

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA SOARES DE LIMA

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS

**Porto Alegre
2014**

ANA CLÁUDIA SOARES DE LIMA

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Nazareth Meneghel

**Porto Alegre
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Lima, Ana Claudia Soares de
Violência sexual em mulheres na cidade de Porto
Alegre/RS / Ana Claudia Soares de Lima. -- 2014.
72 f.

Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Violência sexual. 2. Violência contra a
mulher. 3. Estupro. I. Meneghel, Stela Nazareth,
orient. II. Título.


ANA CLÁUDIA SOARES DE LIMA

Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 21 de novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha

Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira
Membro da banca
PPGCOL/UFRGS



Profa. Dra. Raquel da Silva Silveira
Membro da banca
PPGPSICO/UFRGS

(...)E eu que tenho medo até do seu olhar(...)
A lembrança do silêncio daquelas tardes
Da vergonha do espelho naquelas marcas
Havia algo de insano naqueles olhos, olhos insanos
Os olhos que passavam o dia a me vigiar(...)"
(Camila – Nenhum de Nós)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois somente ele sabe as dificuldades que passei durante esse processo e as escolhas que tive que renunciar, os momentos felizes que me abstive ao ficar longe da minha família e meus amigos para percorrer esse caminho longo, solitário e trabalhoso em uma “cidade grande”.

Em segundo lugar, mas não menos importante, agradeço a minha família, minha maior motivadora e incentivadora, meus exemplos de perseverança, luta, honestidade e coragem de seguir em frente. Meus pais Suzi e Claudio principalmente, que sofreram com nossa brusca separação, porém, sempre me apoiaram em todos os momentos e sentidos com todo o amor do mundo, juntamente com minha irmã Ana Paula, que mesmo longe sempre se fazia presente em todas as horas, sem esquecer é claro dos meus irmãos caninos Luna e Nick, que me enchiam de carinho todos os finais de semana!

Agradeço em especial a minha orientadora Stela, que é um exemplo de pessoa, professora e médica, ao qual me ensinou um pouco desse imenso campo de luta e direitos que nós mulheres enfrentamos, uma pessoa maravilhosa que se dedicou a me ajudar e me “puxou as orelhas” nos momentos necessários. A Bruninha que passou por tudo comigo, poucas e boas, mas sempre nos apoiamos uma a outra e vencemos os obstáculos.

Obrigada de coração pelo acolhimento a toda a equipe da SSP/RS, ao Major Linch e a Tenente Cris em especial, todos foram essenciais na minha cansativa e interminável coleta de dados!

Muito obrigada e ao mesmo tempo me desculpem meus amigos(as), obrigada pela compreensão, pelo apoio, pelo amor! Obrigada por me darem forças todas as vezes que pensei em desistir e atirar tudo pro alto para ir vender picolé na praia (nem tanto) e por rirem junto comigo das minhas milhares de peripécias durante essa caminhada! E me desculpem! Desculpem as tantas vezes que me ausentei por compromissos ou até mesmo por cansaço, por só poder vê-los em horários loucos, incertos, corridos ou até mesmo só durante a madrugada. Obrigada em especial Thiana, Giana, Maressa e Carol, vocês aguentaram firme e forte comigo sempre!

Obrigada a todos do Hospital Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul, que me ajudaram nos horários, nas trocas de plantões e que me incentivaram a não desistir, aos que souberam como mestres me passar o conhecimento que sabiam para melhorar minha formação, vocês sempre vão fazer parte de mim, aos demais meu respeito. Obrigada em

especial a minha equipe técnica que é mais que uma equipe, é uma família! Rosane, Fabiana, Jaqueline, Sonia, Tati, Brenda, Ana Mara, Juana, Marilene, Maiara e Fernanda, aos pediatras maravilhosos que eu trabalho todos os dias, em especial as minhas amadas Cláudia, Ana Lúcia e a Nádia, que acompanhou o meu sofrimento para terminar a dissertação, foi minha segunda mãe aqui e está no aguardo da comemoração comigo! Obrigada também a minha Coordenadora Patricia, uma pessoa muito especial e importante, pois, sempre me ajudou a conciliar a vida acadêmica com os plantões, sem ela com certeza iria ser muito mais difícil essa dupla jornada.

Enfim, obrigada a todos que contribuíram nessa jornada direta e indiretamente, não há como citar todos, mas levo todos no coração e sempre serei grata!

RESUMO

LIMA, Ana Cláudia Soares de. **Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A violência sexual é uma das formas mais graves de agressão dirigida a mulheres, jovens e meninas que acarreta efeitos à saúde física e mental que podem perdurar ao longo da vida. A perspectiva de gênero potencializa a análise das violências sexuais perpetradas contra as mulheres. A violência sexual é definida como todo o ato sexual ou tentativa de obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de ações coercivas e intimidatórias como a força física, a grave ameaça, o uso de armas e a pressão psicológica. Este estudo transversal descritivo estuda a violência sexual contra mulheres no município de Porto Alegre, a partir de dados dos Boletins de Ocorrência da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP/RS), no período de 2007 a 2011. A organização dos dados foi realizada no programa Epi-Info, versão 7.0 e a análise no SPSS, versão 18,0. Foram encontradas 1.063 ocorrências no período, a maior parte das vítimas era branca, embora tenha havido uma sobre representação da população negra, os agressores em grande parte possuíam histórico criminal e a maioria das agressões ocorreu em cenários domésticos. Os bairros mais afetados foram Rubem Berta, Centro, Lomba do Pinheiro e Restinga. A distribuição temporal do agravo mostrou uma tendência levemente ascendente nos cinco anos trabalhados. O estudo pode contribuir para a prevenção e acolhimento às vítimas de violência sexual e um atendimento mais humanizado prestado pelas equipes de profissionais que atendem estas mulheres.

Palavras-chave: Violência sexual. Violência contra a mulher. Estupro.

ABSTRACT

LIMA, Ana Claudia Soares de. **Sexual violence against women in the city of Porto Alegre/RS**. 2014. 72 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Sexual violence is one of the most serious forms of aggression directed at women and girls that entails effects on physical and mental health that can last throughout life. The gender perspective enhances the analysis of sexual violence against women. Sexual violence is defined as any sexual act or attempt to get it without the woman's consent, using coercive and intimidating actions such as physical force, serious threat, the use of weapons and psychological pressure.

This research studied the occurrence of sexual violence against women in the city of Porto Alegre, from data of the official reports of the Secretary of Public Security of Rio Grande do Sul (SSP / RS), from 2007 to 2011. The organization of data was performed using the Epi-Info software, version 7.0 and the analysis in SPSS, version 18.0. We found 1,063 occurrences during the period, most of the victims were white, although there were an over representation of black people, the aggressors had largely criminal records and most aggressions occurred in domestic settings. The most affected neighborhoods were Rubem Berta, Downtown, Lomba do Pinheiro and Restinga. The temporal distribution of the injury showed a slight upward trend in the five years worked. It is hoped that this study will contribute to the prevention and care for victims of sexual violence and a more humanized care provided by teams of professionals who serve these women.

Keywords: Sexual violence. Violence against woman. Rape.

RESUMEN

LIMA, Ana Claudia Soares de. **La violencia sexual contra las mujeres en la ciudad de Porto Alegre/RS**. 2014. 72 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

La violencia sexual es una de las formas más graves de agresión dirigidos a las mujeres y niñas que conduce a los efectos sobre la salud física y mental que pueden durar toda la vida. La perspectiva de género mejora el análisis de la violencia sexual contra las mujeres. La violencia sexual se define como cualquier acto sexual o intento de conseguirlo sin el consentimiento de la mujer, el uso coercitivo e intimidar a acciones tales como la fuerza física, amenazas graves, el uso de armas y presión psicológica. Este estudio descriptivo transversal examina la violencia sexual contra las mujeres en la ciudad de Porto Alegre, a partir de datos de los Boletines de Ocurrencia de la Secretaría de Seguridad Pública de Río Grande do Sul (SSP / RS), de 2007 a 2011. La organización los datos se realizó con Epi-Info versión 7.0 y el análisis con el programa SPSS, versión 18.0. Encontraron 1.063 apariciones en el período, la mayoría de las víctimas eran de raza blanca, aunque hubo una representación de la población negro, en gran parte asaltantes tenían antecedentes penales y la mayoría de las agresiones se produjeron en el ámbito doméstico. Los distritos más afectados fueron Rubem Berta, Centro, Lomba do Pinheiro y Restinga. La distribución temporal de la enfermedad mostró una ligera tendencia al alza en los cinco años trabajados. El estudio puede contribuir a la prevención y atención a víctimas de violencia sexual y una atención más humanizada proporcionada por los equipos profesionales que atienden a estas mujeres.

Palabras clave: Violencia sexual. Violencia contra la mujer. Violación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das vítimas e agressores, ocorrências de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011.....	38
Tabela 2 - Características da ocorrência de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011.....	39
Tabela 3 - Características das vítimas, agressores e do crime, segundo idade das vítimas, Porto Alegre, 2007-2011.....	40
Tabela 4 - Características das vítimas e agressores segundo tipo de violência sexual. Porto Alegre, 2007-2011.....	41
Tabela 5 - Bairros com maior número de ocorrências, número de casos e coeficiente de incidência, Porto Alegre, 2007-2011.....	42

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Número de ocorrências de violência sexual por ano segundo grupo etário (<14 anos; >14 anos). Porto Alegre, 2007-2011.....	36
Figura 2 – Distribuição mensal de ocorrências de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011.....	37
Figura 3 – Mapa dos bairros que tiveram maior frequência de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011.....	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados da Assistência Social
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DGEO	Departamento de Gestão e Estatística Operacional
DPCA	Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
SPSS	Statistical Package and Service for the Social Sciences Solutions
SSP/RS	Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO GERAL.....	19
2.1	Objetivos Específicos.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	Gênero.....	20
3.2	Violência de Gênero Contra a Mulher.....	22
3.3	Violência Sexual.....	25
3.4	Aspectos Jurídicos da Violência Sexual.....	29
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	Delineamento do estudo.....	32
4.2	Local do estudo.....	32
4.3	Amostra do estudo.....	33
4.3.1	Critérios de inclusão.....	33
4.3.2	Critérios de exclusão.....	33
4.4	Coleta de dados.....	34
4.5	Organização e análise dos dados.....	34
4.6	Considerações éticas.....	35
4.7	Divulgação dos dados.....	35
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	44
6.1	A Violência Sexual.....	44
6.2	As Vítimas.....	46
6.3	Os Agressores.....	49
6.4	Características do Fato.....	51
6.5	O Comunicante e a Ação dos Profissionais.....	53
6.6	Cenários de Maior Frequência.....	56
7	CONCLUSÃO.....	58
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO A - Termo de Confiabilidade.....	70
	ANEXO B - Ficha para coleta de dados.....	71
	ANEXO C - Autorização para utilização do banco de dados.....	72

1 INTRODUÇÃO

A violência de gênero perpetrada contra mulheres já foi visibilizada no Brasil, porém, como em outros países, o setor saúde apenas iniciou essa discussão. Os profissionais de saúde limitam-se a tratar os efeitos físicos das violências e encaminhá-las a outros serviços. Além disso, muitas das mulheres em situação de violência que buscam os serviços são referidas pelos profissionais de saúde como polissintomáticas e hipocondríacas, entre outras denominações pejorativas e as violências permanecem invisibilizadas. Diante desse fato, salienta-se a importância dos serviços de saúde na detecção do problema, podendo acolher e cuidar da mulher antes da ocorrência de consequências mais graves (SCHRAIBER et al., 2002). No Brasil, o processo de inclusão da violência na agenda da saúde tem sido marcado por inúmeras dificuldades, embora importantes avanços também tenham sido obtidos.

As Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, as Coordenarias das Mulheres, as Políticas de Enfrentamento à Violência e a Lei Maria da Penha são exemplos de programas e ações bem sucedidos que ocorreram no Brasil, nas últimas décadas (MINAYO, 2006).

A violência tem sido conceituada como a tentativa de tomar o poder de forma ilegítima, pela força em atos ou equivalentes simbólicos, exercidos por um sujeito contra o outro (SCHRAIBER et al., 2009).

Minayo e Souza (2007) diferenciam "violência" de "agressividade humana", distinguindo "impulso natural" de "gesto cultural", porque enquanto a agressividade associa-se a necessidades de sobrevivência, a violência é fenômeno criado na vida em sociedade; ou seja, são atos de intenção socialmente construídos.

A maior parte do comportamento humano, no qual se inclui a violência, é influenciado por normas culturais, em que as pessoas seguem prescrições e receitas de como devem agir, incluindo-se os papéis que diferem para os homens e para as mulheres (STRAUS, 1999; ANDERSON, 2005). A violência é compreendida como um fenômeno complexo, multicausal, atingindo todas as classes e segmentos sociais, e que deve ser analisado no conjunto dos problemas que afetam a saúde e as condições de vida das pessoas. Para o Ministério da Saúde, a violência adquiriu um caráter endêmico, e tornou-se

um problema relevante por afetar a saúde individual e coletiva, responsável por sofrimento, danos físicos e emocionais e expressiva parcela da morbidade (BRASIL, 2005).

Como afirmam Strey e Werba (2001) a invisibilidade dos direitos humanos das mulheres e, conseqüentemente, a invisibilidade da violência contra a mulher, são processos culturais e históricos, portanto, passíveis de reversão.

A compreensão da violência contra mulheres ganha mais sentido ao adotarmos uma análise que considere as condições em que histórica e socialmente se constroem e estabelecem as relações sociais entre os sexos, ou seja, quando analisadas sob a perspectiva de gênero (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005).

A categoria gênero é, desde o início, normativa: ela é aquilo que Foucault chamou de “ideal regulatório”. Nesse sentido, o gênero não apenas funciona como uma norma, mas é a parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir – demarcar, fazer, circular, diferenciar – os corpos que ela controla (LOURO, 1999).

Para estudar as violências perpetradas contra as mulheres sob o prisma de gênero, utiliza-se o conceito de patriarcado adotado pelas feministas contemporâneas, entendendo-o como um sistema sociopolítico que impregna e comanda o conjunto das atividades humanas, coletivas e individuais, incluindo a diferenciação de papéis e as hierarquias entre os sexos (DELPHY, 2009).

Os preceitos patriarcais atravessaram os tempos e deixam suas marcas ainda na atualidade, a despeito das conquistas sociais e dos dispositivos legais que postulam a igualdade de direitos entre homens e mulheres. As diversas formas de discriminação e de violência contra as mulheres são manifestações de relações de poder historicamente desiguais. Denominadas *violência de gênero*, são também violação dos direitos das mulheres (NARVAZ e KOLLER, 2006).

Se o papel prescrito aos homens na família patriarcal burguesa relaciona-se ao sustento econômico, o papel prescrito às mulheres é o de que sejam cuidadoras do marido, do lar e dos filhos. Essa prescrição parece ter atravessado os séculos e ainda é encontrada em estudos recentes (CECCONELLO, 2006). Castells (2002) diz que, antigamente o trabalho da mulher se restringia ao lar, nos últimos anos ela passou, em muitos casos, a ser a principal provedora da família, deixando de ser esposa e mãe por tempo integral e tendo oportunidade de construir sua identidade como profissional, mãe e esposa.

Estereótipos sexistas que fundamentam desigualdades de gênero continuam presentes na sociedade e nas famílias. Em famílias marcadas por relações de violência, a hierarquia e a obediência do grupo familiar à figura masculina, característicos do sistema patriarcal, são naturalizados e legitimam diversas formas de abusos masculinos, inclusive os sexuais (NARVAZ e KOLLER, 2004).

Apesar de alguns avanços na cultura das sociedades patriarcais, a problemática da violência contra a mulher continua presente. Ainda que nem sempre as vítimas denunciem as violências, esse tipo de crime é cada dia mais reportado. Além disso, quando a violência acontece no ambiente doméstico ou com indivíduos conhecidos, ela é mais difícil de ser denunciada pelo medo da reação do agressor, além da necessidade econômica que muitas mulheres enfrentam. As vítimas sentem-se na maioria das vezes ameaçadas e com medo das consequências da denúncia, quando a violência ocorre no ambiente familiar.

A violência sexual contra a mulher é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo ato sexual ou tentativa em obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de atos coercivos e intimidatórios, como a força física, a grave ameaça, o uso de armas e a pressão psicológica (HEISE e GARCIA-MORENO, 2002). Tal violência pode ser praticada por desconhecidos, pelo companheiro ou pessoas próximas à vítima.

A violência sexual é um agravo que ocorre tanto no espaço público quanto no espaço privado, dirigida, principalmente, a mulheres, crianças e adolescentes. Inicialmente considerada um problema que devia ser atendido pelos serviços de segurança pública, essa violência passou, a partir dos anos 1990, a ser reconhecida como um problema de Saúde Pública (CAMPOS, 2006).

Na medida em que a violência sexual passou a ser incluída na agenda da saúde, ela passa a ser foco de políticas públicas direcionadas à pessoa que viveu essa situação, não apenas para os cuidados assistenciais pontuais oferecidos nas emergências hospitalares, mas também, como objeto de prevenção e promoção da saúde (UNIÃO DAS MULHERES DE SÃO PAULO, 2001; MINAYO, 1999).

Existem hospitais que prestam o atendimento específico às vítimas de violência sexual, orientando, fazendo os exames necessários e medicando as vítimas. Em Porto Alegre as referências para atendimento às vítimas são o Hospital Presidente Vargas e o Hospital Fêmeina, onde após realizar o Boletim de Ocorrência na delegacia as vítimas são atendidas.

A violência sexual é uma das formas de violência de gênero baseada nas desigualdades entre homens e mulheres. Tal violência tem como efeitos um amplo leque de danos físicos e psicológicos, cuja gravidade pode ir até ao suicídio. Estudos mostram que, a maioria das vítimas da violência sexual são do sexo feminino (ZAMBON et al., 2012; DANIELSSON et al., 2009; SERAFIM et al., 2011; FAJMAN e WRIGHT, 2006).

Segundo Schraiber (2007), vários fatores contribuem para que a violência sexual dentro de relações conjugais estáveis seja de difícil reconhecimento e delimitação. Por exemplo, as diversas denominações dos atos de agressão (violência, estupro, abuso e, por vezes, assédio), associado ao fato de prática sexual não consensual ser considerada em muitas culturas como dever da esposa. A autora relata que a violência sexual tem sido notificada como a de menor frequência, embora quase sempre conjugada com outras violências.

Em investigação sobre violência entre adolescentes, observou-se que elas mantêm o segredo sobre as violências que estão sofrendo, e muitos abusos só são denunciados em casos de gravidez (TEIXEIRA e TAQUETTE, 2010). Drezett (2001), em pesquisa sobre abuso sexual em crianças e adolescentes, relata que entre os agressores sem laços consanguíneos, os vizinhos foram os abusadores mais frequentes e que na maioria das ocasiões havia um agressor único.

Em um trabalho sobre a importância da identificação do agressor, os autores constataram que quando a vítima era um adulto, em menos de 72 horas havia procura aos serviços de saúde, enquanto as crianças levavam um período 10 dias ou mais para serem levadas aos serviços (CAMPOS e SCHOR, 2008), mostrando o quanto a sociedade oculta a violência sexual contra crianças.

O fato de se sofrer violência sexual, acarreta culpa, vergonha e medo na pessoa agredida e mesmo nos possíveis denunciantes próximos à vítima. Assim, a ocorrência desses crimes sexuais tende a ser ocultada. Pelo fato de tratar-se de um tema tabu, inúmeras mulheres negam a ocorrência da violência sexual perpetrada contra crianças por parte de familiares porque temem as consequências sociais, policiais e familiares. Além do mais, muitas não possuem condições financeiras para manter-se após a denúncia, se houver separação ou prisão do companheiro agressor.

Mesmo com o aumento crescente da preocupação dos profissionais de saúde em relação ao problema da violência, além do desenvolvimento de programas específicos para

a abordagem desses casos, ainda se observa um déficit na notificação e no atendimento adequado dos casos (ZAMBON et al., 2012).

No Brasil, os crimes sexuais ainda são pouco denunciados e o número real de casos é superior ao que chega ao conhecimento da Polícia e do Judiciário, porém, essas instituições, ainda são os locais que mais recebem notificações desse tipo de crime. Mesmo assim, o Ministério da Saúde estima que menos de 10% dos casos de violência sexual são notificados nas Delegacias de Polícia. A violência sexual tem graves repercussões para a saúde física e emocional das mulheres e adolescentes, havendo urgência na redução das barreiras administrativas e culturais existentes para o pleno acesso aos serviços (GALLI; ADESSE, 2005).

Segundo Código Penal Brasileiro em vigência há quatro tipos de violência sexual (Artigo 213): o estupro, a violação sexual mediante fraude, o assédio sexual e o estupro de vulnerável. O estupro considerado um dos crimes mais violentos e caracterizado como crime hediondo, será o foco da pesquisa.

Experimentar situações de violência, especialmente quando esta é de natureza doméstica e/ou sexual, tem se mostrado vivência de difícil revelação, quer no âmbito da pesquisa, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, entre elas a saúde. No plano dos serviços, igualmente se configura como um problema de difícil intervenção (SCHRAIBER et al., 2003).

Os profissionais de saúde, devido à posição que ocupam na prestação de serviços às mulheres, são peças-chave na identificação de sujeitos e grupos populacionais mais vulneráveis à violência, e também para o desenvolvimento de ações que promovam intervenções mais adequadas nos casos diagnosticados. Além disso, podem desenvolver estratégias preventivas junto aos grupos de risco (MINAYO et al., 2003; SOUZA e LIMA, 2006).

Neste sentido, consideram-se importante o acompanhamento não só da vítima de violência, mas também dos familiares (desde o início do processo), uma vez que situação da vítima no período pós-abuso pode ser significativamente influenciada pelo nível de apoio recebido dos adultos não ofensores após a revelação do abuso sofrido (LUCÂNIA et al., 2009).

Essa pesquisa permitirá identificar os locais da cidade de Porto Alegre com maior número de casos registrados em Delegacias de Polícia e também ajudará a caracterizar o perfil das vítimas e dos agressores, assim como os cenários onde se deram estas violências.

É de suma importância estudar a violência sexual perpetrada contra mulheres e meninas, partindo da premissa de que elas são as vítimas mais frequentes desse tipo de violência. O enfoque da pesquisa são mulheres que sofrem violência sexual, especificamente, estupro.

Saliento também a importância do estudo no âmbito da segurança pública, para auxiliar na detecção das áreas de risco, para que se possa, de alguma maneira, implementar ações de prevenção principalmente nos locais onde o número de casos é maior.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu de leituras sobre o tema, além da observação durante os estágios curriculares e o trabalho como enfermeira, em que pude perceber as dificuldades na atenção às vítimas, assim como o despreparo dos profissionais ao realizar o atendimento as mesmas. A inserção no grupo de pesquisa sobre violências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que investiga violências de gênero, a participação no Seminário Internacional Rotas Críticas IV e discussões acerca da problemática me instigaram a pesquisar mais sobre o tema.

Ainda, como profissional de saúde enfatizo a importância do acolhimento e da atenção humanizada dos profissionais de saúde em relação à violência sexual contra mulheres e meninas. O problema da violência sexual é evidente e gritante em nossa sociedade e pede uma atenção mais sensível e efetiva. Nesse sentido, fui buscar nos dados da segurança pública, informações sobre a violência sexual que também pudessem servir como subsídios para os trabalhadores de saúde, especificamente os da enfermagem.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de violência sexual contra mulheres no município de Porto Alegre, a partir de dados dos Boletins de Ocorrência da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP/RS), no período de 2007 a 2011.

2.1 Objetivos Específicos

- Realizar a distribuição temporal dos casos de violência sexual (estupro) no período estudado;
- Caracterizar o perfil das vítimas, do agressor, a situação da violência e os locais de maior ocorrência em Porto Alegre;
- Comparar o tempo decorrido entre notificação e ocorrência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico abordaremos os temas referentes a Gênero, Violência de Gênero Perpetrada Contra a Mulher e Violência Sexual.

3.1 Gênero

Gênero é uma construção teórica sobre as diferenças sexuais plasmadas no biológico, estabelecendo a apropriação do sexo dentro da cultura. Gênero trata as formas como se constroem significados culturais para as diferenças entre os corpos sexuados, posicionando-as dentro de relações hierárquicas (SCOTT, 1990).

Na sua utilização mais simples, “gênero” é sinônimo de “mulheres”. Muitos livros e artigos de todos os tipos que tinham como assunto a história das mulheres substituíram, nos últimos anos, nos seus títulos o termo “mulheres” por “gênero”, porém, gênero não é apenas isso. O gênero é uma maneira de indicar “construções sociais” – a criação social de ideias sobre os papéis destinados aos homens e às mulheres. O gênero é, segundo esta definição, uma categoria social sobre um corpo sexuado. Scott propõe um uso do gênero abrangente, incluindo o homem e a mulher em suas múltiplas conexões, as hierarquias e relações de poder. Tais hierarquias de poder significam o domínio do masculino sobre o feminino (GALLI; ADESSE, 2005).

Saffioti (1992) chama atenção para o processo de naturalização da dominação/exploração exercida pelos homens sobre as mulheres, cuja intensidade varia de sociedade para sociedade e de época para época.

Os papéis sexuais na sociedade não são determinados pela constituição biológica, ou seja, ser homem ou mulher não está marcado em nossos genes. É muito mais uma construção social, pois, o comportamento dos seres humanos é moldado em função das respostas dadas pela sociedade. Tanto é assim, que, nas diferentes sociedades humanas, homens e mulheres costumam ter papéis muito diversos.

A divisão sexual dos papéis, isto é, a divisão de tarefas de homens e tarefas de mulheres, existe em todas as sociedades. Como já assinalado, esse tipo de organização não está baseado na natureza biológica, pois historiadores e estudiosos mostraram que a divisão sexual do trabalho varia e tem variado no tempo e no espaço e, uma tarefa considerada

feminina numa sociedade pode ser encarada como masculina em outra, embora a submissão das mulheres esteja presente em todas as sociedades patriarcais (COSTA, 2007).

Bruschini (2000) evidencia que com a constituição do modelo familiar nuclear, a mulher passou a desempenhar papéis sociais de natureza “expressiva”, voltados principalmente para os assuntos internos da família, cabendo-lhe ser esposa, dona-de-casa e, sobretudo, mãe. Esse papel ainda é tido em algumas sociedades como o principal, desta maneira fica restrita ao espaço doméstico, não possui espaço no trabalho e, quando trabalha, recebe menores salários que os homens pelas mesmas funções.

O conceito de gênero como culturalmente construído, é distinto do de sexo, como naturalmente adquirido. Sexo e gênero, portanto, formaram o par sobre o qual as teorias feministas inicialmente se basearam para defender perspectivas "desnaturalizadoras" sob as quais se dava, no senso comum, a associação do feminino com fragilidade ou submissão, e que até hoje servem para justificar preconceitos (RODRIGUES, 2005).

As diferentes culturas atribuem papéis ou normas a cada um dos sexos, considerando que os homens devam ser fortes e agressivos e as mulheres frágeis e sensíveis. Nesse sentido, as normas de gênero moldam as relações entre homens e mulheres perante a sociedade e os papéis atribuídos a cada sexo.

É fundamental ter clareza que a diferença que a cultura determina entre os gêneros é o elemento que vai organizar as desigualdades entre homens e mulheres nos espaços público e privado, mantendo a argumentação tradicional que tenta explicar a diferença masculina e feminina pela maternidade ou pelos valores domésticos femininos. Insistir na diferença enquanto essência feminina é manter a relação de poder entre os gêneros (VIANNA, 2006).

As diferenças entre o feminino e o masculino são transformadas em desigualdades por meio de discursos e controle sobre a mulher, os quais incidem especificamente sobre o corpo da mulher. Como expressa Chauí (1985), ao ser definida como esposa, mãe e filha (ao contrário dos homens para os quais ser marido, pai e filho é algo que acontece apenas), as mulheres são destinadas a serem seres para os outros e não seres como os outros.

Embora a violência contra a mulher venha de longa data, foi o movimento feminista que tornou pública a presença da violência na relação entre homens e mulheres como resultante de uma estrutura de dominação. No Brasil, a Lei n. 11.340 (“Maria da Penha”), realizou a tipificação das violências. A lei foi alvo de críticas por parte do movimento de

mulheres, por considerar a violência apenas no cenário intrafamiliar e doméstico, sendo constituída como violência doméstica (DEBERT e GREGORI, 2008).

A violência de gênero contra as mulheres se estrutura no patriarcalismo, na separação do espaço público e do espaço privado, na negação da participação da mulher no espaço social, nas relações afetivas e sexuais baseadas no poder do homem sobre a mulher (NASCIMENTO, 1999).

O patriarcado designa uma formação social em que os homens possuem o poder, ou seja, onde o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de “dominação masculina” ou opressão das mulheres (DELPHY, 2009). A dominação masculina, presente no patriarcado, exerce um controle simbólico sobre todo o tecido social, corpos e mentes, discursos e práticas sociais e institucionais. Além do mais, esse tipo de dominação (des)historiciza diferenças e naturaliza desigualdades entre homens e mulheres. Para Bourdieu (1999), a dominação masculina estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social.

Nos anos 1970, uma segunda onda do movimento feminista começou a lutar por igualdade na sociedade e no mercado de trabalho, visando abolir desigualdades entre homens e mulheres, além de denunciar a violência doméstica, até então invisibilizada e considerada um tema afeto ao privado. Porém, mesmo com as lutas pela igualdade ainda nos dias atuais são comuns discriminações no mercado de trabalho, na política e nas relações pessoais e afetivas. Apesar das lutas e mudanças, ainda se mantém as desigualdades de gênero e a posição de subalternidade das mulheres na maioria das sociedades.

É preciso problematizar os discursos e questionar as práticas, muitas das quais historicamente reforçam a opressão, a discriminação e a desigualdade das mulheres em relação aos homens. Tais desigualdades vêm sendo mantidas em nossa sociedade ao longo da história e, ainda são naturalizadas e percebidas como fazendo parte das relações entre os sexos (TREVISAN, 2011).

3.2 Violência de Gênero Contra a Mulher

As Nações Unidas definem a violência contra a mulher como qualquer ato de violência baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos,

sexuais e psicológicos da mulher; inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade, seja da vida pública ou privada (NAÇÕES UNIDAS, 1992).

A violência é um problema complexo enraizado na interação de fatores sociais, culturais e interpessoais (MOURA et al., 2012). Pensar a violência na perspectiva de gênero significa potencializar o entendimento de seus determinantes mais amplos e sociais.

A violência é um problema de Saúde Pública, pois afeta a saúde, ameaça à vida, interfere nas condições de trabalho, nas relações interpessoais e na qualidade de vida. A violência de gênero contra a mulher é um fenômeno social que deve ser analisado no campo complexo da sociedade, não podendo ter seu enfrentamento reduzido ao tratamento dos sujeitos nela implicados, o que patologizaria esse tipo de comportamento (ALMEIDA, 2007).

O desenvolvimento dos estudos de gênero possibilitou que, autoras como Hellieth Safiotti (1995) passassem a utilizar o termo “violência de gênero” como um conceito mais amplo que “violência contra a mulher”. O conceito de violência de gênero tem sido usado como sinônimo de violência entre parceiros íntimos, por englobar diferentes formas de violência envolvendo relações de gênero e poder (ARAÚJO et al., 2004). Este conceito (violência de gênero) inclui não apenas as mulheres, mas também crianças e adolescentes, e mesmo homens quando sofrem agressão devido ao gênero, objeto da violência masculina, desde que as assimetrias de gênero estejam presentes nestas relações. Para deixar bem claro o tema a que nos referimos, vamos usar neste estudo a denominação violência de gênero contra a mulher.

A violência de gênero contra a mulher está tão disseminada na sociedade que, metafórica e ironicamente, tem sido qualificada como perversamente democrática, no intuito de mostrar que se encontra presente em todas as classes sociais, grupo étnico-raciais, segmentos culturais, credos religiosos que fazem parte das sociedades (10 anos..., 2004).

A definição de violência de gênero contra a mulher no Brasil foi elaborada em meio a uma experiência política inovadora na década de 1980, quando, militantes feministas atendiam mulheres que sofriam violências nos chamados SOS-Mulher e organizaram grupos de reflexão, para discutir a situação da mulher e propor mudanças (DEBERT e GREGORI, 2008).

Esse tipo de violência pode ser física, psicológica ou sexual, apresentando-se na grande maioria de modo combinado, superpondo-se os tipos entre si e pode acontecer em

todas as fases da vida (SCHRAIBER et al., 2006), embora haja momentos do ciclo vital que sua prevalência é maior. O principal agressor é em mais de 80% das vezes o parceiro íntimo ou ex-parceiro, cuja intimidade das relações possibilita o contato contínuo, a repetição dos episódios determinando um caráter de cronicidade ao agravo, que paulatinamente aumenta a gravidade (HEISE e GARCIA-MORENO, 2002).

A violência de gênero é uma das formas de materialização da violência estrutural inscrita no sistema de exploração-dominância de gênero, sendo socialmente construída a partir de uma teia complexa de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais (LISBOA, 2006).

A violência de gênero expressa uma relação de poder e de dominação do homem e de submissão da mulher. Os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pela ideologia patriarcal, são mantidos por meio das relações violentas entre os sexos e indicam que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas (TELES e MELO, 2002).

Grande parte da população considera tolerável ou compreensível o recurso à violência, como resultado da exacerbação de impulsos que são naturais aos homens, indicando o quanto ainda circula a ideia de uma agressividade “inata” ou natural dos seres humanos (COLLTO et al., 2006).

Para Saffioti (2004), a violência contra as mulheres resulta da socialização machista. Dada sua formação como *macho*, homem julga-se no direito de espancar sua mulher. Esta, educada que foi para submeter-se aos desejos masculinos, toma este “destino” como *natural*. Ainda refere que as mulheres se submetem a violência não porque “consintam”: elas são forçadas a ceder, pois não tem poder suficiente para rejeitar a agressão.

As consequências da violência sobre as mulheres ao nível social e econômico atingem proporções assustadoras, salientando-se que 7% da busca a atendimento hospitalar por mulheres adultas deve-se a situações de violência (LISBOA, 2006).

Os sentimentos de mulheres em situação de violência incluem vergonha ou humilhação; culpa ou medo de serem culpabilizadas pela violência; temor pela sua segurança e a de seus filhos; falta de controle sobre suas vidas; medo de perder os filhos; e contraditoriamente, vontade de proteger o parceiro por razões econômicas ou afetivas (SCHRAIBER et al., 2009).

Almeida e Florenzano (2008) mostra que mulheres vítimas de violência podem desenvolver um processo de somatização em que a dor aparece como uma das queixas principais. Esses achados foram mostrados elevada frequência de violência em pacientes com queixas de dor crônica. Mais de 90% das pacientes investigadas haviam sofrido violência verbal e física, entre moderada e severa, e quase a metade havia sido vítima de agressão sexual durante a vida.

Os dados sobre violência de gênero contra a mulher têm levado autores a considerar que o lar é o espaço onde as mulheres e as crianças correm maior risco. Estudos mostram que, mesmo com todas as mudanças em nossa sociedade, a mulher ainda continua sendo desvalorizada e agredida física e psicologicamente. É muito difícil pensar que ainda exista tamanha proporção de casos de violência e que os autores continuem impunes na maioria das situações (SOARES et al., 2006; SAFFIOTI, 2001).

É preciso assim, sinalizar para a sociedade que a violência de gênero contra a mulher é inaceitável, não se podendo apenas reforçar as ações punitivas. É preciso entender que a cidadania não pode acabar na porta de casa, os direitos das mulheres vão além desse espaço e elas precisam estar protegidas em todos os locais na sociedade (SOARES, 1999).

3.3 Violência Sexual

A violência sexual assim como as demais, é um problema de saúde pública. Pode ser considerada uma das formas mais graves de violência de gênero é exercida geralmente contra mulheres. Tal violência pode acarretar danos físicos como doenças sexualmente transmissíveis e danos psicológicos, levando a vítima à depressão profunda ou sofrimento emocional intenso (KRUG et al., 2002). A violência sexual compreende o abuso sexual (que significa a utilização do corpo do outro para obter prazer sexual), o estupro (termo jurídico utilizado para a violência sexual) e a exploração sexual comercial.

A Organização Mundial de Saúde define violência sexual como: “qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejado utilizando repressão, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa independente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou do trabalho; incluindo também atos para traficar a sexualidade de uma pessoa”. Esse tipo de violência se estabelece como uma

transgressão dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, principalmente ao atentado de direito físico e ao controle de sua capacidade sexual e reprodutiva.

Violência sexual contra mulheres é um ato hostil, utilizado pelos agressores como meio de degradar, humilhar, aterrorizar e dominar. Raramente é praticado pelo desejo sexual, mas, sim, como uma forma de demonstração de poder e controle sobre as vítimas. Embora a sexualidade e a agressividade estejam relacionadas em todas as formas de violência sexual, a agressão sexual sofrida pelas mulheres é apenas um meio de o agressor expressar poder e controle (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A violência sexual pode ser perpetrada por desconhecidos ou por conhecidos (familiares, amigos, vizinhos). No processo de tipificação das violências pode ocorrer imprecisão conceitual, ou invisibilização do caráter de gênero deste agravo. As violências são muitas vezes relacionado à pobreza ou às desigualdades socioeconômicas, como se pertencesse, sobretudo, ao domínio da violência estrutural ou urbana; embora ainda seja pouco explorado como um comportamento relacionado a desigualdade de gênero (SCHRAIBER et al., 2009).

Segundo a Lei 12.015/2009, de 07 de agosto de 2009, o estupro é definido como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

Em relação à prevalência da violência sexual na população, ainda há poucos estudos e sabe-se que muitas vítimas não notificam por medo, vergonha, ou ainda porque o abusador faz parte da família. Em 2004, um inquérito populacional brasileiro com amostra representativa de 2.502 mulheres de 16 anos ou mais, revelou prevalência de 13% de violência sexual ao menos uma vez na vida das pessoas entrevistadas (VENTURINI et al., 2004).

A violência sexual tem como vítimas, em sua maioria, pessoas do sexo feminino, acenando a necessidade de que os programas de atenção foquem a saúde integral da mulher, não omitindo o diagnóstico e estando atentos para identificar situações de violência sexual (CAMPOS, 2006).

A maior parte das crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual estão na faixa etária de até 14 anos (ZAMBON et al., 2012). Em relação ao diagnóstico, menos de 15% dos crimes com penetração vaginal apresentam exame médico-legal positivo (COHEN e MATSUDA, 1991; CAMPOS et al., 1994; DREZETT et al., 2004). Esse fato induz que

grande parte dos perpetradores não seja condenada por falta de evidências materiais esperadas pela justiça (TUCKER et al., 1990).

O acesso das vítimas ao exame médico legal também é um dos fatores limitantes do diagnóstico e atendimento às vítimas. Mesmo quando disponibilizado, apenas pequena parcela das mulheres realiza o exame dentro de prazo adequado para a coleta de evidências ou para a identificação de sinais físicos da violência. Impacto emocional, temor do exame pericial, falta de acesso, medo, vergonha ou descrédito em relação aos serviços, podem justificar a dificuldade para realizar o exame em momento oportuno (COHEN e MATSUDA, 1991; JANISCH et al., 2010).

A pessoa que sofreu a violência está fragilizada e procura nas instituições de atenção uma resposta ao seu problema e, nem sempre está segura para a tomada de decisões. Assim, o serviço de saúde deve acolher, tratar e efetuar orientações sobre medidas necessárias, do ponto de vista médico, psicológico, social e policial e sobre a importância de cada conduta (CHARAM, 1997).

As consequências da violência sexual (imediatas ou a longo prazo) podem ser físicas e/ou psicológicas. Incluem doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), HIV/aids, gravidez, dor e vulnerabilidade a diversas doenças (RIBEIRO et al., 2004; PFEIFFER e SALVAGNI, 2005; FAÚNDES, 2006), uso de drogas, depressão, sentimentos de culpa, isolamento, estigmatização, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, problemas de comportamento, dificuldades escolares, prostituição e suicídio (HABIGZANG, 2009; LOPES et al., 2004; INOUE; RISTUM, 2008).

Especial atenção é dada à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, em particular HIV/aids, enquanto agravo à saúde devido à violência sexual. Estudos mostram a importância da violência sexual na transmissão do HIV/aids, sendo a violência sexual um fator de risco para esse agravo (DUNKLE et al., 2004; GARCCIA-MORENO e WATTS, 2000).

Os percentuais de aquisição de DSTs após violência sexual são de 19% para vaginose bacteriana, 12% para tricomoníase, 4% para gonorreia e 1% para clamídia. Ainda há uma possibilidade de 30% para transmissão de Hepatite B por via percutânea (REIS, 2001). Para a transmissão do HIV a prevalência é de 0,8 a 1,6%, sendo que essa proporção se eleva significativamente se a mulher apresentar traumas ou ulcerações que rompam a integridade genital (DREZETT et al., 1999; BRASIL, 2002a).

Outra consequência do estupro é uma possível gravidez. De acordo com o Ministério da Saúde, para a mulher que sofreu violência sexual, engravidar, após um estupro, é uma situação que agride ainda mais, dado que a faz sentir impotente e, novamente, invadida pelo agressor (BRASIL, 2002b).

Os sintomas estão no corpo e é no corpo que toda a dramática do sintoma se manifesta. O corpo também é *locus* de justiça, de punição e de medidas exemplares e educativas. É o local adequado para a produção da dor e do sofrimento como afirmação de autoridade, pois é por meio dele que se procura corrigir o caráter, normalizar a conduta e reafirmar o papel de submissão (JORGE, 2009).

Como em todo trauma sofrido, e no caso do estupro em particular, associa-se algum detalhe da cena, que a mente passa a rejeitar em outras pessoas, em outras ocasiões, em outros lugares e que, na maioria das vezes, se torna difícil identificar e minimizar sem ajuda (VIANNA, 2006).

Outras experiências de violência, como o abuso sexual perpetrado por familiar e a exposição à violência por parceiro íntimo contra a mãe, constituem fatores que produzem intenso sofrimento nos filhos. Experiências de violência vividas na infância (a maioria do abuso sexual por familiar ocorreu antes dos 14 anos) estão associadas com o aparecimento de comportamento agressivo nas crianças (DURAND et al., 2011).

Em um estudo sobre a autoestima de mulheres que sofreram violência, os autores relatam que em casos de violência sexual perpetrado por familiar em crianças e jovens, produzem intenso sentimento de culpa, e a jovem acredita que a família a vê como responsável (VIANNA, 2006).

A relação entre vítima e agressor é mais difícil de superar quando o agressor é conhecido; situação que tem sido mais frequente, dependendo da idade da vítima. Geralmente, os agressores de crianças são pessoas conhecidas, enquanto que vítimas adultas têm desconhecidos como perpetradores (VARGAS, 2007; DREZETT, 2007; DREZETT et al., 2011; GOBBETT e COHEN, 2002). O estupro de uma criança por parte de um adulto que teria a obrigação de cuidá-la, representa uma crise de confiança para essa criança, além do ataque à sua integridade. Como em muitos casos o agressor é conhecido, ele pratica o ato de violência sozinho, como forma de manter sigilo sobre o fato e evitar testemunhas (DINIZ et al., 2003).

Sabe-se que mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual utilizam os serviços de saúde com maior frequência (CAMPBELL, 2002). A maioria dos serviços de

saúde carece de profissionais capacitados para o reconhecimento ou cuidado dos sinais da violência. Esse diagnóstico requer uma equipe, para acolher as vítimas em sua integralidade para ajudar a superar as consequências resultantes desse tipo de violência. Cabe ao setor da saúde acolher as vítimas, buscando minimizar a dor e evitar outros agravos (RODRIGUES, 2005).

Outro elemento importante na prevenção deste agravo é a educação igualitária de gênero das meninas, estimulando a autonomia no exercício da sexualidade. Também é fundamental ouvir e acreditar no depoimento da criança quando ela refere uma situação que pode ser um abuso e investigar, encaminhando a serviços que possam atender de modo integral, tratar possibilidades de DST ou gravidez indesejada e fornecer apoio psicológico.

A educação de gênero é um fator de empoderamento social das mulheres e meninas, tem levado à diminuição da violência e à possibilidade de homens e mulheres viverem em condições mais igualitárias.

3.4 Aspectos Jurídicos da Violência Sexual

O código penal de 1940, vigente até pouco tempo, expressava uma posição extremamente conservadora em relação às mulheres e aos crimes de natureza sexual, sem respeitar a igualdade entre homens e mulheres. Vale ressaltar ainda, que os Códigos anteriores à Constituição de 1988 consideram esse tipo de violência como "violência carnal".

Em 10 de agosto de 2009, foi publicada a Lei número 12.015, que modificou o conteúdo do título do Código Penal dedicado aos crimes contra os "costumes", uma expressão moralista, que passam agora a serem considerados crimes contra a dignidade sexual.

As modificações incidem sobre temas que geravam controvérsias, as mais relevantes são: a alteração do tipo penal de estupro, inovando com a possibilidade do homem ser vítima, conduta antes definida como crime de atentado violento ao pudor. Inclui também a revogação da presunção de violência e o surgimento de tipos penais autônomos para vítimas agora tidas como vulneráveis, como os menores de 14 anos. Enfim, a mudança da regra geral relativa à espécie de ação, de privada para pública condicionada e o segredo de justiça para todos os crimes contra a dignidade sexual (BRASIL, 2004).

Assim, Dos Crimes contra a Dignidade Sexual passam a ser considerados:

Estupro (Artigo 213,CP), conceituado como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.”

Violação Sexual Mediante Fraude (Artigo 215), definida como: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”.

Assédio Sexual (Artigo 216-A), “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”.

Estupro de Vulnerável (Artigo 217-A): “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (quatorze) anos”.

Com a entrada em vigor da lei 12.015/09, o ato libidinoso e estupro, passaram a fazer parte do mesmo tipo penal. O estupro deixou de ser apenas a penetração do pênis na vagina e o homem, passa a ser incluído como agente passivo deste crime. A nova lei, também, põe fim a discussão sobre a tentativa de estupro, ou seja, a tentativa configura o mesmo tipo penal.

A Lei número 12.015, passou a denominar de “Crimes Contra a Dignidade Sexual” o que antes era qualificado como “Crimes Contra os Costumes”, e teve o mérito de estabelecer um impasse na doutrina. Essa foi uma grande conquista dos movimentos feministas, que, com razão, não aceitavam que os crimes acima referidos fossem considerados “crimes contra os costumes”, ou seja, contra a moralidade sexual, determinada por pautas de comportamento ditadas por uma ideologia patriarcal de dominação masculina, que estabelecia um padrão de comportamento sexual de acordo com padrões machistas.

O estupro no Brasil pode ser praticado mediante violência real (agressão) ou presumida (quando praticado contra menores de 14 anos, alienados mentais ou contra pessoas que não puderem oferecer resistência). Logo, drogar uma pessoa para manter com

ela conjunção carnal configura crime de estupro praticado mediante violência presumida, pois a vítima não pode oferecer resistência (ARAUJO, 2009).

Considera-se vulnerável não somente a vítima menor de 14 (quatorze) anos, mas também aquela que possuiu alguma enfermidade ou deficiência mental, não tendo o necessário discernimento para a prática do ato, ou aquela que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Porém, mesmo com as mudanças na legislação, sabe-se que ainda não se consegue punir adequadamente os agressores e falta proteção às vítimas. Esse fato interfere na quantidade de denúncias, e ocasiona subnotificação de muitos casos.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo transversal cujo tema é a violência sexual. Utiliza como fontes de dados os Boletins de Ocorrência da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa tem abordagem quantitativa e descritiva, correspondendo ao estudo de um agravo, no caso a violência sexual na população feminina, a partir de dados secundários obtidos de registros de ocorrências policiais.

A vantagem desse tipo de delineamento está no baixo custo, na facilidade de realização, na rapidez com que é empregado e a objetividade na coleta de dados.

Os estudos utilizando dados secundários consistem uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população de usuários, para a identificação de grupos de risco, para a ação e o planejamento em saúde e para a avaliação de programas e serviços específicos.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado com dados obtidos junto à Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP/RS). As informações sobre violência sexual em mulheres constam nos Boletins de Ocorrência da SSP/RS. Os Boletins são preenchidos por policiais no momento da denúncia, por depoimento das vítimas, familiares ou testemunhas. Foram selecionadas as ocorrências de violência sexual (estupro) perpetradas contra mulheres, jovens e meninas no período de 2007 a 2011, em Porto Alegre.

O acesso ao sistema foi feito no Departamento de Gestão e Estatística Operacional (DGEO). O DGEO conta com funcionários públicos e estagiários de universidades da cidade e região. O departamento tem cerca de 10 computadores, os quais permitem o acesso a “intranet”, onde por meio de consultas integradas há acesso as ocorrências policiais da cidade. A intranet é um sistema utilizado pela SSP para acesso aos dados de ocorrências policiais de todo o estado. Para o acesso, a pesquisadora recebeu um nome de usuário e uma senha provisórios e atualizadas mensalmente e a supervisão foi feita por parte de funcionários da SSP.

4.3 Amostra do estudo

Foram selecionados todos os Boletins de Ocorrência em que houve a denúncia de violência sexual contra mulheres no período de 2007 a 2011. De acordo com as diretrizes da SSP, classificam-se os crimes sexuais nos Boletins de Ocorrência em: estupro, assédio sexual, ato obsceno, crimes sexuais contra vulnerável, favorecimento à prostituição, lenocínio, outros crimes contra a dignidade sexual. Destes, foram selecionados os Boletins de Ocorrência cuja violência sexual refere-se a estupro de vulneráveis (<14 anos) e de mulheres (>14 anos), definindo-se os grupos etários de acordo com a Lei 12.015 de 2009.

A previsão era de aproximadamente 1.200 boletins de ocorrência para o período selecionado, após a coleta esse número diminuiu devido a duplas notificações e também pela exclusão de ocorrências realizadas por mães em que a vítima era maior de idade e referiu que estava de acordo com o ato, assim, a população final é de 1.063 ocorrências policiais. Embora tenham sido coletadas informações referentes a todas as ocorrências presentes na SSP, considera-se que se trabalhou com uma amostra, na medida em que, apenas uma parcela dos casos são notificados. Portanto, a amostra do estudo foi o total de vítimas femininas de estupro na cidade de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2007 a 2011, que registraram essa ocorrência em boletim de ocorrência.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as vítimas do sexo feminino, menores de 14 anos (vulneráveis) e maiores de 14 anos, que registraram ocorrência policial de violência sexual (estupro) entre os anos de 2007 a 2011.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Não fizeram parte do estudo ocorrências registradas após o período da coleta de dados, mesmo tendo ocorrido o fato entre os anos de 2007 e 2011. O ano de 2007 marca o início das notificações de estupro consumado nos boletins de ocorrência, diferenciando também os casos de abuso sexual, por isso foi o ano de partida da coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados os boletins das ocorrências de delegacias, presentes no sistema da Secretaria de Segurança Pública de Porto Alegre, acessadas por meio da “intranet”.

Os dados foram coletados pela pesquisadora mestranda. Esta etapa foi realizada semanalmente, nos turnos manhã e tarde, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRGS).

Os dados coletados foram registrados em planilha Excel (Anexo I), e incluíam variáveis sociodemográficas da vítima e do agressor, idade, raça/cor, relação vítima/agressor, comunicante da ocorrência, características do fato, hora, local e data do crime e da realização do Boletim de Ocorrência e antecedentes criminais de agressores identificados. Não há muitos dados nos Boletins de Ocorrência, por esta razão todos eles foram utilizados.

4.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados no programa *Epi-info*®, versão 7.0 e após analisados no programa SPSS, versão 18,0.

Foi realizada primeiramente uma análise descritiva das frequências simples de todas as variáveis e das características do fato e a descrição temporal do agravo segundo mês de ocorrência. Realizou-se a regressão linear para a distribuição temporal dos estupros segundo mês de ocorrência no período considerado, e calculou-se o coeficiente de correlação (r).

Após foi feita uma análise dos casos, utilizando o teste de Qui-quadrado para comparar as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores entre os grupos de estupro íntimo e não íntimo e entre maiores e menores de 14 anos, separados devido a condição de vulnerabilidade, definida pela lei 12.015 de 2009. Estupro íntimo foi considerado casos onde o agressor era conhecido da vítima (familiar, amigo, vizinho); Estupro não íntimo foi considerado o perpetrado por desconhecido da vítima.

Foram descritas características das vítimas: idade, raça/cor, relação com o agressor; antecedentes criminais do agressor e os bairros da cidade com maior número de casos. Foram calculados os coeficientes de incidência de estupro nos 10 bairros em que a

frequência absoluta foi maior. Utilizou-se como denominador, a população feminina total de cada bairro, de acordo com o Censo de 2010 do IBGE.

4.6 Considerações éticas

Os critérios éticos para a realização desta pesquisa basearam-se na resolução 196.

Obtida permissão pelo responsável do DGEO/SSP para o acesso aos boletins de ocorrência da Secretaria de Segurança Pública de Porto Alegre, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa (COMPESQ-ENF/UFRGS) para avaliação e aprovação sob o número 25649.

Os dados utilizados nesse projeto são secundários e constam dos Boletins de Ocorrência/SSP, mesmo assim, visando preservar o anonimato das vítimas, não foram registrados os nomes das vítimas e dos agressores que de alguma forma pudesse identificá-las. As ocorrências foram organizadas usando números em ordem sequencial.

4.7 Divulgação dos dados

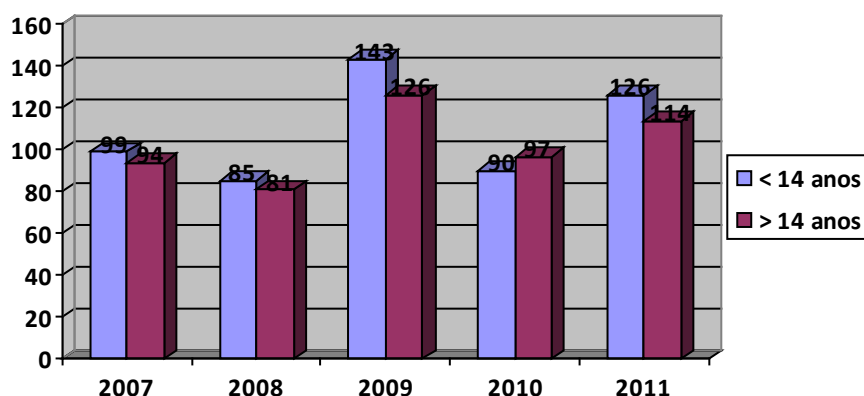
Após a análise dos dados, os resultados são apresentados como Dissertação ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Após, serão construídos artigos para publicação em periódicos e resumos expandidos para eventos e congressos. Os dados da pesquisa também serão apresentados aos técnicos do Departamento de Gestão e Estatística Operacional da Secretaria de Segurança Pública/RS.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo se referem a 1.063 ocorrências de violência sexual (estupros), registradas em Boletins de Ocorrência nas Delegacias de Polícia da cidade de Porto Alegre, nos anos de 2007 a 2011.

São apresentadas as ocorrências anuais separadas de acordo com o grupo etário: menores de 14 anos e mulheres mais velhas (maiores de 14 anos); a distribuição mensal de casos no período; as características das vítimas, agressores e do fato; a relação entre as variáveis segundo dois tipos de desfecho: idade (menor e maior de 14 anos) e tipo de estupro (íntimo e não íntimo) e, finalmente a distribuição dos casos nos bairros de Porto Alegre.

Figura 1 – Número de ocorrências de violência sexual por ano segundo grupo etário (<14 anos; >14 anos). Porto Alegre, 2007-2011.

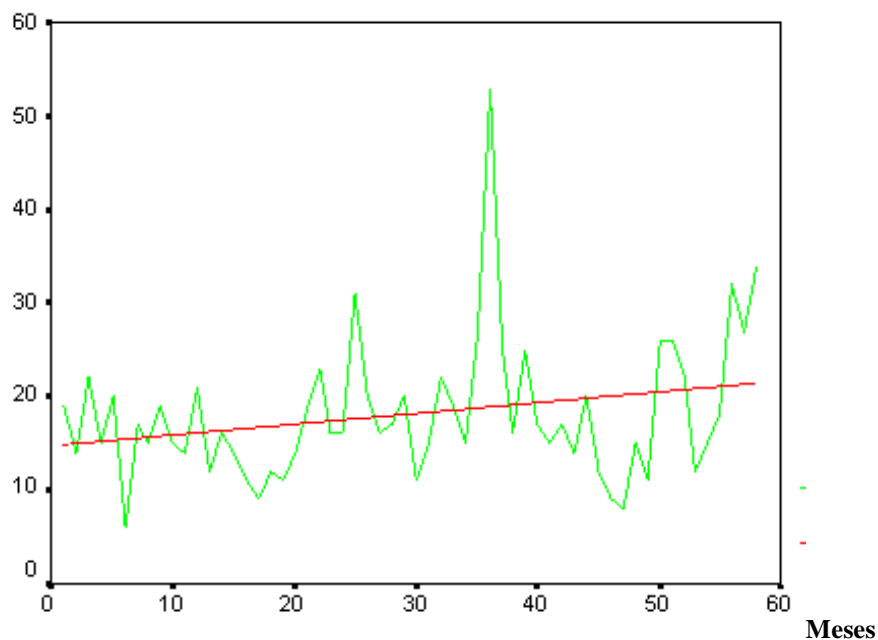


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As frequências segundo grupo etário são semelhantes, com um leve predomínio no grupo jovem, porém se considerarmos que a população de jovens é menor que a população de mulheres adultas, há uma proporção maior de notificações de estupros em menores de 14 anos. Optou-se por não calcular os coeficientes de incidência por grupo etário pelo fato de tratar-se de dados secundários em que a idade nem sempre estava discriminada com exatidão.

Figura 2 – Distribuição mensal de ocorrências de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011.

Casos



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

$r=0,20$ $p=0,049$

A distribuição de casos nos cinco anos da pesquisa mostrou tendência levemente ascendente ($p=0,049$), através do teste de correlação e da elaboração da reta de regressão linear. O resultado do teste de correlação ($r=0,20$) mostra que a correlação é fraca, mesmo sendo significativa ($p=0,049$).

Tabela 1 - Características das vítimas e agressores, ocorrências de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011

Vítimas		nº	%
Idade	<14 anos	543	51
	>14 anos	512	47
Raça/Cor	Branca	756	71
	Negra	292	27
Agressores			
Idade*	<18 anos	84	7
	>18 anos	617	56
Raça/Cor**	Branca	557	52
	Negra	296	27
Relação com a vítima	Conhecido	793	74
	Desconhecido	265	25
Antecedentes criminais***	Sim	451	42
	Não	233	21

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*362 (34%) idade ignorada **210 (19%) raça ignorada *** 379(37%) antecedentes criminais ignorados

Houve maior frequência de notificações em mulheres menores de 14 anos e brancas, embora haja uma sobre representação de negros, já que 15% da população de Porto Alegre é negra, segundo dados do IBGE/2010. Os agressores são em sua maioria maiores de 18 anos, conhecidos das vítimas e com antecedentes criminais.

Tabela 2 – Características da ocorrência de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011

		Nº	%
Tipo de Estupro	Íntimo	793	75
	Não íntimo	265	25
Comunicante	Familiar/Conhecido	568	52
	Desconhecido	107	10
	Vítima	381	35
Hora do Crime	Manhã/Tarde	543	51
	Noite	520	49
Tempo de notificação	Até 1 dia	484	45,5
	>1 dia	579	54,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A maioria das notificações correspondeu a estupros íntimos, aqueles que ocorrem no ambiente doméstico e são perpetrados por conhecidos da vítima. Houve mais comunicação do fato por parte de familiares e praticamente a mesma proporção de casos nos dois turnos considerados (dia ou noite) assim, como em relação ao tempo decorrido entre o crime e a sua notificação à autoridade policial.

Tabela 3 – Características das vítimas, agressores e do crime, segundo idade das vítimas, Porto Alegre, 2007-2011

Características	< 14 anos		>14 anos		P
Vítima	n°	%	n°	%	
Branca	378	70,5	376	73,7	0,278
Negra	158	29,5	134	26,3	
Agressor					
Branco	320	73,1	233	57,0	0,001
Negro	118	26,9	176	43,0	
Conhecido	498	92,2	288	56,5	0,001
Desconhecido	42	7,8	222	43,5	
Antecedentes criminais					
Sim	228	56,6	218	79,0	0,001
Não	175	43,4	58	21,0	
Comunicante do Fato					
Familiar	429	79,4	128	25,2	0,001
Desconhecido	81	15,0	30	5,9	
Vítima	30	5,6	350	68,9	
Hora do crime					
Dia (7-19h)	358	65,9	222	43,4	0,001
Noite (19h1m-6h59m)	185	34,1	290	56,6	
Tempo até notificação					
Até 1 dia	195	36,6	289	57,2	0,001
Mais de 1 dia	338	63,4	216	42,8	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Realizou-se o teste qui-quadrado para comparar a ocorrência da violência sexual em relação ao grupo etário atingido: meninas ou maiores de 14 anos. Verificou-se associação positiva e significativa entre menores de 14 anos e vítimas de agressores conhecidos. Houve uma sobre representação de população negra entre vítimas, especialmente entre as mais jovens e entre agressores, esses principalmente quando as vítimas eram mais velhas. O principal comunicante do fato foi familiar para os estupros cometidos contra menores de idade. A maior parte dos casos de estupro em jovens aconteceu de dia, enquanto em mulheres mais velhas ocorreu à noite. Um maior percentual de mulheres que sofreram abuso não íntimo comunicaram nas primeiras 24 horas, enquanto que os casos domésticos levaram mais tempo para serem comunicados.

Tabela 4 – Características das vítimas e agressores segundo tipo de violência sexual. Porto Alegre, 2007-2011

Características	Não íntimo		Íntimo		p
	N	%	N	%	
Vítima					
Branca	194	73,2	558	71,7	0,699
Negra	71	26,8	220	28,3	
Agressor					
Branco	80	43,5	473	71,1	0,001
Negro	104	56,5	192	28,9	
Antecedentes criminais					
Sim	41	80,4	407	64,7	0,034
Não	10	19,6	222	35,3	
Comunicante do Fato					
Familiar	61	23,4	497	62,9	0,001
Desconhecido	13	5	100	12,7	
Vítima	187	71,6	193	24,4	
Hora do crime					
Dia	100	37,7	483	60,9	0,001
Noite	165	62,3	310	39,1	
Tempo até notificação					
Até 1 dia	177	67,6	309	39,6	0,001
Mais de 1 dia	85	32,4	471	60,4	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O teste de qui-quadrado evidenciou associação positiva e significativa entre estupro íntimo e agressores brancos e estupro não íntimo e agressores negros. A proporção de agressores com antecedentes criminais é significativamente maior entre as vítimas de estupros perpetrados por desconhecidos em estupros não íntimos, embora para os estupros íntimos também seja elevado o número de agressores com antecedentes criminais.

O comunicante do fato nos casos de estupro íntimo na maioria das vezes foi familiar, enquanto os casos de desconhecidos foram denunciados pela própria vítima. Quanto ao horário do dia, observou-se que os estupros íntimos ocorrem em proporção significativamente maior durante o dia enquanto que os não íntimos durante à noite. O tempo para registrar a ocorrência foi menor quando perpetrado por desconhecidos, na maior parte dentro de 24 horas, e em se tratando de violência intrafamiliar os casos são denunciados mais tardiamente, indicando a dificuldade para realizar a denúncia.

Figura 3 – Mapa dos bairros que tiveram maior frequência de violência sexual, Porto Alegre, 2007-2011

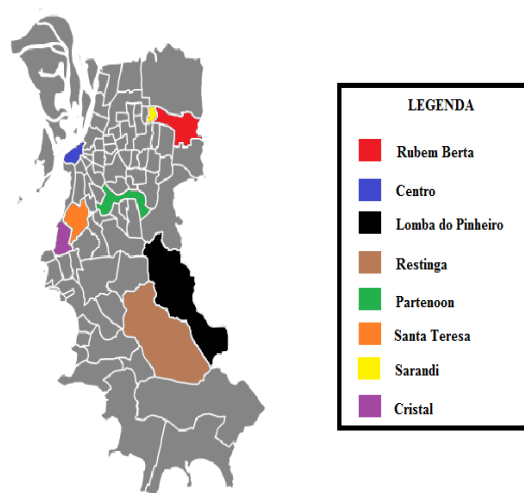


Tabela 5 – Bairros com maior número de ocorrências, número de casos e coeficiente de incidência, Porto Alegre, 2007-2011

Bairro	População Feminina	Nº de casos	Coeficiente/1000
Rubem Berta	40.046	92	2,2
Centro	21.504	79	3,6
Lomba do Pinheiro	24.907	69	2,7
Restinga	31.853	68	2,1
Partenon	24.521	37	1,5
Santa Teresa	29.298	36	1,2
Sarandi	47.948	30	0,6
Cristal	14.993	28	1,9
São José	15.774	26	1,6
Bom Jesus	15.092	21	1,4
Navegantes	2.165	21	9,6
Azenha	5.640	20	3,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os bairros Rubem Berta, Centro, Lomba do Pinheiro e Restinga registram o maior número absoluto de casos. Navegantes e Azenha, apesar de não terem frequências tão elevadas apresentaram os maiores coeficientes. Navegantes é região de prostituição e

tráfico de drogas; Azenha é um bairro comercial, com grande registro de assaltos e furtos e zonas de prostituição.

Podemos observar também que nos bairros mais atingidos onde vivem pessoas com condições de vida mais precárias, há maior número de moradores de rua, prostituição e tráfico. Em bairros mais nobres as ocorrências são mais escassas, talvez porque essa população tenha acesso a maiores possibilidades de proteção e segurança pública e privada.

Houve um percentual elevado de boletins em que os dados dos agressores não estavam preenchidos, mesmo quando ele era conhecido da vítima havia informações apenas do primeiro nome ou de um “codinome”. Esta falta de informações dificulta o processo de identificação e investigação dos agressores. Os maiores percentuais de boletins em que não constavam a idade ou a cor/raça do agressor, em ocorrências mal preenchidas, informações não passadas pelas vítimas ou devido a agressores desconhecidos, ocorreram em situações de violência em via pública.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos aspectos referentes á violência sexual, às vítimas, aos agressores, às características do fato, aos comunicantes e profissionais e aos cenários de maior frequência de estupros.

6.1 A Violência Sexual

A violência sexual é uma das mais antigas expressões da violência de gênero e uma brutal violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos (PIMENTEL et al., 1998).

Segundo Rita Segato (1999) a violência sexual é considerada uma forma de controle exercida pela população masculina contra as mulheres e não implica em prazer sexual dos agressores, mas em exibição de virilidade frente a outros homens presentes ou não.

A verdadeira incidência dos crimes sexuais ainda é desconhecida e apenas estimada, havendo poucos dados disponíveis para estudo, visto ser dependente de denúncia por parte das vítimas, porém, como ainda se trata de um tema cercado de tabus e preconceitos, muitas vítimas não notificam (MARTÍNEZ et al., 1999; DREZETT, 2002).

No Brasil, não há dados precisos a respeito de crimes sexuais. Estima-se que os registros das delegacias correspondam a cerca de 10 a 20% dos casos que realmente acontecem (SAFFIOTTI, 1995; DREZETT et al., 1999). O Ministério da Saúde reconhece que menos de 10% dos casos de violência sexual são notificados nas delegacias, apesar de os dados mostrarem índices muito altos de estupro, como a notificação de 11.000 casos em Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) em 12 cidades do país (BRASIL, 1999).

No decorrer dos anos de 1990, as notificações de estupro cresceram 65% no período de 1991 a 1999 nas Delegacias Distritais e nas Delegacias Especiais de Atendimento a Mulher do Rio de Janeiro. Esse aumento indicou mudanças positivas no comportamento das mulheres e da sociedade no que diz respeito aos direitos da mulher, implicando em maior quantidade de denúncias de mulheres (SOS MULHER, 1999).

A subnotificação dos casos de violência incluindo a violência sexual também decorre, em parte, do descrédito da população nas instâncias judiciárias e de segurança pública, vergonha das mulheres em denunciar ofensas sexuais, medo de perder o emprego

e das atitudes de toda a sociedade – atitudes estas que naturalizam a subalternidade das mulheres e uso da violência na resolução de conflitos (AMB, 2000).

Outros autores apontam entre os motivos que levam a mulher a não procurar os órgãos públicos após este tipo de agressão, o medo de represália por parte do agressor, vergonha, constrangimento, sensação de culpa e humilhação. Algumas não compartilham a agressão sofrida, escondendo as suas dores por longos períodos de tempo e até mesmo durante toda a vida (GONZALES et al., 1999; BRASIL, 2001).

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, denominada “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, revelou que 13% das mulheres brasileiras são vítimas de estupro/abuso sexual por parte de seus maridos, configurando o estupro íntimo como um fato de elevada prevalência e praticamente invisível (SOUZA e ADESSE, 2005).

Vigarello (1998), ao analisar a trajetória histórica do estupro, desde a configuração de crime moral até o seu reconhecimento na esfera do direito, aponta que a visão do prazer apaga a agressividade, impondo o desejo como uma evidência à qual a vítima é, confusamente, associada e exposta ao olhar público. O prazer sexual na realidade não está presente no estupro, que constitui o violação moral da mulher e a afirmação do domínio masculino, em que o homem tenta demonstrar o seu poder sobre a mulher pela violência sexual.

Hoje, o estupro é considerado um crime hediondo, a partir da decisão do Supremo Tribunal Regional de 17 de Fevereiro de 2001. Para fazer frente às demandas de igualdade de gênero foi criado, em 1983, o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo. Em 1985, criou-se a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, órgão eminentemente voltado para reprimir a violência contra a mulher (MASSUNO, 2002). Existem também muitas ONG's que auxiliam mulheres nas denúncias e ajudam as mesmas a manter-se em segurança e longe dos acusados. Foram criadas em várias cidades do país Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca), com a finalidade de desenvolver mecanismos de proteção, prevenção e atendimento as crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual (COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2008).

Entre os anos de 2007 a 2011, foram registradas em Porto Alegre, 1063 vítimas de estupro. Sabemos que estas ocorrências são apenas uma parte dos casos ocorridos na

cidade, pois a maioria deles não é notificada à autoridade policial, principalmente quando a violência ocorre e se perpetua dentro do ambiente familiar.

Na série histórica que realizamos, observamos uma tendência levemente ascendente na frequência de estupros segundo o mês de ocorrência, fato que pode ser devido à maior sensibilização da sociedade a este tipo de crime e uma maior visibilidade pela população, decorrente das políticas públicas para enfrentamento das violências realizadas nos últimos anos, além das conferências de mulheres e da mobilização social.

6.2 As Vítimas

Embora nesta pesquisa, tenha-se restringido os sujeitos apenas ao sexo feminino, sabe-se que a maioria das vítimas de violência sexual são mulheres. Em revisão de estudos internacionais com adultos de ambos os sexos, em média, cerca de 20% das mulheres e 5% dos homens sofreram abuso sexual na infância (KRUG et al., 2002; CAMPOS, 2006).

Em Porto Alegre, no período de 2007 a 2011, foram notificadas 543 situações em que as vítimas eram menores de 14 anos e 512 casos em maiores de 14 anos.

Em nosso estudo, observamos uma proporção semelhante de casos entre jovens (menores de 14 anos) e mulheres mais velhas. Porém, na população há menos jovens que mulheres maiores que 14 anos, indicando que este crime é maior no grupo etário de jovens, ou é mais notificado pela percepção de sua gravidade, ou porque o estupro nas relações conjugais ainda é considerado dever da mulher. Os agressores, em sua maioria, eram maiores de 18 anos, mostrando que este crime é praticado por homens adultos contra meninas e jovens, realizado, em grande parte, no silêncio e na privacidade dos lares, que segundo estudiosas feministas é um dos locais mais perigosos para as mulheres (SAGOT, 2000; SAFFIOTI, 2001).

As vítimas menores 14 anos, em sua maioria, foram agredidas por homens conhecidos, de cor/raça branca e com antecedentes criminais. As vítimas maiores de 14 anos foram agredidas predominantemente por agressores desconhecidos. Dados de outro estudo corroboram estes achados, apontando que o agressor é declarado conhecido por grande parte dos abusos em crianças e desconhecido pela maior parte das adolescentes e mulheres adultas (DREZETT, 2002).

A maioria das vítimas é de cor branca, embora se ressalte a frequência mais elevada de estupros em negros do que na população de referência nos dois grupos etários

comparados (29,5% em jovens negras e 26,3 em mulheres negras mais velhas, em relação aos 15% da população que se autodeclara negra).

Em nossa pesquisa, 25% dos agressores eram desconhecidos (7,8% entre jovens e 43% entre mulheres mais velhas), percentual que tem aumentado ao longo do tempo nas últimas décadas (OSHIKATA et al., 2011). Saber quem é o agressor auxilia a autoridade policial na investigação e indiciamento, ajudando a tomar providências para enfrentar este tipo de crime.

Em outro trabalho, observou-se que 67% das mulheres pesquisadas foram agredidas por pessoas conhecidas, 22% por estranhos e 12% pelos próprios parceiros; 80% delas era adolescente ou mulher jovem. Em outro estudo randomizado realizado por meio de entrevista telefônica, os autores Masho et al. (2005) verificaram que, das 1.769 mulheres investigadas, 27% sofreram algum tipo de violência sexual em suas vidas. Destas, 78% foram vitimadas antes dos 18 anos (a idade média foi 14 anos) e o estupro foi o principal tipo de violência sexual sofrido pelas adolescentes (ACKERMAN et al., 2006).

Em suma, tem sido observado que as meninas e adolescentes são vítimas preferenciais de violência sexual cometida por pessoas conhecidas (CAMPOS e SCHOR, 2008; REIS, 2001; HUMPHREY e WHITE, 2000; PEIPERT e DOMAGALSKI, 1994; DIÊGOLI et al., 1996). Este fato pode ser explicado pelo controle coercitivo de mulheres entendido como o uso da violência para manter as mulheres nos seus “devidos lugares”, exercendo os papéis de gênero designados pela cultura. A divisão sexual na sociedade começa na infância com a educação diferenciada de gênero e inclui a iniciação sexual forçada de meninas pelos ascendentes (pais, padrastos, tios, irmãos mais velhos), ou mesmo amigos e vizinhos, que se julgam no direito de relacionar-se sexualmente com estas meninas inculcando-lhes a noção de sexo por obrigação (STARK, 2007).

Portella (2000), ao abordar as crenças que legitimam a violência, as associa aos costumes e modos de homens e mulheres se comportarem dentro do casamento e em sociedade, e às formas de controle mútuas, como parte da hierarquia de gênero. Nessas relações, o homem tem o poder de definir as regras da convivência conjugal. De acordo com Minayo (1999), a violência contra a mulher está vinculada à distribuição desigual do poder e às relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres, perpetuando a desvalorização do feminino e sua subordinação ao masculino.

Uma pesquisa realizada por Rosa e Silva (2004), na região metropolitana de Belém identificou que a maior incidência de violência sexual contra crianças ocorria na família,

espaço considerado seguro para as mesmas. Esta situação é confirmada pelas observações de Azevedo e Guerra (2002), ao informar que 5% de adolescentes morrem vitimados pela violência intrafamiliar. Para Saffioti (1997), o abuso sexual de crianças aponta para este crime enquanto afirmação de poder, e não como resultado de uma pulsão sexual irreprimível ou doença dos agressores.

Guerra e Azevedo (1997) entendem que a infância vítima de violência compreende principalmente o contingente social de crianças e adolescentes que se encontra em situação de risco pessoal e social, em situações especialmente difíceis, ou, ainda, aqueles que por omissão ou transgressão da família, da sociedade e do Estado estejam sendo violados em seus direitos básicos.

Quanto às repercussões do estupro na vida de uma criança, Sanderson (2005) mostra que há múltiplos tipos de efeitos e impactos no psiquismo infanto-juvenil, atingindo não apenas a esfera sexual, mas, também, a emocional e social. O autor identifica situações que podem agravar os efeitos do abuso sexual: a idade da criança/adolescente na época do abuso; a duração e frequência do abuso; o(s) tipo(s) de ato(s) sexual(is); uso da força ou violência física; o relacionamento da criança com o abusador; a idade e o sexo do abusador e os efeitos da revelação. Convém lembrar, entretanto, que um número considerável de vítimas não apresenta sintomas e que a presença isolada de sintomas não é suficiente para o diagnóstico de abuso sexual (CORDEIRO, 2006).

Alguns autores consideram que a ocorrência do abuso é, a longo prazo, uma das causas da violência juvenil. Isso não significa que toda criança abusada se tornará um delinquente, mas o fato de ter sido abusada a coloca numa situação de risco, aumentando as chances de que ela venha apresentar comportamento agressivo (HUTZ, 2000).

Embora nem toda criança ou adolescente sexualmente agredido venha a se prostituir no futuro, pesquisas indicam elevada frequência de violência sexual na vida das mulheres que exercem prostituição, ou seja, estas vítimas parecem precisar pagar com o corpo o afeto ou proteção que seria dado naturalmente pelo pai ou parente no âmbito da família. Assim, a prostituição pode ser considerada uma das consequências da vitimização sexual de crianças, adolescentes e/ou mesmo adultos (PEDERSEN, 2014). Os perpetradores mais frequentes de abuso sexual contra adolescentes são, paradoxalmente, os principais responsáveis legais por sua proteção (DREZETT et al., 2001; FLORES et al., 2002; DANERI et al., 2008; AGUILAR e SALCEDO, 2008).

Resultados divulgados pelo Ministério da Saúde, com base em dados do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), destacam que o abuso sexual envolvendo menores, no ano de 2011, foi o segundo tipo registrado de agressão contra crianças e adolescentes brasileiras, secundarizado apenas pela negligência e abandono em menores de dez anos e da violência física na faixa de dez a quatorze anos (BRAL, 2012).

Teixeira et al. (2010), em estudo sobre violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos, identifica a iniciação sexual forçada decorrente de estupro, que culmina com gravidez indesejada, como uma das causas de maior vulnerabilidade na vida de adolescentes.

O estudo e preocupação com a violência contra a criança, incluindo a violência sexual é muito recente. No Brasil por muito tempo crianças e adolescentes não foram reconhecidos como sujeitos de direitos, mercedores de proteção por parte da família, Estado e Sociedade. Foi a partir da Constituição Federal de 1988 e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que este processo começou a ganhar novos rumos. As mais diversas situações de ameaça e violação de direitos de crianças e adolescentes, como as que decorrem da violência sexual começaram a ser enfrentadas por políticas públicas (PEDERSEN, 2014).

6.3 Os Agressores

Nos boletins de ocorrência da cidade de Porto Alegre, os agressores eram em sua maioria da cor/raça branca, maiores de 18 anos e com antecedentes criminais. Dentre estes antecedentes criminais, alguns se referiam a uma ou várias ocorrências passadas de estupro. Uma das histórias se referia à violência sexual em várias gerações de uma mesma família, em que o avô abusou da filha quando jovem e no momento da queixa havia molestado sua neta.

Em nossos achados, 27% dos agressores eram negros, enquanto na população de Porto Alegre 20% de pessoas que se referem negras, segundo dados de 2010 do IBGE. Entre as meninas 26% dos agressores era negro e, entre as mulheres mais velhas, 43% foram descritos como negros. Os agressores de cor branca estiveram mais presentes quando as vítimas eram conhecidas, enquanto que os de cor negra foram mais citados por vítimas desconhecidas.

Saffiotti e Almeida (1995) consideram que há um mito social em que o que a imagem de esturador corresponde ao homem pobre e negro. Rita Segato (1999) em uma pesquisa com homens estupradores em situação de prisão do Distrito Federal, explica o quanto o estupro realizado fora do ambiente familiar, na rua, é um fato social, perpetrado por homens em situação de inferioridade frente a outros homens dentro da cultura patriarcal. Deste modo, são os mais prejudicados dentro da escala social, que estupram não como um ato isolado ou para obter prazer sexual, mas como um ato coletivo de um homem frente a outros para tentar mostrar sua força e virilidade, apropriada através do corpo de uma mulher genérica. Essa mulher genérica que pode ser qualquer uma, mas principalmente aquelas que discordam dos modelos de gênero estabelecidos e se mostram autônomas ou infratoras.

A maioria das situações denunciadas de violência sexual tratava de violência íntima (75%); destes 62% foi perpetrado por familiar. Os agressores com relação de parentesco com as vítimas foram pais, padrastos ou avôs (240 agressores, 30% dos casos), além de outros parentes como tios, primos e irmãos (110 casos, 13% dos casos). Em 13 casos (9,5%), o perpetrador da violência foi um membro da comunidade, como amigo ou vizinho. Estes dados são compatíveis com os estudos sobre violência sexual ao sustentar que o autor é conhecido da vítima entre 50 e 70% dos casos, percentuais que podem ser maiores tratando-se de crianças ou adolescentes, reafirmando a constatação de que a maior parte das violações ocorrem no ambiente doméstico (AGUILAR e SALCEDO, 2008; BRASIL, 2012).

Campos e Schor (2008), em pesquisa sobre a importância da identificação de agressores de violência sexual, verificaram que 76% eram homens identificáveis pelas vítimas. Entre estes, em maior proporção, a categoria amigo/conhecido (19,2%) foi seguida da de padrasto (12,4%), pai (11,7%), vizinho (11,4%) e tio (8,3%).

O fato de a grande parte destas violências ser praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, dificulta a denúncia do crime pelo receio e medo dos familiares, tornando-se mais difícil ainda quando a família depende economicamente do agressor (SANDERSON, 2005; DREZETT et al., 1999; DREZETT et al., 2011). Muitos agressores, na sociedade patriarcal, quando possuem poder econômico ou moral sobre família, acreditam ter direitos sexuais sobre mulher e filhos. Na sociedade patriarcal, as mulheres são consideradas propriedade dos homens, quer sejam maridos, pais, parentes ou mesmo membros da comunidade. Ainda há regiões no Brasil e em muitas partes do mundo em que

a iniciação sexual das meninas deva ser feita por um homem mais velho, pai ou representante da autoridade. Estes fatos mostram, segundo Segato (1999) o quanto permanece na cultura a divisão hierárquica de poder entre os sexos e que a inserção da mulher na sociedade contratual, onde todos têm os mesmos direitos, ainda é muito tênue.

Conforme Saffioti (2007), a ideologia machista confere ao homem “*um poder extraordinário que lhe permite estuprar sua esposa, quando esta não apresenta disposição para o ato sexual, assim como a esposa do amigo, a jovem, a adolescente, a púbere, a menina, o bebê, a velha, a bonita, a feia, a saudável, a doente*”.

A impunidade dos agressores aliada à noção de que a relação sexual é um direito dos maridos, ou ainda ao direito patriarcal de posse das mulheres constituem o caldo de cultura para a manutenção da violência sexual.

6.4 Características do fato

Um dos dados presentes no Boletim de Ocorrência é a hora em que se deu o crime. A noite é um espaço interdito para as mulheres, dizem algumas estudiosas da violência contra a mulher, e se elas se encontrarem em hora ou local considerado “inapropriado”, ainda nos dias de hoje, os homens usam da prerrogativa de “estuprá-las” e alegar inocência posteriormente nos processos criminais (BIGLIA e MARTIN, 2007). Esses estupros são corretivos, ou seja, realizados para que as mulheres não tornem a infringir as sanções relativas ao sexo feminino e se comportem de acordo com as regras ditadas para seu gênero. Também se trata de uma mensagem para as outras mulheres saberem o que lhes acontecerá se fizerem algo similar. Segato (1999) entrevistou um preso devido ao crime de estupro, de religião pentecostal, que afirmava que só estuprava mulheres de outras religiões. Em nossa pesquisa, os dados analisados não apresentaram diferenças significativas em relação ao horário, havendo 51% dos casos que ocorreram durante o dia e 49% durante a noite, porém a maioria dos casos noturnos correspondia a estupros não íntimos, que aconteceram fora do domicílio.

Outro dado referente ao crime é o tempo do fato até a ocorrência policial; em Porto Alegre, 45% das comunicações foram feitas nas primeiras 24h horas, enquanto 55% foram registros tardios, principalmente nas situações de crianças vítimas de estupros no domicílio, mostrando o quanto a violência sexual pode ser um evento de caráter crônico fragilizando ainda mais a vítima.

A revelação, a denúncia e a prevenção da violência percorrem caminhos muitas vezes tortuosos. Alguns profissionais suspeitam de ou identificam sua ocorrência, mas optam pela dúvida e pelo silêncio, negligenciando os direitos do outro. Outros não entendem a violência como uma questão afeta aos serviços de saúde e há os que relatam temer as consequências de uma denúncia, principalmente quando trabalham em regiões onde o tráfico e a violência estrutural são elevados (MENEGHEL et al., 2011).

As recomendações sobre a atenção e cuidado das vítimas priorizam ações de caráter biomédico. Salienta-se a importância do comparecimento a estabelecimentos de saúde para a prevenção das consequências da violência sexual. Em Porto Alegre uma das referências é o Hospital Presidente Vargas, onde as vítimas fazem exame para comprovar a violência e recebem medicação preventiva para a gravidez indesejada e contaminação por HIV. Apesar da existência de protocolo, estudo realizado em Porto Alegre, em hospital de referência mostrou que são atendidas poucas mulheres (em torno de 25/ano) e muitas não recebem as orientações e/ou medicação indicadas (OLIVEIRA e MENEGHEL, 2007).

Campos e Schor (2008) acompanhando vítimas de violência sexual verificaram que 47% dos atendimentos em instituições de saúde ocorreram em período inferior a 72 horas após o fato. Os dados dos autores foram similares à nossa pesquisa na qual se observou que quando a vítima é uma criança a denúncia e busca de atenção se dá em períodos de tempo maiores.

Em um ambulatório que atende e acompanha mulheres que sofreram violência sexual, os autores observaram que menos de 50% das mulheres atendidas retornaram à segunda consulta e pouco menos de um terço completou os seis meses de seguimento (OSHIKATA et al., 2011).

Quando acontece a rotura himenal, mesmo que incompleta, aumenta o risco para DST, hepatites virais e HIV, devido ao rompimento da integridade dos tecidos, mesmo que não ocorram traumas genitais (GOSTIN et al., 1995). Além disso, a primeira relação sexual em condições violentas pode resultar em sequelas emocionais graves em longo prazo, principalmente para mulheres jovens (FLEMING et al., 1999).

A eficácia da prevenção de DST/aids depende do início precoce de sua introdução, do rigor de sua administração e do tempo adequado de sua utilização, sendo que a mesma não deve ser iniciada após o prazo de 72 horas decorridas da violência (BRASIL, 2005; DREZETT, 1999). Essa medicação deve ser utilizada pelo período de 28 dias consecutivos. Quanto ao risco de adquirir HIV em relações mantidas por meio da

violência, Drezett e colaboradores (1999) apontam uma prevalência de 0,8 a 2,7% para o HIV, sendo que esse risco se eleva significativamente se a mulher apresentar traumas ou úlceras que rompam a integridade da mucosa genital.

6.5 O Comunicante e a ação dos profissionais

Os comunicantes mais comuns foram conhecidos da vítima ou a própria vítima quando o estupro ocorreu em via pública. Houve apenas duas denúncias de profissionais da área da saúde em 1.063 boletins ocorrências, em uma delas a própria médica fez a denúncia, enquanto que a segunda detectou a violência no exame físico da criança e encaminhou a mãe para à delegacia e para o exame de corpo de delito.

No Brasil, os profissionais de saúde têm o dever legal de comunicar para a autoridade competente todo caso suspeito ou confirmado de abuso sexual contra crianças e adolescentes (ECA, 1993). A medida é considerada fundamental para coibir a violência intrafamiliar e oferecer proteção social e legal para a vítima, sem exigência de apresentação de prova material. Contudo, a responsabilização do autor da violência obedece a procedimento judicial diferente, em que as evidências médico-legais são consideradas importantes na construção da sentença. Compete ao poder público mover o processo criminal, que não se condiciona ao desejo ou autorização da adolescente ou de sua família (PIMENTEL et al., 1998). A penalidade é de seis a dez anos de reclusão, aumentada caso o autor da violência seja responsável pela criança ou adolescente, ou quando o crime sexual resulta em gravidez (DELMANTO et al., 2010).

Pesquisa realizada em 2004 no Brasil e na Colômbia sobre exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes mostrou que um grande número de meninas que sofreram abuso considera fundamental falar com um adulto de confiança. Também é importante a presença de instituições empenhadas na prevenção, para evitar a ocorrência de novos casos (FIGUEIREDO e BOCHI, 2004).

Conforme Campos e Franscischini (2003), sugerem-se as seguintes condutas na abordagem do profissional de saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual:

- Acreditar no relato da criança e no adolescente;
- Propiciar à criança e ao adolescente, em situação de violência sexual, um ambiente acolhedor e discreto;
- Garantir sigilo sobre o caso;

- Realizar escuta ativa com a criança e o adolescente;
- Identificar, sempre que possível, os casos reincidentes;

Ao falar sobre as causas da violência no país, Soares (2000) explica que apesar dos esforços das pesquisadoras feministas, a perspectiva de gênero, “não tem sido levada suficientemente a sério no Brasil” e considera a modalidade de violência que ocorre no âmbito da casa, que tem como nicho relações de parentesco, vizinhança, como a mais dramática, atingindo especialmente mulheres e crianças.

O Ipas Brasil, uma ONG internacional dedicada a eliminar as mortes evitáveis por abortamento inseguro, vem realizando projetos de atenção à violência sexual, contra mulheres e adolescentes e implementando serviços de qualidade para atenção do aborto previsto em lei, visando à formação de uma rede de serviços de assistência para a garantia dos direitos humanos. Desde 1993, a partir de uma abordagem ampliada e centrada na mulher, o Ipas tem capacitado profissionais de saúde dos serviços de emergência para assegurar melhoria da atenção a esses casos (SOUZA; ADESSE, 2005).

No ano de 2000, foi elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil. A prioridade estabelecida neste plano foi a implantação do Serviço Sentinela, que ocorreu em 2001, dentro do âmbito da Política de Assistência Social. Em 2005, o Serviço Sentinela foi inserido no Sistema Único de Assistência Social/SUAS como Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade. Portanto, o *locus* de execução do Serviço Sentinela passou a ser o CREAS. A partir do desenvolvimento das ações do Serviço Sentinela no âmbito do CREAS, o mesmo passou a ser chamado de Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, substituindo a terminologia Serviço Sentinela. Mais recentemente, a partir da resolução anteriormente citada, o nome do serviço foi novamente alterado, passando a denominar-se Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (BRASIL, 2004).

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, em seu artigo 13, que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (inclui qualquer tipo de abuso ou violência) serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Caso não haja Conselho Tutelar, a comunicação deverá ser feita à Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude e à Vara da Infância e da Juventude.

A vítima deve ser encaminhada para a Delegacia de Polícia próxima do local de ocorrência da violência. Sugere-se que casos de abuso sexual infanto-juvenil sejam encaminhados à DPCA – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente – para serem adotadas medidas legais, incluindo o exame de corpo de delito. Após a denúncia legal, é importante que a vítima seja encaminhada a atendimento médico e procure logo serviços de apoio psicológico, lembrando que a notificação de qualquer situação de violência contra a criança é obrigatória (CORDEIRO, 2006).

Os serviços de proteção social básica são oferecidos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, que “[...] é a unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, [...] atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário” (BRASIL, 2004).

A proteção social especial destina-se a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Com relação à proteção social especial de média complexidade, esta dispõe de serviços que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos (BRASIL, 2004). Tais serviços são oferecidos nos Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS.

Já os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou comunitário (BRASIL, 2004).

Entre as políticas públicas relevantes para a prevenção e combate à violência contra a mulher, destaca-se a atuação das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres em situação de violência (DEAMs), surgidas em 1985, a partir das reivindicações do movimento feminista, buscando a criação de um ambiente em que haja menor desconfiança e maior acolhimento às mulheres. Além das DEAMs e da criação dos Conselhos dos Direitos da Mulher, a construção de casas-abrigo e centros de atendimento à mulher em situação de violência também contribuíram para dar visibilidade às violações dos direitos humanos das mulheres e garantir a sua proteção (SOUZA e ADESSE, 2005).

O país começa a entender que o combate a este tipo de violência impõe grande esforço, que significa não só a prevenção, a comunicação, a responsabilização e o atendimento emergencial, mas também o acompanhamento permanente de vítimas e agressores. Também inclui o esforço para promover mudanças de valores culturais, a redução da desigualdade e a conscientização das pessoas. Não há uma única, rápida e fácil solução para os crimes de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. A implementação dos direitos, vai além da questão jurídica. Quando a violência sexual contra a infância e a adolescência está em pauta, a inibição do crime não se restringe à elaboração de leis de proteção ou à sua aplicação. Depende de mudanças ideológicas, culturais e de rompimento com valores arcaicos que permitem a perpetuação do problema (BRAGA, 2009).

6.6 Cenários de maior frequência

Em Porto Alegre, nos anos estudados, a maior frequência de casos notificados de violência sexual ocorreu nos bairros Rubem Berta, Centro, Lomba do Pinheiro e Restinga, que juntos alcançam 308 casos, ou seja, 34 % das ocorrências.

O bairro Rubem Berta, de acordo com o censo de 2010, possui 87.367 mil habitantes, destes, 45.000 são mulheres. No Centro a população é de 39.154 mil habitantes e 21.504 mil são mulheres, na Lomba do Pinheiro 51.415 mil habitantes, 26.412 mil mulheres e no bairro Restinga existem 51.569 mil habitantes, contando com 27.184 mil mulheres. Porém, a população feminina nos bairros mais afetados não difere de outras regiões da cidade, constituindo em torno de 50% do total.

Em um levantamento da Delegacia de Homicídios e Desaparecidos da Capital, foram mapeadas as mortes violentas ocorridas em 21 bairros de Porto Alegre. Os resultados mostraram que no bairro Rubem Berta, na Zona Norte ocorre o maior número de homicídios do município, seguido pela Restinga, na Zona Sul e Bom Jesus, na Zona Leste. No estudo que fizemos os bairros Rubem Berta e Restinga estiveram entre os que apresentaram as maiores ocorrências de violência sexual.

Nos bairros onde que ocorreu maior quantidade de estupros, também há outras violências, altas taxas de homicídios, femicídios e outras desigualdades sociais (HUBNER, 2011). É onde vive a população mais pobre, com grande quantidade de jovens e poucas oportunidades de emprego, situação que leva muitos a aderir a gangues e grupos ligados ao

tráfico. Esses grupos, como já foi assinalado na América Central impõem uma hierarquia rígida às mulheres, que se fizerem qualquer ação considerada inadequada, correm o risco de serem punidas e até mesmo executadas. As gangues também usam a violação de mulheres como modo de ostentar seu poder a homens de grupos rivais. Nestes territórios o estado se faz menos presente, quer seja em termos de instituições e equipamentos urbanos, quer seja na segurança e policiamento (CARCEDO, 2010).

A vulnerabilidade social não quer dizer apenas falta de bens materiais, vai muito além, a proteção social na assistência social deve aprofundar meios para o reforço da autoestima, autonomia, inserção social, ampliação da resiliência aos conflitos, estímulo à participação, equidade, protagonismo, emancipação, inclusão social e conquista da cidadania (SPOSATI, 2004). O enfrentamento das iniquidades sociais se dá por meio de políticas intersetoriais, análise crítica das demandas que surgem das desigualdades e definição de diretrizes e estratégias.

O grande número de agressores desconhecidos das vítimas em estupros ocorridos, na maioria das vezes em via pública, aponta para a importância da segurança pública a ser realizada principalmente nos bairros de maior incidência, incluindo policiamento, vigilância e mesmo medidas simples como iluminação pública.

Para finalizar, citamos o movimento nas redes sociais que ganhou mídia em 2014: “Não mereço ser estuprada”, a partir de uma pesquisa sobre o comportamento sexual dos brasileiros. Para prevenir o estupro, grande parte dos entrevistados afirmou que as mulheres precisam se vestir “adequadamente”, andando sempre totalmente cobertas para que os homens não desejem estuprá-las.

Desse modo, a culpa pelo estupro é remetida para a mulher, que não se vestiu de acordo com as regras e que, pelos seus atos, provocou um desejo incontrolável por parte dos agressores. Essa é uma explicação ideológica que considera como uma das causas do estupro a sexualidade incontrolável dos homens, ignorando que o estupro é um dispositivo de controle e submissão de mulheres (DREZETT, 2009; BIGLIA e MARTIN, 2007). Esse fato remete à permanência do machismo na sociedade brasileira, que permanece conservadora e patriarcal, na qual a mulher é tratada como objeto e propriedade dos homens.

7 CONCLUSÃO

Ainda existem poucos estudos acadêmicos que tematizam a violência sexual contra mulheres. A verdadeira incidência dos crimes sexuais ainda é desconhecida e apenas estimada, havendo poucos dados disponíveis, visto ser dependente de denúncia por parte das vítimas.

Mesmo com a elaboração de legislação e implementação de ações e políticas, os problemas ainda persistem e precisam de aprimoramentos como, por exemplo, os serviços que atuam de forma administrativa e burocrática comprometendo a qualidade da atenção; a presença de violência institucional nos serviços que deveriam acolher e ajudar as mulheres; a ausência do recorte de gênero no atendimento e nas políticas públicas; a necessidade de aprofundar a implementação de leis, tratados e convenções dos quais o Brasil é signatário; a necessidade do vínculo de programas a secretarias (e não aos gabinetes de prefeitos e governadores) e da garantia de continuidade dos mesmos; a ausência da discussão sobre a violência sexual nos currículos universitários; a demanda por capacitação e sensibilização dos profissionais; a rotatividade dos profissionais; a ausência de supervisão e de apoio e a falta de articulação de programas e iniciativas que isoladas não constituem políticas públicas.

Os profissionais de enfermagem são de atores chaves para que essas melhorias ocorram, pois são quem acolhem e orientam as vítimas, esses precisam entender que não será apenas um atendimento para medicalização, precisarão compreender a situação em que a vítima está e confortá-la para que ela se sinta segura e amparada de forma adequada.

Durante a leitura das ocorrências pude observar o descaso dos profissionais descritos por algumas vítimas, que geralmente procuravam os serviços de saúde antes de irem a delegacia para realização de exame no IML. A maioria delas descrevia um atendimento apenas pautado na medicação, sem orientações sobre os serviços de acompanhamento e a importância da denúncia no boletim de ocorrência policial. Falta humanidade, sensibilidade e noção da real importância do sofrimento que uma vítima de violência sexual sofre.

Espera-se que os resultados desse estudo ajudem a identificar situações de maior vulnerabilidade em Porto Alegre e auxiliar na prevenção e detecção dos casos de violência sexual. Além do mais, ressalta-se a importância do preenchimento completo e correto do instrumento de notificação, fazendo que melhore a possibilidade de identificar o agressor,

que se torna impossível quando não há dados nos boletins de ocorrência. Os resultados também indicam a necessidade de implantação de ações que não apenas cuidem dos efeitos à saúde das mulheres vítimas de estupro, mas que as atendam de maneira integral. Recomenda-se a realização de pesquisas em outros centros urbanos para que se possam identificar cenários, fatores de risco, novas formas de prevenção e modos de atenção às mulheres que sofrem ou sofreram violência sexual.

Enfrentar as violências, inclusive as sexuais, requer ações integradas entre saúde, segurança pública, sistema judiciário e educacional, propiciando a atenção adequada e em tempo hábil para as vítimas, sem expô-las a violências adicionais, demora no atendimento e peregrinação por inúmeros serviços que compõem a rede de atendimento. Além disso, a inclusão efetiva do setor educação na rede de atenção às violências sexuais significa trabalhar a prevenção e promoção à saúde, como também do tratamento e atenção dos casos consumados. Significa apostar na educação de gênero para meninos e meninas, que se tornarão homens e mulheres capazes de agir de modo mais igualitário, rompendo com as hierarquias geradoras de desigualdades, iniquidades e violências. Somente sociedades com igualdade entre os gêneros conseguirão erradicar a violência sexual, que significa tomar o corpo de outrem, como sua propriedade e objeto. É preciso, enfim, implodir a ordem patriarcal que gera a exploração de mulheres e as violências, inclusive a sexual.

REFERÊNCIAS

- 10 anos de adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: convenção de Belém do Pará. Brasília: AGENDE, 2004.
- ACKERMAN, D. R. et al. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, New York, v. 194, no. 6, p. 1653-1659, 2006.
- AGUILAR, A.; SALCEDO, M. Characteristics of sexual violence in adolescents from 10 to 19 years of age, Cali 2001-2003. **Colomb. Med.**, Cali, v. 39, n. 4, p. 356-363, 2008.
- ALMEIDA, S. S. **Femicídio: algemas (in)visíveis do público privado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- ALMEIDA, S. S. Essa violência mal-dita. In: ALMEIDA, S. S. (Org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p. 23-41.
- ALMEIDA, S. S.; FLORENZANO, A. P. **Do corpo que lamenta ao corpo que grita: análise de uma proposta de atendimento a mulheres com dor crônica e histórias de violência**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.
- ANDERSON, K. L. Theorizing gender in intimate partner violence research. **Sex Roles**, New York, v. 52, no. 11/12, p. 853-865, 2005.
- ARAÚJO, M. F. et al. Violência de gênero e violência contra a mulher. In: Araújo, M.F.; MATTIOLI, O. (Org.). **Gênero e violência**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 17-35.
- ARAÚJO, T. L. L. **O(s) novo(s) crime(s) de estupro: apontamentos sobre as modificações implementadas pela Lei 12.015**. Teresina: Jus Navigandi, 2009.
- ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. **Políticas públicas para mulheres no Brasil: balanço nacional cinco anos após Beijing**. Brasília: AMB, 2000.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, U. N. A. **(a) Infância e violência doméstica**. São Paulo: LACRI, USP, 2002. v.1.
- BIGLIA, B.; SAN MARTIN, C. **Estado de wonderbra: entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género**. Barcelona: Virus Editorial, 2007.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BRAGA, E. R. M. Sexualidade infantil: a importância da formação de professores(as) na questão de gênero. In: CARBELLO, S.R.C.; COMAR, S.R. (Org.). **Educação no século XXI: múltiplos desafios**. Maringá: Eduem, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis; FEBRASGO; IPAS. V Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 107-112, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultante da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 2. ed. Brasília: 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Assistência Social:** PNAS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 2. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência.** 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil, 1985/95). In: ROCHA, M. I. (Org.). **Trabalho e gênero:** mudanças, permanências e desafios. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 13-58.

CAMPBELL J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, London, v. 359, no. 9314, p. 1331-1336, 2002.

CAMPOS. J. R. et al. Sexual violence in Belo Horizonte: research at the Legal Medicine Institute. **J. Bras. Ginecol.**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 7, p. 227-230, 1994.

CAMPOS, H. R., FRANCISCHINI, R. Trabalho infantil produtivo e desenvolvimento humano. **Psicol. Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 119-129, 2003.

CAMPOS, M. A. M. R. **Violência sexual como questão de saúde pública:** atenção específica em serviço de saúde. 2006. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAMPOS, M. A. M. R.; SCHOR, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 190-200, 2008.

CARCEDO, A. **No olvidamos ni aceptamos:** femicídio em Centro América, 2000-2006. San Jose: CEFEMINA, 2010.

CASTELLS, M. **O poder da identidade.** 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 2003. 317 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento)-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CHARAM, I. **O estupro e o assédio sexual: como não ser a próxima vítima**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L.V. C.; HEILBORN, M. L. (Org.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. São Paulo, Zahar Editores, 1985. v. 4, p. 23-62.

COHEN, C.; MATSUDA, N. E. Sex crimes and forensic sexology: analytic study. **Rev. Paul. Med.**, São Paulo, v. 109, n. 4, p. 157-164, 1991.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **O processo de revisão do plano nacional: relatório de acompanhamento 2007-2008**. Brasília, 2008.

CORDEIRO, F. A. **Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006.

COSTA, A. Muito além do sexo biológico. **CIÊNCIA hoje na escola: sexualidade - corpo, desejo e cultura**. São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 2007. v. 2, p. 42-44,

COUTO, M. T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1323-1332, 2006.

DANERI, R. A. et al. Sexual abuse in children. **Med. Infant.**, Buenos Aires, v. 15, no. 4, p. 312-319, 2008.

DANIELSSON, I. et al. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, Copenhagen, v. 88, no. 5, p. 528-535, 2009.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, 2005.

DEBERT, G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 63, p. 165-211, 2008.

DELMANTO, C. et al. (Eds.). **Código penal comentado**. São Paulo: Saraiva; 2010.

DELPHY, C. Patriarcado: (teorias do). In: HIRATA, H. et al. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. p. 173-178.

DIÊGOLI, C. A. et al. Abuso sexual na infância e adolescência. **Rev. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 81-85, 1996.

DINIZ, N. M. F.; LOPES, R. L. M.; GESTEIRA, S. M. A.; ALVES, S. L. B.; GOMES, N. P. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 81-88, 2003.

DREZETT, J. et al. Estudo de adesão à quimioprofilaxia antirretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 539-544, 1999.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. In: REUNIÓN INTERNACIONAL VIOLENCIA: ÉTICA, JUSTICIA Y SALUD PARA LA MUJER, 2000, Monterrey. **Anais...** Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, 2000. p. 164-182.

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.

DREZETT, J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS, 4., Rio de Janeiro, 2002. [**Anais...**] Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002, p.20-22.

DREZETT, J. et al. Contribution to the study of the sexual violence against the adolescent: a perspective of sexual and reproductive health and violation of human rights. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 31-39, 2004.

DREZETT, J. et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Humano**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 189-197, 2011.

DUNKLE, K. L. et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. **Lancet**, London, v. 363, no. 9419, p. 1415-1421, 2004.

DURAND, J. G. et al. SCRepercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saude Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011.

FAJMAN, N.; WRIGHT, R. Use of antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis in sexually abused children and adolescents treated in an inner-city pediatric emergency department. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 30, no. 8, p. 919-927, 2006.

FAÚNDES, A. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FIGUEIREDO, K.; BOCHI, S. B. B. **Violência sexual: Um fenômeno complexo.** Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_03.pdf>. Acesso em: 10 out. de 2014.

FLEMING, J. et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 23, no. 2, p. 145-159, 1999.

FLORES, Y. M.; GUTIÉRREZ, L. N.; GORDILLO, M. Q. (Ed.). **Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia**. Manágua: Agencia Española de Cooperación Internacional, 2002.

GALLI, B.; ADESSE, L. **Reduzindo barreiras para o exercício dos direitos humanos e a auto-determinação sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência sexual**. 2005. [2 telas]. Disponível em: <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/GalliReduzindo2005.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=GalliReduzindo2005>. Acesso em: 20 ago. 2013.

GARCIA-MORENO, C.; WATTS, C. Violence against women: its importance for HIV/aids. **AIDS**, London, v. 14, Suppl. 3p. S253-265, 2000.

GOBBETTI, G. J.; COHEN, C. Saúde mental e justiça: o atendimento a famílias incestuosas. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). **Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar**. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida, p. 91-105, 2002.

GONZÁLES, E. et al. El contexto socio-familiar de los hijos de madres adolescentes cuyos embarazos fueron consecuencia de violación. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago, v. 40, n. 2, p. 25-32, 1999.

GOSTIN, O. L. et al. HIV Testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, Chicago, v. 271, no. 18, p. 1436-1444, 1995.

GUERRA, V. N. A; AZEVEDO, M. A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

HABIGZANG, L. F et al. Grupos de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 70-78, 2009.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Intimate partner violence. In: KRUG, E.G. et al. **World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 87-121.

HUBNER, G. S. S. **Perfil epidemiológico da mortalidade feminina por agressão em Porto Alegre/RS**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Biologia e Genética Forense)-Faculdade de Biociências PUC-RS, Instituto Geral de Perícias/RS, Porto Alegre, 2011.

HUMPHREY, J. A; WHITE, J. W. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 27, no. 6, p. 419-424, 2000.

HUTZ, C. S. (Org.) **Situações de risco e vulnerabilidade da infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência Sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2008.

JANISCH S. et al. Analysis of clinical forensic examination reports on sexually abused children. **Arch. Kriminol.**, Lubeck, v. 225, no. 1/2, p. 18-27, 2010.

JORGE, M. A. S. **A produção de sintomas como silenciamento da violência**. 2009. 133 p. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro; 2009.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2002.

LISBOA, M. (coord.). **Prevenir ou remediar: os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres**, Lisboa: Edições Colibri, SociNova, 2006.

LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da violência Sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina PI. **Rev. Bras Ginecol. Obstetr.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 111-116, 2004.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p.176.

LUCÂNIA, E. R. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso: relato de experiência. **Psicol. Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 817-826, out./dez. 2009.

MARTÍNEZ, A. et al. Agresión sexual en adolescentes: estudio epidemiológico. **Ginec. Obst. Mex.**, Mexico, v. 67, n. 9, p. 447-453, 1999.

MASHO, S. W.; ODOR, R. K.; ADERA, T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. **Womens Health Issues**, New York, v. 15, no. 4, p. 157-166, 2005.

MASSUNO, E. **Delegacia de defesa da mulher: uma resposta à violência de gênero**. São Paulo: Humanitas, 2002.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

MINAYO, M. C. S. SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir da saúde pública. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Org). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 109-130,

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 375-383, 2006.

MOURA, L. B. A. et al. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1035, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. Conselho Social e Econômico. **Relatório do trabalho de grupo na violência contra a mulher**. Genebra, 1992.

NARVAZ, M. KOLLER, S. H. Famílias, violências e gêneros: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, M.N., AZAMBUJA, M.P.R.; JAEGER, F.P. (Ed.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 149-176.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55; jan./abr. 2006.

OLIVEIRA, V. N.; MENEGHEL, S. N. Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil. **Quad. Psicol.**, Barcelona, v. 12, n. 2, p. 101-109, 2012.

OSHIKATA, C. T et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713, 2011.

PEDERSEN, J. R. **O corpo como mercadoria: exploração sexual de adolescentes e vulnerabilidade social das famílias**. 2014. 202 p. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, PUC-RS, Porto Alegre, 2014.

PEIPERT, J. F.; DOMAGALSKI, L.R. Epidemiology of adolescent sexual assault. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 84, n. 5, p. 867-871, 1994.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediat.**, Rio de Janeiro, v. 81, supl. 5, p. S197-S204, 2005.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L. P.; PANDJIAR-JIAN, V. (Eds.) **Estupro: crime ou "cortesia"?: abordagem sociojurídica de gênero**. Porto Alegre: Safe, 1998.

CORREA, H.; PINHO, A.; BUSCATO, M. Elas estão em perigo? **Revista Época**, São Paulo, n. 776, abr. 2013. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/noticia/2013/04/elas-estao-em-perigo.html>>. Acesso em: 30 maio 2013.

PORTELLA, A. P. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. **J. Rede Femin. Saúde**, Florianópolis, n. 22, p. 17-19, 2000.

REIS, J. N. **Violência sexual contra mulheres**: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto. 2001. 132 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RIBEIRO, A. M. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 179-183, 2005.

ROSA, S.; SILVA, S. M. Proteção versus agressão: violência doméstica como a grande contradição familiar. In: MOVIMENTO República de Emaús. **Violência contra crianças e adolescentes em Abaetetuba, Belém, Cametá e Paragominas**. Belém: Centro de Defesa da Criança e do Adolescente, 2004. p. 20-24.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.

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

SAFFIOTI, H. I. B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: MADEIRA, F.R. (Org.). **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, UNICEF, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica: questão de polícia e da sociedade. In: CORRÊA, M. (Org.). **Gênero e cidadania**. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 79-80.

SAFFIOTI, H. I. B. Exploração sexual de crianças. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. (Org.). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo. Iglu, p. 49-95, 2007.

SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais**. São Paulo: M. Books, 2005.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

- SERAFIM, A. et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev. Psiquiatria Clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 143-147, 2011.
- SCHRAIBER, LB et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.esp, p. 112-120, 2006.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul/dez. 1990.
- SEGATO, R. L. A estrutura de gênero e a injunção do estupro. In: SUÁREZ M.; BANDEIRA, L. (Org.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília, Paralelo 15, UnB, p. 387-430, 1999.
- SOARES, L. E. et al. **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Iser, 1996.
- SOARES, L. E. **Meu casaco de general: 500 dias no front da segurança do Rio de Janeiro**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.
- SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 363-374, 2006.
- SOS Mulher. **Acompanhamento multiprofissional da mulher vítima de violência**. 1999. Disponível em <http://www.iser.org.br/portug/indicador_mulher.html>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- SOUZA, C. L.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.
- SPOSATI, A. A especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano xxv, n. 77, p. 30-62, 2004.

STARK, E. **Coercive control: how men entrap women in personal life.** New York: Oxford University Press, 2007.

STRAUS, M. A. The controversy over domestic violence by women: a methodology, theory, and sociology of science analysis. In: ARRIAGA, X.B.; OSKAMP, S. (Ed.), **Violence intimate relationships.** London: Sage Publications, p. 17-43, 1999.

STREY, M.; WERBA, G. Longe dos olhos, longe do coração...ainda a invisibilidade da violência contra a mulher. In: WERBA, G.; GROSSI, P. (Org). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 71-82, 2001.

TALBOT, N. L. et al. Childhood sexual abuse is associated with physical illness burden and functioning in psychiatric patients 50 years of age and older. **Psychosom. Med.,** Hagerstown, v. 71, no. 4, p. 417-422, 2009.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010.

TELES, MAA; MELO, M. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2002.

TREVISAN, I. P. **Femicídios no Rio Grande do Sul e a lei Maria da Penha.** 2011. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TUCKER, S. et al. Sexual assault evidence collection. **Wis. Med. J.,** Madison, v. 89, no. 7, p. 407-411, 1990.

UNIÃO DAS MULHERES DE SÃO PAULO. **Violência doméstica e sexual: conheça seus direitos.** 2. ed. São Paulo; 2001.

VARGAS, J. D. Análise comparada do fluxo do sistema de justiça para o crime de estupro. **Dados, Rio de Janeiro,** v. 50, n. 4, p. 671-697, 2007.

VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

VIANNA, L. A. C. et al. Auto-estima de mulheres que sofreram violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 695-701, 2006.

VIGARELLO, G. **História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX.** Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.** Geneva: World Health Organization, 2003.

ZAMBON, M. P et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012.

ANEXO A - Termo de Confiabilidade

Título do projeto: Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS

Pesquisador responsável: Ana Cláudia Soares de Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Local da coleta de dados: Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade das vítimas que registraram os Boletins de Ocorrência, cujos dados serão coletados por meio de um questionário no excel. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas com o pesquisador por um período de cinco anos sob a responsabilidade do mesmo. Não serão coletados dados que possam identificar os sujeitos da pesquisa.

Porto Alegre,

de 2013

.....
Ana Cláudia Soares de Lima

ANEXO B - Ficha para coleta de dados

- 1 Ocorrência: 1.1 Órgão: 1.2 Ano:
2 Data/hora comunicação: 2.1 Data/hora fato:
3 Local fato:
3.1 Ponto de referência:
4 Consumado: 4.1 Flagrante:
5 Dados da Vítima 5.1 Cor: 5.2 DN:
6 Dados do Agressor 6.1 Cor: 6.2 DN: 6.3 Antecedentes:
7 Relação vítima/agressor:
8 Comunicante:
9 Observações:

ANEXO C – Autorização para utilização do banco de dados

Autorização para utilização do banco de dados

Eu, **Major Luís Fernando de Oliveira Linch**, responsável pela Divisão de Estatística Criminal da Secretaria de Segurança Pública, **autorizo Ana Cláudia Soares de Lima**, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a utilizar o banco de dados estruturado a partir dos Boletins de Ocorrência Policiais, onde constam os casos de Estupro na cidade de Porto Alegre/RS, para a Dissertação de Mestrado: “Violência sexual em mulheres na cidade de Porto Alegre/RS”.

Porto Alegre, 30 de Julho 2013



Luís Fernando de Oliveira Linch
Major QOEM

Major Luís Fernando de Oliveira Linch
Departamento de Gestão e Estratégia Operacional
Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul