

**JAIRA LOPES BRANDÃO CREPSCHI**

---

**SIGNIFICAÇÕES PSICOLÓGICAS DADAS À  
VIOLÊNCIA SEXUAL POR MULHERES ATENDIDAS  
EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO UNIVERSITÁRIO  
– UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO.**

---

**Tese de Doutorado**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato  
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Aloísio José Bedone**

**UNICAMP  
2005**

**JAIRA LOPES BRANDÃO CREPSCHI**

---

**SIGNIFICAÇÕES PSICOLÓGICAS DADAS À  
VIOLÊNCIA SEXUAL POR MULHERES ATENDIDAS  
EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO UNIVERSITÁRIO  
– UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO.**

---

Tese de Doutorado apresentada à  
Pós-Graduação da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para  
obtenção do Título de Doutor em  
Tocoginecologia, área de Ciências  
Biomédicas

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato  
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Aloísio José Bedone**

**UNICAMP  
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

## **BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluno: Jaira Lopes Brandão Crepschi**

---

**Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato**

---

**Co-Orientador: Prof. Dr. Aloísio José Bedone**

### **Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 29 /07/2005.**

## *Dedico esta tese ...*

Aos meus pais **Jacyra e Balbino** que desde a tenra idade me incentivam a estudar, entendendo que este é o melhor caminho a ser seguido, meu profundo agradecimento.

Ao **João Alberto** meu marido e companheiro que sempre me incentivou durante esta jornada científica, sendo que sem sua ajuda nada seria possível, minha eterna gratidão.

Aos filhos **João André e Vinícius** que me apoiaram durante este processo, mesmo em muitas situações onde se viram privados da minha companhia, mas que souberam entender, cada qual a sua maneira, meu grande agradecimento.

A todas **as mulheres ( pedras preciosas)** as quais entrevistei, sem a qual este trabalho não se tornaria realidade.

# Agradecimentos

---

Ao querido **Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato** de quem colhi princípios fundamentais da pesquisa, e despertou em mim a paixão pela mesma. e que não foi somente um orientador, mas guia desta longa viagem.

Ao **Prof. Dr. Aloísio José Bedone**, pelo incentivo e colaboração como co-orientador deste trabalho, meu agradecimento.

A **Profa. Dra. Rosely Morales de Figueiredo** pela sincronia a qual vivenciamos e por proporcionar o encontro com o Prof. Dr. Egberto, fica aqui meu agradecimento.

A **Profa. Dra. Ana Laura Zeni Beretta** que me incentivou a iniciar este caminhar, mostrando- me os primeiros passos, meu grande agradecimento.

As grandes incentivadoras e amigas **Dulce Ap. Siviero Franco e Maria Tereza Ap. Moi Gonçalves**, até me substituindo na coordenação do curso durante este caminhar acadêmico, meu eterno agradecimento.

A Reitora do Centro Universitário Hermínio Ometto **Profa. Dra. Mirian Magalhães de Oliveira Levada**, que me incentivou desde o início deste caminhar, meu agradecimento.

Aos **Meus Colegas de Trabalho** que souberam aceitar minha ausência em momentos cruciais, desta etapa vivida, meu agradecimento.

Agradeço **Márcia de Camargo** que nunca deixou de colaborar e dedicar sua amizade para que este trabalho fosse um sucesso.

A **Sra. Sueli Chaves** grande incentivadora e colaboradora deste trabalho, minha eterna gratidão.

A **Margarete** secretária do Departamento de Pós-Graduação da Tocoginecologia que em todos os momentos não poupou esforços em meu auxílio, com simpatia e delicadeza que lhe são peculiares, meu grande agradecimento.

A **Vanda** bibliotecária do CAISM que sempre me socorreu nos momentos importantes desta etapa acadêmica, meu agradecimento.

A **Enfa. Rosângela Higa** que tanto colaborou durante minha coleta de dados, meu sincero agradecimento.

**Aos colegas do Laboratório de Pesquisas Clínico-Qualitativas da UNICAMP**, onde discutimos a validação dos dados e resultados obtidos, sempre contribuindo com sugestões pertinentes, meu eterno agradecer.

**Enfim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que um sonho tornasse realidade, meu agradecimento.**

*EPÍGRAFE:*

*“uma das coisas que mais devemos evitar é compreender muito, compreender mais do que existe no discurso do sujeito. Interpretar e imaginar que se compreende, não é de modo algum a mesma coisa. É exatamente o contrário. Eu diria mesmo que é na base de uma certa recusa de compreensão que empurramos a porta da compreensão analítica”.*

**Lacan**



# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Resumo

Summary

## INTRODUÇÃO

1 - O problema pesquisado _____	1
1.1 - Considerações preliminares _____	1
2 - Temas relacionados: Revisão Bibliográfica _____	2
2.1 - Aspectos Históricos e Sociológicos da Violência Sexual _____	2
2.2 - Aspectos Psicológicos e de Enfermagem da Violência Sexual _____	13
2.3 - Aspectos Médicos e Epidemiológicos da Violência Sexual _____	20
2.4 - Justificativas da Pesquisa _____	24
1 -HIPOTHESES E OBJETIVOS _____	26
1.1 - Hipóteses Iniciais _____	26
1.2 - Objetivo Geral _____	27
1.3 – Objetivos Específicos _____	27
2 - SUJEITOS E MÉTODOS _____	28
2.1 - Métodos Qualitativos _____	28
2.2 - O Método Clínico-Qualitativo _____	31
2.2.1 - Tratamento dos Dados: categorização e análise de conteúdo qualitativa _____	34
2.3 - Procedimentos Técnicos _____	35
2.3.1 - População da Pesquisa _____	36
2.3.2 - Amonstragem _____	36
2.3.3 - Critérios de Inclusão _____	39
2.3.4 - Instrumento de Coleta de Dados: Entrevista Semidirigida _____	40
2.3.5 - Roteiro de Entrevista: temas e subtemas _____	41
2.3.6 - Tratamento dos Dados: Categorização e Análise do Conteúdo _	42
2.3.6.1 - <i>Corpus</i> Analisado _____	43
2.3.7 - Validade e Confiabilidade dos Instrumentos _____	43
2.3.7.1 - Sobre a Validade _____	43

2.3.7.2 - Técnicas Utilizadas Para Garantir a Validade das Entrevistas	44
2.3.7.2.1 - Anonimato	44
2.3.7.2.2 - Local das Entrevistas	45
2.3.7.2.3 - <i>Setting</i> Físico Estável	45
2.3.8 - Validação Externa	45
2.4 - Cuidados Éticos	46
3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
3.1 - Aspectos Gerais da Coleta de Dados	48
3.1.1 – Características Sociodemográficas das Mulheres Entrevistadas	48
Quadro 1 – Caracterização das Mulheres Entrevistadas	49
3.1.2 – Recusa de Paciente para Entrevista da Pesquisa	50
3.1.3 – Vivências da Entrevistadora Durante a Coleta de Dados	50
3.1.3.1 – Reações de Intenso Carinho Frente Algumas Entrevistadas	51
3.1.3.2 – Reações de Intensa Repulsa ou Hostilidade	52
3.1.3.3 – Reações de Intensa Ansiedade, com freqüência em resposta à resistência da paciente	53
3.1.4 – Expressões Verbais e Não-verbais relevantes observadas durante a coleta de dados	53
3.1.5 – Acolhimento terapêutico durante a coleta de dados	55
3.2 - Vivências envolvendo o ato sexual percebidas pelas entrevistadas	57
3.2.1 - Ritual de Purificação	57
3.2.1.1 - Contaminação	58
3.2.1.2 – Nojo	58
3.2.2 -Vivências de Invasão	60
3.2.3 - Significados do Sangue	61
3.2.3.1 - Sangue Culturalmente	63
3.2.3.2 - Sangue e as Práticas Médicas	64
3.2.3.3 - Sangue Menstrual Como Símbolo de Fertilidade	65
3.2.3.4 - Síndrome Pré-Menstrual	66
3.2.3.5 - Simbolismo Religioso do Sangue	67
3.3 - Sentimentos Predominantes Após a Violência	68
3.3.1 - Medo	69
3.3.2 - Preservação da Vida	71
3.3.3 - Culpa	72
3.3.4 - Raiva	76
3.3.5 - Postura de Vitimização	77
3.4 - Situações Adaptativas relatadas pelas Entrevistadas	79
3.4.1 - Intelectualização	80

3.4.2 - Racionalização _____	81
3.4.3 - Recalque _____	81
3.4.3.1 - Retorno do Recalcado _____	83
3.5 - Tipos Diferentes de Manejos Psicológicos Frente a Reações do Companheiro Imaginadas pela Mulher _____	84
3.5.1 - Apoio oferecido à mulher _____	86
3.5.2 - Revolta contra o agressor _____	88
3.5.3 - Afastamento _____	89
3.5.3.1 - Medo de ficar doente _____	90
3.5.3.2 - Falta de preparo para o uso de preservativos _____	90
3.6 - A percepção das pacientes frente ao acolhimento no Serviço Ambulatorial da UNICAMP _____	91
3.6.1 - O Protocolo de Atendimento de Enfermagem _____	91
3.6.2 - Observações que as entrevistadas fazem ao atendimento oferecido no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM _____	92
4 - CONCLUSÕES e SUGESTÕES _____	97
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	100
6 - BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÃO _____	107
7 - ANEXOS _____	108
Anexo I - Transcrição das Entrevistas _____	108
Anexo II - Roteiro de Campo Com o Instrumento Auxiliar de Pesquisa _____	162
Anexo III - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____	165

# Símbolos, Siglas e Abreviaturas

---

<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
<b>Cds</b>	Compact Disc
<b>CLAVES</b>	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde.
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis.
<b>DTG</b>	Departamento de Tocoginecologia.
<b>EEAS</b>	Enfermeira Examinadora de Agressões Sexuais.
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América.
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas.
<b>FEBRASGO</b>	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.
<b>IML</b>	Instituto Médico Legal.
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde.
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde.
<b>Pitt Bull</b>	Raça de cachorro.
<b>STPT</b>	Síndrome do Transtorno Pós-Traumático.
<b>TPM</b>	Tensão Pré-Menstrual.
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas.

# Resumo

---

O *recorte do objeto* de estudo deste trabalho contemplará uma amostra de mulheres vitimadas pela violência sexual, em seguimento atual no Ambulatório de Atendimento Especial à Mulher após terem sido atendidas na urgência do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher – CAISM/UNICAMP. Nossa hipótese inicial será que as mulheres vitimadas por violência sexual possam identificar (ou se expressarem de maneira a ser possível que a pesquisadora infira) sentimentos vivenciados durante o processo de violência. Diante deste pressuposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer os sentidos e significados, do ponto de vista teórico psicológico e sociocultural, que mulheres vitimadas por violência sexual, atribuem a diversos fenômenos relativos a este processo, a seu tratamento e as várias dimensões de sua vida (família, sexualidade, trabalho, lazer, relações sociais e religiosidade). Para tanto, utilizaremos o *método clínico-qualitativo* que nos leva a discutir e tirar conclusões sobre relações encontradas entre, de um lado, os significados simbólicos dados pelos sujeitos aos fenômenos de sua vida e, de outro, suas crenças e atitudes. A *amostra de sujeitos*, advindos do serviço citado acima, foi intencional construída pela técnica de saturação de dados coletados, definindo assim em campo o número de pessoas a serem estudadas. A *técnica de coleta de*

*dados* a ser empregada foi a Entrevista Semidirigida de Questões Abertas, que permite um contato em profundidade entrevistador-entrevistado, complementada pela observação cuidadosa e global do informante. Para os *procedimentos*, utilizou-se um Roteiro/Diário de campo para anotação dos achados dividido em quatro partes: dados sucintos de identificação da mulher em estudo; o que significou para ela a violência sexual e suas conseqüências biopsicossociais; anotações do comportamento global do sujeito durante a entrevista e dados de auto-observação (reações do tipo contratransferencial); e dados suplementares com informações clínicas sobre a mulher fornecidas pela equipe de saúde responsável. A *técnica de tratamento dos dados* colhidos foi a Análise Qualitativa de Conteúdo propiciando a categorização/subcategorização a partir de leituras flutuantes do conjunto de entrevistas transcritas. A *discussão/interpretação dos resultados* foi feita à luz de um quadro eclético de referenciais teóricos habitualmente usado nas áreas disciplinares da psicologia aplicada à saúde, psicossomática, psicanálise e concepções socioculturais.

# Summary

---

The clipping of the object of study of this work will contemplate a sample of women-victimis of sexual violence, in current pursuing in the Clinic of Special Attendance to the Woman after to have been taken care of in the emergency of Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - CAISM/UNICAMP. Our initial hypothesis will be that the women's feelings identification during the violence process. Ahead of this estimated, the objective of the present study was to know the directions and meanings, of the psychological theoretical point of view and sociocultural way, that women-victimis of sexual violence, attribute the diverse relative phenomena to this process, its treatment and the some dimensions of its life (social family, sexuality, work, leisure, relations and religion). For in such a way, we will use the qualitative -clinic method that in takes them to argue and to take off conclusions on relations found between, of a side, the symbolic meanings data for the citizens to the phenomena of its life and, of another one, its beliefs and attitudes. The sample of citizens, happened of the cited above, intentional service was constructed by the technique of saturation of collected data, thus defining in field the number of people to be studied. The technique of collection of to be used data was the interview semi de opened question, that allows a contact in interviewer-interviewed depth, complemented for the

careful and global comment of the informer. For the procedures, a diary/research of field for notation of the findings divided in four parts was used: data brief of identification of the woman in study; what it meant for it the sexual violence and its biopsicosociais consequences; notations of the global behavior of the citizen during the interview and data of auto-comment (reactions of the contratransferencial type); e given supplemental with clinical information on the woman supplied by the team of responsible health. The technique of treatment of the harvested data was the Qualitative Analysis of Content propitiating the category/subcategory from floating readings of the set of transcribing interviews. The discussion-interpretation of the results was made to the light of an eclectic picture of theoretical referenciais habitually used in the areas to discipline of the psychology applied to the health, psychosomatic, sociocultural psychoanalysis and conceptions.



# Introdução

---

## 1- O PROBLEMA PESQUISADO

### 1.1- CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A presente pesquisa ocupa-se em investigar pacientes mulheres vítimas de violência sexual, a qual assume diferentes significados, que dependem da cultura, do grupo e do momento histórico em que se insere, ou seja, o fenômeno da violência caminha lado a lado com a humanidade. Além disso, a violência sexual representa um sério problema de saúde pública, que implica grande impacto físico e emocional para aqueles que a ela são expostos.

Diante da extensão e da complexidade do fenômeno da violência, surgiu a necessidade de estudos que permitissem uma melhor compreensão sobre a repercussão deste fato no ser humano e na sociedade.

A nosso ver, ainda existe uma lacuna no conhecimento e entendimento dos mecanismos que envolvem a violência sexual contra a mulher, devido ao fato de muitos serviços de saúde não oferecerem atendimento especializado à mulher vítima de violência sexual.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) tem sido pioneiro no atendimento destas mulheres e seus profissionais têm participado da divulgação do problema, criação de normas de atendimento e no treinamento de outros profissionais do país. (Oshikata, 2003).

Surgiu, pois, a necessidade de buscar o entendimento das significações que as mulheres atendidas neste serviço dão à violência sexual à qual foram submetidas.

## **2- TEMAS RELACIONADOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1- Aspectos Históricos e Sociológicos da Violência Sexual:**

Ao falarmos de violência sexual voltada à mulher, faz-se necessário discutir como se desenvolvem os aspectos do preconceito e da discriminação, dirigidos ou velados, que ocorrem em relação ao fato.

Preconceito e discriminação referem-se à questão da violência sexual contra a mulher, devido principalmente às diferenças e multiplicidades sociais emergentes que a compõem, bem como à necessidade de regular os vários aspectos envolvidos nos relacionamentos sociais decorrentes dessas diferenças (Adorno et al, 1985).

Para Minayo (1994), a violência não faz parte da natureza humana e não tem raízes biológicas, portanto trata-se de um complexo e dinâmico

fenômeno biopsicossocial, que tem seu espaço de criação e desenvolvimento na vida em sociedade. A forma pela qual ela se manifesta reflete o tipo de sociedade na qual está inserida, em função de estímulos provenientes desta.

Para compreender a extensão e a complexidade do fenômeno da violência e seu reflexo nas sociedades, sobretudo nas relações humanas, seja no campo individual ou como no institucional, faz-se necessário entender as várias faces destas manifestações. Noronha & Daltro (1991) afirmam que não há um saber universal sobre a violência, já que cada sociedade a define e a julga, segundo seus próprios critérios.

Os Códigos Penais que vigoraram no Brasil, desde a Proclamação da República, mantiveram a discriminação por sexo, a exemplo do crime de adultério: só a mulher era punida em nome da honra. Só a partir do Código Penal de 1940 é que se estabeleceu que a emoção ou a paixão não excluiria a responsabilidade criminal, porém, na prática, esses argumentos continuaram sendo usados para a absolvição dos homens que assassinavam suas mulheres, justificando legítima defesa da honra. (Fontes et al, 1998). Assim, a violência no espaço doméstico, em todas as suas formas de manifestações, esteve presente, sendo aceita socialmente.

Por ser uma categoria historicamente construída, como refere Grossi (1994 a), teve seu significado modificado/ampliado com o processo de lutas e reivindicações do movimento feminista, em cada momento histórico, do mesmo modo que o aborto, como uma questão de saúde, passa a ter

visibilidade pública no conjunto das lutas sociais, com a discussão da violência contra a mulher.

Preconceito e discriminação envolvem a violência sexual da mulher, devido principalmente às diferenças e multiplicidades sociais emergentes que a compõem, bem como a necessidade de regular os vários aspectos envolvidos nos relacionamentos sociais decorrentes dessas diferenças. Adorno et al, (1985).

Assim, a construção do preconceito e a visibilidade das discriminações decorrentes estão duplamente associadas à condição de emergência das diferenças, seja pela afirmação e manipulação da condição da diferença, seja por sua insistente negação ou dissimulação. Em ambos os casos, o não reconhecimento ou a falta de respeito às diferenças se fazem presentes, criando novos padrões de violência. A reflexão, que busca construir uma ponte entre o preconceito e a violência, enfatiza as diversas formas de discriminação e exclusão e compreende os seguintes aspectos: os parâmetros jurídicos em relação a co-existir e a re-conhecer; as ciências sociais diante da construção das diferenças/ dis-semelhanças; os fundamentos conceituais da categoria “preconceito” e suas derivantes, em relação às de discriminação e exclusão social; os mecanismos do preconceito; a relação diferença-preconceito, imagem e racionalização do outro.(Bandeira, 2002).

Podemos citar a pesquisa realizada por Silva (2003) realizada em Salvador – Bahia em um hospital de urgência e emergência, envolvendo 701 mulheres, destas 83% apresentaram, com principal demanda para o serviço

algum problema de saúde e apenas 4% procuraram o atendimento em decorrência de agressão. Entretanto, 46% referiram sofrer ou já ter sofrido algum tipo de violência na vida. Vale ressaltar que a violência física foi referida por 36,5% das mulheres, enquanto que a sexual foi detectada em 18,6%. A violência psicológica, muitas vezes mais difícil de ser identificada, por não deixar marcas visíveis, foi expressa de maneiras variadas, sendo as mais comuns, ofensas com 22,3% e xingamentos com 19,5%. Em todos os tipos de violência, parceiros e ex-parceiros aparecem como o principal agressor, com percentuais variando de 46,5% até 68,7% dos casos.

Considerando o número significativo de mulheres que referiram sofrer ou já ter sofrido alguma situação de violência na vida, percebe-se a necessidade de se ter uma preocupação maior, um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento a essas mulheres que recorrem à unidade de saúde em busca de ajuda para esta situação. As ciências sociais fazem uma discussão ampla no sentido do preconceito e discriminação, como expressões de violência, como tão bem argumenta. (Bandeira 2002).

O clássico de Erving Goffman contribui para a reflexão sobre o preconceito, a partir da categoria do *estigma*. Segundo o autor, o estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena (.) o termo estigma será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem doloroso. (Goffman, 1998).

Seguindo este raciocínio, também o psiquiatra Bertolote, responsável desde 1989 pelo controle de doenças mentais da Organização Mundial do Trabalho (OMS), perguntado, se o trabalho maltrata as mulheres, respondeu que *“as pessoas só prestam atenção para o assédio sexual, mas o fenômeno mais sério e corriqueiro é o assédio burocrático, este que também representa uma violência”*. A mulher é maltratada pelo patrão e submete-se à maior carga de trabalho. (Bertolote, 2000).

Outra faceta do preconceito é com relação à idade da mulher, na qual se percebe claramente os padrões sociais dominantes, visto que jovens mulheres, sexualmente mais atraentes, muitas vezes, são destacadas para cargos superiores, pelo fato das mais velhas esteticamente já não representarem um atrativo na esfera sexual, portanto, estas têm menos chances de progresso profissional, submetendo-se, dessa forma, a uma violência velada, mas que existe. (Bertolote, 2000).

Buscando um melhor entendimento da violência como problema social, várias correntes de pensamento tecem considerações a respeito. Entre as teorias mais gerais descritas por Minayo (1990), encontramos a teoria biologicista, a psicologista, a economicista, a teoria do estado forte e a teoria multidisciplinar defendida pelo Centro Latino-Americano de Estudo de Violência e Saúde (CLAVES).

Só no final da década de 60 é que a violência contra a mulher como um problema social passa a ter visibilidade, a partir dos questionamentos sobre a divisão sexual do trabalho, o papel tradicional da mulher na família e

de estudos sobre as relações familiares e a condição feminina na sociedade, quando as feministas, utilizando abordagens diversas, buscaram resgatar o lugar e a fala das mulheres. Nesta trajetória, o termo violência contra a mulher, num sentido ideológico, torna-se uma categoria política de reivindicação feminista, assim como uma categoria de pesquisa acadêmica.

A teoria biologicista trabalha com a idéia de que a agressividade é algo instintivo da natureza humana, sendo natural e irresistível, como a fome e o instinto sexual. Segundo os teóricos defensores dessa teoria, os genes reproduzidos transmitem determinadas reações específicas, como no caso, a violência. Nesse entendimento, estaria a idéia de que o homem tem um impulso sexual muito maior e, às vezes, insaciável, o que pode legitimar o estupro, a prostituição. Segundo a análise de gênero demonstra, a sexualidade masculina é aquela que domina, controla e que é violenta. (Minayo 1990)

Outro modelo de explicação se baseia em concepções psicologistas que tem o enfoque no indivíduo e tendem a reduzir os fenômenos e processos sociais a um problema de conduta individual e de determinação do indivíduo sobre o social. Consideram que o comportamento do indivíduo é um padrão culturalmente apreendido no qual se estabelece o certo e o errado, prescrevendo-se condutas, sentimentos, valores e atitudes diferenciadas para homens e mulheres desde criança. Ao se estudar a violência e gênero, tentam-se explicar a violência como resultante de certas psicopatologias e, para isso, buscam analisar as características psicológicas, tanto de homens agressores, como de mulheres agredidas. Essas análises da violência refletem as contradições sociais do mundo moderno, isto é,

expressam-se no crescimento das tendências anti-sociais na consciência coletiva, no isolamento e na alienação dos indivíduos. (Minayo, 1990).

Comenta Minayo (1990) que “não são apenas problemas de natureza econômica, como pobreza, que explicam a violência social, embora saibamos que elas são fruto, causa-efeito, o elemento fundamental de uma violência maior, é o próprio modo organizativo-institucional-cultural de determinado povo”.

O Centro Latino-Americano de Estudo de Violência e Saúde – CLAVES pensa a problemática da violência em rede, ou seja, trabalha com a teoria de enfoque multidisciplinar que prevê a articulação das demais teorias, indicando que apenas uma não explica de maneira abrangente todas as facetas da violência. Há o reconhecimento de que a violência estrutural oferece marco à violência do comportamento. Minayo (1990) entende a problemática da violência:

CADA UMA DAS FACETAS TEM SUA FINALIDADE PRÓPRIA E SE  
ENGENDRA A SI MESMA. PORÉM, CADA MANIFESTAÇÃO  
PARTICULAR SE ARTICULA COM AS OUTRAS (.). A VIOLÊNCIA  
DOS INDIVÍDUOS E DOS PEQUENOS GRUPOS DEVE SER  
RELACIONADA COM A VIOLÊNCIA DO ESTADO; A VIOLÊNCIA  
DOS CONFLITOS COM A ORDEM ESTABELECIDADA.



Existe ainda um grupo de estudiosos que tenta explicar a violência, através da teoria do Estado forte, considerando que o crescimento dos índices de criminalidade do país estaria condicionado à falta de autoridade do Estado, entendida como o poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais. Essa teoria omite o papel do domínio econômico e político das classes dominantes nas grandes diferenças sociais.

Quando se tenta enquadrar este fenômeno nos limites de uma definição, corre-se o risco de não mostrar as diferenças específicas a cada grupo humano. Entretanto, para se ter a dimensão da extensão que o problema da violência ocupa na sociedade, são elaboradas definições sobre o fenômeno, com base nos enfoques jurídico, antropológico, sociológico, psicológico, religioso e outros.

Para Aquino (1995), a violência pode ser definida como a violação dos direitos humanos e constrangimento da vontade. Do ponto de vista jurídico, para Sidu (1998), *é o uso do emprego da força para obtenção de um resultado à vontade do outro, podendo exercitar-se em caráter físico ou real (vis corporalis) ou em forma intimidativa (vis compulsiva).*

Observa-se, entretanto que, segundo Minayo (1994), a violência como tema de investigação só começa a ser discutida a partir dos anos 80, quando ocorre o aumento de traumas e mortes por causas violentas na América Latina, o que despertou o interesse de muitas(os) pesquisadoras(es) em estudar esta temática sob o enfoque de várias áreas do conhecimento humano, como a Sociologia, a Antropologia, a Filosofia e as Ciências da Saúde.

No ano 1994, a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) promoveu a “I Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde”, ocasião em que elaborou um plano de ação regional para prevenção e atuação contra o crescimento da violência. Diante da dimensão do problema, a violência passou a ser considerada como um tema prioritário para a saúde.

*A violência, pelo número de vítimas e magnitudes de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. (OPAS, 1993).*

O interesse da área da saúde em investigar a violência está diretamente relacionado às repercussões negativas que este fenômeno traz para a higidez dos indivíduos e suas relações sociais. A violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano, ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidades e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Num esforço de trazer o tema para reflexão, Minayo (1994), nos seus estudos, classificou este fenômeno em:

*Violência Estrutural: entende-se como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica, tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas das famílias, como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes,*

*nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e a morte;*

*Violência da Resistência: constitui-se das diferentes formas de respostas dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural;*

*Violência da Delinqüência: é aquela revelada nas ações fora da lei socialmente reconhecida. A desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo são alguns dos fatores que contribuem para a expansão da delinqüência.*

A manifestação da violência, tanto no espaço público quanto no privado, pode ocorrer de forma clara ou velada. Como exemplo de espaço onde a violência se manifesta de forma velada, podemos citar o ambiente familiar, como o espaço da hierarquia e da subordinação particularmente de mulheres, crianças e idosos, pois os conflitos aí gerados aumentam a insegurança, colocando em risco estes grupos.

Essas manifestações geram conflitos intrafamiliares, que se desenvolvem no espaço domiciliar ou até fora dele, perpassam pela questão de gênero, entendida como uma construção sociocultural sobre os sexos que gera relações assimétricas entre homens e mulheres. Para Minayo (1990), ao analisar a concepção de gênero na visão de John Scott, afirma que esta estudiosa descreve ainda esta categoria como sendo o

conhecimento sobre a diferença sexual, em que se estabelecem significações para as diferenças corporais, de forma que se determine o papel do homem e da mulher.(ibid).

Para Azevedo (1985), violar os direitos fundamentais das mulheres é uma forma de violação da condição do ser humano, de cercear o direito à liberdade do outro, de autonomia, de ir e vir, de manifestar-se, de opinar e pensar. A violência contra a mulher é uma forma específica de violência interpessoal, perpetrada pelo homem e dirigida contra a mulher.

A agressão contra a mulher no espaço domiciliar segue o princípio da ordem e da dominação masculina. Neste espaço, segundo Giffin (1994), é que se encontram os direitos legais do marido sobre a esposa, incluindo o controle pela violência física. *A família é protegida pelo silêncio sobre o que ocorre entre quatro paredes. Longe de ser uma proteção para as mulheres, a família nuclear tradicional tem sido um lugar onde as ocorrências de abuso de crianças, de violência doméstica e de estupro, são sistematicamente ocultadas e negadas.*

Nesta forma de violência a que as mulheres estão expostas, os estudos brasileiros revelam que, na maioria das vezes, o agressor é o marido, ex-marido, companheiro, ex-companheiro e namorado ( Noronha & Daltro, 1991; Diniz, 1997).

Conforme Verardo et al, (1990) os estudos mostram que a violência contra a mulher assume várias formas, como: *violência física* (empurrões, tapas, mordidas, queimaduras, cortes, murros, cárcere; perturbação ou ameaça com arma de fogo ou arma branca; impedimento de trabalhar ou

não garantia do sustento material); *violência emocional* ( uso de palavras como *estúpida, burra, louca, prostituta, gorda, feia*; alegações de que não merece coisas boas; recusa de carinho; ameaça de espancá-la e a seus filhos; ter amizade ou sair; relato de suas aventuras amorosas; acusação de ter amantes; *violência sexual* ( força-a a ter relações e atos sexuais que não lhe agradam ou à prática de sexo com sadismo; obriga-a a ter relações com outras pessoas ou presenciar outras pessoas tendo relações sexuais; comenta suas relações sexuais com outras pessoas e critica seu desempenho sexual); *atos destrutivos* (quebra os móveis, “revira” a casa, joga seus pertences na rua; destrói ou esconde seus documentos pessoais, roupas, fotos ou qualquer coisa que seja importante para castigá-la ou assustá-la) ( Verardo et.al., 1990).

A violência sexual pode ser evidenciada, sob várias formas, e apresenta maneiras diferenciadas de expressão, tais como: estupro, atentado violento ao pudor, de acordo com a conceituação jurídica; abuso sexual e exploração sexual comercial (prostituição), conforme conceituados pela sociologia e antropologia.

## **2.2 - Aspectos Psicológicos e de Enfermagem da Violência Sexual:**

Sempre que a palavra violência é mencionada, vem-nos à mente uma série de imagens, atuais ou ainda recentes, pelas quais somos afetados repetidas vezes. Violência ao mesmo tempo desterritorializada e onipresente, que rompe os limites entre o interior e exterior, que produz efeitos na vida pública e na vida privada (Lowenkron, 2003).

Sabemos que a violência é a mais extrema manifestação da agressão humana.

Benyabar (1998), na esteira de Freud, considera que a agressão é uma ação que provoca dor, humilhação ou dano ao outro ou a si mesmo. Caracteriza-se pelo fato do agressor emitir sinais que alertam o outro, permitindo desenvolver atitudes de defesa, como na guerra. A violência, embora também seja uma ação que provoca dor ou dano no outro, é oculta e impossibilita o outro de se defender, como no terrorismo.

Desta forma, a violência se relaciona à vivência traumática, devido ao fato de o aparelho psíquico não estar preparado para isso. Freire Costa (1984) escreve que essa situação segue o modelo da dor, porque leva o psiquismo a ligar as somas da excitação e posteriormente a fixá-las. Para ele, violência é toda ação traumática que conduz o psiquismo ou a desestruturar-se completamente ou a responder ao trauma, por meio de mecanismos de defesa, análogos à economia da dor.

Na violência, o sujeito é colocado na posição de não obter prazer ou de só buscá-lo como defesa contra o medo da morte.

Por essa situação traumática, podemos compreender a precariedade de elaboração psíquica do sujeito violentado, com dificuldade de representação e simbolização e, muitas vezes, com tendência à somatização ou psicotização. Com isso, o sujeito torna-se inabilitado psicologicamente, destituído de sua subjetividade, desejo e singularidade. Fagundes (2003).

Também tentaram distinguir entre sadismo e violência “o comportamento sádico não é uma tentativa de defender o *self*”. Em contraste, os indivíduos violentos, tendo procurado proximidade, sentem-se aprisionados por um objeto persecutório. À luz da análise de um paciente violento, eles discutem a hipótese da violência como “o desejo de atacar pensamentos em si próprio e no outro”.(ibid).

No seu artigo “A negação”, Freud (1925) discute como o pensamento é um processo mental incorporado, que tem lugar em um corpo. Pensamentos são inicialmente assimilados a coisas físicas, e então a uma atividade psíquica. Trazer coisas para dentro do corpo está na origem da afirmativa, expelir do corpo está na origem da negação.

Violência em psicanálise é uma noção com contornos metapsicológicos imprecisos. A idéia que mais se aproxima do termo, no vocabulário analítico usual, é a do trauma. Porém, nem todo trauma é violento. A fantasia da sedução, por exemplo, é traumática, mas não é, em si, violenta.

Apoiando-se em Freud, costuma-se classificar de “violenta” toda experiência físico-psíquica que, pela repetição ou intensidade, ultrapassa a capacidade de absorção do aparelho psíquico. O critério metapsicológico empregado aqui é o econômico. A violência traumática seria produzida pelo acúmulo de excitações que, rompendo a barreira do dispositivo protetor do ego, desestabiliza a homeostase psíquica, por meio da dor ou angústia.

Clinicamente, o sujeito vítima de um traumatismo desta ordem experimenta pânico, terror, confusão, estupor ou fenômenos conexos, até

que medidas defensivas sejam ativadas. Todos estes sintomas apontam para o despreparo do psiquismo diante da situação inesperada ( Fagundes 2003).

Para Queiroz (2003), “abusar é precisamente ultrapassar os limites e, portanto, transgredir. Abuso contém ainda a noção de poderio, ou seja, o abuso de poder ou de astúcia, de confiança, de lealdade, o que significa que houve uma intenção e que a premeditação. O Abuso sexual é o caso de um indivíduo ser submetido por outro para obter gratificação sexual. Envolve o emprego, uso, persuasão, indução, coerção ou qualquer experiência sexual que interfira na saúde do indivíduo, incluindo componentes físicos, verbais e emocionais”.

Por seu turno, a violência sexual envolve atos que utilizam o corpo como forma de agressão, como:

- Contatos sexuais ou masturbação forçada.
- Participação em cenas pornográficas.
- Relações sexuais impostas (vaginais, anais ou orais).

Sob uma perspectiva psicanalítica, Ferenczi (1992) comenta que pacientes seus que passaram por um trauma como esse ficaram fixados em um estágio do desenvolvimento psíquico que os tornou incapazes de se afirmarem diante de uma situação de desprazer; ou seja, eles passaram a sentir imensa dificuldade em responder a uma agressão sofrida com raiva ou ódio.

Segundo Endo (1997), as experiências de violência sexual provocam o retorno à indiferença, pois é um episódio que reduz o indivíduo a um corpo



frágil e impotente, roubando-lhe um direito primário: o direito ao seu próprio corpo, impedindo-o de exercer sua autonomia.

As vítimas de estupro relatam que se lavam compulsivamente durante algum tempo após a ocorrência, para voltar a sentir limpas; mas o asseio pode ganhar importância demasiada. A culpa pelo que aconteceu antes ou durante o estupro pode estar interferindo na vontade de retomar o contato sexual com seu parceiro. Talvez a vítima se sinta culpada e confusa se seu corpo correspondeu. Sabe-se que pode haver orgasmo em situações extremas, até sob ameaça de vida. O medo e o terror fazem com que o corpo atinja uma excitação enorme, e com uma pressão física suficiente o orgasmo pode ocorrer automaticamente. Isso não quer dizer que a vítima tenha aprovado ou aproveitado o que aconteceu ou teve prazer sexual durante o ataque. Talvez seja impossível tentar compreender ou explicar isso para o parceiro (Adams 2000).

Nos EUA, as vítimas de estupro são chamadas de sobreviventes, denominação esta devendo ser interpretada no sentido positivo, uma vez que são vitoriosas, já que escaparam de morrer; chamá-las de vítimas, ainda que correto, as rebaixa, psicologicamente, ainda mais do que já estão. (Teixeira et al, 1985).

O estupro e a agressão sexual são preocupações para indivíduos, famílias e comunidade. Os ataques sexuais contra mulheres e crianças (sobreviventes mais comuns) resultam em traumas físicos, perturbações psíquicas e espirituais e deterioração dos relacionamentos sociais. A agressão sexual perturba cada aspecto da vida do sobrevivente, incluindo

atividades sociais, relacionamentos interpessoais, emprego e carreira. A agressão sexual não é um ato sexual; em vez disso, é motivada por um desejo de humilhar, de degradar e de dominar a vítima. Os ataques sexuais têm ocorrido há séculos, mas são reconhecidos, atualmente, como um problema de saúde social e pública. (Stuart, 2001).

Uma das primeiras manifestações, após a violência sexual, são o medo, a ansiedade e a raiva (após a violência sexual), que podem durar alguns dias ou perdurar por anos, causando a chamada Síndrome do Transtorno Pós-Traumático (STPT), cuja prevalência atinge 48% das pacientes violentadas (Acierno et al, 1999; Foa e Street, 2001). A STPT é dividida em duas fases: a aguda e a fase de reorganização. A fase aguda dura alguns dias e corresponde ao período de desorganização psíquica, acompanhada de sintomas como o medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão e insônia. A fase de reorganização psíquica é uma fase longa, na qual se impõe a psicoterapia de apoio, podendo a paciente apresentar os seguintes sintomas: transtorno de sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia e anorexia. Estes sintomas podem durar de meses a anos (Acierno et al, 1999).

Segundo o “Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders” (American Psychiatric Association Committee), as mulheres vítimas de estupro podem sofrer de síndrome denominada doença estressante pós-traumática, que se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas após evento psicológico/traumático ou eventos considerados extraordinários, dentro da experiência humana do dia-a-dia (Halbe, 2000).

Para Sheridan (1993), é fundamental a participação da enfermeira no processo do cuidar da violência da mulher.

Os enfermeiros deparam-se com sobreviventes de abuso e de violência em muitos contextos. Entretanto, uma vez que a experiência da violência geralmente é devastadora, os sobreviventes de abuso e de violência são vistos em contextos psiquiátricos, quando se trata de sobrevivente de agressão sexual é tratado em uma sala de emergência. Com frequência a violência é revelada apenas depois do estabelecimento de um relacionamento confiável entre o enfermeiro e paciente.(Stuart & Laraia 2001).

Nos Estados Unidos desde o final da década de 1970 , já existem enfermeiras especializadas em violência contra a mulher. A Enfermeira Examinadora de Agressões Sexuais (EEAS) é uma enfermeira registrada da área forense clínica que recebeu treinamento especializado na provisão de cuidados a vítimas de agressões sexuais. Está envolvida no exame físico e psicossocial e trata da coleta de evidências físicas e interações terapêuticas, para reduzir a um mínimo o trauma, e iniciar a cura, coordenação do encaminhamento e colaboração com instituições de base comunitária envolvidas na reabilitação de vítimas e no processamento judicial da agressão sexual (Townsend, 2002).

A equipe multiprofissional deve ser composta por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais, porém a falta de um desses profissionais na equipe não inviabiliza o atendimento, onde todos deverão se

sensibilizar com a angústia da paciente, garantindo-lhe apoio no atendimento médico e psicológico. (Faúndes et.al., 1997; Brasil, 1999).

Vale ressaltar aqui a importância, da interdisciplinaridade no atendimento a mulher, neste momento tão nevrálgico. Amparando-se em Turato (2003) *“qualquer que seja o pesquisador que aprofunde seus estudos e direcione sua práxis (ação) de modo interdisciplinar, estará contribuindo com esta relevante etapa histórica do desenvolvimento do conhecimento científico geral e de sua epistemologia, que consiste justamente em fazer a “sua” disciplina se interpenetrar com tantas outras sempre num incessante processo, remando contra a fragmentação do saber”*.

### **2.3 - Aspectos Médicos e Epidemiológicos da Violência Sexual no Brasil:**

A violência sexual contra a mulher tem sido, nos últimos tempos, uma preocupação por parte dos profissionais de saúde e da própria comunidade. Incluem-se aqui o próprio Ministério da Saúde e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O problema inclui diferentes manifestações, tais como assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, por causa de dote ou por opção sexual.

No Brasil, nos últimos vinte anos, foram criados serviços voltados para o problema, como: delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais. Têm focado, principalmente, a

violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso. Os estudos feitos nesta área, no Brasil, são basicamente os que são denunciados nas delegacias de defesa da mulher. O problema repercute na saúde das mulheres e na sua qualidade de vida. A violência conjugal e o estupro têm sido associados aos altos índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (Aids), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada.

Os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves. Estudos apontam também para o uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delineando-se, assim, uma clientela expressiva. Estudos internacionais mostram altas prevalências do problema nos serviços de saúde. Pesquisa em atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% das mulheres, relatando violência doméstica a partir dos 18 anos. Já em serviços de emergência, as ocorrências encontradas variam de 22% a 35%, durante a vida da mulher. (Schraiber 2002).

Em se tratando de violência doméstica, poucas mulheres reconhecem terem vivido a violência, por esta estar alocada em seu mundo doméstico.

Apenas 55% daquelas que relataram agressão física e/ou sexual perceberam o vivido como violento. Isto ocorre, provavelmente, porque as mulheres não nomeiam a situação doméstica como violência, que é um termo, via de regra, reservado para expressar o que ocorre no espaço público, como a violência das grandes cidades.

Para Lima (2000), o atendimento de emergência visa tratar as lesões, aliviar os sintomas, prevenir conseqüências tardias de documentar corretamente a avaliação, pois podemos futuramente ser solicitados a fornecer informações fundamentais para a solução do crime, sendo nossa obrigação darmos o melhor em termos de contribuição para o esclarecimento e punição do agente agressor. Nunca esquecer que se houve risco de vida, a urgência do atendimento se impõe, antes mesmo dos aspectos médico-legais. O ideal é que, nesse momento, também a sobrevivente tenha acesso a apoio moral e psicológico, assim tanto ela, como seus familiares, contarão com pessoal capacitado e treinado, atuando como conselheiros e orientando quanto aos diversos procedimentos necessários.

Na obtenção da anamnese, o médico não deverá esquecer do estado psicológico da sobrevivente, atendendo-a com extrema paciência e compreensão. Há necessidade de explicar que as perguntas que irão ser formuladas, apesar de constrangedoras, serão muito importantes para futuras investigações, assim como o exame que será realizado a seguir.

Após a identificação, far-se-á breve histórico sobre o atentado (data, hora, local, violência, ameaça grave etc.). Todas as informações devem ser

cuidadosamente registradas em prontuário médico, com letra legível e sem espaços em branco (Faúndes et al., 1987). É importante perguntar se a vítima se lavou após o atentado, qual a data da última menstruação, da eventual vigência de período fértil quando ocorreu o estupro, do uso de anticoncepcional oral, da prática pelo criminoso de sodomia, felação e ejaculação em outras cópula vaginal (Teixeira,1985). Cada profissional que atender a mulher deverá ser identificado no prontuário, assim como data e hora do atendimento deverão também ser anotadas. Este prontuário será fonte de informação oficial para um laudo indireto do IML ou para o perito nomeado pela autoridade judicial (Faúndes et al, 1987).

O atendimento realizado em setores de mulheres vítimas de violência sexual preocupa-se, em conhecer as características sociodemográficas das mulheres violentadas que procuram atendimento E também assim como a indicação de medicamentos, visando fazer a profilaxia anti-HIV , Hepatite B e efetuar a anticoncepção de emergência. Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso, antes de incidentes mais graves.

Como critério de relevância clínico-epidemiológica, a importância deste estudo reforça-se sobretudo pelo aumento da incidência da violência sexual sofrida pela mulher na região de Campinas – S.P. Segundo dados do CAISM – Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher -, no ano de 2003, foram atendidas 129 mulheres vitimadas pela violência, em acompanhamento preventivo e psicológico .

## **2.4 – JUSTIFICATIVAS DA PESQUISA:**

Como critério de prioridade, a gênese deste trabalho está relacionada a inserção da pesquisadora à área da saúde mental, acompanhando alunos em estágio na graduação em enfermagem, pois ao fazermos consulta de enfermagem em pacientes no ambulatório de saúde mental, inquietou-nos o número crescente de mulheres fragilizadas e doentes por sofrer violência sexual.

Trabalhar no campo da violência à mulher é uma tarefa que ainda é sendo pouco explorada por profissionais da área de saúde, em especial o enfermeiro, que, apesar de ser o profissional mais apto a detectar esse tipo de problema, muitas vezes encontra-se despreparado para envolver-se nessa área. Violência esta, muitas vezes velada, mas que destrói e aniquila o “ser mulher”.

Sabemos que a violência contra a mulher sempre esteve presente no interior das relações conjugais, porém socialmente invisível, pela autoridade outorgada ao homem. No Brasil, durante o período colonial, o homem tinha direito de punir a mulher e a família, se assim o desejasse. As mulheres estavam subordinadas aos pais e aos maridos, sendo consideradas parte de suas propriedades. O poder masculino se colocava acima do poder do Estado.



Há de se considerar as influências externas como determinantes da violência, como; a industrialização e a acelerada urbanização como responsáveis por provocar fortes correntes migratórias de populações que perdem suas referências familiares e raízes culturais, assim como o surgimento de favelas nas periferias urbanas, com péssimas condições de vida, o desemprego, o baixo nível de escolaridade, o grande número de filhos, gerando, portanto estresse e desajuste levando conseqüentemente a comportamentos desviantes. Não se pode negar que essas condições socioeconômicas precárias potencializem o fenômeno, mas não significa que a violência seja um evento próprio da população de baixo nível socioeconômico, pois as pessoas de maiores condições financeiras não estão livres de expressões de violência. Assim, a violência quebra a ordem natural das coisas, o corpo ferido, destruição de sonhos e muitas vezes fim dos planos, subverte a ordem. Mais do que o corpo, a violência sexual machuca a alma, que muitas vezes leva um longo tempo a cicatrizar.

# **1- Hipóteses e Objetivos**

## **1.1 - HIPÓTESES INICIAIS:**

O problema formulado nesta pesquisa parte da premissa que mulheres que foram vítimas de violência sexual possam identificar (ou se expressarem de maneira a ser possível que um pesquisador infira) os sentimentos advindos da situação traumática vivida. Elaboramos as seguintes hipóteses iniciais:

- a) A procura de um serviço médico está envolvida em motivações pessoais e barreiras psicológicas e culturais específicas que as mulheres vítimas de violência sexual vivenciam após esta experiência.
  
- b) O ato da violência sexual gera fantasias e reações emocionais persecutórias, fóbicas, ansiogênicas e depressivas que levam essas mulheres a imaginar uma vida cotidiana futura de conflitos psicológicos.

- c) O ato da violência sexual carrega significações simbólicas atribuídas pela mulher vitimada que a faz supor a vivência futura de condições estigmatizantes.

## **1.2- Objetivo geral**

Conhecer os sentidos e significados, do ponto de vista psicológico e sociocultural, que mulheres vitimadas por violência sexual, atribuem a diversos aspectos desta vivência, a sua abordagem de tratamento e a várias dimensões da vida ( família, sexualidade, trabalho, lazer, relações socioculturais e religiosidade).

## **1.3 - Objetivos específicos**

1. Interpretar as motivações e barreiras emocionais e socio-culturais que mulheres vítimas de violência sexual vivenciam quando do seguimento médico ambulatorial.
2. Interpretar fantasias de como o ato da violência viria e interferiria na vida psicológica e cotidiana destas mulheres.
3. Interpretar as significações socioculturais dadas ao ato por mulheres que foram vitimadas pela violência sexual.

## **2- Sujeitos e Métodos**

### **2.1 - Métodos Qualitativos**

Vários autores das áreas da antropologia cultural e psicanálise têm feito uso dos chamados métodos qualitativos, desde o início do século 20 e, posteriormente, as disciplinas de educação, sociologia, medicina e psicologia também passaram a se valer desses métodos. Essas disciplinas podem ser consideradas como pertencentes, ao menos parcialmente, às ciências do homem (Fontanella,2000).

Em contraposição às ciências naturais, as ciências humanas buscam interpretar as relações de significado presentes nos fenômenos individuais e sociais. Daí o adjetivo *qualitativo*, visto que seus objetivos são de natureza diferente daqueles que caracterizam as ciências naturais, a saber, a busca das relações causais entre os fenômenos observáveis.

A literatura especializada oferece uma caracterização dos métodos qualitativos. Denzin & Lincoln (1994) acentuam suas características *interpretativa* (dos significados que as pessoas dão aos fenômenos por elas vividos) e *naturalística* (isto é, observação dos fenômenos no *setting* natural em que ocorrem). Bogdan & Biklen (1998) complementam essa caracterização, acentuando que os métodos qualitativos procuram *compreender* a experiência humana, *descrever* os significados e *entender o processo* de sua construção pelas pessoas; procuram também observar empiricamente e *pensar sobre a condição humana*, a partir dos eventos concretos.

Vale ressaltar e citar a definição de Morse & Field (1995) sobre os métodos qualitativos:

*Métodos de pesquisa indutivos, holísticos. Êmicos, subjetivos e orientados para o processo, usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a setting.*

O caráter êmico está presente e o conhecimento é produzido, a partir da perspectiva dos sujeitos investigados, sendo eles, de certo modo, co-autores das pesquisas realizadas. O pesquisador apenas descreve e interpreta os sentidos dados, por eles, aos fenômenos.

Fez-se a opção por este método, pois além dos objetivos da pesquisa, também considera-se a importância da clínica, já que os instrumentos da coleta de dados (entrevistas semidirigidas) e o tratamento dos dados (análise de conteúdo) foram obtidos, através da investigação baseada na atitude clínica.

Bleger (1989) preconiza então que os duas pessoas de uma entrevista (entrevistador e entrevistado) nela intervenham como pessoas. De por um lado, o entrevistado modula o campo, de acordo com suas características, enquanto que, por outro, o pesquisador se dispõe a explorá-lo, utilizando-se, para isso, de sua própria história e de suas características psíquicas, o que possibilita que suas intervenções nada mais sejam do que a expressão de seus atributos. Numa entrevista, tanto entrevistador como entrevistado intervêm, por meio de suas própria subjetividade. É natural que pensemos que o entrevistado faça isso, mas tem-se sempre a impressão de que o entrevistador se mantenha neutro e impessoal, ao desenvolver uma atividade como essa. O autor refuta essa perspectiva, na medida em que considera que elementos da história pessoal e da estruturação psíquica do entrevistador interferem no processo e na análise interpretativa que ele fará do conteúdo transmitido por seu entrevistado.

As enfermeiras Morse e Field (1995) enfatizam que o critério da adequação na pesquisa qualitativa se refere à quantidade de dados coletados, o qual é alcançado quando ocorre a saturação, momento em que as variações estariam representadas e compreendidas.

Bogdan e Biklen (1998), por sua vez, referem-se ao fato de que os pesquisadores qualitativos aferem o momento em que devem terminar a coleta. Para eles, o momento da saturação dos dados é aquele em que as informações que foram obtidas tornaram-se redundantes.

A origem de um método com essas bases é na postura ou a *atitude clínica* de um pesquisador que se valha dos atributos de sua prática clínico-

assistencial. A *atitude clínica* requerida de um pesquisador da área da saúde que aborde indivíduos humanos como ‘objetos’ de estudo é assim definida por Turato (2003):

*É a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, interagida com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação, em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre.*

Na definição acima, podemos observar que o autor utiliza os seguintes verbos que promovem ações organizadoras no método clínico, como: acolher, compreender, inclinar-se, olhar, interagir.

## **2.2 - O Método Clínico-Qualitativo**

Para Rubin & Rubin (1995), as definições encontradas nos textos que tratam das pesquisas qualitativas apontam para algumas das especificidades de seu principal método de coleta de dados. Em primeiro

lugar, como já mencionado, a entrevista tem finalidade *exploratória* (quer dizer, é utilizada na abordagem de objetos de estudo ainda pouco conhecidos pelas ciências). Em segundo lugar, tem caráter de *assimetria*: ao contrário de uma conversação informal, ela é mais ou menos dirigida por um dos interlocutores com uma finalidade precisa, que é a de entender de maneira metodologicamente acurada o que o outro diz, sobre um determinado tema.

Seguindo a linha da pesquisa clínico-qualitativa, à qual esta pesquisa encontra-se filiada, há grande adequação na definição de método clínico-qualitativo formulada por (Turato, 2003) :

*...é um estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade). O pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (settings da saúde), e mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afectivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas. Por fim, observa*



*o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado. (Turato, 2003)*

Adequar o enfoque ao objeto de estudo, realizar a escolha de uma estratégia de pesquisa e ajustar o modelo a uma situação específica revelam a arte de um pesquisador. Em nossa pesquisa, buscamos, através do relato das mulheres que sofreram violência sexual, entrar em contato com a percepção destas diante do fato ocorrido. Para tanto, dirigimos-lhes toda a atenção, através da escuta, de modo a podermos captar-lhes a realidade mais profunda desta percepção.

No método clínico-qualitativo, devido à sua aplicação no setting dos cuidados com a saúde, este universo tanto maior quanto específico se volta para os cuidados do binômio saúde-doença, em que o protagonista, em revezamento de papéis, é o Homem em sua plenitude.

Em relação às técnicas a serem utilizadas, é necessário esclarecer que a observação e a entrevista semidirigida de questões abertas, com este instrumento, pode obter dados novos e inesperados dos entrevistados, durante o transcorrer da entrevista. No tocante às pesquisas qualitativas, estas são caracterizadas, por sua vez, por explorarem seu objeto de estudo de forma naturalística, ou abordadas em seu *setting*.

Nos vários segmentos técnico-profissionais relacionados à saúde mental e psicologia dos cuidados com a saúde, haverá áreas multidisciplinares como são, pessoas são abordadas quanto ao seu estado psíquico, sua história, seus anseios mais gerais, suas motivações para se tratarem ou para tratarem de outras pessoas, suas inquietações etc. Assim,

a situação de contato direto entre duas ou mais pessoas é o que precisamente se pode considerar o *setting* natural, onde ocorrem os fenômenos nestas áreas. Portanto, um instrumento que coloque frente a frente duas ou mais pessoas, com o objetivo de uma delas conhecer melhor o que se passa com a outra, será o melhor instrumento para estudar tais fenômenos. Se eles não foram ainda explorados, descritos e caracterizados, estamos diante de algo ainda não quantificável e preferencialmente elegível por métodos qualitativos como objeto de estudo. Fontanella (2000).

#### 2.2.1 - Tratamento dos dados: categorização e análise de conteúdo qualitativa

Após a transcrição das entrevistas, iniciamos a leitura flutuante delas, e assim, iniciou-se o processo de tratamento dos dados. As inferências foram organizadas em categorias e subcategorias, que são os conjuntos e subconjuntos ideativos formados, a partir do trabalho de discriminação que o pesquisador faz daqueles índices observados.

Bardin (1979) define categorização desta maneira: “é uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia)”

Vários são os caminhos que podem ser percorridos, quando a finalidade é a realização de uma análise de conteúdo. Os procedimentos variam, conforme seja o objetivo, em fases ou etapas. São iniciados, em geral, com uma leitura globalizada do material, passando, em seguida, por

um recorde de suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes, em correlação com o todo.

Assim, a operação de classificação e codificação dos conteúdos do texto é um raciocínio indutivo: parte dos dados da observação em seu estado bruto e chega a construções mais abstratas e gerais que sintetizam o texto analisado. A operação de codificação possibilita uma aplicação provisória destas construções abstratas na interpretação dos dados, devendo ser posteriormente refinadas. A categorização é, portanto, uma técnica que serve à análise de conteúdo que se pretende utilizar sobre as entrevistas transcritas; de maneira que ela não é uma *finalidade* da pesquisa qualitativa, mas um *instrumento* da análise de conteúdo, servindo para organizar e descrever o conteúdo e possibilitar um posterior refinamento de análise; serve, portanto, a uma hermenêutica do *corpus*. (Fontanella,2000).

### **2.3- PROCEDIMENTOS TÉCNICOS**

Para a coleta de dados, utilizamos um roteiro de campo (Anexo II) dividido da seguinte forma; a primeira parte foi dedicada à identificação biodemográfica do sujeito (dados de identificação pessoal da entrevistada); a segunda, a mais relevante, buscou conhecer as vivências da paciente, após ter sofrido a violência sexual e, em função disso, ter alterado suas atividades e, principalmente, seus relacionamentos; na terceira parte, anotamos dados

de observação frente à informante e a auto-observação da entrevistadora; a quarta e última parte fica reservada para dados suplementares, como informações clínicas sobre a paciente, obtidas no prontuário e/ou com a equipe de saúde responsável, quando for relevante.

### **2.3.1 – População da Pesquisa:**

A população pesquisada foi de sujeitos, em particular, mulheres que foram vítimas de violência sexual, atendidas no Ambulatório de Atendimento Especial – CAISM. A pesquisa concentrou-se no momento do segundo comparecimento destes sujeitos ao Ambulatório, e teve, como condição *sine qua non*, a sua concordância em participar da pesquisa espontaneamente.

### **2.3.2 – Amostragem**

A amostragem nas pesquisas qualitativas difere da maneira como se faz nas pesquisas quantitativas epidemiológicas. Neste método, trabalham-se as amostragens propositais, também chamadas intencionais ou deliberadas, enquanto que, nas pesquisas com métodos quantitativos, a seleção dos indivíduos da amostra geralmente é feita, levando-se em conta a randomização: a representatividade em relação à população-alvo de

estudo e a casualidade da escolha (todos os indivíduos do universo pesquisado teriam a chance de serem incluídos na amostra).

Neste trabalho utilizou-se uma amostragem intencional, obtida por saturação, na qual procurou-se incluir indivíduos com diferentes características demográficas e clínicas, portanto, uma amostragem intencional, obtida também por variedade de tipos.

A opção por este tipo de amostra decorre dos objetivos da pesquisa, sendo a seleção dos elementos que a compõem um dos procedimentos para atingi-los. Nossa proposta foi explorar os fenômenos vividos por mulheres vítimas de violência sexual. Desta maneira, decidiu-se por compor a amostra com mulheres que pudessem fornecer subsídios para este fim. Optamos por uma amostra que contemplasse vários tipos de mulheres vitimadas pela violência sexual, e que pudessem fornecer informações sobre a violência sofrida, até o ponto em que elas se tornassem repetitivas. Trata-se portanto de uma amostragem intencional por variedade de tipos e por saturação.

A amostra desta pesquisa foi composta de 13 (treze) mulheres, número resultado das maneiras de obtenção de elementos amostrais descritos. Antes de caracterizá-la, é necessário ponderar sobre outra questão que freqüentemente vem à tona, quando se avaliam pesquisas qualitativas: o tamanho da amostra.

Como não se objetivam inferências estatísticas, o tamanho da amostra, nas pesquisas qualitativas, vai decorrer de necessidades não matemáticas. O que se pergunta freqüentemente a este respeito é de qual é o tamanho ideal da amostra para uma determinada pesquisa qualitativa.

Com relação a isso, Sandelowski (1995) afirma:

*Um tamanho adequado de amostra em pesquisa qualitativa é a que permite – em virtude de não ser muito grande – a profundidade e a análise orientada para o caso, que é uma marca de todos os inquéritos qualitativos, e que resulta – em virtude de não ser muito pequena – numa nova e ricamente tecida compreensão da experiência.*

Lévi-Strauss (1985) também traz contribuição fundamental à respeito da questão, ao afirmar que:

*Ou bem estudar numerosos casos de uma maneira sempre superficial e sem grande resultado, ou bem se limitar resolutamente à análise aprofundada de um pequeno número de casos e provar, assim, que no fim de contas, uma experiência bem feita vale por uma demonstração.*

A seguir, apresentamos de que forma a amostra de treze entrevistadas foi finalmente constituída.

A partir de um determinado dia, após ter recebido o aval do Comitê de Ética da FCM, iniciou-se a pesquisa, com a participação consentida das pacientes que vinham para acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia para Atendimento Especial do CAISM – Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP. Por adesão ao tratamento proposto,

entenda-se uma postura de aceitação, por parte das pacientes, que aceitaram prontamente participar da pesquisa.

### 2.3.3 - Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão à pesquisa foram:

- serem pacientes atendidas no ambulatório acima citado, maiores de dezoito anos no universo desta pesquisa, com idade de 19 a 41 anos; a concordância em participar da pesquisa;
- a ocorrência da violência sexual num período de até trinta dias passados.
- terem condições intelectual, emocional e física consideradas adequadas para a participação de uma entrevista, de até cerca de duas horas de duração. Esses critérios de inclusão são parcialmente correspondentes com os posteriormente preconizados por Turato (2003) para estudos qualitativos clínico-psicológicos com pacientes.

Verificou-se, no decorrer das entrevistas, que as pessoas incluídas no estudo configuravam uma amostra heterogênea, como era desejado.

### 2.3.4 – Instrumento de Coleta de dados: Entrevista Semidirigida

A entrevista é um instrumento particularmente útil nas pesquisas de campo do tipo exploratória, isto é, objetivam familiarizar o pesquisador com fenômenos ainda pouco conhecidos.

Portanto, nos vários seguimentos técnico-profissionais relacionados à saúde mental e à psicologia dos cuidados com a saúde, áreas multidisciplinares como são, pessoas são abordadas quanto ao seu estado psíquico, sua história, seus anseios mais gerais, suas motivações para se tratarem ou para tratarem outras pessoas, suas inquietações etc. (Fontanella, 2000).

Os instrumentos que privilegiam todas estas particularidades são a *entrevista aberta (não dirigida* ou também chamada *em profundidade)* e a *entrevista semidirigida*. Ao utiliza-los, os sujeitos pesquisados poderão revelar os significados que atribuem às suas vivências pessoais, quanto às questões de sua saúde e doença, possibilitando ao pesquisador tanto dispor destes dados, de forma descritiva, como inferir o conteúdo latente e a psicodinâmica destas vivências.

Assim, a entrevista deve ser um fenômeno de completa interação entre o sujeito da pesquisa e o entrevistador, como podemos depreender das reflexões de Bleger (1989).

*Relação entre duas ou mais pessoas em que estas intervêm como tais. Para sublinhar o aspecto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos*



*integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo este conhecimento.*

As entrevistas seriam semanais e exclusivas com uma única paciente que vinha para o ambulatório de ginecologia. As participantes assinaram um Termo de Consentimento (Anexo III), analisado e aprovado, juntamente com o projeto de pesquisa, pela Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, segundo parecer anexado – (Anexo VI)

#### 2.3.5 – Roteiro de Entrevista: tema e subtemas

As entrevistas desta pesquisa tiveram um núcleo composto de um tema principal - O que está representando emocionalmente o acontecido (o ato da violência sexual) e alguns subtemas - Reação da família e de conhecidos, quando souberam do acontecido; atendimento na delegacia de polícia ou IML; tratamento médico em termos emocionais; vida amorosa e sexual, após a ocorrência do ato violento; a religião e a maneira de ver o mundo após a violência, os quais foram abordados com todos os entrevistados. É plausível dizer que outros tópicos adquiriram relevância maior em uma ou outra entrevista, mas certas informações complementares aos temas propostos foram sempre obtidas.

Foram feitas duas entrevistas de aculturação que serviram para melhor ajustar a lista de tema e subtemas, além de servirem como ambientação (*setting*) de entrevista para a pesquisa.

Verificou-se, no decorrer das entrevistas, que as pessoas incluídas no estudo configuravam uma amostra heterogênea, como era desejado.

### 2.3.6 – Tratamento dos Dados: categorização e análise do conteúdo:

Os dados obtidos nas treze entrevistas semidirigidas foram submetidos a um processo de categorização e análise de conteúdo. Em seu estado original (o *corpus* transcrito), compõem o Anexo 1. Os dados já categorizados e a discussão feita estão no Capítulo 3. Antes dele, procuramos justificar metodologicamente a fase de tratamento dos dados obtidos.

Para isso, foram discutidos os seguintes pontos: o estabelecimento do *corpus* que seria analisado; visto que os dados obtidos e a categorização realizada foram considerados cientificamente válidos e confiáveis, bem como a validação envolvendo as técnicas de maximização da validade.

### 2.3.6.1 - *Corpus Analisado*

Nos métodos qualitativos, os pesquisadores da área da saúde, ao se referirem aos dados coletados que serão tratados e discutidos, geralmente utilizam dois tipos de materiais escritos: as transcrições das entrevistas gravadas e as anotações livres feitas durante as entrevistas ou logo em seguida a elas. Estarão disponíveis aos leitores somente as transcrições diretas das gravações de áudio, sendo o *corpus* configurado dessa forma.

No tratamento dos dados e na discussão destes resultados, foram utilizadas as anotações livres, efetuadas pelo pesquisador, que envolveram o comportamento não-verbal das entrevistadas, considerado fundamental na pesquisa.

O processo de indução, que se realiza no tratamento dos elementos de uma comunicação, efetiva-se a partir da presença de determinados índices evidenciados pela pesquisadora. Tais índices remetem aos antecedentes sociais, históricos e psíquicos do que é comunicado pela entrevistada e, igualmente, aos resultados dessa comunicação, sobre a própria entrevistadora.

## 2.3.7 – Validade e Confiabilidade dos Instrumentos:

### 2.3.7.1 – Sobre a Validade

Nos trabalhos qualitativos da área da saúde, os pesquisadores obtêm seus dados, a partir de entrevistas abertas ou semidirigidas em que se procura garantir o espaço para a expressão mais livre possível de seus entrevistados.

#### 2.3.7.2 – Técnicas utilizadas para garantir a validade das entrevistas

Nas pesquisas qualitativas, enfatiza-se, com rigor, a validade dos instrumentos, isto é, buscam-se recursos instrumentais para se atingir a veracidade quanto ao objeto de estudo ou, em outras palavras, investe-se na capacidade de os instrumentos utilizados evitarem os erros, ao serem aplicados tais instrumentos.

##### 2.3.7.2.1 – Anonimato

Garante-se o anonimato da entrevistada, bem como dá-se a ela a garantia de que não serão veiculadas as informações que possam, mesmo indiretamente, identificá-la. Esta garantia estende-se ao transcritor das gravações feitas.

#### 2.3.7.2.2 – Local das Entrevistas

Nesta pesquisa, utilizamos os ambientes onde as pacientes vinham para o tratamento médico, assim este local não lhes era desconhecido, pois já tinham comparecido neste local pelo menos uma vez.

#### 2.3.7.2.3 – *Setting* físico estável

As entrevistas foram individuais, sendo que os contatos eram feitas anteriormente aos procedimentos médicos e as entrevistas marcadas após esses procedimentos.

#### 2.3.8 -Validação Externa:

Esta etapa do trabalho inclui a supervisão com o orientador, a discussão dos achados com os pares no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa – UNICAMP, buscando-se, desta maneira, a validação através dos pares, bem como a discussão dos resultados preliminares em eventos científicos.

## **2.4 – Cuidados Éticos:**

O projeto do estudo foi submetido preliminarmente à Comissão de Pesquisa do DTG/UNICAMP, tendo sido aprovado. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, tendo sido aprovado, conforme Protocolo de Pesquisa Número 297/2004. Após esses procedimentos, demos início à coleta de dados.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com as resoluções 196/96 e 251/97, foi assinado pelas participantes da presente pesquisa, após mútua apresentação e explanação dos procedimentos da pesquisa, incluindo a leitura do termo por esta pesquisadora, e com a anuência das mesmas assinaram o referido termo.

As mulheres que participaram da coleta de dados foram voluntárias, sendo explicado que esta pesquisa não fazia parte dos procedimentos rotineiros, e que sua adesão à entrevista não casuaria prejuízo a seu atendimento.

Também, por questões éticas, inicialmente utilizamos números para cada paciente, que depois alteramos por nomes de pedras preciosas, o que, desta maneira, favoreceu o sigilo proposto.



# **3-Resultados e Discussão**

---

## **3.1 – Aspectos Gerais da Coleta de Dados:**

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no Ambulatório de Atendimento Especial – CAISM/UNICAMP que sofreram violência sexual, e que faziam acompanhamento no ambulatório acima citado. Assim pudemos entrevistar uma amostra heterogênea.

### **3.1.1 – Características Sociodemográficas das Mulheres**

#### **Entrevistadas:**

No QUADRO 1 fizemos a caracterização das mulheres entrevistadas, com seus pseudônimos, segundo; idade; estado civil; religião; escolaridade; profissão e procedência. Vale ressaltar que outros dados encontram-se no Anexo I, antes de cada entrevista.



<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Religião</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Procedência</b>
<b>Água Marinha</b>	19 anos	Amasiada	Católica	1° Grau	Do Lar	Campinas- SP
<b>Citrino</b>	23 anos	Solteira	Católica	3° Grau	Advogada	Jaguariúna - SP
<b>Diamante</b>	29 anos	Amasiada	Evangélica	1° Grau	Do Lar	Campinas- SP
<b>Ametista</b>	41 anos	Casada	Católica	1° Grau	Auxiliar de Limpeza	Mogi-Mirim _ SP
<b>Esmeralda</b>	21 anos	Solteira	Católica	2° Grau	Do Lar	Campinas- SP
<b>Jade</b>	21 anos	Solteira	Evangélica	1° Grau	Auxiliar de Escritório	Campinas- SP
<b>Topázio</b>	20 anos	Solteira	Evangélica	1° Grau	Profissional do Sexo	Campinas- SP
<b>Rubi</b>	23 anos	Amasiada	Evangélica	1° Grau	Auxiliar de Enfermagem	Campinas- SP
<b>Safira</b>	19 anos	Casada	Evangélica	1° Grau	Do Lar	Sumaré - SP
<b>Pérola</b>	32 anos	Casada	Católica	1° Grau	Do Lar	Sumaré - SP
<b>Turquesa</b>	25 anos	Solteira	Católica	1° Grau	Industriária	Sumaré - SP
<b>Peridoto</b>	35 anos	Solteira	Católica	2° Grau	Auxiliar Administrativa	Campinas- SP
<b>Turmalina</b>	19 anos	Solteira	Católica	3° Grau/Incomp.	Estudante de Psicologia	Campinas- SP

### **QUADRO 1 – Caracterização das Mulheres entrevistadas:**

### **3.1.2 – Recusa de Paciente para Entrevista da Pesquisa:**

Durante a coleta de dados desta pesquisa tivemos a recusa de participação de somente uma mulher, alegando que a entrevista potencialmente traria angústia por deixar à tona vivências traumáticas.

### **3.1.3 – Vivências da Entrevistadora Durante a Coleta de Dados:**

Este aspecto remete-nos à idéia de sentimentos e atitudes normalmente esperados no profissional em interlocução com as pessoas alvo de seu trabalho. Comentamos a seguir algumas reações do tipo contratransferencial vivenciadas durante a coleta de dados.

A contratransferência é o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste. (Laplanche e Pontalis 1999).

Para Stuart & Laraia (2001) contratransferência é um impasse terapêutico criado pela resposta emocional do enfermeiro gerada pelas qualidades do paciente. Essa resposta pode ser inadequada ao conteúdo e

ao contexto do relacionamento terapêutico ou inadequada no grau de intensidade da emoção.

Para os autores as reações de contranferência geralmente são de três espécies:

- ✓ Reações de intenso amor e carinho;
- ✓ Reações de intensa repulsa ou hostilidade;
- ✓ Reações de intensa ansiedade, com freqüência em resposta à resistência do paciente.

Apoiando-se nos autores acima citados , faremos uma classificação, a título de informação geral diante das vivências que a entrevistadora pode constatar, sendo:

#### 3.1.3.1 - Reações de intenso carinho frente algumas entrevistadas:

Acreditamos que devido aos diferentes universos sócio-culturais, fica evidente que a entrevistadora se sensibilizasse com as pacientes **Citrino** e **Turmalina**, qual fizemos anotações após a entrevista como: Foi um poço de emoções, a paciente sensibilizou esta entrevistadora, que colocou-se no lugar da mesma. Esta anotação foi feita logo após a entrevista da mulher **Citrino**.

Em outra entrevista com a paciente **Turmalina** foi feita a seguinte anotação pela pesquisadora: Paciente com boa aparência, fala bem, é estudante universitária, esta entrevistadora a vê como se fosse sua filha, passando por esta situação de tanto sofrimento psíquico como esta.

Houve também grande carga emocional ao realizar a entrevista com a mulher **Ametista**, pois a mesma chorou muito durante as falas, e a entrevistadora teve reação de intenso carinho, acreditamos que seja pela proximidade de idade entre ambas.

### 3.1.3.2- Reações de intensa repulsa ou hostilidade:

Esta reação somente foi identificada pela entrevistadora diante da paciente **Água Marinha**, em que foi feito o seguinte comentário após a entrevista: Paciente meio estranha e confusa, pois fala do marido e ao mesmo tempo do novo namorado, justificando que o marido não a apoiou, mas entendemos que a mesma quer se apoiar financeiramente neste.

E ainda, esta entrevistadora não se sentiu à vontade, pois a paciente não dava abertura para tal.

### 3.1.3.3 - Reações de intensa ansiedade, com frequência em resposta à resistência da paciente:

Na entrevista com a paciente **Rubi** pudemos perceber certa resistência da mesma, que em muitos momentos queria fugir do assunto central, e talvez do mais nevrálgico, que é o trauma sexual que estava vivenciando, em que a paciente “cedeu sexualmente” para satisfazer o marido.

Outra reação aconteceu diante da paciente **Jade**, a qual proporcionou sentimentos de estranhamento para a pesquisadora, pois ao falar não expressava emoção.

### **3.1.4 - Expressões verbais e não-verbais relevantes observadas durante a coleta dos dados:**

Recorremos aqui a inquestionável função que a comunicação terapêutica exerce durante o processo de coleta de dados durante uma pesquisa envolvendo pessoas e seus sentimentos e significados.

A comunicação pode facilitar a criação de um relacionamento terapêutico ou servir de uma barreira para seu desenvolvimento. De acordo com Carkhoff e Truax <sup>8</sup>, “o ingrediente central do processo psicoterapêutico parece ser a capacidade do terapeuta de *perceber e comunicar*, com

sensibilidade e correção, os sentimentos do paciente e o significado desses sentimentos”. Isto posto, todo comportamento é comunicação, e toda comunicação afeta o comportamento. Stuart & Laraia (2001).

Entendemos que durante as entrevistas não somente o que foi dito, mas as observações e anotações que a entrevistadora fez, são de real importância, pois desta maneira explícita até o que não foi verbalizado, mas foi comunicado.

A comunicação não-verbal inclui tudo o que não envolve a palavra escrita e falada, abrangendo todos os cinco sentidos. Estima-se que cerca de 7 % do significado sejam transmitidos pelas palavras, 38% por indicadores paralinguísticos, como a voz, e 55% por sugestões corporais. A comunicação não-verbal com frequência tem motivos inconscientes e pode indicar com maior precisão o que uma pessoa quer dizer do que as palavras que estão sendo ditas. As pessoas tendem a verbalizar o que acham que o ouvinte deseja escutar, enquanto mensagens menos aceitáveis ou mais honestas podem ser comunicadas simultaneamente, pela via não-verbal. Stuart & Laraia (2001).

A paciente **Pérola** causou estranhamento para a entrevistadora, pois a mulher tinha características interessantes, usava brincos e anéis grandes e blusa da cor vermelha, era de estatura pequena, maquiagem extravagante, a entrevistada se mostrou ser uma pessoa animada e extrovertida, (o que impressionou) quando esta começa a falar, percebe-se então o desânimo ao se colocar, com traços muitos negativos em relação à vida.

A entrevista com **Topázio** surpreendeu a entrevistadora. Por se tratar de uma mulher que é profissional do sexo, supõem-se que a mesma relaciona-se bem com as questões de ordem sexual, porém, quando o contrato verbal previamente estabelecido, é rompido pelo contratante, inicia-se a violência sexual. Durante a entrevista surgiram algumas curiosidades, as quais não foram esclarecidas, por esta (entrevistadora) julgar que seria invasão de privacidade. Observou-se também incoerência em algumas falas, já que em alguns momentos a paciente se refere aos programas sexuais como passado e em outros como presente.

### **3.1.5 - Acolhimento Terapêutico durante a coleta de dados:**

Como comentado por Turato (2003) existem alguns fatores facilitadores para a realização de uma entrevista, pois as pessoas em geral e pacientes comumente, aprez contar coisas de si, sentindo-se satisfeitos por alguém estar interessado neles. A oportunidade para momentos catárticos. Facilitando o aumento da esfera da própria consciência sobre suas condições de acometido pelo problema em estudo. O pesquisador apresenta-se como profissional da área da saúde, em que o entrevistado poderá projetar a figura da pessoa boa e crível, que se presta realmente a ouvir e a aceitar as coisas como forem ditas. Devendo também garantir o sigilo das falas do entrevistado. E o paciente sente-se importante e útil em ser convidado a colaborar em estudos científicos, sabendo que suas

informações podem vir a ajudar direta ou indiretamente pessoas em condições semelhantes à sua.

No final da entrevista a pesquisadora pergunta: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo o que conversamos?. Algumas mulheres responderam positivamente, ou seja, levando-nos a supor que, houve um acolhimento terapêutico durante este momento, como nas falas abaixo:

**Ametista:** *“Acho que foi bom, até falei demais, consegui desabafar, eu estava passando por momentos difíceis. Até respondi o que você me perguntou”.*

**Rubi:** *“Acho importante esse tipo de trabalho, se der para colaborar, acho legal tá participando, não sei como, sei lá que as pessoas tenham um recurso melhor. Falar para profissional não tenho problema”.*

**Turmalina:** *“É engraçado, estava sentada ali na sala de espera e fiquei pensando, as outras meninas ali também devem ter passado por isso, a gente nunca acha que vai acontecer com a gente. Acho que é isso”.*

A seguir, apresentaremos a discussão das cinco categorias eleitas a partir do tratamento global das entrevistas, sendo que, as três primeiras categorias apresentadas neste trabalho foram previamente postas pelos



objetivos propostos; ao passo que as duas últimas emergiram durante as discussões com os pares do grupo de pesquisa, consoante à anuência da pesquisadora.

### **3.2 - Vivências envolvendo o ato sexual percebidas pelas entrevistadas:**

O ato sexual como principal enfoque no fator violência sexual, em que pessoas se interrelacionam de forma prazerosa, neste momento após terem passado pela experiência da violência sexual, transforma-se em desprazer com grande carga violenta envolvida por um parceiro estranho e não aceito pela mulher.

#### **3.2.1- Ritual de Purificação**

Neste contexto, entendemos por ritual de purificação, as ações praticadas pela mulher (vítima de violência sexual) para sentir-se limpa e pura, ou seja, livre de fluídos corporais do estranho que a violentou. Estes rituais foram utilizados pelas mulheres, para melhor lidar com as vivências abaixo.

### 3.2.1.1 - Contaminação

É lícito supor que a idéia de contaminação se faz presente para muitas mulheres que sofreram violência sexual, buscando para o alívio da ansiedade, o lavar-se, com o sentido de retirar do corpo o que é “corpo estranho”, se é que assim podemos classificar.

**Turquesa:** *“Fico querendo tomar banho toda hora, parece que tou suja ainda não consigo ficar sozinha”.*

### 3.2.1.2 – Nojo

Se formos procurar a definição em dicionário podemos encontrar alguns sinônimos como; repugnância, repulsão e repulsa para a palavra aversão. É comum algumas vítimas de violência sexual relatarem que sentiram sujas, com nojo de si mesmas, e que para aliviar estas sensações fazem ritual de purificação.

As vítimas de estupro relatam que se lavam compulsivamente durante algum tempo após a ocorrência, para voltar a sentir limpas; mas o asseio pode ganhar importância demasiada (Adams, 2000).

Recorremos, assim ao conceito psicanalítico dado pelo autor, onde:

*“O nojo como motivo de defesa dirige-se, na certa, contra exigências orais, fato que o relaciona com os sentimentos de culpa. De fato, há*

*sentimentos de nojo que se assemelham muito a certos tipos de sentimentos de culpa; por exemplo, o nojo de si mesmo. Fenichel (2000).*

É lícito supor que as falas abaixo refletem o sentimento de nojo o qual as mulheres sentiram diante o fenômeno da violência.

**Diamante:** *“tinha um complexo de inferioridade por achar que estava gorda, agora tenho nojo, muito nojo”.*

*“Ah! Não falei, ele usava uma luva de lã e os dois dedos menores estavam de fora, vejo toda hora isso, umas unhas grandes, que me arranhavam. Ah! Me dá tanto nojo, só de lembrar”.*

O relato abaixo, explicita a sensação de nojo, ao colocar a questão do “livrar-se da sujeira”, após a violência sofrida pela mulher :

*“Além do que senti nojo, depois fiquei um bom tempo no chuveiro, tentando me livrar daquela sujeira, foi horrível”.* **Citrino**

Também podemos classificar o nojo como mecanismo de anulação que é a compulsão, num exemplo muito simples é a compulsão em lavar-se a toda hora: a lavagem faz-se necessária como meio de anular um ato anterior “que sujou”, um ato “sujo” (real ou imaginário). Fenichel (2000).

### 3.2.2 – Vivências de Invasão

A “invasão da intimidade sexual” pode causar desestruturação na organização psíquica, na auto-estima e na vida pessoal, havendo necessidade de cuidados nesse sentido (Maia 2000).

A fantasia da invasão sexual é observável na fala da mulher abaixo :

**Rubi:** *“Fico pensando que estou suja, invadida sei lá!”.*

O que nos parece significar esta invasão, que nosso corpo, ao ser invadido por via sexual, remexe com nosso ‘eu” mais íntimo nos remetendo a essa desestruturação psíquica, que desorganiza o cotidiano e até mesmo o relacionar-se com as pessoas.

O corpo é essencialmente sensorial. Só se legitima pelo contato com outro corpo, nunca pela palavra. Concordo com o psicoterapeuta José Ângelo Gaiarsa quando argumenta que o contato corporal é tão vitalizante quanto a nutrição (Montgomery 1997).

O autor discute o toque, quando há consentimento entre as pessoas, é lícito supor que mulheres vitimadas por violência sexual, querem receber o toque do companheiro, para desta maneira concretizar que este sim é um toque legítimo, a qual provoca-lhe sensações prazerosas. A entrevistada citada abaixo relata de maneira metafórica, que são recursos às quais as pessoas utilizam para manifestar sentimentos.

**Peridoto:** “ Sabe queria ser tocada, amada e ter uma relação sexual, pois seria assim como se fosse uma lavagem na alma e no corpo”.

### 3.2.3 - Significados do sangue

A experiência humana do sangue, como um líquido vital circulando dentro do corpo e que aparece na superfície em casos de ferimento, doença, menstruação ou parto. É importante lembrar que as concepções leigas do sangue envolvem muito mais do que as ações fisiológicas perceptíveis; o sangue constitui-se numa imagem poderosa de diversos elementos sociais, físicos e psicológicos.

É o que Victor Turner chama de “um símbolo multivocal”, ou seja, que significa vários elementos ao mesmo tempo. Dentre os vários significados associados ao sangue nas diferentes culturas estão: como indicação de estados emocionais (rubor e palidez), tipo de personalidade (“sangue quente” ou “sangue frio”), doenças (calores ou febres), parentesco (‘o sangue é mais espesso do que a água), relações sociais (“um sangue ruim entre nós”), ferimentos físicos (sangramentos, hematomas), gênero (menstruação), perigo (sangue menstrual e sangramento pós-parto) e alimentação (“sangue fino”), causado por dieta inadequada.

Skultans(1970) estudou as crenças sobre a menstruação entre os habitantes de um vilarejo de mineiros no sul do País de Gales. Encontrou dois tipos de crenças acerca do sangue menstrual. O primeiro entendia o

sangue menstrual como um “sangue ruim”, sendo a menstruação um processo através do qual o sistema é purgado dessa “ruindade” ou “excesso”. Skultans observou que este grupo considerava o processo menstrual “essencial” para proporcionar e manter o equilíbrio saudável através de eliminação de coisas ruins.

O segundo grupo de mulheres acreditava que a menstruação era prejudicial para a saúde em geral, e temia perder “seu sangue vital”

Ngubane (1977) relata as crenças sobre o sangue menstrual entre o povo Zulu da África do Sul. Acreditava-se que as mulheres menstruadas possuem uma poluição contagiosa, perigosa aos outros seres humanos e ao mundo natural.

Snow e Johnson (1977) examinaram as opiniões de mulheres de baixa renda numa clínica pública em Michigan. Muitas mulheres viam a menstruação como um meio de “limpar” o organismo das “impurezas” que podem causar doenças ou contaminar o organismo. Viam o útero como um órgão oco que se fechava hermeticamente no período entre as menstruações, durante o qual se preenchia de “sangue sujo” para depois se abrir e permitir que o sangue saísse no período menstrual. Helman (1994).

### 3.2.3.1 - Sangue Culturalmente:

Vale lembrar que muitos pais ensinam aos filhos, que ao terem uma lesão perfuro-cortante, faz-se necessário exprimir o local, para que o sangue “sujo” ali acumulado possa sair, e, assim o ferimento ficará limpo. Este ritual é muito forte, ficando impregnado em nossa conduta, até mesmo quando nos tornamos adultos.

Outra conduta cultural muito comum principalmente no interior do estado de São Paulo, onde falam as mulheres mais velhas, para suas filhas que, ao estiverem menstruadas não deverão ir visitar mulheres que estão amamentando, pois o leite da mesma desaparecerá, é o mesmo simbolismo, ou seja, você está impura e por que não dizer suja, então poderá levar contaminação à mulher que amamenta, um ato sublime e sem contaminação. Outra versão para isto é: se uma mulher menstruada sentar na cama da mulher que está amamentando, levará o leite embora, caso esqueça-se deverá tomar sopa no mesmo prato desta, caso ela anuncie que está menstruada, então estará tudo certo, caso o leite cesse, deverá tomar a sopa junto com a nutriz. Outro significado para o sangramento menstrual é que a mulher neste período não deve seguir seus atos rotineiros, não lavar a cabeça, ficar descalça ou tomar sorvete, pois o sangue pode subir para a cabeça, assim como no pós-parto, algumas mulheres fazem o resguardo por 40 dias.

Esta cultura, muito embora pareça ultrapassada, não é, comumente atendemos pacientes na rede pública que relatam seguir este ritual ou tradição.

Como profissional de saúde posso dizer que, a perda de sangue tem o sentido de eliminação de uma situação de angústia (ruim), traduzindo também o sentido de purificação, do interno para o externo, aliviando o mal estar da pessoa.

### 3.2.3.2 - Sangue e as Práticas Médicas:

Na história da medicina podemos citar um procedimento rotineiro que era considerado por sua importância e universalidade, que é a sangria. Desde a medicina hipocrática até o século XIX, antes de Virchow, predominou a teoria dos humores para explicar todos os fenômenos biológicos e a sangria se destinava a eliminar as impurezas contidas no sangue, causadores do estado mórbido.

Galeno deu grande importância à sangria. Indicava a sangria como tratamento das inflamações, da febre e da dor. Quanto mais grave a doença maior o número de sangrias e maior a quantidade de sangue retirado.

No Brasil, a sangria era utilizada pelos jesuítas, que chegavam a praticá-la como medida preventiva em casos de epidemias. Outra variante da sangria consistia na aplicação de sanguessugas, que são vermes que



vivem em águas estagnadas, represas e lagos, e que se alimentam de sangue de animais que penetram nessas águas. São dotadas de uma ventosa na extremidade proximal e cada exemplar pode sugar entre 10 a 15 ml de sangue. Foram muito utilizadas em substituição à sangria.

Tão convencido estava Hipócrates dos benefícios do sangramento genital para a saúde da mulher que passou a recomendar o sangramento provocado, a sangria, como remédio para resolver problemas de saúde dos homens semelhantes àqueles que afligiam periodicamente as mulheres. Assim, se o homem estava emocionalmente perturbado, nervoso, encolerizado, recomendava Hipócrates uma sangria para resolver o problema. Helman (1994).

### 3.2.3.3 – Sangue menstrual como símbolo de fertilidade:

A menstruação tomou o caráter de indicativo de fertilidade. A sua própria definição era dada em termos reprodutivos; era citada como tendo essa função. Acima disso, este significado aparecia quando associavam a menstruação como o fato de não estarem grávidas ou a idéia de que ainda são férteis porque menstruam.

Ainda que as mulheres a encarassem sob o prisma e valores diferentes, indo da negação, conformismo à exaltação (em raros casos), a menstruação foi vista como coisa própria: diz-lhes coisas (“não estou grávida”, “tenho saúde”, “sou fértil”); podem usá-la em seu favor – seja para

explicar a si mesma ou aos outros seus estados de espírito, para estabelecer limites no relacionamento conjugal, ou para justificar comportamentos socialmente inaceitáveis, usando-a como ferramenta para se afirmar. Amaral (2003).

Em mais um momento de sua fala, **Peridoto** se utiliza de uma metáfora para se referir ao significado da menstruação, que ainda não tinha acontecido após a violência, quando nos diz:

*“queria que descesse a menstruação, para fazer uma lavagem por dentro de mim”*

Esta fala ao nosso ver, sugere o significado de limpeza das impurezas, que estão dentro do seu corpo, bem como, do não dito, percebemos o medo de uma possível gravidez, que ao chegar a menstruação seria o grande libertar das amarras deste temor.

#### 3.2.3.4 - Síndrome Pré-menstrual:

Alterações no corpo e na mente ocorrem nos dias que precedem a menstruação, que anunciam, com alguma antecedência, a chegada da hemorragia menstrual. O fenômeno adquire um caráter perturbador, provocando intenso mal estar, podendo até torna-se incapacitante. Alguns preferem síndrome da tensão pré-menstrual (TPM), tendo em vista a predominância dos sintomas associados à tensão nervosa, envolvendo

depressão, aumento do apetite, introspecção, diminuição da eficiência no trabalho, ansiedade e irritabilidade.

Quando a menstruação inicia, há um alívio de todos os sintomas acima descritos, tendo como significado a retirada do mal, ou a limpeza do corpo.

### 3.2.3.5 - Simbolismo religioso do sangue:

Ao procurar a simbologia do sangue no contexto religiosa nos deparamos com uma citação na Bíblia Sagrada no Antigo Testamento no livro de Levítico 12, 2-4 “ Quando uma mulher der à luz uma criança do sexo masculino, ficará impura, durante sete dias, isolada, como no período do seu sofrimento. No oitavo dia proceder-se-á à circuncisão do prepúcio da criança. A mulher ficará ainda trinta e três dias no sangue da sua purificação. Não tocará em coisa alguma consagrada, e não tocará no lugar santo até se findarem os dias da sua purificação”. Faz-nos sentido que neste trecho bíblico podemos entender que durante o sangramento menstrual, a mulher era considerada impura, para muitas tarefas.

Também no episódio bíblico descrito abaixo, podemos entender a significação do sangue sob o prisma religioso, em que os impuros, no caso, a mulher que sangrava incessantemente, não poderiam tocar no manto sagrado.

“Então uma mulher que padecia de um fluxo de sangue, havia doze anos, aproximou-se d’Ele por trás e tocou-lhe na orla do manto, pois dizia de si para consigo: “se eu, ao menos, tocar na Sua capa, ficarei curada”. Jesus, voltou-se, e, ao vê-la, disse-lhe: “Filha, tem confiança, a tua fé te salvou”. E, Naquele mesmo instante, a mulher ficou curada. Mat.9, 20-22.

### **3.3 - Sentimentos Predominantes Após a Violência Sexual:**

Ao longo das entrevistas podemos perceber e vivenciar os sentimentos que emergiram das falas, as quais julgamos de fundamental interesse para esta pesquisa, visto que, estamos na busca do entendimento das significações psicológicas que estas mulheres expressaram.

Postergação dos afetos é o nome que Fenichel (2000) dá para situações de luto, raiva, medo, vergonha, nojo, em que há explosões retardadas de sentimento. A reação emocional não se dá no momento do acontecido, mas sim algum tempo depois. Almeida (1996).

### 3.3.1- MEDO:

Reação a uma situação de perigo ou a estímulos externos muito intensos que surpreendem o sujeito num tal estado de não-preparação, que ele não é capaz de se proteger deles ou de dominá-los.

O termo “medo” supõe um objeto definido de que se tem medo. Quanto ao termo “pavor ou susto”, designa o estado que surge quando se cai numa situação perigosa sem que se esteja preparado para ela; acentua o fator surpresa”

Entre pavor e angústia, a diferença está no fato de o primeiro se caracterizar pela não-preparação para o perigo, enquanto “. na angústia há alguma coisa que protege contra o pavor”. É neste sentido que Freud vê no pavor ou susto uma condição determinante da neurose traumática, que às vezes até é designada por neurose de pavor. Laplanche (1998).

A mulher logo após ter passado por situação onde foi submetida a violência de que forma seja, é comum ter o sentimento de medo, após algumas semanas podemos observar que esses sentimentos continuam presentes , mas de forma menos intensa e persecutória, sendo assim, possível uma reinserção ao seu cotidiano e à rotina diária.

A fala abaixo, a nosso ver, sugere que a entrevistada relata com clareza o medo que sentiu durante a violência sofrida, após o acontecido.

**Ametista:** *“Tenho muito medo, não consigo esquecer de tudo isto, muito medo. O mundo caiu na minha cabeça”*

Medo, ansiedade e um pânico imprevisível são manifestações que acometem muitas vítimas. Alguns estudos revelaram que as vítimas de estupro têm um grau mais alto de medo, ansiedade e ansiedade fóbica que as pessoas que não foram violentadas, e que esses sintomas tendem a ser relativamente freqüentes e persistentes. Podem durar até três anos após a agressão. Adams (2000).

Observa-se também sentimento de medo relacionado a discriminação social das mulheres vítimas de estupro. A idéia de que “a mulher que é estuprada é aquela que dá motivos ou provoca a situação” ou “só é considerado estupro de verdade aquele em que a vítima é espancada, machucada fisicamente ou até morta” são preocupações mencionadas, que acabam interferindo no processo de elaboração da vivência traumática. Maia et al (2000).

Como a mulher **Safira** fala da violência a qual sofreu.

*“Pegar uma pessoa estranha e violentar, e muitas vezes como acontece, tiram a vida da pessoa.”.*

### 3.3.2 – PRESERVAÇÃO DA VIDA:

A preservação da vida é um fator sempre presente, muito embora situações traumáticas levam algumas pessoas a dizer :“talvez fosse melhor morrer”, entretanto, no íntimo , o ser humano sempre luta pela vida, mesmo que seja de maneira sofrida , expressa através da fala desta mulher abaixo:

**Rubi** *“Você se vê molestada, usada à força, e luta para preservar a vida,e fico pensando: será que compensa ?” Em outro momento da entrevista ela diz: “Ele (agressor) não me espancou, acho até que tive sorte, se é que posso falar assim, pois é difícil eles usarem a vítima só para o sexo, geralmente pelo que falam eles espancam, colocam cigarro aceso no corpo da gente”.*

É plausível supor que na fala de **Citrino**, a luta pela preservação da vida fica evidente, quando nos diz:

*“Foi um marco na minha vida, pois quando nos vemos numa situação desta é que valorizamos a nossa vida”.*

Expressão pela qual Freud designa o conjunto das necessidades ligadas às funções corporais essenciais à conservação da vida do indivíduo; a fome constitui o seu protótipo.

Freud nunca se dedicou a apresentar uma exposição de conjunto sobre as diversas espécies de pulsões de autoconservação; quando fala delas, fala na maioria das vezes de forma coletiva ou segundo o modelo

privilegiado da fome. Todavia, parece admitir a existência de numerosas pulsões de autoconservação, tão numerosas quanto as grandes funções orgânicas (nutrição, defecação, micção, atividade muscular, visão, etc).

### 3.3.3- CULPA:

O sentimento de culpa se faz presente em algumas falas, onde a mulher acredita que poderia ter evitado a agressão, ou seja, surgindo alguns questionamentos como: “por que estava naquele local sozinha?”, “será que tenho andado muito distraída? “, “por que não reagi?”, enfim sempre procurando justificar o que ao nosso ver é injustificável.

Podemos citar a fala de **Rubi** quando refere-se ao agressor:

*“Se não fosse por meu filho eu teria feito alguma coisa” (reagido)*

Sentimento do indivíduo com consciência de ter cometido uma violação grave a uma regra moral, religiosa ou social e pela qual se sente responsável.

Na psicanálise, estado patológico e doloroso de um indivíduo que se sente culpado de uma falta imaginária, isto é, que não cometeu, tendo sua fonte no complexo de Édipo ou numa exigência moral criada pelo superego. Japiassú (1996).



No transcurso da história da humanidade, atravessando a noite dos tempos, um traço psico-cultural vem constantemente se fazendo presente na vida das mulheres, qual seja, o sentimento de culpa; de Eva aos divãs psicanalíticos, este sentimento tem funcionado como uma marca da subjetividade feminina e, a nível do simbólico, está sempre associado à natureza desagregadora da mulher: foram Eva, Pandora, entre outras, as primeiras responsáveis pela disseminação do mal no mundo. Seja no relato mítico, seja na vida cotidiana, culturalmente as mulheres vêm sendo depositárias de uma culpa histórica. Onde buscar as raízes desse fenômeno?

Do emaranhado novelo da trama social, vários fios se expõem como possíveis pontos de partida para uma reflexão sobre essa temática culpa x mulher na história; desses tantos, foi eleito como fio condutor, tal qual o “fio de Ariadne” nesse mergulho nas brumas dos tempos, o apontado por Freud em “Totem e Tabu”, quando busca explicitar a origem da organização social, com os primeiros pilares da religião e da moral sendo fincados, mais particularmente, a “refeição totêmica” denunciadora da difícil relação pai x filhos. Para iluminar estes cenários, a formação da consciência e a dialética de gênero funcionando como “refletores” teóricos tendo em vista o entendimento da relação socialmente construída entre homens e mulheres e, particularmente, da construção da subjetividade feminina.

Seja qual for o nível de abordagem – consciente ou inconsciente – questão da culpa remete sempre para o campo de estudo da “consciência social”, para a busca de entendimento de como os seres humanos na sua relação com o mundo social e natural, apreendem esses mundos e a si

mesmos enquanto seres pensantes. Se isso vem sendo uma das preocupações constantes na história das idéias, multivariada vem sendo as modalidades de explicação para ela que, na relação sujeito-objeto, ora se privilegia um, ora se privilegia outro, ora se privilegia a dialeticidade relacional existente entre eles. No desenvolvimento dessa reflexão sobre a temática culpa x mulher, uma leitura dialética da construção da consciência funcionará como diretriz básica de norteamento desse processo de esclarecimento, donde a questão: Como se forma a consciência?

É possível também supor que a culpa nas mulheres seria uma projeção da culpa do outro, supondo-se que na aurora dos tempos as deusas foram destronadas e as mulheres destituídas de direitos pelos homens que passaram a atribuir-lhes a fonte de desagregação social, bem como a venerá-las? Através dos tempos, a relação entre homens e mulheres sempre foi permeada por traços ambivalentes ora sendo estas temidas e perseguidas – o fenômeno de “caça às bruxas”, por ex., - ora, veneradas – virgens, santas, sacerdotisas, - ora, culpabilizadas – Eva, Pandora. Será que essa ambivalência não se assemelha à relação filhos x ‘pai primevo’, sendo este invejado, temido, culpabilizado e, enfim, venerado através do *totem*? . Lima (2005).

Para Fenichel (2000) os sentimentos de culpa como motivo de defesa, assim, este sentimento propriamente dito, é a idéia de que “errei, fiz mal”, juízo penoso a respeito de ocorrência pretérita, com o caráter de remorso, tem distinguir-se dos sentimentos da consciência que não julgam o passado, mas o futuro; “Devo fazer isso”, ou “Não devo fazer aquilo”. Esta parte da consciência exerce função de advertência e dirige os atos futuros da

personalidade. Na “consciência”, o medo é internalizado e o perigo ameaça de dentro. Sente-se medo não só de que alguma coisa horrível aconteça dentro da personalidade, mas também de que haja perda de uns tantos sentimentos prazerosos: conforto, proteção, segurança, sentimentos que existiam até então.

Assim sendo, aludimos à fala da paciente **Diamante**, que sugere a culpabilidade que sente, somente ao pensar, como a sociedade receberá o fato ao dizer:

**Diamante** *“não quero que fiquem sabendo, uns vão ficar com pena de mim, e outros podem pensar, algum motivo ela deu, para isto acontecer”*.

A culpa pelo que aconteceu antes ou durante o estupro pode estar interferindo na vontade de retomar o contato sexual com seu parceiro. Talvez a vítima se sinta culpada e confusa se seu corpo correspondeu. Sabe-se que pode haver orgasmo em situações extremas, até sob ameaça de vida. O medo e o terror fazem com que o corpo atinja uma excitação enorme, e com uma pressão física suficiente o orgasmo pode ocorrer automaticamente. Isso não quer dizer que a vítima tenha aprovado ou aproveitado o que aconteceu ou teve prazer sexual durante o ataque. Talvez seja impossível tentar compreender ou explicar isso para o parceiro. Adams ( 2000).

Como tão bem nos relata **Diamante**:

*“Não suportava depois do acontecido que ele meu marido nem encostava a mão em mim”*.

### 3.3.4 - Raiva

Este sentimento surge posteriormente à agressão, sugerindo buscar talvez vingança pelo que aconteceu ao ente querido ou companheira.

A raiva é a resposta emocional à percepção de uma situação por um indivíduo (Milliken, 1993). Warren (1990) delinea alguns aspectos fundamentais relativos à raiva:

- 1- A raiva não é uma emoção primária, sendo tipicamente expressa como uma resposta interna praticamente automática à mágoa, frustração ou medo.
- 2- A raiva é uma ativação fisiológica. Ela geralmente acarreta sentimentos de poder e disposição para agir.
- 3- Raiva e agressividade diferem significativamente.
- 4- A expressão da raiva é aprendida.
- 5- A expressão da raiva pode vir a ficar sob controle pessoal.

A raiva é uma emoção muito profunda. Quando negada ou oculta, ela pode precipitar alguns problemas físicos, tais como: cefaléias enxaquecosas, úlceras, colites e até mesmo coronariopatias. Quando voltada internamente para o próprio indivíduo, a raiva pode ocasionar

depressão e auto-estima baixa. Quando é expressa de modo inadequado, ela interfere comumente nas relações. Townsend (2002).

Como nos remete a fala de **Rubi**, quando questionada sobre a reação da família e conhecidos diante da violência que sofreu:

*“Eles ficaram preocupados comigo, ficaram com raiva, queriam ir atrás, eu falei que não adianta, pois nem eu sei falar como ele era”.*

Ressalto aqui a importância de tolerarmos a raiva, racional ou não, do paciente, pois muitas vezes pode ser dirigida a nós profissionais de saúde, se não tivermos percepção adequada e ajuste psicológico, pela nossa fragilidade humana podemos reagir de maneira agressiva, como diria popularmente, “respondendo na mesma moeda”, o que seria um grande entrave em nossa ação terapêutica, diante da paciente.

### **3.3.5 - Postura de Vitimização:**

Pensar no assunto violência desperta uma enormidade de emoções e reações diferentes, a situação conflituosa que emerge para algumas mulheres que sofreram violência sexual, que parece-nos muito constante é a raiva, pensando muitas vezes em vingança; bem como sentimentos de que poderiam ter reagido diante do agressor. Outro questionamento que aparece é a postura de vitimização.

Esta reflexão surge após a fala abaixo ,que envolve não só a raiva sentida como também a postura de vítima diante da situação:

*“sabe minha família ficou com raiva, revoltada até, pois sempre fui certinha, casei virgem e acontece isso, quando vou deitar, vem uns flashes do que me aconteceu, meu marido me deu a maior força”.***Safira**

Nesta entrevista fizemos uma reflexão, baseada no modelo educacional inerente à mulher, que desde menina é educada para o casamento. Na adolescência sonha com o príncipe encantado, que vê nos contos de fada, acreditando que com ela lhe ocorrerá o mesmo. Porém muitas vezes os sonhos tornam-se pesadelos, como descreveu a paciente.

Quando **Safira** foi questionada se contou o que lhe ocorrera para os membros de sua religião,diz:

*“sabe as pessoas já logo vão dizer, tava no lugar errado e na hora errada, muitas atiram pedras”.*

Também é válido pensarmos sobre o posicionamento de vitimização de **Diamante**, quando o “mundo a apontava” pelo fato de ter sido violentada, como verbalizou:

*“Quando cheguei na casa da minha mãe já tava todo mundo sabendo, nem saía na rua, pois parecia que todo mundo estava me apontando”*

### **3.4 – Situações adaptativas relatadas pelas entrevistadas:**

Vamos entender por mecanismos psicossociais adaptativos, um conjunto de modos conscientes e inconscientes, que as pessoas utilizam após experiências desfavoráveis para se ajustar as demandas do meio externo e principalmente as exigências intra-psíquicas.

Nosso intuito foi tentar localizar nas entrevistas, falas que pudessem indicar vivências adaptativas dessas mulheres após uma experiência traumática dessa natureza. De certa forma os conhecidos mecanismos egóicos da psicodinâmica podem nos ajudar a entender este processo adaptativo.

Salvaguardando que é complexo identificar defesas num texto, procuramos no entanto delimitar falas que fossem sugestivas de mecanismos clássicos descritos na literatura.

Isto posto, entendemos que esta categoria tem sua relevância por ser uma discussão clássica da psicologia da saúde. Além do que, compreendemos a importância desta para os profissionais e estudantes da área da saúde, que ao identificarem estes mecanismos em seus pacientes, podem manejá-los adequadamente.

A relevância da teoria psicanalítica para a prática da enfermagem: o conhecimento a respeito da estrutura da personalidade pode ajudar as enfermeiras que trabalham no contexto da saúde mental. Ser capaz de reconhecer os comportamentos associados ao id, ego e superego vai ajudar

na avaliação do nível do desenvolvimento. O conhecimento dos mecanismos de defesa é importante para fazer determinações sobre comportamentos desajustados, planejar o cuidado de clientes de modo a produzir mudanças, caso desejado, ou ajudar os clientes a aceitarem-se como indivíduos únicos. Townsend (2002).

#### **3.4.1 - Intelectualização:**

Processo pelo qual o sujeito procura dar formulação discursiva aos seus conflitos e às suas emoções, de modo a dominá-los. Uma das finalidades principais da intelectualização é manter os afetos a distância e neutralizá-los.

**Safira:** *“isso pra mim é passado, e quem vive de passado é museu, isso serviu para unir mais os dois”.*

Na fala acima fica evidente o domínio das emoções e conflitos verbalizados pela paciente, após a vivência traumática da violência sexual.

Quando a paciente **Citrino** faz a seguinte pergunta para a entrevistadora: *“você poderia ler as perguntas que serão, para eu não me perder?”*, fica claro o mecanismo utilizado neste momento.



### **3.4.2- Racionalização:**

Processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe; fala-se mais especialmente da racionalização de um sintoma, de uma compulsão defensiva, de uma formação reativa. A racionalização intervém também no delírio, resultando numa sistematização mais ou menos acentuada. Laplanche (1998).

**Esmeralda:** *“Não tenho vergonha de falar disso, pois sei que não tenho culpa, eu tava dentro da minha casa e aconteceu”*

**Rubi:** *“acho que tive sorte, se é que posso falar assim, pois é difícil eles usarem a vítima só para o sexo, geralmente pelo que falam, eles espancam, colocam cigarro aceso no corpo da gente, ou até matam”.*

### **3.4.3 - Recalque:**

No sentido próprio, operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalque produz-se nos casos em que

a satisfação de uma pulsão, suscetível de proporcionar prazer por si mesma, ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências.

O recalque é especialmente patente na histeria, mas desempenha também um papel primordial nas outras afecções mentais, assim como em psicologia normal. Pode ser considerado um processo psíquico universal, na medida em que estaria na origem da constituição do inconsciente com o campo separado do resto do psiquismo.

Freud nunca qualifica recalques como “defesa secundária”. A noção de recalque conserva fundamentalmente, no texto de 1915 que lhe é consagrado, a aceção definida acima. “A essência consiste apenas no fato de afastar e manter a distância do consciente”. Neste sentido, o recalque é às vezes considerado por Freud um “mecanismo de defesa” em especial ou então em “destino da pulsão” suscetível de ser utilizado como defesa.

O que o recalque faz é operar uma cisão no universo simbólico do sujeito, reduzindo uma parte desse universo ao silêncio, recusando-lhe o acesso à fala, e também, evidentemente, recusando-lhe o acesso à consciência.

O recalque não aparece desde o início do aparato psíquico, já que este forma-se aos poucos, que o próprio inconsciente, entendido como um sistema psíquico, só se constituirá a partir de um certo momento da vida do indivíduo, que ninguém nasce com o aparato psíquico já pronto e acabado.

### 3.4.3.1 - Retorno do recalçado:

Freud se encontrava exilado em Londres, e assim explica o retorno do recalçado:

1- Se há um enfraquecimento do contra-investimento em decorrência de algum processo patológico que afeta o eu, ou por uma mudança na distribuição do investimento no interior do eu como ocorre no sonho;

2- Quando a articulação da pulsão com o recalçado recebe um esforço especial (como ocorre na puberdade, por exemplo);

3- Quando, em experiências recentes, certas impressões ou vivências semelhantes ao recalçado têm o poder de despertá-lo.

Seja qual for, porém a condição que possibilita o retorno do recalçado, este nunca se dá em sua forma original e sem conflito. O material recalçado é invariavelmente submetido à deformação por exigência da censura, mesmo quando as defesas do eu são diminuídas, como no caso do sono. Garcia-Roza (1995)

**Citrino:** *“hoje o trabalho tem ocupado meu tempo, acho isto bom, Pois não tenho tempo para pensar besteiras”.*

### **3.5 - Tipos diferentes de manejos psicológicos frente a reações do companheiro na percepção das mulheres:**

Uma fantasia é a rejeição por parte do companheiro, que imaginado como alguém que quer manter a sua pureza (dele). Existe também uma fantasia de uma possível sacralização do corpo e do sexo.

Neste fenômeno o agressor poderá ser considerado o invasor, que assim representa o terceiro intruso, ocupou um espaço que era do parceiro. Neste triângulo o companheiro passa a ser a figura temida ocupando a posição do terceiro excluído.

Suponho que o companheiro tenha sentido o terceiro excluído. A mulher é quem fantasia.

Mesmo que a entrevistada refira que o companheiro minimizou significações desfavoráveis, a mulher poderá ter que lidar com uma prolongada fantasia inconsciente de rejeição do companheiro e pessoa indigna de um relacionamento afetivo-sexual.

As fantasias para Laplanche (1998) são:

“Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente”.

Essas fantasias podem ter uma intensidade que se coloca como barreira para uma possível compreensão objetiva e favorável da situação. Esta situação psicológica é de importância vital para o conhecimento do profissional de saúde e mesmo do círculo social e familiar, no sentido de respeitar a dinâmica mental do sujeito evitando recomendações do senso comum.

O agressor não é o único temido, o não agressor pode tornar-se objeto de perseguição, como o olhar das pessoas, a curiosidade, o sentimento de pena, entre outros.

Importante ressaltar que mesmo a vivência do evento traumático seja um fato desconhecido de terceiros as falas das entrevistadas apontam para um desconforto no convívio social, devido a fantasia de que os outros tem poder de desconfiar ou saber o que aconteceu.

Fantasia da onipotência do outro em ter conhecimento dos fatos por vias conscientemente inexplicáveis.

Goza de plausibilidade a idéia de que na vitimização, as pessoas tem atitudes pouco positivas ou seja, tem algumas indagações do tipo: “as pessoas me olham diferente”; ou “por que aconteceu justamente comigo?”, “procuro fazer tudo certinho na vida”. Como podemos exemplificar utilizando a fala da entrevistada **Safira** :

“ Se você é certinho demais acaba se estrepando lá na frente.”

### 3.5.1 - Apoio oferecido à mulher:

Alguns homens são muitos solidários e compreensivos com mulheres que foram violentadas, conforme relatam várias mulheres entrevistadas.

**Diamante:** *“Ele me apoia muito, olha hoje ele ta aí, veio comigo, nem foi trabalhar”.*

A família, o marido ou o namorado talvez achem que se você fizer de conta que não aconteceu nada, tudo vai passar. Pode ser que seja isso que você queira por algum tempo, mas poderá afastá-la da solidariedade, do apoio e do cuidado que vão ajudá-la a sentir-se melhor.

Talvez as reações mais complicadas para você sejam o seu parceiro parecer zangado com você, rejeitar suas iniciativas ou aparentar não estar interessado em ter contatos íntimos. Embora a tendência seja adivinhar por que ele age dessa forma, o melhor é perguntar. Ele pode estar com muita raiva do estuprador, o que interfere no apetite sexual dele. Ele pode pretender dar-lhe espaço para sentir mais à vontade e não querer pressioná-la. Ele pode se sentir culpado, achando que contribuiu de certa maneira para o estupro (por não ter consertado o carro ou não tê-la buscado no horário, por não deixá-la numa festa, por não ter arrumado uma tranca da porta ou

por ter apresentado o agressor a você). Ou ele pode estar tendo as sensações mais comuns: de que foi traído ou de que pode ser contaminado.

Da mesma maneira que você, ele não tem uma válvula de escape para a raiva. Em meio à frustração, vocês dois podem acabar com raiva um do outro.

A culpa pelo que aconteceu antes ou durante o estupro pode estar interferindo na vontade de retomar o contato sexual com seu parceiro.

Talvez a vítima se sinta culpada e confusa se seu corpo correspondeu. Sabe-se que pode haver orgasmo em situações extremas, até sob ameaça de vida. O medo e o terror fazem com que o corpo atinja uma excitação enorme, e com uma pressão física suficiente o orgasmo pode ocorrer automaticamente. Isso não quer dizer que a vítima tenha aprovado ou aproveitado o que aconteceu ou teve prazer sexual durante o ataque. Talvez seja impossível tentar compreender ou explicar isso para o parceiro.

O apetite sexual é abalado por quase todos os estados de tensão e, sem dúvida, pelo estupro. Em circunstâncias normais, a sexualidade e o desejo já são delicados e complexos. Não é de se admirar que as lembranças, o medo, o pavor ou a perda da auto-estima dificultem as relações sexuais por algum tempo. Adams( 2000).

**Safira:** *“Fiquei com medo dele ter nojo de mim, e ele ficou com medo de eu não querer mais. Porque ele é tão carinhoso, passando os dias eu até falei: Fulano o que tá acontecendo? , isso pra mim é passado, e quem vive*

*de passado é museu, isso serviu para unir mais os dois. Agora tá tudo normal”.*

As vítimas de violência sexual podem querer ter relações sexuais com seu companheiro imediatamente para provar que está tudo normal, assim como pode não ter vontade alguma.

**Topázio:** *“ No começo, depois do acontecido, ele ficou meio assim, sei lá, com medo de ter relação, acho que é medo de pegar doença, ele até ia dormir em casa, eu chorava muito (tinha medo). Agora tá normal, ele me dá muita força, sem ele eu nem teria saído de casa”.*

**Rubi:** *“ Meu marido falou; nunca vou ter nojo de você, mas mesmo assim, a gente não quer retornar à vida sexual, sei lá, o que aconteceu, fico pensando que estou suja, invadida, sei lá!”.*

*“É tive uma relação, mas não foi para mim, me sinto agredida, não sei se vou sustentar esta situação. Ele diz que quer me mostrar que com ele é diferente, é amor. Não entende, não adianta.”.*

### 3.5.2 - Revolta contra o agressor:

O companheiro manifesta revolta contra o agressor, muitas vezes, quer sair na procura do agressor, podemos fazer a leitura de que sua companheira que “lhe pertencia” , depois deste ocorrido pertenceu a outro.



**Esmeralda:** *“meu namorado ficou revoltado e falava “não acredito”. Assim como posso te contar. (pausa), ele foi meu primeiro homem, mas só tivemos uma relação antes disso (violência). Agora eu penso; ainda bem que foi antes da violência, não tive mais após isso”.*

### 3.5.3- Afastamento

Na percepção das mulheres o companheiro pode ter atitude de afastamento, por supor que a mesma possa ter sentido prazer ou por não entender o que aconteceu com a mulher vítima de violência sexual, que neste momento necessita de atenção deste, superando assim o trauma vivenciado. Como expressam algumas mulheres entrevistadas.

**Citrino:** *“sinto que devia contar pra ele, mais ao mesmo tempo, fico com medo que ele se afaste de mim”*

**Peridoto:** *“Meu namorado se afastou, me liga, mas não vêm me ver, não aparece, falou que ta sendo difícil, hoje antes de vir para cá, passei no trabalho dele, para ele me ver, que tou bem, já que a montanha não vai a Maomé, Maomé vai na montanha”.*

### 3.5.3.1. - Medo de ficar doente:

Na percepção das entrevistadas o companheiro da mulher vítima de violência sexual, tem dificuldade especial de lidar com esta situação, pode não reconhecer ou responder à sua necessidade em virtude de desconforto com a situação ou com o estigma relacionado, assim é comum observarmos nas falas das entrevistadas que o companheiro sentiu raiva, alguns dizem não acreditar no que aconteceu, e também medo do contato físico com a companheira, por “medo de pegar doença” sentimentos estes que são mecanismos defensivos. Adams ( 2000).

**Topázio:** “ *No começo, depois do acontecido, ele ficou meio assim, sei lá, com medo de ter relação, acho que é medo de pegar doença*”.

### 3.5.3.2- Falta de preparo para o uso de preservativos:

Quanto ao despreparo para o uso de preservativo, entendemos que o serviço ambulatorial deveria realizar educação continuada com estes homens, pois pudemos concluir que alguns , recusam-se a usar tal método de proteção, por julgar que tem atividade sexual somente com sua companheira.

**Pérola:** *“Ele achou ruim o uso da camisinha, e tenho medo de passar doença para ele, então estou sem relacionamento sexual no momento”.*

Em relação ao uso do preservativo o companheiro se manifestou da seguinte maneira:

**Safira:** *“Não acho justo, você foi agredida, então se você tiver doente, ficaremos doentes os dois”.*

### **3.6 - A percepção das pacientes frente ao acolhimento no serviço ambulatorial da UNICAMP:**

#### **3.6.1– O Protocolo de Atendimento de Enfermagem:**

Desde 1986 quando foi implantado o CAISM – Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher sendo um hospital terciário, especializado no atendimento tocoginecológico, que atende a população em várias situações específicas como a violência sexual.

Inicialmente o número de mulheres vítimas de violência sexual que procuravam o hospital era bastante reduzido e se caracterizava por pacientes com necessidade de internação devido a graves lesões ginecológicas, ou em busca de informações para a interrupção legal da gestação, conseqüência do estupro.

A partir de 1998, acontece um aumento do número de casos de mulheres vítimas de violência sexual que procuraram a Instituição para atendimento médico imediato pós-estupro e orientação.

Desde então, houve necessidade da equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, assistente social e psicóloga) se organizar e pensar qual seria a maneira adequada de atender a esta nova demanda. Assim, foram criados protocolos de atendimento de cada especialidade, que estão em vigor desde setembro de 1998 e contribuíram para uma melhor organização deste atendimento. Maia et al (2000).

É necessário que discutamos o Protocolo de Atendimento de Enfermagem: utilizado no atendimento a mulher vítima de violência sexual no CAISM - Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ao ser admitida na Unidade de Internação de Ginecologia a mulher será atendida por uma enfermeira (o), onde serão realizados entrevista e exame físico, conforme um roteiro pré-estabelecido assim sendo o profissional de enfermagem colherá os dados e fatos ocorridos a fim de que possa elaborar os diagnósticos e prescrições de enfermagem, bem como a orientação dos procedimentos técnicos que serão realizados. Ressaltamos aqui, a necessidade de privacidade postura ética diante da paciente, neste momento tão fragilizada pela agressão que sofreu.

### **3.6.2 – Observações que as entrevistadas fazem do atendimento oferecido no Ambulatório de Atendimento Especializado do CAISM:**

Quando questionadas de como se sentiam emocionalmente diante do tratamento médico, algumas entrevistadas disseram que o atendimento é

bom e eficaz, muito embora que a resposta deveria estar voltada para as emoções, a maioria inclinou-se a responder sobre o atendimento nas dimensões técnicas como: efeitos colaterais das medicações prescritas; algumas dificuldades com profissionais do serviço e até mesmo o constrangimento sofrido ao ser atendida por um profissional do sexo masculino.

Algumas entrevistadas fazem uma análise muito positiva em relação ao tratamento oferecido no CAISM, por se tratar de um ambulatório de excelência na área da saúde.

Assim podemos ilustrar com falas das pacientes abaixo:

**Citrino:** *“O enfermeiro do atendimento foi perfeito ele até disse: “vê-se não abandona a gente, pois precisamos de você para poder te ajudar”.*

**Jade:** *“Não tive problema, fui tratada muito bem aqui”.*

**Topázio:** *“Me trataram bem, me deram até comida, para poder colher os exames, deram os remédios, o coquetel”.*

As falas abaixo demonstram a forte reação adversa que as medicações podem ocasionar, acreditamos que devido ao seu estado psíquico estar desestruturado, estas reações se intensificam.

**Pérola:** . *“Acredito na fé, passei mal no primeiro dia e não tomei mais os remédios”.*

**Água Marinha:** *“Não é fácil, mais tem que enfrentar”.*

**Safira:** *“ O que me deixou constrangida foi os medicamentos, mexeu comigo. É horrível.*

**Diamante:** *“Passei mal, quase parei de tomar os remédios, tive palpitação, enjôo, dor de cabeça, sentia uma coisa ruim”.*

**Esmeralda:** *“Olha tomei os remédios, mas quase desisti, pois tive muita dor de estômago, vomitei duas vezes e muita dor de barriga”.*

Alguns estranhamentos relatados nas entrevistas, que nós, profissionais da área da saúde devemos observar e principalmente refletir como estamos cuidando, e demonstrando o devido interesse em melhor atender a mulher diante de uma situação tão traumática como esta. Como podemos observar nas falas:

**Rubi:** “ Vou ser sincera, o pessoal aqui me tratou bem, mas a parte da psicologia ficou à desejar. A psicóloga estava quase dormindo na minha frente, falei até com uma professora minha, que é da psicologia, e ela disse que eu deveria fazer um tratamento à parte, pois aqui é assim mesmo, eles tem que atender a demanda”.

**Pérola:** “ Sou muito traumatizada com médico homem, no dia foi uma moça com um rapaz que me atenderam”.

**Turmalina:** “ O tratamento foi tranqüilo, só achei estranho a conduta de uma médica, dizer que agora eu teria problemas de relacionamento sexual, acho que fez um julgamento. Parece que todo mundo que sofre violência vai ter problemas deste tipo”.





## **4- Conclusões e Sugestões**

---

Iniciemos a apresentação das conclusões deste trabalho de tese, procurando responder aos objetivos da pesquisa enquanto estudo dos significados de ser vítima de violência sexual para mulheres que enfrentaram esta complexa experiência de vida.

Registramos relatos de fantasias ligadas à vivência traumática do ato do abuso sexual, em que idéias de contaminação de si faziam-se presentes vividamente, e que levavam estas mulheres, como propriamente mencionaram, a banharem-se vigorosamente após a ocorrência do ato, com um sentido muito provável de retirar simbolicamente de si um “corpo estranho”, algo forte que corrompe ou até mesmo criaria vícios. Como que apagando o que teria se depositado em seu corpo, como uma “matéria” que contivesse entes geradores de moléstias.

Por sua vez, aquela invasão da intimidade sexual passava a significar uma espécie de mexer no “eu” mais íntimo, propiciando certa desorganização psíquica, com repercussões no cotidiano da mulher acometida, em particular nos relacionamentos com as pessoas próximas de seu universo. Surge então o fenômeno da menstruação, que nas falas das entrevistadas, vêm carregadas também do sentido de uma lavagem do corpo, desta vez uma necessária lavadura interna a si. Emerge, portando, como um significado que bem pode ser interpretado com de purificação de seu mundo interno, bem como um sinal para tranquilização, haja vista devido a não ter sido engravidada na violência sexual. No entanto, também se evidenciaram sentimentos predominantes e emergentes nas entrevistas, tais

como: de preservação da vida, medo, culpa, aversão/nojo, raiva e certa postura assumida de vitimização.

Outra inferência relevante diz respeito aos mecanismos egóicos defensivos utilizados pelas mulheres entrevistadas, que podemos identificar como: negação da amplitude psicológica e social do fato e racionalizações múltiplas no sentido de minimizar os impactos emocionais do acontecimento.

No presente estudo investigativo encontramos também relatos cruciais sobre as reações diversas dos companheiros afetivo-sexuais, na imaginação destas mulheres acometidas, que viriam a em forma de um apoio pessoal positivo frente à situação de fragilidade em que encontraria a companheira vítima; ou, em oposto, uma revolta psicológica recalcitrante pelo ocorrido; ou, por fim, suposição de ter que vivenciar o afastamento do companheiro devido ao ocorrido.

Outro ponto de discussão pertinente, surgido a partir das entrevistas conduzidas, foi certa visão ambivalente das pacientes quanto à abordagem aplicada pelo serviço assistencial universitário no atendimento, frente ao qual, certas mulheres consideraram o atendimento como propiciador de boa acolhida humana, enquanto que, paradoxalmente outras fizeram restrições aos profissionais de saúde, devidas a uma percepção oposta na relação com estes.

## **SUGESTÕES:**

Gostaríamos de propor algumas sugestões para novos estudos, bem como melhora nos serviços prestados sendo:

1- Que no serviço ambulatorial, deveria ter profissionais que pudessem ouvir estas mulheres, ao nosso ver tão fragilizadas e que precisam do acolhimento necessário.

2- Existir um acompanhamento por profissionais da área da saúde aos companheiros das mulheres vítimas de violência sexual, objetivando o melhor preparo destes, para que aceitem este momento crítico a qual suas companheiras estão vivenciando, bem como esclarecimento de prováveis dúvidas a respeito do momento que estão vivendo.

3- Capacitação além das funções técnicas voltada aos profissionais de saúde, ou seja, que a voz das mulheres vítimas de violência sexual possa ser incorporada sempre.

## **5-Referências Bibliográficas**

Acierno R, Resnick H, Kilpatrick D G, Saunders B, Best C L. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord*, 13:541-63, 1999.

Adams C. O fim do pesadelo. São Paulo – SP. Summus, 2000.

Adorno T W, Horkheimer M. Dialética do esclarecimento: fragmentos Filosóficos. Tradução Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

Almeida W C de. Defesas do ego: leitura didática de seus mecanismos. São Paulo – SP: Agora, 1996.

Amaral M C E do. Percepção e significado da menstruação para as mulheres. Dissertação de Mestrado , da Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. 147p.2003.

Aquino E.et.al. Saúde, sexualidade e direitos reprodutivos a situação das mulheres em Bahia. In: Encontro Estadual Das Mulheres Baianas. Conferência Mundial Das Mulheres, 2, 1995, Salvador. 49p. Xerocópia.

Azevedo M A. Mulheres Espancadas: a violência denunciada. São Paulo,Cortez, 1985.175 p.

Bandeira L, Batista A S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. Revista de Estudos Feministas, Jan. 2002. Vol 10, N 1, p. 119 – 141. ISSN 0104 – 026X

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1979. 225p.

Benyakar M. Agressión y violencia en el nuevo milênio; la cadena Del mal. Rev. Psicoanál., V. 55, n 4, 1998.

Bertolote J. M. Época. São Paulo, 18 set. 2000. p.32. Entrevista.

Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulinas, 1986.

Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 4ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1989. 113 p.

Bogdan R C & Biklen S K. Qualitative research for educacion: an introduction to theory and methods. 3<sup>rd</sup> . ed. Boston, Allyn and Bacon, 1998. 276p.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 20p.

Denzin N K & Lincoln Y S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Sage, 1994. 643 p.

Endo P. Corpo e Violência. In: Psic. Rev. São Paulo, 5: 105-117, 1997.

Fagundes J O. A psicanálise diante da violência, Revista Brasileira de Psicanálise, vol 37 (2/3): 721 – 736, 2003.

Faundes A, Bedone A, Pinto e Silva J L, Osis M J D, Hardy E, Duarte G A et al. Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto por lei – relatório final. *Femina*, 25: 69-78, 1997.

Fenichel O. Teoria psicanalítica das neuroses. São Paulo – SP: Editora Atheneu, 2000.

Ferenczi S A. confusão de Língua entre os Adultos e a Criança.

In: Ferenczi S. Obras Completas. Vol IV, São Paulo, Martins Fontes, 1992.

Fontanella B J B. Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas – Um estudo clínico-qualitativo. Tese: Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. S.P. 2000.

Fontes A C et al. Mulheres profissionais do direito e a violência contra a mulher na Bahia. In: SIMPÓSIO BAIANO DE PESQUISADORES SOBRE A MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO, 4,1998, Salvador, Anais. Salvador: NEIM/FFCH/UFBA, 1998, p. 5-20.

Freud S. A negativa (1925). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2 ed. Rio de Janeiro, Imago, 1976c. v.XIX.

Garcia-Roza L A. Artigos de Metapsicologia, Volume 3 .1995. Jorge Zahar Ed. 295 p.

Giffin K. A violência de gênero, sexualidade e saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.10, p.146 – 154, 1994. Suplemento 1.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

Grossi M P. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. Estudos Feministas, Rio de Janeiro, Número especial, 1994, p. 473-483.

Halbe H W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: ROCA, 2000. Vol.2. Capítulo 113.

Helman C G. Cultura, Saúde e Doença, 2 ed. Porto Alegre – RG: Artes Médicas, 1994.

Japiassú H. Dicionário Básico de Filosofia – 3 ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro – RJ: Jorge Zahar Ed. 1996.

Lacan J. O seminário 1953 -1954. Rio de Janeiro – RJ: Jorge Zahar Editor. 1986.

Laplanche J. Vocabulário da Psicanálise/ Laplanche e Pontalis. 3 ed. São Paulo – SP: Martins Fontes, 1998.

Lévi-Strauss C. A noção de estrutura em etnologia (e outros). 2 ed. São Paulo, Abril Cultural, 1985. (Os Pensadores).

Lima S M R R. Estupro. In: Halbe H W. *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: ROCA, 2000. Vol 2. Cap. 113.

Lowenkron A M. Psicanálise, individual, violência social, Revista Brasileira de Psicanálise, vol 37 (2/3); 737 –757, 2003.

Maia C A T, Mondaca A D C A, Duarte C S. Mulheres vitimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. *Femina*, v.28, n. 3, p. 155 – 161, abril, 2000.

Minayo M C de S. Violência e saúde na população intelectual brasileira. In: SEMINÁRIOS SOBRE METODOLOGIA DA PESQUISA EM VIOLÊNCIA E SAÚDE NA AMÉRICA LATINA. Santiago – Chile, 10 – 13 dez. 1990. Rio de Janeiro: CLAVES, 1990 27 P.

\_\_\_\_\_ Violência social sob a perspectiva de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10, p.7 – 18, 1994. Suplemento 1.

Montgomery M. Mulher: o negro do mundo. São Paulo – SP: Editora Gente. 1997.

Morse J M. & Field P A. Qualitative research methods for health professionals. Thousands Oaks, Sage, 1995. 254p.

Ngubane H. Body and Mind in Zulu Medicine. London: Academic Press, p.79, 164. 1977.

Noronha C V & Daltro M E. A violência masculina dirigida para Eva ou Maria? Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.7, n.2,p. 215 – 231, abr/jun 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Resolucion. XIX: salud y violencia. Washington, D.C., 1993. 10 p. Xerox.

Oshikata C T. Violência Sexual: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um Hospital Universitário de Campinas – S.P. Dissertação de Mestrado. 2003.

Queiroz K. Abuso sexual – Conversando com essa realidade. Artigo online : [www.violenciasexual.org.br](http://www.violenciasexual.org.br). 2003.

Rubin H J & Rubin I S. Qualitative interviewing: the art of hearing data. Thousand Oaks, Sage, 1995.

Sandelowski, M. Sample size in qualitative research. Res. Nurs Health, 18(2): 179 – 183, 1995.

Schraiber L B, D'Oliveira A F P L, França Jr., I & Pinto A A. Violência Contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde . Revista Saúde Pública, 36: 470 – 477. 2002. [LILACS] [SciELO].

Sheridan D J. The role of battered woman specialist. Journal of Psychosocial Nursing. Vol. 31, N 11, 1993.

Sidu J M. Otbon. Diccionario Jurídico. 5ª ed. São Paulo: Forense Universitária, 1998.



Silva I V. Violência contra mulher: a experiência de usuárias de um Serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública* , 2003, vol 19. Suppl. 2. p. 263 – 272. ISSN 0102 – 311X.

Skultans V. The symbolic significance of menstruation and the menopause. *MAN* 5, 639 – 651. 1970.

Snow L F and Johnson S M. Modern day menstrual folklore. *JAMA* 237, 2736 – 2739. 1977.

Stuart G W, Laraia M T. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6 ed. Porto Alegre – RS: Artmed Editora, 2001. 958 p.

Teixeira W R G. Programa de Mogi das Cruzes contra o estupro. *INFORMativo Médico Legal*, 1985. 12:1-4.

Teixeira W R G. Pacca G J, De Lima L. et al. – Um moderno enfoque Médico para o estupro. *Rev. Gin. Obs.*, 9: 82 – 87, 1998.

Towsend M C. *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e Cuidados*. Cap. 42. *Enf. Forense*. 3 ed. Editora Guanabara Koogan, 2002.

Turato E R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1): 93 – 108, 2000.

\_\_\_\_\_. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685p.

Verardo M T. Violência no relacionamento “ amoroso”. São Paulo: IMEP.  
1990. 23 p. (Série. Violência de Gênero).

## **6 – Bibliografia de Normatização**

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A. – **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4<sup>a</sup> ed., Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.

Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada 2005).

# 7- Anexos

---

## Anexo I - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS:

### ÁGUA-MARINHA

#### ENTREVISTA N° 01

---

Local e data da realização: CAISM – 22/07/2004

Duração Aproximada: 48 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X1; Sexo: Feminino; Idade: 19 anos;  
Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;  
Escolaridade: 1º Grau Completo ; Estado Civil:  
Amasiada;

Situação Familiar: marido / sem filhos ;

Profissão: Do Lar ; Religião: Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Cliente bem vestida, fica enrubescida ao falar, fica imóvel até inerte ao falar, olha nos meus olhos, quando começou a falar, parou fez um silêncio, então e aí expressa uns sorrisos, quando fala que deu trabalho para a mãe.

Senti a paciente uma pessoa meio estranha, pois fala do marido, ao mesmo tempo do novo namorado, deve ser mecanismo de defesa, ou seja, colocar outro no lugar, para justificar que o marido não a apoiou, mas na realidade acho que quer se apoiar financeiramente, pois não trabalha, não tem filhos (olha o meu julgamento). Ela apresenta-se meio confusa.

Não me senti á vontade, a paciente não dava abertura.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Eu estava em casa dois amigos do meu marido, entraram e começaram a pedir dinheiro, pois disseram que o Fulano (meu marido) estava devendo para eles, disse que não tinha então disseram que iam me usar e fizeram aquilo. É difícil falar! Fiquei ali sem saber o que fazer, quando meu marido chegou, não me apoiou, disse que não era amigo dele os caras, e que não tinha nada a ver com a situação, não foi nem na delegacia comigo. Estou me

separando dele, sabe eu era muito jovem tinha 16 anos quando fugi com ele, foi o maior desgosto para minha mãe, ele foi meu primeiro homem.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Só minha mãe e meu irmão estão apoiando e quer que eu volte a morar com minha mãe, o outro irmão acha que sou sem juízo, pois se já fugi uma vez e agora vou aprontar de novo.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Fiz o boletim de ocorrência na delegacia, olhe tá aqui.

- **Neste momento me mostrou o Boletim**

Depois me mandaram vir aqui na UNICAMP, para fazer uns exames.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Estou tomando os remédios, que é muito forte, dá uma dor de cabeça , quase que eu não vinha hoje, fazer o que não é fácil mas tem que enfrentar.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Fui com umas amigas passear no bosque em Campinas, e conheci um homem mais velho e dei uns beijos nele, e ele queria “fazer besteira”, mas fiquei com medo dele e recusei. Meu marido ficou sabendo, e me falou que não posso namorar um homem mais velho.

- **Quantos anos tinha este homem?**

Ele tem 33 anos mas não parece, parece que ele tem uns 26 anos.

Então não sei o que faço pois meu marido até que é bom paga o aluguel, água e luz.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Estou indo na metodista com minha mãe, você conhece? \* sim conheço. O pessoal de lá tá me apoiando. Tenho muito medo de sair sozinha, hoje minha mãe pediu para a vizinha vir comigo, Ele (marido) fica me seguindo, já falei que vou na polícia.

**Fez um silêncio!**

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Não.

**CITRINO**

## **ENTREVISTA N° 02**

Local e data da realização: CAISM – 22/07/2004

Duração Aproximada: 60 minutos

### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X2; Sexo: Feminino; Idade: 23 anos;  
Etnia: Branca ; Procedência: Jaguariúna - SP ;  
Escolaridade: Ensino Superior Completo ;  
Estado Civil: Solteira;  
Situação Familiar: mora com os pais ;  
Profissão: Advogada ; Religião: Católica

### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente jovem, boa aparência, deficiente visual, veio acompanhada da mãe, confesso que quando a vi, por ser uma advogada, achei que talvez não aceitasse conceder a entrevista. Fantasiei, mas ela aceitou e respondeu prontamente as perguntas. Fala com tranquilidade, mantém contato visual, expressa-se muito bem.

Foi um poço de emoções, a paciente me sensibilizou, senti-me no lugar dela.

Colocou-se à disposição caso seja necessário, para esclarecer dúvidas frente a entrevista.

Durante os momentos iniciais de nossa apresentação, a paciente disse não gosto de falar sobre o acontecido, pois

as pessoas ficam morrendo de “pena”, acho isso horrível.

Quis que eu lesse quais os questionamentos seriam feitos, para não se perder, trata-se de uma advogada.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**



Foi um marco na minha vida, pois quando nos vemos numa situação desta é que valorizamos a nossa vida. Hoje o trabalho tem ocupado meu tempo, acho isto bom, pois não tenho tempo para pensar besteiras.

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Sai com uns amigos, para um barzinho, quando voltamos, não era tão tarde, mais ou menos 22:40 horas, meu amigo parou em frente de casa, para me deixar, continuamos conversando um pouco, quando o bandido aproximou com um revólver, tirou meu amigo do volante, e o colocou no bagageiro, e me levou para um local ermo, e praticou o ato sempre me ameaçando de morte, nestes momentos você percebe que precisa lutar para preservar a vida, foi horrível. Além do que senti nojo, depois fiquei um bom tempo no chuveiro, tentando me livrar daquela sujeira. Foi horrível.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Num primeiro momento não queria contar nada pra ninguém, pois tenho um tio “doente terminal”, e seria mais uma preocupação. Mas minha mãe acabou me pressionando e acabei contando, eles me apóiam muito.

Tenho uma amiga que está me dando muita força, ela é uma pessoa muito boa. Tem outra que parece que minha vida acabou, fica cheia de voltas e cuidados quando fala comigo, não gosto disso.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Na Delegacia a reação do pessoal foi de revolta, deram muito apoio em relação ao meu caso, e disseram que vão pegar o bandido.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Quando cheguei aqui no dia, estava meu passada, o atendimento foi muito bom. O enfermeiro do atendimento foi perfeito, ele até disse “vê se não abandona a gente, pois precisamos de você para poder te ajudar”. Achei isto muito bom, foi muito humano comigo. Agora estou preocupada com o resultado dos exames, será que hoje eles vão me passar os resultados? , não tenho dormido direito de preocupação. **Depois vou verificar sobre seus exames, pode ficar tranqüila.**

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Então o que mais me incomoda neste momento é um antigo namorado, sabe daquelas coisas que nunca acaba, estamos longe um do outro mais de vez enquanto saímos ainda, e sinto que devia contar pra ele, mais ao mesmo tempo, fico com medo que ele se afaste de mim por causa disso.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

A fé me sustenta, sabe é como acreditar que tem alguém que te segura, sabe aquele poema Pegadas na Areia, saber que sempre estou sendo carregada e protegida por alguém.

Em relação ao mundo, hoje sou mais preconceituosa, pois o rapaz era negro, quando me aproximo de alguém com estas características, fico cautelosa. Procuro ao voltar para casa observar o movimento da rua, coisas deste tipo.

Programas “coisas inúteis” não me atraem mais, não tenho paciência para coisas bobas, acho que meus valores também mudaram.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Não, só quero colocar meu telefone a sua disposição caso precise, pois alguma resposta pode ter deixado dúvidas, eu sei como é, na hora parece que tá tudo compreendido e depois não fica tão claro, se precisar pode me ligar.

**DIAMANTE**

### **ENTREVISTA N° 03**

---

Local e data da realização: CAISM – 12/08/2004

Duração Aproximada: 65 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X3; Sexo: Feminino; Idade: 29 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;  
Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Amasiada;

Situação Familiar: mora com marido e 01 filho ;

Profissão: Do Lar ; Religião: Evangélica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente relata com grande emoção tudo o que aconteceu, ampara-se na fé em Deus, pois poderia ter sido pior. Fala do nojo que sentiu, por um estranho ter usado seu corpo, bem como das unhas grandes arranhando-as.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

É complicado, nunca imaginei que fosse acontecer comigo, to muito abalada, sabe eu achava minha casa segura, tá difícil, o corpo marcado com faca, a cicatriz na testa. Tinha um complexo de inferioridade, por achar que estava gorda, agora tenho nojo, muito nojo.

**Fez uma pausa alguns segundos e retomou.**

No dia fui abrir o portão de casa para meu marido sair, como sempre faço, engraçado senti uma angústia, quase pedi para ele esperar eu entrar, parece que alguma coisa eu estava adivinhando que ia acontecer. Quando fui entrar senti alguém me puxando pelo cabelo e prendendo meu pescoço, e cortou meu cabelo com uma faca, meu cabelo era comprido, e me arrastou para o banheiro, me marcou inteira com a faca, então cortou minha roupa, parece que a pessoa estava transtornada. Senti um cheiro muito forte de cigarro, não sei se porque não fumo, mas não suporto o cheiro. Na hora pensava nunca mais vou ver minha filha, mais ainda bem que ela estava na casa da avó. Fiquei apavorada dele entrar no meu quarto e fazer alguma coisa com meu filho. Ele quebrou tudo dentro do banheiro, foi uma coisa estranha, quebrou um vidro de perfume, que fez um barulho que parecia tiro. Então me usou, quando me largou fiquei um tempão ali no chão, com medo dele estar ainda dentro da casa. Aí levantei, coloquei uma camiseta e um short do meu marido que estava ali e sai na rua pedindo socorro. Sabe as pessoas nem ligavam, acho que pensavam que era briga com meu marido. Até que um vizinho estava saindo para trabalhar e perguntou se tinha brigado com meu marido, falei que fui estuprada por um estranho, então ele foi até o orelhão e chamou a polícia.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Meu marido reagiu muito mal, falou que eu devia estar escondendo alguma coisa, senti que parecia que ele não confiava em mim. Só depois que ele entendeu, e disse que me amava e iria me ajudar, e agora tá reagindo bem. Minha mãe quer que eu volte a morar com ela. Tenho tido pesadelos não durmo bem, acordo toda hora, ouço barulhos lá fora de casa, tenho pânico de ficar sozinha.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

O atendimento da polícia foi maravilhoso, me acodiram na hora e me trouxeram pra cá (CAISM).

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

A Dra. Renata me atendeu, é um doce de menina. A psicóloga Tabata também atendeu muito bem, a enfermeira não lembro o nome também foi atenciosa. Só os remédios que me deram, Ah! Passei muito mal, quase parei de tomar, tive palpitação, enjôo, dor de cabeça, sentia uma coisa ruim. Acho que até engordei neste período. A médica lá da minha cidade (Rancharia) falou que é por causa do nervoso que tou passando.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Não suportava depois do acontecido que ele (marido) nem encostava a mão em mim. Depois que voltei de viagem da casa da minha mãe, aí foi uma

explosão, o sexo. Ele me apóia muito, olha hoje ele ta aí, veio comigo, nem foi trabalhar.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Não fui mais na igreja, falei para ele, você falou pra todo mundo, o pastor ta sabendo e muitos irmãos também, pois uns vão ficar com pena de mim, e outros podem pensar, algum motivo ela deu para isso acontecer. Quando cheguei da casa da minha mãe já tava todo mundo sabendo, nem saia na rua, pois parecia que todo mundo estava me apontando. Algumas pessoas disseram: “Deus te livrou do mal , tem uma grande obra na sua vida feita por Deus”.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Penso que não vou mais trazer minha filha pra cá, pois vai que acontece alguma coisa com ela, menina é mais visada.

Ah! Não falei ele usava uma luva de lã e os dois dedos menores estavam de fora, vejo toda hora isso, umas unhas grandes, que me arranhava, ah! me dá tanto nojo, só de lembrar.

**AMETISTA**

## **ENTREVISTA N° 04**

Local e data da realização: CAISM – 29/07/2004

Duração Aproximada: 75 minutos

### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X4; Sexo: Feminino; Idade: 41 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Mogi-Mirim - SP ;

Escolaridade: 1° Grau Completo ;

Estado Civil: Casada;

Situação Familiar: mora com marido e 04 filhos ;

Profissão: Auxiliar de Limpeza ; Religião: Católica

### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente fragilizada e abatida, chorou muito, teve momentos em que foi preciso interromper a entrevista, evita contato visual quando fala da violência. A essência da fala; o mundo caiu, mas tive a impressão, que estava muito abalada, por tudo o que a paciente estava vivendo. Esta entrevista julguei que talvez precisasse retomar.

**Q – 13:**

**Conte o que**

**está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Difícil, perdi o ônibus, no domingo e ia chegar atrasada no trabalho, de repente do nada, alguém tapa minha boca era 5: 30 da manhã, foi um susto, só falava em me matar “ se não fizer o que eu quero, eu te mato”, e em arrastou para o mato, e aí fez o que queria, me deixou ali e saiu



desesperado, fui andando e encontrei uma colega que me deu carona, e me levou para a Santa Casa, e o médico que me atendeu me mandou para cá (CAISM).

Tá sendo difícil, estava afastada do serviço, tinha uma consulta marcada para a filha, e o caminho é o mesmo, me dá um aperto no coração, eu estava subindo á pé e um cara de moto, passa perto e puxa minha bolsa, que caiu no chão. Então cai na cama de novo, não dá nem vontade de sair de casa, dá medo de pegar ônibus cedo, e a noite nem tenho saído. Meu marido poderia ter me ajudado, mas ele estava internado, tem uma perna amputada, sabe eu e minhas crianças nunca tivemos apoio. Ele tirou dois dedos, tem muita dor na outra perna também, tirou a ponta do pé, cortou a “canela”, não passou a dor, fez até uma cirurgia da dor. A dor esta indo para o peito, acho que não vai ter jeito.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Minha família sempre me apóia e me ajudam em tudo que podem. Tenho 04 filhos sendo o mais velho homem (21 anos) ele é deficiente físico e mais 03 moças uma de 19 outra de 17 e a mais nova de 15 anos. As filhas mais velhas choram bastante, e estão sempre do meu lado. Colegas de trabalho, todos ficaram sabendo, pois eu trabalho na Santa Casa, e todos me conhecem.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

A polícia foi no hospital, é uma coisa muito chata, muito chata, que acontece com a gente né?. **Fez uma Pausa.**

**Q -17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

O médico de lá já ligou aqui e fui atendida logo, foi muito bom não tenho do que reclamar.

**Q -18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Quanto a vida afetiva, a família está até mais afetiva comigo, ele (marido) eu procuro não falar muito disso, nossa vida já era complicada, devido a doença dele, agora então. prefiro nem falar.

**Fez uma pausa. (Chorou muito – desliguei o gravador, por alguns minutos)**

**Então podemos recomeçar, ou você prefere parar?**

Pode continuar, já melhorei.

**Q - 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

A religião me afastei um pouco, sabe para o pessoal não ficar perguntando, minha família é muito católica, tenho rezado muito em casa.

Como eu vejo o mundo? Com muito medo, não consigo esquecer de tudo isto, muito medo, e algo assim, que a gente nem espera que vá acontecer com a gente. O mundo caiu na minha cabeça!

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Acho que foi bom, até falei demais, consegui desabafar, eu estava passando por momentos difíceis, minha filha queimou o dedo com ácido, quase perdeu

o dedo, meu marido naquela situação. Mas até que respondi o que você me perguntou.

#### **ENTREVISTA N° 05**

---

Local e data da realização: CAISM – 26/08/2004

Duração Aproximada: 54 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X5; Sexo: Feminino; Idade: 21 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;

Escolaridade: 2º Grau Completo ;

Estado Civil: Solteira;

Situação Familiar: mora com 01 irmão/ 01 cunhada/

01 sobrinho ; Profissão: Do Lar ; Religião:

Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Percebi que a paciente sentiu-se “aliviada” por ter tido uma relação sexual antes da violência com o namorado, parece muito traumatizada no momento, tendo algumas manifestações físicas de Transtorno de Ansiedade Pós-Traumática.

**ESMERALDA**

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Foi um choque né, a gente até sabe que acontece, mas não espera isso jamais. Quando aconteceu eu morava com meu irmão e minha cunhada e mais dois sobrinhos. Meu irmão é segurança e trabalha á noite, então ele (agressor) arrombou a porta e entrou no meu quarto, e falava: “ Cadê a arma? , mas meu irmão não tem arma em casa, e respondi, estava encapuzado, tinha alguma arma na mão, só o olho aparecia, era gordo, de olho bem claro. Fez tudo o que queria, depois me levou para o quarto da

minha cunhada e trancou a gente lá. Sentei no chão e comecei a rezar, e falei para minha cunhada o que tinha acontecido, e ela começou a chorar desesperada, isso era mais ou menos sete e meia da noite, não saímos do quarto com medo “dele” estar lá ainda. Esperamos meu namorado chegar, que sempre chega lá pelas oito horas, ouvimos quando ele chegou e começamos a gritar no quarto.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Meu namorado ficou muito revoltado e falava “ não acredito” . Minha mãe só ficou sabendo que a gente tinha sido assaltada, só ficou sabendo tudo quando chegou na delegacia, mas me apoiou muito. Tenho um irmão que ficou muito revoltado, fala que quer matar este filho da puta, só fala isso. Agora to morando com a minha mãe, não consegui ficar mais naquela casa.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Na delegacia foi tudo bem, mas no IML **(Pausa)** . É muita humilhação.

**Como assim humilhação em que sentido? Perguntei.**

Ah! eles são muito brutos com a gente. O médico é seção (nem olha para a gente), nem tchau ele fala. As enfermeiras são boazinhas. Não sei parece que a gente é culpada pelo que aconteceu

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Olha tomei os remédios, mas quase desisti, pois tive muita dor de estômago, vomitei duas vezes e muita dor de barriga.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

A gente tá mais unido, ele queria fugir comigo.

**Fugir em que sentido ?**

Ele queria fugir para morar junto comigo. Pensei até em sair de Campinas, pois tenho uns parentes que moram no interior.

**E com relação a atividade sexual de vocês?**

É assim, como posso te falar. **(Pausa)**. Ele foi meu primeiro homem, mas só tivemos uma relação antes disso. Agora eu penso, ainda bem que foi antes da violência, não tive mais após isso.

**Q –19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Na hora que ele estava me usando, eu rezava muito, ele mandava eu parar. Depois não conseguia mais rezar, sabe falar com Deus, achava que Deus não tinha olhado por mim. Mas agora já mudou tenho mais fé, até meu namorado reza muito por mim.

Não saio mais sozinha, à noite para dormir é um sacrifício, qualquer barulho me dá “batedeira”. **(Pausa)** . Tenho raiva, quero achar a pessoa que fez isso comigo, eu sei quem mandou fazer isso. **(Pausa)** . É, justiça é Deus quem faz, mas quem fez tem que pagar. Isso eu não tinha falado. Acho que é só.

**Fez pausa e depois falou:** Ah! Não falei ele roubou um tênis velho do meu irmão, e uma pochete de cds, que estava guardada, demorou para eu

perceber, e estava escrito meu nome. Pausa., sabe fiquei preocupada com isso, pois agora ele sabe meu nome né!

Que mais posso falar!

**(Pausa)**

**Q –20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Sabe moça, não tenho vergonha de falar disso, pois sei que não tenho culpa, eu tava dentro da minha casa e aconteceu né?.

**JADE**

**ENTREVISTA N° 06**

Local e data da realização: CAISM – 02/09/2004

Duração Aproximada: 55 minutos

**DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X6; Sexo: Feminino; Idade: 21 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Santo André - SP ;  
Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Solteira;

Situação Familiar: mora com o pai ; Profissão:  
Auxiliar de Escritório ; Religião: Evangélica

**IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

**Q – 13:**  
**está**

Paciente traumatizada recentemente, respondeu ao que foi perguntado, parece não demonstrar emoção.

**Conte o que**

**representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Nos primeiros dias foi muito difícil, tem hora que nem lembro, pelo acontecido acho que tou bem, se eu ficar rematando isso (relembrando), vai ser pior para mim, prefiro esquecer.



Foi um desconhecido, nem o rosto eu vi, não olhei, chegou dizendo que era um assalto, estava praticamente perto da minha casa, comecei a chorar, ele estava muito agitado, com medo até, ele me ameaçava muito, não conseguia reagir, era nove e meia da noite, eu estava sozinha, e ele me puxou para um matagal e aconteceu tudo.

Cheguei em casa, todo mundo estava me esperando, pois quando vou atrasar, eu aviso e neste dia não avisei, todos estavam preocupados. Cheguei chorando, minha madrasta perguntou o que tinha acontecido, e me levou para o médico. Fui no posto de saúde perto de casa e mandaram vir para o CAISM.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Não contei nem pra minha mãe, só falei pra minha chefe, que me deu um dia livre, sabe pra resolver os problemas.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Fui rodando, pois fui na delegacia perto de casa, foi uma mulher que me atendeu, agora estes dias ligaram para eu comparecer de novo lá, pois levaram meu celular. Não sei se é pra isso, mas ainda não fui

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Quando a isto está tudo bem, não tive nenhum problema, fui tratada muito bem aqui.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Prá mim tá normal, tenho uns rolos na vida, acho que todo mundo tem, tenho uma pessoa que a gente se dá tão bem, ele me dá muita força. Não contei nada para ele. É chato o que aconteceu, não sinto nada.

**Por que não quis contar para esta pessoa o acontecido?**

Não sei, eu tentei, um dia saímos e eu tava muito chateada, quase falei ,ele me perguntou do assalto, se o bandido tinha me agredido, falei que não, tenho medo dele se afastar de mim com causa disso.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

No começo fiquei assustada, mas Deus está em primeiro lugar. Não vou lembrar, Deus me deu muita força, não consigo ter raiva da pessoa. Minha religião tá normal, freqüento sempre a igreja.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Depois disso fiquei mais esperta, antes eu não tava nem aí. Agora de noite meu pai me pega no ponto do ônibus. Um dia meu pai falou pra eu ir na frente que ele ia atrás conversando com um tio meu, eu disse não vou!

Sabe, durante o dia tudo bem, mas a noite é mais complicado.

## TOPÁZIO

### **ENTREVISTA N° 07**

Local e data da realização: CAISM – 02/09/2004

Duração Aproximada: 65 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X7; Sexo: Feminino; Idade: 20 anos;  
Etnia: Branca ; Procedência: Capivari - SP ;  
Escolaridade: 1º Grau Completo ;  
Estado Civil: Solteira;  
Situação Familiar: mora com uma amiga ;  
Profissão: Profissional do Sexo ; Religião:  
Evangélica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

A entrevista foi muito rica no meu entender a paciente fala sem pudor, como bem disse no início: “posso falar tudo”, é interessante como uma garota de programa, que relaciona-se bem com o sexo, sentiu-se violentada, quando o inesperado aconteceu bem como a violência sofrida.

Acredito que houve incoerência em algumas falas, pois em alguns momentos ela refere-se aos programas como passado, em outros fala no presente. Talvez tenha escondido, o fato de ainda fazer programas.

Tive muitas curiosidades, mas no entanto não perguntei, pois julguei que seria invasiva, somente fiz algumas interrupções com perguntas, para melhor entender o “seu mundo”.

**Obs:** Quando peguei o prontuário para chamar a paciente, a funcionária me olhou com “certo preconceito”, não entendi direito na hora, pois tratava-se de

uma moça loira, bem vestida. Então chamei-a até o consultório, me apresentei e falei o objetivo da entrevista, como sempre faço. A paciente perguntou se não seria identificada e nem filmada, expliquei que não, então ela disse: “posso falar tudo?”, disse que sim.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Eu tinha um site de trabalho, com algumas fotos, anuncio no Jornal Correio Popular, então uma pessoa me ligou e perguntou como era meu serviço, então falei que atendia em Motel ou Hotel, e que o valor era X, então me disse se eu atendia em residência, falei, aí é mais caro devido a distância, pois ele falou que era em Atibaia, mas que pagava meu táxi até lá. Peguei o telefone para confirmar o endereço.

**Como é isso em essa confirmação de endereço? Pode me explicar melhor?**

É assim, quando telefonam, ligo para confirmar o endereço, pois às vezes tem trote, sabe como é? , preciso ter certeza que é um cliente mesmo.

Fui com uma amiga até lá de táxi então ele me ligou dizendo que eu aguardasse antes da entrada do condomínio, que o motorista dele ia me buscar. Então o motorista chegou, pagou o táxi. O motorista do táxi até me

disse, vê como vai ser, falei tudo bem, pode ir. Era mais ou menos uma e meia da tarde. Achei que o cliente era o próprio motorista. Quando cheguei era uma mansão, e a pessoa falou: sou eu a pessoa que você vai ficar. Então combinamos que o programa era até as quatro da tarde. Transamos e ele falou se eu ficava até as seis horas, falou que me pagava mais, e que depois “eu mando o motorista levar você”. Vi que tinha umas pessoas arrumando a casa, então ele falou para eu esperar um pouco, que ia mandar todo mundo ir embora. Até aquele momento tava tudo bem. Ele ia e voltava, fui tomar um banho, e então, acho que ele usou droga, pois estava estranho e falou: “ tou com tesão de novo” , falei que era melhor marcar outro dia, pois o preservativo tinha acabado.

#### **Você é quem leva os preservativos?**

É assim, como sempre vou a Motel ou Hotel já levo as camisinhas, não transo sem, de jeito nenhum, sabe como é a gente precisa se proteger.

#### **Desculpe, vamos retomar ao que você estava falando, sobre os preservativos terem acabado, então como foi?**

Então ele ficou transtornado e disse que não tinha problema, falei, não eu não transo sem, até com meu namoradinho não transo sem. Ele disse, então você chupa, falei não sem preservativo não. Ele disse: “tira a saia”, eu tava de saia jeans. Falei que não ia transar mais, ele ficou louco, ergueu minha saia, me jogou na cama, afastou minha calcinha e enfiou um pouco e forçando, comecei a gritar, vi a morte naquela hora, me desesperei. Falou: “fica quieta senão vou chamar os seguranças, aí você vai transar com todos eles” . Ele me bateu na cara, eu gritava, mais não tinha ninguém lá, pois ele tinha falado, “depois eu mesmo te levo”. Ele conseguiu um pouco fazer sexo,

então começou a falar: “ Você me desculpa?”, falei que não, então me disse, “vou te pagar direitinho”. Falei que não precisava pagar só queria ir embora, falou: “procura um médico, se você tá com medo”, falei vou no meu médico. Então ele me colocou no carro e saiu, entrou por uma estrada de terra, fora do condomínio, e falou: “desce já deste carro”, desci correndo, pois achei que ele ia me matar, andava de um lado pra outro, não conhecia nada por ali, então tirei o sapato, e cheguei num posto de gasolina, liguei pro meu namoradinho e ele disse que vinha me buscar. Liguei pra polícia e disse que já vinha, e passou meia hora e não chegava, sabe como é polícia né! Estava apavorada, olhei e vi um cara, parecia um segurança dele. Acho que tava vendo coisa.

Ah! Esqueci de falar que liguei pro meu namorado, então fui para a delegacia com meu namorado, e eles falaram para vim aqui na UNICAMP procurar tratamento

- **Houve uma interrupção, uma funcionária entra na sala, paro a gravação, e faço um sinal com a mão para a paciente parar um pouco, como já tinha combinado.**
- **Então podemos continuar?**

Sim, vamos lá

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Me trataram bem aqui, me examinaram, me deram até comida, para poder colher os exames, deram os remédios, o coquetel.

**Como foi a sua reação diante dos medicamentos?**

Ah! fiquei meio bobona, mais ou menos uma semana, meio esquecida, minhas amigas perguntavam, por que eu tava assim, e eu dizia, acho que foi pelo que aconteceu, to meio esquisita, mais já passou.

**Antes de fazer a próxima pergunta, posso te perguntar uma dúvida que tive? Por que em alguns momentos você fala namoradinho, quando se refere ao seu namorado?**

Não é por que ele é novo não, ele tem 30 anos, acho que é uma maneira carinhosa, ele sabe que eu fazia programa, só ele sabe, minha família não. Sabe agora to namorando sério, fiquei com um pouco de trauma. Outro dia fui sair com um cliente, ele me ligou, a gente sempre sai, quando entrei no quarto, tive a sensação que ele ia me agredir, a gente fica meio estranha.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual com seu namorado depois do acontecido?**

No começo, depois do acontecido, ele ficou meio assim, sei lá, com medo de ter relação comigo, acho que é medo de pegar doença, ele até ia dormir em casa, eu chorava muito (tinha medo). Agora está normal, ele me dá muita força, sem ele acho que eu nem teria saído de casa.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Freqüento a Igreja Universal, acredito muito em Deus. Minha mãe ora muito por mim ela é evangélica, pois o cara poderia ter me matado, foi Deus que me ajudou.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Eu acho que as meninas que fazem isso, tipo assim, alerta a todas as pessoas, só atender em Motel que é mais seguro.

**Por que no Motel é mais seguro?**

É assim que funciona, o cliente me liga e combina o programa, então quando ele entra no Motel, ele me liga e diz: “to no Motel tal, na suíte por exemplo 23”. Então ligo no Motel e pergunto se entrou algum cliente lá, caso respondam que sim então vou de táxi, depois do programa o cliente sai, ligo na portaria e eles confirmam a saída do cliente e que já posso sair, entendeu?

**Sim, agora entendi.**

Pelo menos é assim nos Motel onde a gente trabalha, então tem segurança.



**ENTREVISTA N° 08**

Local e data da realização: CAISM – 15/09/2004

Duração Aproximada: 50 minutos

**DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X8; Sexo: Feminino; Idade: 23 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;

Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Amasiada;

Situação Familiar: mora com o marido e 01 filho ;

Profissão: Auxiliar de Enfermagem ; Religião:

Evangélica

**IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente recém violentada, está traumatizada, pode perceber que em muitos momentos quer fugir do assunto central, e talvez o mais nevrálgico, que é o trauma sexual que está vivenciando, senti que precisa “ceder sexualmente” para satisfazer o marido, mas não tem prazer. Percebi também como mecanismo de defesa, o filho, pois em duas falas refere que se não tivesse o filho teria tido alguma reação, o que seria uma maneira de não se sentir tão fragilizada, pois teria lutado contra.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

É uma marca, parece que a gente vai ficar marcada pelo resto da vida, parece que todo mundo te vê diferente, não sei. Assim mesmo, se o governo pagasse alguma indenização, pois aconteceu em via pública, não valeria nada, perto do que a gente passa. Fica um vazio na gente. Você se

vê molestada, usada à força, e luta para preservar a vida, e fico pensando: será que compensa?

**Seus olhos ficam marejados de emoção neste momento.**

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Estava trabalhando em Indaiatuba, tinha combinado com meu marido, para ele ir me buscar no ponto do ônibus, como vi que já estava escuro, mas já tinha falado com ele (marido), resolvi descer assim mesmo, e ele atrasou, então comecei a andar e percebi que uma pessoa me perseguia, comecei a andar mais depressa, mas ele me alcançou.

**Então foi um assalto?**

É primeiramente era assalto, procurei manter a calma, pois sempre conversava com meu marido, e a gente falava, se for um dia assaltado, não reagir, pois pode ser pior. Falei que ia entregar tudo, ele levou minha aliança, dinheiro, fez eu sentar no chão, e mexeu na minha bolsa, abriu minha carteira, viu as fotos do meu filho e do marido, e começou a me ameaçar dizendo: “tá vendo este aqui” e mostrava meu filho, “se você tiver mais dinheiro e não me der, você não vai ver mais”. Então entreguei um dinheiro que tava no bolso, que ia pagar minha escola. E ele começou a colocar a mão nos bolsos da minha jaqueta, ali eu vi que não ia ficar só naquilo. Então falei: “peraí, não põe a mão em mim, leva minha jaqueta” , ele começou a por a mão bolso da calça e me palpou por baixo. Comecei a tentar passar calma, falei: “ vai embora que eu vou andando e não olho para trás” , então ele falou: “eu vou com você até o ponto de ônibus”, mandou eu

abraçar ele pra ninguém desconfiar. Vi que ia acontecer mais coisa, se fosse ver dava até para bater nele, pois era do meu tamanho.

### **Ele estava armado?**

Eu senti um negócio duro na cintura dele, mas não vi nada. E tava com uma touca falava para não olhar para ele, se não fosse por meu filho eu teria feito alguma coisa. E então foi me puxando e levou para uma casa abandonada, me chingava, e dizia quem dava as ordens era ele, porque eu ficava pedindo pelo amor de Deus para ele não fazer nada comigo. Quando chegamos na casa ele falou: “você sabe o que vai acontecer né!”, e começou a perguntar do meu marido e do meu filho, então arrancou a calça e a minha e perguntou se já tinha tido relação anal, falei que não, na hora eu até falei: “você não tem preservativo?, porque a gente é instruída, eu uso até com meu marido”, e ele falou: “Vê lá se vou ter isso, depois você corre atrás do prejuízo, eu não tenho nada a perder”, tentei falar para ejacular para fora, mas terminou rápido.

### **E ele não te agrediu durante o ato?**

Não me espancou, acho até que tive sorte, se é que posso falar assim, pois é difícil eles usarem a vítima só para o sexo, geralmente pelo que falam eles espancam, colocam cigarro aceso no corpo da gente.

E então fui voltando para o ponto do ônibus, na hora passa um monte de gente, você pede ajuda, mas as pessoas não querem se envolver, fui num orelhão perto e tinha uma moça e falei se podia usar o telefone, ela falou: “ não vê que eu estou usando”, quando ela me olhou viu que estava desesperada, meu estado e ela me emprestou o cartão telefônico, liguei e

meu cunhado veio me buscar. Estava passando uma viatura,mas fui no Mario Gatti, depois que sai daqui, aí é que fui na delegacia.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Eles ficaram preocupados comigo, ficaram com raiva, queriam ir atrás, eu falei que não adianta, pois nem eu sei falar como ele era, eu só sei definir a voz, que fica aqui na minha cabeça o tempo todo. Não sei, acho que ele era gago.

Meu marido falou: “nunca vou ter nojo de você”, mas mesmo assim, a gente não quer retornar à vida sexual, sei lá, o que acontece. Fico pensando que estou suja, invadida, sei lá!

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Na delegacia foi tudo bem, acho que as pessoas ficam com mais cautela nesses casos. Não tive problemas.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Vou ser bem sincera, o pessoal aqui me tratou muito bem, mas a parte da psicologia ficou à desejar. A psicóloga estava quase dormindo na minha frente, falei até com uma professora minha, que é da área da psicologia, e ela disse que eu deveria fazer um tratamento à parte, pois aqui é assim mesmo, eles tem que atender a demanda. A primeira que me atendeu, foi excelente, mas me encaminhou pra essa outra, pra mim não ajudou em nada.

**E quanto aos medicamentos que tomou, foi tranquilo?**

Ah! os medicamentos me deram muito enjoô e náuseas, então falei para o infectologista, que me receitou Hidróxido de Alumínio, e então passou.

**Você já trabalhou na área da saúde?**

Isso, eu sou auxiliar de enfermagem.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Parece que você não quer ter mais nada disso, a gente procura refúgio com estudo, filho, mais uma parte da vida que não existe mais. Pro meu marido é difícil, não sei se o dos outros é assim, por mais que ele fala que não, ele tem dificuldade de entender isso.

Outro dia estava no supermercado e fui pegar uma lata de leite condensado, tava meio distraída, um moço chegou perto para pegar uma lata, levei um susto, minha mãe até falou:

“ Rubi, o que é isso?”

**Desliguei o gravador, pois duas funcionárias entraram na sala, para conferir o material. Já tinha orientado a paciente, caso entrasse alguém na sala, a gente faria uma pausa.**

**Então Rubi retomando nossa entrevista, você estava me falando da dificuldade do seu marido entender a situação e então?**

É assim tive uma relação sexual com meu marido, mas não pra mim e sim para satisfazer a vontade dele, sabe me sinto agredida, não sei se vou sustentar esta situação. Ele diz que quer me mostrar que com ele é diferente, é com amor. Não entende o que tou passando, não adianta.

**Q –19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Olha! sempre acreditei em Deus, em questão de duvidar não duvido não, sei que ele está aqui. Sei que o que aconteceu comigo foi o mínimo, de tudo que ele falava que ia fazer e não fez, foi Deus. Achar que Deus não existe não passou nenhum minuto pela minha cabeça. Acho que é por que tenho a parte espiritual bem desenvolvida, não vou ser a primeira e nem a última.

O mundo tá cheio de violência, sabe quando acontece isso, a gente pensa mais seus valores, será que é aquilo mesmo que eu quero?. Sempre quero voltar fazer tudo da melhor maneira, você pára para pensar na qualidade de vida.

Se não tivesse meu filho, eu teria feito alguma coisa. Isto que aconteceu prá mim tem um valor grande, pois meu marido foi meu primeiro homem, e tou com ele até agora. É a vontade de viver é maior.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Acho importante esse tipo de trabalho, se der para colaborar, acho legal tá participando, não sei como, sei lá que as pessoas tenham um recurso melhor. Falar para profissional não tenho problema, não fico falando pras pessoas, pois parece que ficam com pena de mim e não gosto. Minha mãe não, ela não quis saber detalhes, só ofereceu colo, falou se precisar de alguma coisa é só falar. É isso.

## SAFIRA

### **ENTREVISTA N° 09**

Local e data da realização: CAISM – 30/09/2004

Duração Aproximada: 55 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X9; Sexo: Feminino; Idade: 19 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Sumaré - SP ;

Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Casada;

Situação Familiar: mora com o marido ; Profissão: Do Lar ; Religião: Evangélica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Senti a revolta da paciente, pois segundo a mesma sempre se preservou, para o marido, e acontece esta violência. Tem também uma mania persecutória, quando diz que pode ser alguém da firma do marido, bem como medo pelo julgamento das pessoas, acredito que seja pelo rigor da religião, quando diz: “muitos atiram pedras”.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**Q - 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Depois do que me aconteceu, fiquei amedrontada, não saí mais sozinha na rua, quando tou andando e vem alguém atrás, já me assusto. Fiquei com medo do meu marido me rejeitar sentir nojo de mim. Sabe tem gente que

passa por isso e fica com raiva, eu penso que, ainda bem que tou viva. As vezes as pessoas fazem isso devido à sociedade como está, violenta e acho que é ambição demais, tenho até dó de pessoas que agem assim. Meu marido ficou com muita raiva.

### **Como foi, um assalto?**

Desci do ônibus, e fui atravessar a passarela, nunca tinha feito este caminho, mas como tinha visto um acidente na pista uns dias antes, resolvi ir pela passarela. Era cedo mais ou menos nove vinte da noite, tinha muita gente passando por ali, atravessei, e faltava uns cinquenta metros para chegar onde precisava, e vi que vinha uma pessoa atrás de mim, tava estranho, pois estava calor e ele estava de roupa de frio. Chegou perto e falou: “É um assalto!” e mostrou uma faca na cintura, falei pode levar tudo, falou que precisava de trezentos reais, comecei a falar alto pra ver se as pessoas percebiam. Falei que onde ia arrumar trezentos reais assim, então ele falou: “Já que você não tem o que eu preciso, vem me siga”, e foi me levando para o canteiro central da pista, tem um anteparo de cimento, se as pessoas olhassem de cima da passarela via tudo. Ele começou a ficar irritado, pois comecei a chorar, ele falou para eu deixar tudo de lado, e mandou eu tirar a roupa, falei que de jeito nenhum, pois era casada, até falei, o que você precisa tem ali, sabe tem um bordel do outro lado da pista. Foi então que ele falou o nome do meu marido, sabia meu endereço e onde meu marido trabalhava, fui tentando levar ele na conversa, mas meu celular não parava de tocar, acho que era minha mãe, preocupada por eu não ter chegado. Ele entrou em desespero, fez tudo rápido, fingi que tava passando mal, ele falou que ia chamar meu esposo. Ele foi saindo e tinha uma viatura



de polícia por ali, que veio fazer outra ocorrência, e ele atravessou a passarela depressa. Levantei e voltei para a passarela, e encontrei um amigo do meu marido, que é investigador, e ele falou: “o que te aconteceu?”, falei que fui assaltada, ele disse, “olha sua roupa tá toda suja” , então contei o que tinha acontecido para ele. Ele disse que eu precisava ir no hospital e falou do perigo de doenças.

Sabe minha família ficou com raiva, revoltada até, pois eu sempre fui certinha, casei virgem e acontece isso, quando vou deitar, vem uns flasches do que aconteceu, meu marido me deu a maior força.

Ele não tava mascarado, tinha uma faca, parece que alguém mandou fazer isso, para prejudicar meu esposo. Outro dia vi a pessoa no ponto do ônibus, ele olhou, fez um sinal com o dedo na boca, sabe sinal de silêncio?, e ergueu a camiseta, para eu ver a faca e entrou no primeiro ônibus que passou.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Meus pais e meu esposo sabem do que aconteceu, eles me apóiam muito. Minha mãe a uns trinta anos atrás, passou por isso, e ficou grávida do meu irmão mais velho, que é muito revoltado com isso, ela conhece quem foi, essa pessoa já tentou se aproximar, mas como ele não assumiu o filho, até parece castigo, ele casou, teve um filho que não é normal, é de uma posição social muito boa.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Lá na delegacia eles nem ligam muito, já faz parte do cotidiano deles. A escritã, falou que se fosse com ela, sairia correndo, fiquei pensando: é fácil falar, mas na hora é diferente e ele tava armado.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Me trataram muito bem aqui, só o que me deixou constrangida foi os medicamentos, mexeu muito comigo. É horrível. Ah! eles falaram para usar preservativo com meu marido, por seis meses, e aí aconteceu um negócio interessante, pois ele falou assim: “ não acho justo, você foi agredida, então se você tiver doente, ficaremos doentes os dois”.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Sabe fiquei com medo dele ter nojo de mim, e ele ficou com medo de eu não querer mais. Porque ele é tão carinhoso, passando os dias e eu falei: Fulano o que tá acontecendo?, isso pra mim é passado, e quem vive de passado é museu, isso serviu para unir mais os dois. Agora tá tudo normal.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Eu não sei o que leva uma pessoa a cometer um ato violento deste. Se você é certinho demais acaba se estrepando lá na frente, se você é um tranqueira (desculpe a palavra) acaba também se dando mal. Pegar uma pessoa estranha e violentar, e muitas vezes como acontece, tiram a vida da pessoa. Acho que tudo é por causa da ambição das pessoas.

**Você contou o fato para pessoas da sua religião?**

De maneira nenhuma, não falei nada pra ninguém, o patrão do meu marido, até queimou os jornais que tinha saído a notícia. Sabe as pessoas já logo vão dizer, tava no lugar errado e na hora errada. Muitas atiram pedras.

**E quanto ao seu cotidiano, com está?**

Gostava muito de sair à noite, não tinha medo, hoje tava marcada a consulta aqui, falei pro meu marido: Ah! vê se consegue uma folga, eu não vou sozinha de jeito nenhum”. Mas ele tem me dado muita força.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

O que mais me intriga é as investigações são lentas, sempre acontece isso o tempo todo, com tantas mulheres e não descobrem quem é.

No meu caso preferi arquivar o processo, pois começou no trabalho do meu esposo, assim, eu me acho horrorosa, mais um dia fui lá, e os colegas de trabalho dele disseram, “Fulano como é que você conseguiu uma mulher tão bonita?”. Ele subiu na empresa muito rápido, pode ser a mando de alguém dali mesmo. Só por causa de um cargo melhor é a ambição das pessoas, tem um encarregado dele que deu em cima de mim, falei que sou casada e séria,não quero nada com ele, desconfio que tem alguma coisa por trás.

A pessoa que me agrediu falou o nome de uma pessoa da firma. E antes eu tinha ligado para o meu marido para falar, que iria lá, pode ser que alguém escutou tudo.

## PÉROLA

### **ENTREVISTA N° 10**

---

Local e data da realização: CAISM – 14/10/2004

Duração Aproximada: 45 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X10; Sexo: Feminino; Idade: 32 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Sumaré - SP ;

Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Casada;

Situação Familiar: mora com o marido e 01 filha ;

Profissão: Do Lar ; Religião: Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente com características interessantes, usa brincos grandes vermelhos, cabelo bem curto e encaracolado, blusa vermelha, chale “ como uma rede”, branco cheio de contas, anéis grandes, é magra, de pequena estatura, olhos escuros. Achei interessante, pois ao olhar tive a impressão de se tratar de mulher vaidosa e muito animada, o que seria próprio pela vestimenta e acessórios que usa.

Quando começa a falar, percebe-se o tom desanimado, e até mesmo depressivo ao se colocar. Tem objetividade ao falar, porém com traços muito negativos.

Acredito que sua relação com o marido já não estava bem, e depois do acontecido, agora ela tem um motivo para se afastar dele.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

Um verdadeiro tormento, mudou totalmente minha vida, emocional e conjugal. Além de estar fazendo tratamento médico, eu estava mais animada, tenho síndrome do pânico, ficou torturante.

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Se é conhecido não sei, mas pelo fato, a pessoa sabia muita coisa da minha casa, sabia onde meu marido trabalhava, que eu tomava remédio para depressão. Entrou mascarado, não falou nada, estava armado, tremia muito, foi muito rápido e grosseiro, saiu pela porta da frente. Só falou uma coisa: “Fica quieta, não entra em pânico, pois senão vou esperar sua filha voltar”.

**Você desconfia de alguém?**

Vivo muito em casa, não sou de sair, pode ser uma pessoa que tenha raiva de mim, tou estudando, sou muito vaidosa, quando ia pra escola, meu marido até falava que eu chamava muita atenção. Minha filha é maior do que eu, todos pensam que é minha irmã.

Acho que ele estava esperando minha filha, que tinha ido num mercado, foi neste intervalo, o nervoso dele, era esse, que ela podia chegar a qualquer momento e não sozinha.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Na época que aconteceu só ficou sabendo: minha cunhada, meu marido, minha mãe e uma amiga. Meu marido agiu normal, depois que voltamos pra casa, saiu, bebeu bastante, procurou para ver se achava o agressor. Ah!

esqueci de falar o que chamou a atenção, é que ele estava com uma camiseta preta com um crânio grande branco.

Meu marido ficou muito perturbado, quando viemos aqui, e deram camisinha, ele teve uma reação grosseira, pois não tinha usado ainda, ele foi meu primeiro e único homem. Na hora ele falou que eu teria que ter reagido, mesmo estando viva, eu tava mais morta do que viva, depois pediu desculpas. Minha filha chorou muito, ficou com medo de ir para a escola, ela vai de Topic, falei com a moça, para esperar ela entrar em casa. No outro dia meu marido comprou um Pitt Bul. Telefona praticamente toda hora, pra mim e para minha filha.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Chamei a polícia, fizeram o boletim de ocorrência, me levaram ao posto de saúde, que me mandaram trazer para a UNICAMP.

Ligaram para a Delegacia da Mulher, para acompanhar lá, foram violentadas mais duas mulheres na mesma semana em Sumaré.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Sou muito traumatizada com médico homem, no dia foi uma moça com um rapaz que me atenderam. Acredito na fé, passei mal no primeiro dia e não tomei mais os remédios. Me senti acanhada, chorei muito, as pessoas estão me dando muita força. Voltei a estudar informática, com a companhia do meu sobrinho.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Emocional eu já sou depressiva, choro muito, sou impaciente, tenho TPM muito forte. Em relação à família não deixo minha filha sair, fico sentada olhando ela brincar, cerca de mais ou menos uns cinco minutos. Meu marido ele precisa dormir antes do que eu, já tive uma tentativa de estupro aos quinze anos, com meu primo. Tenho enxaqueca muito forte, meu marido chega cansado, quer conversar um pouco, não tenho paciência como antes, fica aquele clima, ele às vezes sai cedo e não me fala nem tchau, na maioria das vezes ponho minha filha para dormir comigo. Ele achou ruim o uso da camisinha, e tenho medo de passar doença para ele, então estou sem relacionamento sexual no momento.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Crença não, Deus não teria coragem de fazer mal para a gente, nem todo mundo se pode confiar, me afastei de todo mundo. A maneira de ver o mundo mudou. Sou afetiva, tenho um vizinho que levou uns tiros, e tava ajudando bastante, agora não vou mais lá. Acho que ninguém merece, se levou uns tiros é porque fez alguma coisa errada. Minha filha é tudo, é o que vale a pena, fico pensando: pausa. ela tá crescendo como vou ficar sem ela.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Pensar que vai passar esta dor que tou sentindo, tenho que fazer tudo para tirar isso, senão a gente acaba enlouquecendo.

## TURQUESA

### **ENTREVISTA N° 11**

---

Local e data da realização: CAISM – 14/10/2004

Duração Aproximada: 50 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X11; Sexo: Feminino; Idade: 25 anos;

Etnia: Branca ; Procedência: Sumaré - SP ;

Escolaridade: 1º Grau Completo ;

Estado Civil: Solteira;

Situação Familiar: mora com os pais; Profissão:

Industriária ; Religião: Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente muito objetiva, falou com clareza, demonstra a luta pela vida , acima de tudo. Logo no início da entrevista, fala do nojo, como se a invasão em seu corpo lhe provocasse até asco, repulsa pelo que aconteceu. Tem um bom enfrentamento diante da situação atual, demonstrando ser uma pessoa bem equilibrada.



**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

Angústia, nervoso, e agora já passou um pouquinho, e nojo, muito nojo.

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Eu estava parada no semáforo na Avenida Andrade Neves, ele parou e disse que estava fugindo da polícia e estava armado, fui sair do carro, ele falou não, eu preciso de você, e que precisava ir até a Anhanguera, fiquei tão apavorada, que não conseguia saber para onde ia, ele falou, “vou explicando e você vai”. Quando chegou no trevo da Bosch, falei se era para ir sentido Americana ou São Paulo, ele mandou eu ir andando, naquele momento pensei tou perdida, mandou eu entrar numa estrada de terra, falei que ali não tinha saída, dei sorte, pois tinha dois caras perto de uma antena, então a gente saiu dali entrou dentro do Padre Anchieta, depois saímos de novo na Anhanguera, parecia que ele queria ganhar tempo, pois era umas quatro horas da tarde. Depois pegou a direção de uns bairros desertos, e ele falou o que eu quero é dinheiro, e já vi que na sua bolsa só tem duzentos e cinqüenta reais, e eu fiquei a tarde inteira pra levar só isso, acho que quero mais. Fiquei apavorada, falei que podia ir no Itaú e tirar mais quinhentos reais, então ele me levou até lá, entrou comigo no banco armado, tirei o dinheiro e ele falou que isso não vai ser suficiente, me levou para um bairro deserto em Indaituba, e me violentou, depois do que aconteceu me levou de volta no lugar onde me abordou, e mandou eu nem olhar, para ver onde ele ia.

**Você viu a arma?**

Vi era uma pistola.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.**

Ficaram apavorados, tenho um namorado, que ficou muito nervoso, queria sair comigo para procurar o cara. Eles me consolaram, me deram muita força, a família dele e a minha.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Então eu estava indo para falar tchau para meus pais, que iam viajar, lá na FEPASA, mas pela hora, vi que já tinham ido embora. Fui para a casa do meu namorado, e a mãe dele ligou para ele que estava trabalhando. Me levou ao 4º Distrito de Polícia, só fizeram um boletim de ocorrência, e me encaminharam para a UNICAMP.

**Q –17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Quando cheguei aqui conversei com a psicóloga, e ela me tranquilizou, pois falou que o risco é pequeno.

**E quanto a medicação, teve ou está tendo alguma reação?**

Só no primeiro dia, passei mal, era muito remédio que tinha que tomar, agora não sinto mais nada.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Só o tempo para poder falar, meu namorado tem muita calma comigo, agora tá meio difícil.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Fico assustada, qualquer coisa me apavora, fico querendo tomar banho toda hora, parece que tou suja ainda e não consigo ficar sozinha.

**E quanto as suas crenças?**

Não me abati, penso que podia ser pior. Ele (Deus) ajudou, poderia estar morta.

**Q - 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Não, acho que falei tudo.

## PERIDOTO

### ENTREVISTA N° 12

---

Local e data da realização: CAISM – 14/10/2004

Duração Aproximada: 62 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X12; Sexo: Feminino; Idade: 35 anos;  
Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;  
Escolaridade: 2° Grau Completo ;  
Estado Civil: Solteira;  
Situação Familiar: mora com os pais e 01 irmão  
Profissão: Auxiliar Administrativa ; Religião:  
Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente diz antes da entrevista que faz tratamento psicológico e psiquiátrico, já antes do ocorrido, segundo a mesma tem Transtorno Bipolar e Borderline, já tentou suicido, ficou internada no CTI à dois meses atrás, pude perceber que ela manifesta-se de maneira impulsiva em relação ao namorado, embora já tenha trinta e cinco anos, em alguns momentos tem reações de adolescente. É minuciosa, fala com riqueza de detalhes, com clareza. O mais me chamou a atenção, foi a fala: *“Sabe queria ser tocada, amada e ter uma relação sexual, pois seria assim como se fosse uma lavagem na alma e no corpo. Queria que descesse a menstruação, para fazer uma lavagem por dentro de mim”*, aqui acredito seja a essência de tudo o que quis expressar, o sentimento de que precisa passar por um ritual de limpeza e purificação.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

É traumático, fico pensando o tempo todo, acho que vou encontrar com ele, fico com muito medo. Conversei tentei acalmar, às vezes tenho dó, às vezes sinto raiva, às vezes queria que fosse preso. Falou que ia me matar.

**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Minha mãe estava internada no hospital, estava muito ruim, com neuropatia periférica, eu fui dormir com ela, foi à noite. Foi assim, na hora que o meu pai ia me levar até lá, começamos a discutir, problemas familiares, sai do carro, bati a porta e fui sozinha, de ônibus. Fui passar na praça, perto do hospital, e esse cara apareceu do nada, eu não ouvi, me ameaçou com um estilete, me comprimiu contra a parede de uma casa, que deve ser uma empresa, que só funciona durante o dia. Então começou a puxar minha roupa, falei que eu tirava, me forçou a deitar no chão, e começou a ter relação comigo. Fiquei rezando o tempo todo, para ele não me matar, tinha um cheiro de cola, e ficava falando se eu tava gostando, e disse também que chamava Alex. Falou que queria casar comigo, percebi que enquanto eu não concordasse com ele, ele não parava.

Comecei a chorar compulsivamente, me fez tirar a calça de novo e começou tudo de novo, então falei: caso com você, então me soltou. Fui em direção ao hospital, e ele entrou comigo, fiz sinais, para o cara da portaria, que não reparou em nada, a hora que tava chegando perto do quarto da minha mãe, fiz um sinal para um negro que trabalha lá, e ele perguntou se a pessoa estava comigo, entramos no quarto, e ele foi cumprimentar a minha mãe, beijou até a mão dela. Então apertei a campainha, dizendo que tava na hora dela tomar os remédios, e a enfermeira na hora que chegou, já percebeu na

hora, coisa de mulher mesmo!. Ele era negro, mais ou menos um metro e setenta centímetros, mais ou menos trinta e sete anos, tinha duas sacolas, tava com um pano, desses de colocar bijuteria hippie. A enfermeira chamou a polícia e deu uma busca no hospital, mas não encontraram, me trouxeram para fazer o exame, tomei os remédios.

**Q – 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam**

Minha mãe não ficou sabendo de toda a verdade, o médico dela achou melhor não contar. Sabe me senti burra por ter passado este perigo, estava despreparada, nem imaginei que pudesse acontecer, só pensava na briga com meu pai. Fiquei com hematomas no corpo.

**A paciente me mostra alguns hematomas no pescoço.**

Meu pai e meu irmão me deram muito carinho.

Quanto ao meu namorado ele se afastou, me liga, mas não vêm me vê, não aparece, falou que tá sendo difícil, hoje antes de vir para cá, passei no trabalho dele, para ele me ver, já que a montanha não vai a Maomé, Maomé vai na montanha.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Na polícia fui bem tratada, fiz o boletim de ocorrência, e me pediram para fazer um retrato falado. O cara tava muito seguro, provavelmente já fez isso outras vezes. Mas ainda não me chamaram.

**Q - 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

Aqui na UNICAMP, fui bem atendida, os medicamentos que deram são muito fortes, senti fraqueza, intestino solto de três a quatro vezes por dia, saiu uma ferida na boca, ardência do lado de fora da vagina. Senti menos disposta para fazer as coisas. Ontem tive vontade de largar meu serviço, estou bem desanimada.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Acho que vai voltar tudo ao normal, aquilo não tem nada a ver com relação sexual, com alguém que eu gosto e amo. Sabe queria ser tocada, amada e ter uma relação sexual, pois seria assim como se fosse uma lavagem na alma e no corpo. Queria que descesse a menstruação, para fazer uma lavagem por dentro de mim.

**Q –19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Fico mais esperta em relação a maldade que pode acontecer, para fazer uma coisa desta, só pode ser do mal.

Senti na hora a presença de Deus, fiquei calma e tranqüila. A presença de Deus estava ali comigo, para não acontecer nada pior, fechava os olhos para não ver nada. Olhei algumas vezes, mas tive dificuldade de encarar. Hoje penso que é preciso tomar mais cuidado, agora fico alerta com tudo a minha volta.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

Não acho que falei bastante.

## TURMALINA

### **ENTREVISTA N° 13**

---

Local e data da realização: CAISM – 18/11/2004

Duração Aproximada: 40 minutos

#### **DADOS SOBRE A ENTREVISTADA:**

Inicial Fictícia: X13; Sexo: Feminino; Idade: 19 anos;  
Etnia: Branca ; Procedência: Campinas - SP ;  
Escolaridade: Ensino Superior em Curso ;  
Estado Civil: Solteira;  
Situação Familiar: mora com os pais e 01 irmão  
Profissão: Estudante ; Religião: Católica

#### **IMPRESSÕES DA ENTREVISTADORA:**

Paciente com boa aparência, fala bem, é estudante universitária, percebi alguns bloqueios, talvez problemas de ordem familiar, como ela mesma referiu. Friza muito a introversão, parece que é um problema para ela. Fez uma pausa no início da entrevista, achei até que não fosse aceitar, depois começou a falar com naturalidade.

**Q – 13: Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido da violência sexual**

**\* Fez um silêncio inicial, como se precisasse tomar forças para falar.**

Então vamos lá, normal, você não acha que este tipo de coisa possa acontecer com você. Sabe não estou neurótica por isso, tou procurando viver naturalmente.



**Q – 14: Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?**

Foi na praia, fui para uma boate, eu e meu irmão, ele é meio desligado, sou meio introvertida, bebi um pouco, não sou acostumada, e um cara começou a conversar comigo, e me levou para fora, não sabia ao certo o que tava acontecendo, estava no lugar errado, com uns problemas de família, com a cabeça atrapalhada, só percebi o que tava acontecendo, quando doeu a penetração, foi a primeira vez que tive relação sexual. Fiquei meio bloqueada, não sei como cheguei no apartamento, fiquei pensando: não para de andar, você tem que chegar logo em casa, fui meio desesperada pois onde eu estava era longe, uns quarenta minutos andando à pé.

**Q - 15: Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam**

Minha mãe não se envolveu, disse: “ você sabe da sua vida ”, liguei para uma amiga aqui de Campinas, que falou: “ vêm correndo pra cá fazer os exames”. Não estava bem, senti meio fragilizada. Na minha família, um não se envolve com o problema do outro.

Não tive nenhum momento que desabei, fui procurar um psicólogo, pois acho que estava precisando, não só por causa disso, mas eu já tava querendo, pois faço psicologia e preciso resolver algumas coisas comigo. Para o psicólogo eu contei.

**Q – 16: Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de polícia ou IML?**

Não procurei a polícia.

**Q – 17: Fale como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.**

O tratamento foi tranquilo, não tive reação com a medicação, só achei estranho a médica dizer que agora eu teria problemas de relacionamento sexual, acho que fez um julgamento.

**Q – 18: Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual depois do acontecido?**

Tive um namorado que durou três meses, e tivemos uma relação num dia, no outro eu terminei com ele, acho que sobrou algum problema dessa ordem, sou meio introvertida mesmo, estou um pouco confusa em relação a sexo.

**Q – 19: Toda esta história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?**

Não tenho mais vontade de ir a boate, se saio tenho alguns cuidados. Nunca tive interesse em relacionar por relacionar, é preciso ter alguma perspectiva a mais.

**Q – 20: Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?**

É engraçado estava sentada ali na sala de espera, e fiquei pensando, as outras meninas ali também devem ter passado por isso. Uma amiga de São Paulo, que contei, falou que é preciso se precaver, a gente nunca acha que vai acontecer com a gente. Acho que é isso.

## **Anexo II -ROTEIRO DE CAMPO COM O INSTRUMENTO AUXILIAR DE PESQUISA**

SIGNIFICAÇÕES PSICOLÓGICAS DADAS À VIOLÊNCIA SEXUAL POR MULHERES

ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO UNIVERSITÁRIO

– UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO –

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Local

(Instituição): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ h. Término: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ h. Duração em minutos: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **A - Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:**

- 1) Nome Completo: \_\_\_\_\_
- 2) Endereço para Contato: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo: \_\_\_\_\_
- 4) Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.
- 5) Atividade ocupacional/profissional: \_\_\_\_\_
- 6) Naturalidade: \_\_\_\_\_
- 7) Procedência / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_
- 8) Estado Civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: \_\_\_\_\_
- 9) Constelação familiar / Com quem mora: \_\_\_\_\_
- 10) Atividades de lazer / Tempo livre: \_\_\_\_\_
- 11) Religião (denominação) / Religiosidade (prática): \_\_\_\_\_
- 12) Outro dado relevante: \_\_\_\_\_

### **B - Questões sobre as reações e posicionamento frente da situação vivenciada:**

- 13) Questão disparadora:  
Conte o que está representando emocionalmente para você este acontecido (o ato de violência sexual)
- 14) Você poderia me contar sobre como se deu o ocorrido e sobre a pessoa que praticou este ato?
- 15) Conte sobre a reação de sua família e outros conhecidos que souberam do acontecido.
- 16) Conte a sensação de ser atendida numa delegacia de policia ou IML?
- 17) Fale sobre como está se sentindo, em termos emocionais, frente ao tratamento médico.
- 18) Como você crê que fica sua vida afetiva, amorosa e sexual diante depois do acontecido?
- 19) Toda história mexe com as crenças, com relação à religião ou com a maneira de ver o mundo?
- 20) Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a tudo que conversamos?

**C – Dados da observação e auto-observação da entrevistadora:**

- 21) Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

---

---

---

---

---

- 22) Reações/manifestações do tipo contratransferencial:

---

---

---

---

---

**D - Dados clínicos do paciente obtidos no prontuário e/ou com a equipe de saúde responsável:**

- 23) Há quanto tempo está neste serviço e origem do encaminhamento:

---

---

24) Principais resultados de exames realizados:

---

---

---

25) Tratamentos médicos recebidos e orientações gerais dadas no serviço:

---

---

---

26) Prognóstico médico e evolução clínica esperados para o caso:

---

---

---

27) Outros problemas de saúde antigos e atuais:

---

---

---

28) Outros dados pertinentes:

---

---

---

### **Anexo III -MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES EM PESQUISA CLÍNICO-PSICOLÓGICA

Instituição: UNICAMP – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia.

Projeto: Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário – um estudo clínico-qualitativo

Pesquisadora: Jaira Lopes Brandão Crepschi – Doutoranda em Tocoginecologia – E-mail: jlbcre@terra.com.br

Orientadores: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato – Dep. Psicologia Médica e Psiquiatria - E-mail: erturato@uol.com.br

Prof.Dr. [Aloísio José Bedone](mailto:bedone@sigmabbs.com.br) – Dep. Tocoginecologia – E-mail: bedone@sigmabbs.com.br

Telefones (19) 3788-7400 – Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM / Unicamp

(19) 3788-8936 – Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM / Unicamp

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os significados psicológicos e representações que pacientes vítimas de violência sexual atribuem ao fato. Para tanto, serão realizadas entrevistas com estas pacientes, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Os registros feitos não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para as informantes deste estudo, além da oportunidade de poderem conversar sobre suas vidas, mas poderá haver mudanças futuras nos cuidados a pacientes em situações semelhantes, depois de os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassetes.

Estou CIENTE de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como for por mim relatado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou CIENTE de que não há riscos clínicos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu

consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Estou CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME:

Pesquisador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Entrevistado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Testemunha:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Entrevista Nº \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES EM PESQUISA CLÍNICO PSICOLÓGICA**

**Instituição:** UNICAMP – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia

**Projeto:** *Significações psicológicas dadas à violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório Especializado universitário – um estudo clínico-qualitativo*

**Pesquisadora:** Jaira Lopes Brandão Crepschi – Doutoranda em Tocoginecologia

E-mail: [jlbcrc@terra.com.br](mailto:jlbcrc@terra.com.br)

**Orientadores:** Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato – Dep. Psicologia Médica e Psiquiatria

E-mail: [erturato@uol.com.br](mailto:erturato@uol.com.br)

Prof. Dr. Aloísio José Bedone – Dep. Tocoginecologia

E-mail: [bedone@sigmabbs.com.br](mailto:bedone@sigmabbs.com.br)

**Telefones:** (19) 3788-7400 – Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM/UNICAMP

(19) 3788- 8936 – Comissão de Ética em Pesquisa do CAISM/UNICAMP

**Nome** \_\_\_\_\_ **da**  
**Participante:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

fui convidada a participar de uma pesquisa que tem por objetivo estudar o significado da violência sexual sofrida por mulheres que vivenciaram este evento. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista, que será gravada.

Fui informada de que tenho o direito e não responder a qualquer pergunta que não deseje, sem que isso prejudique ou interfira no meu atendimento nesse serviço.

Também me foi garantido que as informações que eu darei serão confidenciais e que meu nome será mantido em sigilo.

Li ou leram para mim as informações acima e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer perguntas sobre o estudo. Sei que se eu quiser mais informações sobre a pesquisa, poderei ligar para: (19) 35417780 ou (19) 97302038 e falar com Jaira. Em caso de dúvida quanto à maneira como o presente estudo está sendo conduzido, poderei contatar a secretaria da Comissão de Ética no telefone: (19) 3788-8936.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

