não tocam no assunto. Com o meu marido de vez enquanto, uma vez ou outra, eu que toco com ele no assunto. Mas já faz tempo que eu não toco. Mais apoio emocional”, nota-se que essa participante percebe um apoio recebido apesar de as pessoas não “tocarem no assunto” da violência sexual.

A participante 3 também citou que atualmente recebe apoio emocional dos familiares: “Acredito que os meus familiares me compreendem quando eu tô meio assim pra baixo, eles me colocam pra cima, eles tentam me incentivar entendeu, pra eu fazer algo bom pra mim. Eles falam também a questão do horário, pra eu não sair muito sozinha, eles têm essa preocupação ainda. [...] Com relação ao meu namorado, eu acho que na mente dele agora, não tá mais tão viva. A não ser numa semana que cheguei a comentar com ele que tive pesadelos, por conta que eu tive que recontar tudo na delegacia, aí ele falou que não era pra mim ficar assim porque isso era o meu psicológico que tava voltando no assunto novamente. Mas assim, apoio, apoio dele não tenho tanto atualmente. Tive mais antes, antes a gente conversava bem mais sobre isso, ele ouvia bem mais [...]”.

Ainda sobre a importância do apoio recebido durante o transcorrer do tratamento no SAVVIS, a participante 1 frisou: “cada vez que eu tinha que receber o resultado era um impacto [...] que eu sofria com o exame. Sabe, porque eu tenho um filho pequenininho, na época eu acho que ele tinha uns quatro anos. Então aquilo para mim era sofredor, ter que chegar e ela abrir o resultado e... ‘tá tudo bem com você’ (risos). Até essa hora eu ficava ‘meu pai do céu, meu Deus’, eu ficava pedindo ‘ai Deus tomara que não dê nada’, sabe, aquilo ali pra mim, eu até chamava a minha filha, ‘vamos comigo porque eu não vou aguentar ir só, vai que dê alguma coisa, eu não sei’, ‘mãe a senhora tem que ser forte, ela falava’, ‘ai minha filha eu tô muito nervosa, eu ficava muito nervosa’. Mas assim, eu não via a hora de acabar aquilo. Queria logo que acabasse aquilo logo, eu contava os dias, então pra mim eu torcia pro dia acabar, pra já vir um outro, pra sabe, pra mim aquilo ali estava sendo um pesadelo. Pra mim aqueles seis meses de tratamento foram terríveis. (risos). Não desejo pra ninguém. Eu fico pensando nas pessoas que estão aqui ainda, meu Deus, não é fácil olha. Não é fácil”.

A participante 4 citou ainda: “Eu recebo apoio da Assistente Social do CRAS. Ela mandou eu ir pro grupo de apoio, porque tem muitas pessoas que aconteceu isso com elas e aí eu ia me sentir melhor”.

- Síntese sobre o item 4.3:

Assim, notou-se a maioria das participantes revelou a ocorrência da violência para o parceiro afetivo, para a mãe, aos primos/cunhados e aos amigos. E além dos familiares e amigos, os profissionais das instituições que fazem o atendimento dessas pessoas, como SAVVIS, Delegacia da Mulher, IML e CRAS desempenharam um papel importante quando forneciam acolhimento de qualidade. O tipo de apoio percebido relatado em sua maioria foi o emocional, o instrumental ou material e o cognitivo.

Também foi relatado que 60% das participantes ainda recebem esse apoio dos familiares e amigos. No entanto, merece destaque a manifesta culpabilização das vítimas por seus parceiros afetivos pela violência sofrida em dois dos cinco casos estudados, o que representa 40% de ocorrência. Salienta-se que desses dois casamentos, um deles resultou em rompimento. E levando-se em consideração os rompimentos de relacionamento afetivo, notou-se que, em 03 (três) casos relatados, os relacionamentos foram rompidos após a ocorrência da violência sexual. Sendo que 01 (um) desses relacionamentos afetivos estava na fase de casamento e 02 (dois) em fase de namoro, representando 60% de ocorrência. Somando-se esses rompimentos à situação da participante em que o rompimento não

aconteceu, apesar de ter sofrido uma evidente culpabilização por seu esposo pela violência sofrida, concluímos que as mulheres vitimadas não foram apoiadas por seus parceiros afetivos em 4 (quatro) casos dos 5 (cinco) estudados. Ou seja, em 80% dos casos as mulheres vítimas de violência sexual não receberam apoio de seus parceiros afetivos.

#### 4.4 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

##### 4.4.1 Tipo de violência sexual sofrida

**Tabela 21** – Tipo de violência sexual sofrida

<b>Tipo de violência sexual</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Estupro	05	100,00%
Ato libidinoso	0	0
Exploração sexual	0	0
Total	05	100,00%

Verifica-se, conforme tabela 21 acima, que todas as participantes da pesquisa foram vítimas de violência sexual com o intercurso sexual completo.

##### 4.4.2 Recorrência da violência nos últimos 24 meses

**Tabela 22** – Recorrência da violência

<b>Recorrência da violência sexual</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	01	20%
Não	04	80%
Total	05	100,00

Notou-se que entre as 05 (cinco) participantes, 01 (uma) referiu a recorrência da violência sexual nos últimos 24 (vinte e quatro) meses do primeiro episódio. Sendo que essa participante relatou que a nova agressão ocorreu em condições similares da primeira ocorrência, visto que ambas se deram no trajeto de ida ao trabalho.

Essa situação aponta para a maior vulnerabilidade das mulheres à violência sexual em virtude do horário de trabalho.

#### 4.4.3 Formas de enfrentamento da violência sofrida

**Tabela 23** – Formas de enfrentamento da violência sofrida

<b>Formas de enfrentamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Busca distrair-se/mudar de pensamento	03	30%
Recorre à religiosidade	03	30%
Evita tocar no assunto	01	10%
Tenta se acalmar	01	10%
Retornou ao tratamento psicológico	01	10%
Evita sair de casa quando não há iluminação natural	01	10%
Total	10	100,00%

Quanto a esse subitem, a participante 1 respondeu: “Não me vejo necessitada de acompanhamento em saúde. Vez ou outra a lembrança vem, tem coisas que trazem a lembrança do fato que aconteceu né, mas eu vejo por esse lado, que a gente tem que procurar ser forte né, é uma coisa que já passou [...]. Lá em casa acho melhor evitar comentar o assunto”.

A participante 2 citou: “Quando vem a lembrança do que aconteceu, às vezes eu deito na cama e falo pra ele (o marido), aí ele fala pra eu parar, que eu tenho que parar com isso, aí eu fico calada, fico pensando em outras coisas”. Cabe citar que no caso dessa participante,

houve a troca de parceiro afetivo e a fala citada se refere ao novo esposo. Aqui também se nota a descrição de um episódio onde há a ausência de um apoio assertivo à mulher vítima de violência por parte de seu novo esposo. Logo, o estágio de acolhimento, citado por Ferreira-Santos e Fortes (2011), onde as pessoas próximas das vítimas deveriam prestar apoio a ela e respeitar seus sentimentos, não está sendo cumprido. Pois, nota-se que o parceiro afetivo dessa participante 2 diz a ela que não fale mais do assunto, usando o que esses autores chamam de “mecanismo de racionalização” (p. 242), que ao invés de facilitar o processo de recuperação, força a evitação, adiando e ampliando a magnitude do trauma.

Já a participante 3 citou: “Eu procuro pensar que o pior já passou. Que eu já estive bem mal e que embora eu não esteja tão bem, como eu gostaria de estar, hoje eu tô melhor entendeu. Eu já consigo fazer algo sozinha. Eu já consigo ir em algum lugar sozinha. Mas acho que a minha maior dificuldade é só naquele emocional, psicológico e também com relação a certos tipos de relacionamento. Não consigo ser bem solta entendeu. Não consigo. Eu voltei a fazer o acompanhamento psicológico pela minha dificuldade, porque já eram várias pessoas, como eu te falei, eu já tava me tornando outra coisa. Eu tava ficando muito agressiva, com a minhas palavras entendeu”.

Notamos que a estratégia de “evitar tocar no assunto”, pode estar relacionado ao que Saffioti (2004, p. 18-19) cita, de que a violência sexual “deixa feridas na alma, que sangram, no início sem cessar, e, posteriormente, sempre que uma situação ou um fato lembre o abuso sofrido”. Dessa forma, a evitação é a saída que tem sido encontrada pela maioria das participantes para lidar com o sofrimento.

No entanto, Ferreira-Santos e Fortes (2011, p. 241), referem que esse procedimento de que “não se deve pensar e muito menos falar sobre o que se passou para evitar sofrimento”, é uma espécie de fuga e pode piorar o estado emocional da pessoa vitimada, pois a leva a realizar esforços psíquicos com a finalidade de reprimir o trauma. Ainda segundo esses autores, esse trauma reprimido irá permanecer no inconsciente, podendo aflorar ao menor incidente do cotidiano.

Logo, nesse subitem verificamos que as principais formas relatadas de enfrentamento da violência foram buscar distrair-se/mudar de pensamento e recorrer à religiosidade. Também foi relatada como estratégia a evitação de tocar no assunto sobre a violência sofrida. Além disso, uma participante relatou que iria reiniciar o acompanhamento psicológico para lidar com as consequências da violência em sua vida atual.

- Síntese sobre o item 4.4:

Notou-se que todas as cinco participantes foram vítimas de violência sexual com o intercuro sexual completo; houve recorrência da violência sexual em uma das participantes, nesse período de vinte e quatro meses após a agressão; e as duas principais formas relatadas de enfrentamento do sofrimento causado pela violência sexual foram a distração/mudança de pensamento e recorrer à religiosidade.

Esse resultado sugere que o enfrentamento do sofrimento decorrente da violência sexual é em sua maioria decorrente do senso comum, com um manejo que carece de melhor efetividade tanto na instrumentalização da pessoa vitimada para que ela consiga lidar com o trauma sofrido; quanto na instrumentalização das pessoas significativas de seu ciclo social, com destaque ao parceiro afetivo e aos familiares, para que possam fornecer um apoio emocional de melhor qualidade e sem retaliações. Pois, no presente estudo, notou-se que as mulheres vitimadas sexualmente nem sempre têm seus sofrimentos legitimados por elas próprias e pelas pessoas significativas de seu ciclo, o que se torna um empecilho para o processo de recuperação do trauma da violência.

Para Souza (2013), o bom atendimento dos órgãos e serviços médicos e legais, a presença do apoio familiar e social, a fé em crenças religiosas, entre outros, ajudam as vítimas de violência sexual a se sentirem acolhidas, protegidas e seguras, além de lhes proporcionar bem-estar, conforto e esperança em relação ao processo de recuperação.

Assim, o investimento na sensibilização e no treinamento dos profissionais dos diversos setores que atendem pessoas vitimadas sexualmente e seus familiares sobre técnicas de manejo no atendimento a esse público, com destaque na condução de postura ética-acolhedora na prestação do serviço, se mostra imprescindível para a qualidade da recuperação das pessoas vítimas de violência sexual. Visto que são esses profissionais que têm a função de instrumentalizar a vítima e seus familiares sobre um melhor enfrentamento das consequências da violência sexual.

#### 4.5 OUTROS APONTAMENTOS

Por fim, cabe acrescentar as seguintes situações apontadas pelas participantes que não faziam parte do objetivo inicial desse estudo, mas que se mostraram relevantes no decorrer da pesquisa:

- Receio sobre a não-punição do agressor:

O receio relatado pela participante 1 sobre a formalização da denúncia da ocorrência de violência sexual e sobre a impunidade do agressor: “[...] Porque tem homens que se prevalecem pela força deles né, até mesmo pela capacidade de achar que ele tem um nível maior, uma estrutura maior, e ele acha que ele pode fazer o que bem quer, e não acontece nada né, então... A maioria dos homens eles pensam assim né, ‘ah, não dá em nada, não vai acontecer nada’. Acho que os homens pensam que ‘não vai acontecer nada comigo, eu vou fazer e pronto, a mulher vai ficar com medo de denunciar, vai ficar com medo de procurar’. Eu não, não fiquei com medo não, pensei na minha vida, pensei no meu filho”.

- Pouca informação sobre o serviço do SAVVIS:

Outra situação relatada pela participante 1 foi a pouca divulgação sobre o serviço do SAVVIS, inclusive dentro da maternidade onde é oferecido, como relatou: “Eu acho que o caso tem que ser mais expandido para o conhecimento, por que muitas pessoas não sabem. A mulher não sabe, como que ela consegue um tratamento para evitar que ela venha a adquirir uma doença, eu acho que deveria ser mais expandido, mais informado. Inclusive acho que pro governo seria uma forma de evitar que ele gastasse mais ainda no futuro, que ia prevenir algumas doenças que podem ser tratadas por um curto período e o governo vai gastar muito mais se ele não tratar logo aquela pessoa. [...] Até aqui dentro tinha que ser mais informado sobre o serviço. Já pensou uma criança precisa desse tratamento aí chega aí em fora e é mandada embora”.

Essa situação de pouca informação sobre serviços como o SAVVIS também foi apontada por Sudário et al. (2005) como um dos obstáculos para o alcance da política pública de atendimento de saúde a pessoas vitimadas sexualmente.

Reis (2014) citou essa dificuldade na busca de atendimento após a violência como sendo “um dos aspectos que merece mais atenção na tarefa de dar acesso a atendimento integral às mulheres que sofrem violência sexual” (p. 62).

Em sua pesquisa, essa autora (2014) referiu como “peregrinação” a busca de atendimento, indicando que nem as mulheres vitimadas nem as pessoas com quem falaram sobre a violência sabiam com certeza onde conseguir atendimento.

Silva (2009) aponta como sugestão para minimizar a falta de informação disponível sobre os locais a serem buscados no caso de vitimização sexual, que é necessário estimular a procura aos serviços de saúde, através de campanhas que tragam informação quanto às

medidas que devem ser tomadas, sobretudo para onde devem se dirigir as vítimas, reforçando a necessidade de atendimento imediato.

- Sugestão de melhorias para o atendimento psicológico:

Já a participante 3 citou uma sugestão para melhorar o atendimento psicológico: “Se o atendimento psicológico ocorresse com alguém mais próximo da pessoa juntamente, acho que ajudaria bastante. Porque tem coisas que se fala pro psicólogo que fica difícil eu falar pra outra pessoa, eu não quero que ela pense que eu quero que ela cuide de mim em tudo, entendeu. Algumas coisas eu não chegava a comentar, que eu comentava com o psicólogo. Algumas coisas eu não falava pra minha família. Alguns pontos, algumas coisas que o psicólogo dizia pra mim fazer, alguma coisa que eu precisava entendeu. Então acho que se tivesse pelo menos uma vez ou outra esse tipo de conversa com o acompanhante da pessoa, alguém da confiança da pessoa. Acho que eu me sentiria melhor se tivesse alguém ouvindo, ajudaria mais. Acho que ia ajudar bastante naquela época, pra ajudar o familiar a entender o que passava na minha mente. Ia ajudar melhor. A entender a lidar com a situação. Pra que não tenha só o psicólogo, mas outra pessoa lá fora comigo também”.

Assim como a participante 3 apontou essa questão a ser melhorada, foi demonstrada, no transcorrer da entrevista da participante 2, a emergência desse tópico e a imprescindibilidade de se aprimorar a intervenção com os familiares e com as pessoas que compõem a rede de apoio das vítimas de violência sexual. Uma vez que a participante 2 relatou que houve a troca do parceiro afetivo da época do episódio da violência e relatou que se sentia apoiada pelo novo esposo, pois, segundo ela, ele a acompanhava nas audiências judiciais.

No entanto, pôde-se inferir que há uma necessidade de melhorar a habilidade desse esposo em lidar com a experiência de violência sexual sofrida pela participante, visto que ela citou episódio onde a forma que seu esposo encontrou para lidar com a necessidade da paciente em dialogar sobre esse assunto foi “falando para ela parar de falar sobre as lembranças do episódio de violência sexual”, que ela “tinha que parar com isso” (parafraseando a fala da participante). Nessa situação, restou à paciente ficar calada.

Outrossim, a participante 3 também sugere de forma indireta essa dificuldade com o novo namorado, ao citar que com o transcorrer do tempo, o episódio de violência sofrido pela participante não é mais abordado, pois “[...] na mente dele agora não tá mais viva. A não ser numa semana que cheguei a comentar com ele que tive pesadelos, por conta que eu tive que

recontar tudo na delegacia. Aí ele falou que não era pra mim ficar assim porque isso era o meu psicológico que tava voltando no assunto novamente. Mas assim, apoio, apoio dele não tenho atualmente. Tive mais antes. Antes a gente conversava bem mais sobre isso. Ele ouvia bem mais [...]”.

Aparentemente, essas situações apontam ainda para que mais pesquisas sobre o tema da violência sexual sejam realizadas e que seja abordada a representação social que os parceiros afetivos possuem com relação às esposas/namoradas que foram vitimadas sexualmente e as dificuldades encontradas por eles em fornecer um apoio emocional de forma assertiva. Dessa forma, hipóteses poderão ser levantadas e um maior número de propostas de intervenções efetivas poderão ser melhor sugeridas.

- Pouca acessibilidade dos serviços:

A participante 1 também criticou sobre as longas distâncias que uma pessoa vitimada precisa de deslocar para cumprir com o processo de denúncia, exame médico legal e tratamento de saúde, como citou: “[...] Eu sofri muito porque eu ia para um lado, ia pro outro, ia pra cá, eu tive que andar muito, porque eu tive que ir pra cidade nova, tinha que vir pra cá, era uma luta que eu tinha. Ia ser mais fácil se fosse um perto do outro. Já pensou em quem não tem dinheiro? Tem muita mãe que tem seu filho abusado e não tem condições de pagar transporte aí deixa pra lá, ‘não vou mais não’”. Esse apontamento também foi feito pela participante 2, ao citar: “[...] só achei aqui o SAVVIS longe, que fica contramão. [...] Eu não tinha dinheiro para vir pra cá pro SAVVIS pra fazer tratamento toda semana”. Essa participante residia na zona norte da cidade. Da mesma forma, a participante 3 relatou: “Às vezes eu deixava de vir para cá porque eu não tinha companhia, por causa do horário, como aqui é muito longe de onde eu moro, é perigoso, cinco horas da tarde eu conseguia vir, mas não teria como eu voltar, já ia ficar tarde. Às vezes, eu preferia marcar outra consulta outro dia, num outro horário entendeu. Porque se eu saísse daqui seis horas, eu ia chegar lá em casa umas oito horas da noite. Porque eu vou pro terminal pra depois chegar em casa. Lá é no final da zona norte, beirando a zona leste”.

Nesse caso, ressalta-se que, aqui na cidade de Manaus, a mulher vítima de violência sexual, caso queira formalizar a denúncia, geralmente primeiro se dirige à Delegacia Especializada de Crimes Contra a Mulher localizada no bairro Parque Dez de Novembro, na zona sul da cidade; após isso, é encaminhada para o exame médico no IML, localizado no bairro Cidade Nova 2, da zona norte; depois, se dirige ao SAVVIS da Maternidade Dr.

Raimundo Moura Tapajóz, localizado no bairro Compensa 1, zona oeste. Esse fluxo de atendimento nem sempre segue essa ordem, mas no caso de formalização da denúncia, há a necessidade da vítima de violência sexual se deslocar a esses três setores pelo menos.

Nota-se que o deslocamento a ser cumprido pelas mulheres vitimadas é amplo e se torna um empecilho para o acesso ao direito à saúde, conforme se observa na fala supracitada da participante 1: “Já pensou em quem não tem dinheiro? Tem muita mãe que tem seu filho abusado e não tem condições de pagar transporte aí deixa pra lá, ‘não vou mais não’”.

O pouco recurso financeiro das vítimas de violência sexual que implicam na dificuldade em dar seguimento ao tratamento de saúde foi citado por dois dos profissionais de saúde do SAVVIS na pesquisa realizada por Ribeiro (2011, p.226-227), ao responder o questionamento sobre os principais desafios e dificuldades quanto ao enfrentamento da violência sexual. Na fala de um profissional “dificuldade no acompanhamento ambulatorial quando as vítimas precisam retornar. Vejo muita dificuldade, por exemplo, econômica, para elas retornarem”. Na fala de outro profissional “outra dificuldade é a situação financeira de muitas famílias que vêm aqui. Por exemplo: a questão da passagem de ônibus [...]. Todo esse dinheiro é um almoço às vezes. A gente tem essa consciência de que às vezes as pessoas faltam ao retorno por falta de condições mesmo. Eles relatam. Eu já cheguei a dar dinheiro de ônibus porque as pessoas não tinham dinheiro para voltar pra casa. Eu sei que isso não tá certo, mas... São os problemas sociais que a gente tem que superar...”.

Ou seja, as pessoas vítimas de violência sexual possuem maior probabilidade de sofrer a violação de seus direitos humanos de acesso à saúde e à justiça, em virtude de que esses serviços que devem ser procurados na ocasião da formalização da denúncia e tratamento de saúde de seguimento, estarem localizados em zonas diferentes da cidade de Manaus, exigindo notável deslocamento e disponibilidade financeira da vítima.

Para Sudário et al. (2005), “um dos aspectos mais dolorosos para a mulher vitimada pelo estupro é a trajetória percorrida na busca pelo atendimento” (p. 84). Esses autores comparam isso a uma “via-crucis”, pois a mulher vítima de violência pode percorrer até cinco instituições ou até mais, a depender dos agravos resultantes. Citam ainda que o tempo despendido e o transtorno de ter que se deslocar para tantos lugares é agravado pela exposição em precisa narrar a mesma história diversas vezes.

Ribeiro (2011, p.234) reitera que “o acesso da população aos serviços da rede de enfrentamento à violência sexual [...] é um dos pré-requisitos para que ocorra uma assistência efetiva”, e que a localização geográfica das instituições que atendem as vítimas de violência

sexual interfere na acessibilidade dos usuários aos serviços disponíveis, sendo necessário garantir a acessibilidade a essas estruturas.

Dessa forma, esses apontamentos indicam a necessidade de ser revisto o fluxograma do atendimento à vítima de violência sexual, visto que não basta que na proposição da política de atendimento a essas pessoas tenha uma previsão de “rede integrada de atendimento”, em que os “serviços de orientação ou atendimento tenham pelo menos uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede”, como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 35). Pois na prática há a fragmentação do atendimento com uma obstaculização do acesso aos serviços, que se inicia no deslocamento da vítima por vários setores de serviços em zonas distantes da cidade de Manaus. Talvez, com a implantação de núcleos intersetoriais de atendimento à vítima de violência sexual em cada zona da cidade sejam minimizados esses obstáculos e se possa melhorar à pessoa vitimada o acesso à saúde e à justiça.

Logo, a acessibilidade a esses espaços constitui “uma condição imprescindível para poder viver com um pouco mais de dignidade. Por isso, a acessibilidade é uma condição cidadã, uma possibilidade de garantia de direitos e de novas atitudes” (RIBEIRO, 2011, p.235).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As repercussões da violência invadem os vários aspectos da vida das pessoas vitimadas, de seus familiares e da sociedade no transcorrer do tempo. A crise aguda que se instala na vítima de violência sexual geralmente põe em risco a ruptura de seu sentido de vida e a leva a questionamentos sobre a perspectiva de futuro. Nesse sentido, os serviços prestados a essas pessoas devem buscar principalmente auxiliá-las a atravessar o momento de crise e a restabelecer seu funcionamento anterior à violência sofrida.

Na presente pesquisa, falamos de mulheres vítimas de violência sexual em que a agressão havia ocorrido há no mínimo vinte e quatro meses da fase de coleta de dados. Verificamos que o perfil sociodemográfico dessas mulheres foi constituído pela faixa etária adulta jovem; com o estado civil de maioria casadas ou em união estável; com a prevalência da escolaridade do ensino médio; todas de classe social baixa; de religião evangélica; todas de raça parda; que possuíam a média de três filhos; e em sua maioria coabitavam com o esposo e filhos na época da coleta de dados.

Sobre o impacto da violência sexual nas atividades sociais diárias das mulheres vitimadas, observamos a necessidade de continuidade do tratamento de saúde mental em decorrência da violência sofrida; a mudança de hábitos ou atividades, em especial sob aspectos que necessitassem de habilidades em interação social; a mudança de prática religiosa. O impacto atual em vários aspectos de vida foi citado por todas as participantes, com ênfase no relacionamento afetivo, na sensação de medo, no sentimento de raiva e no impacto no relacionamento familiar.

Acerca das mudanças na rede de apoio social percebidas por essas mulheres, notamos que apesar da revelação da ocorrência da violência ter sido feita ao parceiro afetivo, à mãe, aos primos/cunhados e aos amigos; 60% das participantes ainda recebem esse apoio dos familiares e amigos, mas não relataram receber esse apoio de seus parceiros afetivos. Notou-se que os profissionais das instituições que fazem o atendimento dessas pessoas, como SAVVIS, Delegacia da Mulher, IML e CRAS desempenharam um papel importante quando forneciam acolhimento de qualidade. No entanto, merece destaque a manifesta culpabilização da vítima por seus parceiros afetivos pela violência sofrida; o rompimento de relacionamentos após a ocorrência da violência sexual, com 60% de ocorrência; e que, em 80% dos casos, as mulheres vítimas de violência sexual relataram não receber apoio de seus parceiros afetivos.

No que diz respeito às estratégias para lidar com a violência sexual sofrida, notamos que as principais foram recorrer à religiosidade, buscar distrair-se/mudar de pensamento e a evitação de tocar no assunto sobre a violência sofrida. Além disso, foi citada a retomada do acompanhamento psicológico.

Notou-se a necessidade de instrumentalização dos profissionais que atendem as vítimas de violência sexual familiares para que estejam aptos a instrumentalizarem as vítimas de violência sexual e seus familiares no enfrentamento das consequências da violência sexual com maior efetividade. Isso seria possível através de sensibilizações e treinamentos nos diversos setores que atendem essa demanda. Visto que diante dos dados coletados, concluiu-se que o dano psíquico e social se manteve na vida das mulheres vítimas de violência sexual, mesmo após dois anos da ocorrência da agressão.

Houveram apontamentos relatados pelas participantes da pesquisa que se mostraram relevantes, tais como o receio sobre a formalização da denúncia da ocorrência de violência sexual, dúvidas sobre a possibilidade de impunidade do agressor e a pouca divulgação sobre o serviço do SAVVIS, entre os diversos serviços da sociedade e inclusive dentro da maternidade onde ele é oferecido, tendo como consequência o obstáculo na acessibilidade do serviço.

A respeito da pouca publicidade das ações de serviços como o SAVVIS, cabe citar que essa situação pode causar às pessoas vítimas de violência, por desconhecimento de serviços em saúde como o apresentado no presente estudo, o não exercício de seus direitos de acesso à saúde, deixando-as desamparadas sem as terapêuticas medicamentosas preventivas de DST's e levando a agravos de saúde em decorrência disso. Se serviços como o SAVVIS fossem amplamente divulgados nas escolas, nas unidades básicas de saúde e nos diversos dispositivos comunitários, o público alcançado seria maior e a sociedade tomaria conhecimento de como acessar esses serviços e onde acessá-los, visto que o serviço existe, mas a disponibilidade de informação sobre ele à população ainda é escassa.

Logo, os diversos canais de comunicação precisam de atenção e precisam ser fortalecidos. Pensamos que uma estratégia seria a construção de páginas na internet que fossem acessíveis tanto à população quanto aos profissionais. Seria um local de troca de informações e com fácil visualização dos serviços fornecidos, indicando os locais de apoio à população e os dados epidemiológicos desses serviços para favorecer o desenvolvimento de estudos sobre essa temática. Essa divulgação de informações sobre os serviços fornecidos

carece de melhor investimento nos demais meios de comunicação, tais como nas estações de rádio, de televisão, em noticiários impressos e na rede de internet.

Outra dificuldade que observamos, associada ao item anterior, trata-se da subnotificação dos casos de violência sexual, visto que segundo o Ministério da Saúde (1999 apud SOUZA; ADESSE, 2005) menos de 10% dos casos são notificados nas Delegacias. Disso depreende-se que enquanto houver uma barreira na divulgação de informações sobre o funcionamento da rede de serviços e as questões de direitos humanos não forem abordadas nos diversos setores da saúde, da justiça, da assistência social e da educação – em todos os seus níveis, e nos dispositivos comunitários, a subnotificação dos casos de violência vai permanecer, gerando dados em desacordo com a realidade e o desconhecimento sobre a dimensão da violência.

Houve ainda a sugestão para melhoria do atendimento psicológico, com a indicação de que se busque o aprimoramento na intervenção com os familiares e com as pessoas que compõem a rede de apoio das pessoas que são vítimas de violência sexual com o intuito de aumentar o suporte emocional de qualidade fornecido.

Sobre esse último apontamento, pensamos que uma atenção especial a esse tipo de intervenção se faz necessária e também deve ser priorizada. Uma vez que a família e as pessoas significativas da rede de apoio têm que ser vistas como parceiras na recuperação da vítima, sendo indispensáveis para o fortalecimento do suporte emocional fornecido à mulher. Assim, com esse tipo de suporte fornecido aos familiares e à rede de apoio significativa das vítimas, poder-se-á trabalhar com a prevenção dos agravos psíquicos/emocionais decorrentes da violência e também no combate à culpabilização da vítima pela violência sofrida.

Assim, é ampliando o fornecimento do apoio psicológico à família e às pessoas significativas da vítima que se melhora o enfrentamento das demandas resultantes da agressão sexual sofrida pelos seus membros.

Outra questão citada pelas participantes e de igual importância foi a proposta de criação de um núcleo intersetorial em cada zona da cidade, onde as vítimas de violência poderiam se dirigir e receber o suporte necessário na formalização da denúncia, no exame médico legal e no tratamento de saúde, visto que as longas distâncias que uma pessoa vitimada atualmente precisa de deslocar para cumprir com esses procedimentos podem ser empecilhos para a adesão ao tratamento e para o acesso à justiça.

Foi citada ainda a necessidade de inclusão na equipe dos serviços de atendimentos como o SAVVIS de um profissional nutricionista com o objetivo de acompanhamento nutricional, prescrição dietética, orientação aos pacientes, entre outros, de forma a minimizar os impactos negativos do tratamento medicamentoso.

Também deve ser destacado os entraves no acesso dos pacientes do SAVVIS ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico na rede pública de saúde mental local, visto que o número de profissionais dessas áreas ainda é reduzido. Em decorrência disso, o paciente frequentemente espera meses para iniciar o tratamento psiquiátrico ou psicológico, prejudicando o tratamento dos agravos psíquicos da violência sexual e postergando a recuperação dessas pessoas. Nos casos quando não há esses profissionais em unidades de saúde das zonas da cidade onde se localizam as residências das vítimas, torna-se uma privação do acesso dessas pessoas ao serviço de saúde.

No que diz respeito à culpabilização da vítima de violência pela sociedade e sobre o apoio social ter um papel significativo na recuperação das mulheres vítimas de violência, pode-se inferir que o investimento na promoção de saúde e o fortalecimento dos laços comunitários são medidas que também deveriam ser tomadas como planejamento a longo prazo, juntamente com a articulação dos setores da educação, dos centros de saúde, dos programas de saúde da família e dos centros comunitários, para que se possa instalar uma cultura de paz, fomentar a solução pacífica dos conflitos e o respeito aos direitos da mulher. Para tanto, demanda-se tempo, esforço e motivação da gestão governamental, visto que esse tipo de mudança é um processo.

Por fim, o estudo apresentado não esgotou o tema, mas apontou a necessidade de mais pesquisas sobre a violência sexual que sejam realizadas abordando a representação social que os parceiros afetivos possuem com relação às esposas/namoradas que foram vitimadas sexualmente e as dificuldades encontradas por eles em fornecer um apoio emocional de forma assertiva.

## REFERÊNCIAS

ABRAPIA. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes**. 3. ed. Petrópolis: Editora Autores & Agentes & Associados, 2002.

ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de; DINIZ, Normélia Maria Freire. Violência sexual: desvelando a realidade que acomete as mulheres. **Rev. Enferm. UERJ**, v.12, n.1, p. 88-94, 2004. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a15.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a15.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2017.

**ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA**. Edição IX. São Paulo, 2015. Disponível em: <[http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/anuario\\_2015\\_retificado\\_.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/anuario_2015_retificado_.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Edição X. São Paulo, 2016. Disponível em: <[http://www.forumseguranca.org.br/storage/10\\_anuario\\_site\\_18-11-2016-retificado.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Edição XI. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/atividades/anuario/>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

AZEVEDO, Raquel Floriano Correia. **Adolescentes vítimas de violência sexual: Olhares para a família**. 2011, 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2011. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/2840>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães; DE SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Violência sexual: Narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 37, n.4/5, p. 273–278, 2015. Disponível em: <[https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000400013](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400013)>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BERGER, Sônia Maria Dantas. **Violência sexual contra mulheres: Entre a (in)visibilidade e a banalização**. 2003, 184 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4909>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848**, de 07 de Dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em: 03 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.958**, de 13 de Março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm)>. Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340**, de 07 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência

doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.015**, de 07 de Agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm)>. Acesso em: 03 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.845**, de 01 de Agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Pesquisa Nacional de Vitimização**. Maio de 2013. Disponível em: <[http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp_final.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_maustratos\\_crianças\\_adolescentes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 485**, de 01 de Abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html)>. Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.406**, de 05 de Novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt\\_2406\\_05\\_11\\_2004\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt_2406_05_11_2004_rep.html)>. Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em:

01 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=165&Listar=1VEstado=13&VMun=130260&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=001&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&Listar=1VEstado=13&VMun=130260&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=001&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=)>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRITO, Raquel Cardoso de; KOLLER, Silvia Helena. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysso Massote (org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

CAMPOS, Andrea Almeida. A cultura do estupro como método perverso de controle nas sociedades patriarcais. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 183, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/32937>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar)**. Nota Técnica, n. 11. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2014. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnicadiest11.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2017.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER - CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122009>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato; GOMES, Fabiano Alves. As condições do paciente e a escolha da psicoterapia. In: CORDIOLI, Aristides Volpato (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA DE SOUZA, Flávia Bello et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**, v. 27, n. 3, set. – dez. 2013, p. 98-103. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

CREPSCHI, Jaira Lopes Brandão. **Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário: um estudo clínico-qualitativo**. 187 p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000366162>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROME, Sarah; MCCABE, Marita P. The impact of rape on individual, interpersonal, and Family functioning. **Journal of Family Studies**, v. 1, n. 1, p. 58-70, abr. 1995. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/jfs.1.1.58#.VNDtcWjF\\_6M](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/jfs.1.1.58#.VNDtcWjF_6M)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTAS, Brunna Camila Braga Andrade; MAGALHÃES, Viviane Maria de Pádua Rios. **Crime de estupro e as alterações com o advento da lei 12.015 de 07 de agosto de 2009**. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinterdireito/article/download/778/377>>. Acesso em 03 fev. 2018.

FALEIROS, Eva T. Silveira. A exploração sexual comercial de crianças e de adolescentes no mercado do sexo. In: LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; SOUSA, Sônia Maria Gomes (orgs.). **A exploração de crianças e adolescentes no Brasil**: reflexões teóricas, relatos de pesquisas e intervenções psicossociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.73-98.

FAÚNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jan. 2017.

FERREIRA-SANTOS, Eduardo; FORTES, Marisa. **De vítima a sobrevivente: Um guia para identificar e enfrentar o transtorno de estresse pós-traumático**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. DATAFOLHA INSTITUTO DE PESQUISAS. **#A Polícia Precisa Falar Sobre Estupro: Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais**. Setembro de 2016. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/percepcao-violencia-mulheres-b1.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: 2009. p. 79-108.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300012)>. Acesso em: 01 mai. 2017.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HANADA, Heloisa; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-59, apr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-26X2010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-26X2010000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jan. 2017.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KRUG, Etienne G. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

LABRONICI, Liliana Maria; FEGADOLI, Débora; CORREA, Maria Eduarda Cavadinha. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342010000200023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342010000200023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

LEITÃO, Consuelena Lopes. **Limites e possibilidades: Uma tentativa de aproximação antropológica com a realidade de adolescentes em situação de exploração sexual na cidade de Manaus**. 2016, 248 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2016. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5436>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

LOWENKRON, Laura. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? Sexualidad, Salud y Sociedad - **Revista Latinoamericana, Norteamérica**, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/394>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

MACHADO MACIEL, Lilian Augusta Rosa. **O serviço de cuidado à saúde de crianças e adolescentes atendidas no SAVVIS em Manaus**. 2015, 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5008>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MADUREIRA, Ana Flávia do Amaral; BRANCO, Angela Uchôa. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. **Temas Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 63-75, abr. 2001. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2001000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2001000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2016.

MARTINS, Rosimeire de Carvalho. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. **Rev. Mal-Estar** Subj., Fortaleza, v.11, n.2, p. 727-750, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Jovens mulheres vitimadas: abuso sexual, sofrimento e resiliência**. Curitiba: Juruá, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sofrimento e resiliência: O impacto do abuso sexual na saúde de jovens mulheres vitimadas em Manaus**. 2007, 198 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2007. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_687\\_.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_687_.pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2017.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/23.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MAYER, Lísia Ramos; KOLLER, Silvia Helena. Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In: HABGZANG, Luísa F. et al. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 21-32 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 9- 29.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 327-336, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3877/pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

NJAINE, Kathie (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PEDERSEN, Jaina Raqueli; GROSSI, Patrícia Krieger. O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de; FERREIRA, Maria Helena Mariante. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 26-34 p.

PEDROSA, Claudia Mara. **O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual – desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar Campinas**. 2010, 176 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-01042011-083026/pt-br.php>>. Acesso em 07 fev. 2018.

REIS, Maria José. **Processo de reestruturação psicossocial de mulheres que sofreram violência sexual**. 2014. 93 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2014. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000938223&fd=y](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000938223&fd=y)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

RIBEIRO, Joaquim Hudson de Souza. **Espaços violados: Uma leitura geográfica e psicossocial da violência sexual infanto-juvenil na área urbana de Manaus (2006-2010)**. 2011, 328 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-15052012-121116/pt-br.php>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ROSA, Cássio Thyone. A perícia nos casos de estupro: Compreensão, desafios e perspectivas. In: **ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Edição XI**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/atividades/anuario/>>. Acesso em: 19 abr. 2018. 44-45 p.

ROSE, Deborah S. A model for psychodynamic psychotherapy with the rape victim. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**. v. 28, n.1, 1991, p. 85-95. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/pst/28/1/85>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovanni. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovanni; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTOS, Judite Rodrigues dos. **A vida após o estupro: subjetividade e estigma**. 2001, 156 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2008. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=129351](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=129351)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde – CODEPPS. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais**. São Paulo: SMS, 2007.

SCARPATI, Arielle Sagrillo et al. Representações sociais da violência sexual na produção científica nacional. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 77, p. 9-18, abr./jun. 2014,. Disponível em:<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=14610&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SCHRAIBER, Lilia. et al. Violência vivida: A dor que não tem nome. **Interface – Comunic, Saúde**, Educ, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 41-54, fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832003000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832003000100004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 01 set. 2017.

SILVA, Priscilla Oliveira da. **O cuidado às mulheres em situação de violência sexual: Interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal**. 2009, 105 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: Como bases da violência contra a mulher. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jan. 2017.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SOUTO, Rafaella Queiroga. et al. Violência sexual: Análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p.235-242, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2235>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila (Org.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em: <[https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/biblioteca\\_consulta\\_ficha.cfm?cd\\_item=8](https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/biblioteca_consulta_ficha.cfm?cd_item=8)>. Acesso em: 29 jan. 2016.

SOUZA, Davyd Spencer Ribeiro de. **Violência e conflito na sociedade pós-convencional: Os dilemas da razão prática e das relações de reconhecimento**. 2010, 166 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2010. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3388>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

SOUZA, Flávia Bello Costa de. **Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas**. 2013, 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://oatd.org/oatd/record?record=oai%5C%3Abiblio.pucsp.br%5C%3A14367>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SUDÁRIO, Sandra; ALMEIDA, Paulo César de; JORGE, Maria Salete Bessa. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. **Psicologia Soc.**, v. 17, n. 3, p. 80-6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a12v17n3>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

VALLEJO SAMUDIO, Álvaro Roberto; CORDOBA AREVALO, Martha Isabel. Abuso sexual: tratamientos y atención. **Rev. Psicol.** Lima, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

VASCONCELLOS. Maria Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 10. ed. Campinas: Papirus, 2013.

## **APÊNDICE A – Plano da entrevista semiestruturada sobre variáveis associadas a impactos da violência sexual contra mulheres**

Suanma Araujo, UFAM, 2017.

### **Apresentação**

Estamos realizando uma pesquisa sobre VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: Repercussões psicossociais após dois anos da agressão. Solicitamos sua colaboração respondendo às perguntas abaixo que nos ajudarão a compreender melhor o fenômeno. Não existem respostas certas nem erradas. Sua percepção é livre e queremos conhecê-la. As informações serão utilizadas somente para atender aos objetivos da pesquisa e será preservado o anonimato.

### **I BLOCO: Informações sociodemográficas**

Nome: \_\_\_\_\_

1. Qual é a sua idade?
2. Qual é o seu estado civil?
3. Qual é o seu grau de escolarização?
4. Qual é o seu trabalho/ocupação atual?
5. Qual é a sua religião?
6. Qual é a sua raça (autodeclarada)?
7. Qual é a sua renda?
8. Você possui filhos?
- 8.1. Se sim, quantos filhos?
9. Você reside com quem?

### **II BLOCO: Variáveis sobre a interferência da violência nas atividades sociais diárias**

10. Você faz algum tratamento de saúde (médico, psicológico ou alternativo) em decorrência da violência sofrida?
11. Houve a mudança de algum hábito ou atividade em decorrência da violência?
- 11.1. Se sim, em quais atividades houve a mudança (lazer, esporte, cultura, religião, educação, trabalho/ocupação, atividade social/comunitária) e de que maneira?
12. Você acha que a violência sofrida no passado afeta hoje a sua vida?

12.1. Se sim, de que maneira e em qual(is) aspecto(s) da sua vida (aspecto individual/social, emocional, comportamental, perspectiva de futuro)?

**III BLOCO: Variáveis sobre o apoio social percebido**

13. Você revelou para qual (is) pessoa(s) sobre a violência sofrida?

14. Na época do episódio da violência, você recebeu apoio?

14.1. Se sim, de quais pessoas ou instituições e de que maneira?

15. Atualmente você recebe apoio de familiares, de amigos ou de outras pessoas?

15.1. Se sim, de quais pessoas recebe apoio e de que maneira?

**IV BLOCO: Variáveis sobre o enfrentamento da violência sofrida**

16. Qual o tipo de violência sexual sofrida (estupro, ato libidinoso, exploração sexual)?

17. Houve recorrência de violência sexual nesses últimos vinte e quatro meses?

18. Como você lida hoje com a violência sofrida há dois anos?

**Agradecemos sua importante colaboração.**

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO Programa de Pós-Graduação em Psicologia Mestrado Acadêmico

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a V. Sra. para participar da Pesquisa “Violência sexual contra mulheres: Repercussões psicossociais após dois anos da agressão”, que tem como pesquisadora responsável Suanma Uchoa de Araujo, email: [suanma@hotmail.com.br](mailto:suanma@hotmail.com.br), fone: 3655-0756, e como pesquisadora orientadora a Prof. Dr.<sup>a</sup> Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas, email: [suelyanm@ufam.edu.br](mailto:suelyanm@ufam.edu.br), fone: 3305-1181, ramal 4127, ambas com o endereço Avenida General Rodrigo Otávio Ramos Jordão, 4200, Setor Sul, Bloco X, Campus Universitário, bairro Coroado. O objetivo da pesquisa é compreender as repercussões psicossociais da violência sexual contra mulheres de Manaus após dois anos da agressão e especificamente descrever o impacto da violência sexual sobre as atividades sociais diárias das mulheres vitimadas a partir de suas percepções; caracterizar as mudanças no apoio social das mulheres vitimadas e identificar de que maneira essas mulheres lidam atualmente com a violência sofrida. O instrumento a ser aplicado é a entrevista semiestruturada com dezoito perguntas, que será realizada por Suanma Uchoa de Araujo e será audiogravada mediante sua autorização. Esses áudios ficarão em arquivo digital sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos após o término da pesquisa. Depois desse período, os áudios serão apagados. Não haverá nenhum benefício direto à V. Sra. pela sua participação, além da colaboração no avanço dos estudos sobre mulheres que foram vítimas de violência sexual. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, essa pesquisa apresenta risco mínimo e caso V. Sra. apresente sofrimento psíquico em decorrência da mobilização de conteúdos emocionais prejudiciais ao responder as perguntas, a pesquisa será interrompida e V. Sra. receberá assistência psicológica imediata fornecido por um dos psicólogos da Maternidade Moura Tapajóz com o acompanhamento psicológico posterior de

seguimento. As informações que coletarmos nessa pesquisa serão mantidas em sigilo. Sua participação é voluntária e V. Sra. pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Se V. Sra. tiver qualquer pergunta, pode perguntar agora ou depois. É garantido o ressarcimento das despesas de V. Sra. com o transporte para a participação na pesquisa e de seu acompanhante quando necessário, que será efetuado na forma pecuniária pela pesquisadora responsável antes da leitura do presente documento e independente de seu aceite de participação. Estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Para qualquer informação V. Sra. poderá entrar em contato com as pesquisadoras através dos telefones e endereço supracitados e com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, localizado na Escola de Enfermagem de Manaus, Rua Teresina, 4950, bairro Adrianópolis, fone: 3305-1181, ramal 2004, email: [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

Fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento, assinada, que vou guardar, a outra via ficará com a pesquisadora.

- ( ) Autorizo a gravação do áudio da entrevista  
 ( ) Não autorizo a gravação do áudio da entrevista

	ou	Impressão dactiloscópica	- - - - -
Assinatura da participante			Data
			- - - - -
Pesquisadora Responsável			Data
			- - - - -
Pesquisadora Orientadora			Data

## ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa



**SEMSA**  
Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Trabalho e Educação - DTRAB  
Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU  
End.: Av. Mario Ypiranga, nº 1.695 - Adrianópolis - Manaus/AM  
T. (92) 3236-8987  
gesau@pmm.am.gov.br  
semsa.manaus.am.gov.br

**Autorização para Pesquisa nº 46 A/2017 – GESAU/SEMSA**

Manaus, 07 de dezembro de 2017.

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA SEMSA

Declaramos para os devidos fins que a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

**TITULO:** VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS APÓS DOIS ANOS DA AGRESSÃO.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** SUANMA UCHOA DE ARAÚJO

**PROFESSOR ORIENTADOR:** SUELY APARECIDA DO NASCIMENTO MASCARENHAS

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**PERÍODO DE REALIZAÇÃO:** 01/11/2017 a 30/12/2017 (data de término retificada)

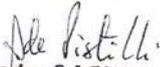
**LOCAIS DA PESQUISA:** SAVVIS da Maternidade Moura Tapajoz

Informamos que o pesquisador responsável apresentou o parecer ético consubstanciado (anuência) emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP assegurando que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares; e os objetivos e a metodologia para seu desenvolvimento não irão interferir no fluxo normal da Instituição; não serão utilizados insumos da SEMSA (recursos humanos, material de expediente etc.); nem gerarão ônus para a Secretaria.

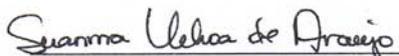
Salientamos que esta autorização foi deferida pela **Coordenação do Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual da Maternidade Dr. Moura Tapajoz**, é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. A mesma corresponde ao projeto básico encaminhado previamente ao gestor do Local da Pesquisa pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde.

Enfatizamos que o PESQUISADOR RESPONSÁVEL SE COMPROMETE em apresentar cópia deste documento ao gestor do Local da Pesquisa.

Dessa forma, solicitamos que a realização da pesquisa seja acompanhada assegurando o bem-estar dos participantes e pesquisadores.

  
**Ademarina C. J. Pistilli**  
Gerência de Gestão da Educação na Saúde

**ADEMARINA C. J. PISTILLI**  
Gerência de Gestão da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação

  
**SUANMA UCHOA DE ARAÚJO**  
Pesquisador (a) Responsável

761094702-44  
CPF

14/12/17  
DATA

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Violência sexual contra mulheres: Repercussões psicossociais após dois anos da agressão.

**Pesquisador:** SUANMA UCHOA DE ARAUJO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74317417.3.0000.5020

**Instituição Proponente:** Faculdade de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.335.100

**Apresentação do Projeto:**

Protocolo em segunda submissão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Mantido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Mantido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Cronograma: Coleta de dados 17/10/2017 15/11/2017

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto: assinada pelo coordenador do programa, Marcelo Calegare.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende a Resolução 466/12 e 510/16.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

**Endereço:** Rua Teresina, 495

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.335.100

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_958110.pdf	29/09/2017 13:17:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mestrado_2017_Suanma_Uchoa.pdf	29/09/2017 13:16:39	SUANMA UCHOA DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/09/2017 12:26:02	SUANMA UCHOA DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	Nova_Folha_de_Rosto.pdf	29/09/2017 12:15:04	SUANMA UCHOA DE ARAUJO	Aceito
Outros	Anuencia_SEMSA.pdf	18/07/2017 15:07:51	SUANMA UCHOA DE ARAUJO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 18 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador)**