

Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo

The services for women victims of sexual violence: a qualitative study

Eleonora Menicucci de Oliveira, Rosana Machin Barbosa, Alexandre Aníbal Valverde M de Moura, Karen von Kossel, Karina Morelli, Luciane Francisca Fernandes Botelho e Maristela Stoianov

Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Violência. Estupro. Assédio sexual. Aborto legal. Serviços de saúde para mulheres. Mulheres maltratadas.

Resumo

Objetivo

Avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Métodos

Estudo de natureza qualitativa realizado em dois serviços públicos de atendimento às mulheres vítimas da violência sexual. Foram realizadas entrevistas com 42 mulheres, sendo 13 que buscaram os serviços e 29 profissionais que trabalhavam nas equipes. A avaliação teve por referência as categorias: acolhimento, acesso, resolutividade e responsabilidade sanitária.

Resultados

A análise das entrevistas por categorias revelou haver acolhimento em ambos os serviços, dificuldade de acesso por falta de informação da existência desses serviços, resolutividade de qualidade com equipe multiprofissional. Quanto à responsabilidade sanitária, ela existe nesses serviços especializados, mas é deficiente nos pronto-socorros e unidades básicas de saúde. Muitas mulheres desconhecem os direitos que lhes garantem serviço especializado. Muitas vezes chegam tardiamente aos serviços comprometendo sua eficácia. Há deficiência na referência e contra-referência.

Conclusões

As conclusões permitem ratificar a importância desses serviços de atendimento, a necessidade de sua ampliação descentralizada e a inserção da temática da violência sexual nas graduações dos cursos de saúde.

Keywords

Violence. Rape. Sexual harassment. Legal abortion. Women's health services. Battered women.

Abstract

Objective

To assess public services attending female victims of sexual violence in the city of Sao Paulo.

Methods

This is a qualitative study conducted in two public services attending female victims of sexual violence. Interviews with 42 women were conducted, 13 of whom had sought these services for assistance and 29 were professionals working in these services. Evaluation of the services was based on the categories: reception, access, resolvability and sanitary responsibility.

Correspondência para/ Correspondence to:

Eleonora Menicucci de Oliveira
Rua Borges Lagoa, 1341 Vila Clementino
04038-034 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: leomenicucci@uol.com.br

Apresentado no X Congresso de Iniciação Científica – PIBIC/Unifesp, São Paulo, 2003.
Fianciado pela Fundação de Apoio aos Docentes e Alunos da Unifesp (Processo n. 34/2000).
Recebido em 5/12/2003. Reapresentado em 9/9/2004. Aprovado em 9/11/2004.

Results

The analysis of the interviews per category has shown that there was reception in both services, problems with respect to access due to the lack of information concerning these services, and quality resolvability with a multi-professional team. As to the sanitary responsibility, it is present in these specialized services but is deficient in the emergency services and basic health care units. Many women are unaware of the rights they are entitled to with respect to specialized services. Frequently their late arrival compromises the efficacy of care. There are deficiencies both in terms of reference and counter reference.

Conclusions

The results ratify the importance of these services and the need for their decentralized expansion. Health courses should introduce the theme of sexual violence at the undergraduate level.

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, a problemática da violência contra a mulher tem sido reconhecida por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como problema de saúde pública. A OMS relaciona essa violência a diversos agravos à saúde física, abusos de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos, como tentativa de suicídio, além do trauma físico direto.^{8,10}

A violência sexual revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos. Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive, com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio maus tratos e ameaças).⁶

A violência nas relações de gênero e, particularmente, a violência sexual pode implicar na maior ocorrência de diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, como também acarreta maior uso dos serviços de saúde por parte das mulheres.¹¹ Os serviços de saúde, sobretudo os pronto-socorros, são os mais procurados pelas mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, que têm de responder a dois dilemas: perceber/reconhecer a violência sofrida pela mulher, dando credibilidade a uma queixa e, romper com uma recorrente prática de medicalizar os eventos observados.

Na maioria das vezes, as mulheres vítimas de violência apresentam problemas que não se reduzem às conseqüências imediatas dos atos violentos vivenciados, mas apresentam interfaces que precisam con-

tar com o aporte interdisciplinar, como as cicatrizes deixadas na vida sexual, afetiva, social, profissional.

O estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro como crime de ação privada contra os costumes (artigo 213 Lei 8.069/90; 8.072/90 e 8.930/94) e não contra a pessoa. Ou seja, ele está restrito a relação sexual entre o homem e a mulher que ocorra com penetração vaginal, realizado contra a vontade dela e com o recurso da violência. Outras situações de violência sexual diferente da conjunção carnal são enquadradas na categoria “atentado violento ao pudor”, como crime de ação pública (art. 214, art. 263 (8.072/90) e art. 6 (8.930/94)). O que se considera crime é a agressão à sociedade por intermédio do corpo feminino, é como se o homem (pai ou marido) fosse tocado em sua integridade moral pela violência sexual vivenciada pela mulher.¹²

Os dados sobre violência sexual mostram que não há distinção entre classes, segmentos sociais e cor/etnia. Os crimes sexuais, em particular os de estupro, são socialmente tratados numa perspectiva que oscila entre considerá-los crimes hediondos, principalmente quando praticado contra crianças, ou como fatos banais, comuns. Pode-se afirmar que a visão sobre esses crimes ainda está intimamente vinculada à imagem que se faz da vítima, de seu comportamento e moralidade.^{6,14}

No caso da sociedade ocidental, é com o advento da modernidade e do individualismo que a questão ganha outra conotação vindo, aos poucos, a ser entendida no âmbito da cidadania da mulher sendo, portanto, um crime contra a pessoa.¹²

Nos últimos anos o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual têm merecido atenção de diversos setores sociais, particularmente, das organizações de mulheres e de associações médicas. Essas

mobilizações em torno do tema resultaram na criação de serviços que atendem mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, bem como de instrumentos jurídicos e legais, permitindo melhor atendimento.

Embora, desde 1940, esteja previsto no Código Penal Brasileiro (artigos 127 e 128) a obrigatoriedade do atendimento para interrupção de gravidez nos casos de estupro e risco de vida da mãe, apenas 11 cidades, dos mais de 6.000 municípios no Brasil, oferecem o serviço de atendimento às mulheres vítimas de estupro, colocando em prática a Lei do “aborto legal”, perfazendo um total de 24 serviços.

Esse número é ainda pequeno, pois há dificuldades de acesso aos hospitais públicos que oferecem esse serviço. A pouca divulgação da existência desses serviços, e o fato da violência sexual ainda ser encarada como uma questão da esfera da segurança pública ou da justiça, pode explicar o baixo número de atendimentos, contrastando com a dramática realidade dos estupros.

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro o boletim de ocorrência ou exame pericial no Instituto Médico Legal (IML). Por temerem os constrangimentos associados a esses serviços, acabam por não buscar o serviço de saúde ou o fazem tardiamente, comprometendo, assim, as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento.

Além disso, são poucos os estudos acadêmicos, sobretudo na área da saúde coletiva, que trabalham com a violência sexual na perspectiva das relações de gênero. Dentre eles, destaca-se a pesquisa realizada por Schraiber¹¹ em Unidades Básicas de Saúde de diferentes municípios do Estado de São Paulo, sobre demanda espontânea e busca ativa.

O presente estudo tem como objetivo avaliar os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, partindo da experiência de usuárias e profissionais de saúde.

MÉTODOS

Optou-se pela metodologia de natureza qualitativa particularmente por enfatizar o processo de pesquisa e não unicamente seus resultados e produtos.³ Foram gravadas entrevistas com as mulheres que buscaram os serviços e com os profissionais da equipe dos referidos serviços. Os entrevistados se dispuseram a participar da pesquisa mediante o consentimento livre e informado. Foram considerados como

critérios para inclusão dos sujeitos no estudo, quanto às mulheres, estarem em atendimento na época da pesquisa; quanto aos profissionais, serem integrantes da equipe multiprofissional, garantindo a participação das diferentes categorias. Foram entrevistadas 13 mulheres que buscaram os serviços e 29 profissionais que trabalhavam nas equipes. As entrevistas foram realizadas nos próprios serviços com duração média de 60 minutos. Os nomes das mulheres foram trocados no texto para preservar suas identidades.

A análise das entrevistas gravadas foi realizada em duas etapas: a primeira abordou o impacto na vida das mulheres quanto à violência sofrida nas diferentes esferas: sexual, afetiva, profissional, psicológica e social, analisada por meio de categorias empíricas formuladas a partir das informações provenientes de suas narrativas organizadas em eixos temáticos;⁴ a segunda, centrou-se na avaliação da implantação dos serviços por meio de “categorização abstrata”¹⁵ ancorada nos princípios que norteiam o modelo tecno-assistencial “Em Defesa da Vida” do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Unicamp¹³ para avaliar a implantação dos serviços.

Na análise utilizou-se parte desse modelo,¹³ que se norteia pelas categorias: acolhimento, resolutividade, responsabilidade sanitária e acesso aos serviços. A categoria gestão colegiada, que também faz parte do modelo não foi incluída, pois os serviços pesquisados não contemplam essa forma de gestão.

O serviço universitário iniciou as suas atividades em 1998 e é constituído por profissionais de enfermagem, medicina, assistência social, psicologia, direito e saúde coletiva em atividade ambulatorial e conta com uma referência hospitalar. A mulher que chega ao Pronto Socorro no horário comercial é diretamente encaminhada para esse serviço.

O serviço municipal teve início em 1989, sendo o primeiro a realizar aborto legal na cidade de São Paulo. Em 1996, em razão da implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), houve desestruturação do serviço. A partir de 2000, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, o serviço está reconstruindo o seu programa ambulatorial. Ele conta com profissionais de medicina, enfermagem, assistência social e psicologia.

Ambos os serviços seguem o protocolo de medicações de contracepção de emergência e profilaxia de DST e Aids, preconizada pela Norma Técnica do Ministério da Saúde.⁵

Não se objetivou realizar análise comparativa en-

tre os serviços, pelo fato deles terem configurações diferenciadas tanto na vinculação institucional como na composição da equipe. Ademais, as experiências dos serviços são bastante distintas, criando dessa forma suas próprias demandas, entendida aqui como o fluxo do serviço e, sobretudo, o tempo de duração do tratamento, situações que se evidenciam a partir das narrativas das usuárias.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

RESULTADOS

Os resultados das análises das categorias estudadas foram:

Acolhimento

Entende-se a relação solidária, respeitosa, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.

Em ambos os serviços, a maioria das mulheres mantém o vínculo com o pessoal da equipe após o término do tratamento, revelando dessa maneira a qualidade do acolhimento num momento difícil de suas vidas.

A narrativa de uma das psicólogas aponta seu estranhamento diante do fato de que as mulheres gostam do serviço e manifestam desejo de retornar, embora relate que a mulher que sofreu estupro jamais gostaria de lembrar essa situação. Aqui o vínculo com o serviço foi construído.

Contudo, também verificou-se avaliação ruim quando as referências são os demais serviços nos quais as mulheres vítimas de violência buscaram atendimento ou foram encaminhadas, particularmente, as delegacias.

Os profissionais dos serviços pesquisados referiram dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados ao serviço de violência sexual) no acolhimento dessa violência, como também a necessidade de romper preconceitos para a aceitação da fala das mulheres. Essa dificuldade está relacionada com os valores culturais e morais que a maioria dos profissionais de saúde têm com o tema repercutindo na sua conduta na assistência. Além disso, o tema da violência sexual só muito recentemente foi incorporado em alguns cursos de graduação da área médica.

“Então você pode ter qualquer situação e você tem

que ter a consciência de que tem que encaminhar essa paciente para ser atendida e isso é sua obrigação. Se os alunos saírem da faculdade com essa consciência, amanhã as pacientes não serão mais atendidas por aí de uma maneira bizarra, não vão ter filhas que elas não queiram ter, ou adquirindo HIV, sífilis, por falta de orientação médica” (médico).

Resolutividade

É colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível para se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso abordando a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.

“A gente tenta trabalhar muito em função da pílula do dia seguinte, que eu acho que é fundamental, porque o aborto em qualquer circunstância é complicado. E, assim, o programa hoje oferece avanços, algumas possibilidades, que são muito melhores, que são a pílula do dia seguinte, os antiretrovirais” (médico).

Nas situações de interrupção da gestação, os profissionais dos serviços também mencionam a necessidade de superar suas crenças para poder exercer sua atividade como profissional buscando assistência da melhor qualidade sem realizar julgamentos. Uma das enfermeiras entrevistadas menciona que procura “esquecer” sua orientação religiosa para que ela não interfira na orientação que faz às pacientes.

As mulheres passam a sentir medo de estarem desacompanhadas e, muitas vezes, tornam-se incapazes de realizar tarefas cotidianas como tomar banho, entrar num elevador, andar de ônibus, ficar em qualquer ambiente sem companhia. Passam a ter contínua desconfiança de homens. Quando a violência ocorre próxima à sua moradia, há muito medo de que o agressor possa retornar e expressam desejo de mudar de residência. Às vezes não prestam queixa na delegacia por medo do retorno do agressor ou quando o fazem, convivem com o medo da vingança.

Nesse sentido, um acompanhamento que aborde os diferentes aspectos dessa situação cria condições para que esse evento possa ser superado.

“Tratar paciente não é tratar vagina, mama, nódulo. Quando se trata de abuso sexual, a paciente não tem nada de marca, na maioria das vezes. Dez por cento dos casos só combinam com lesão corporal, 90% dos casos, mesmo fazendo o exame ginecológico, a paciente não apresenta nada de diferente. A paciente se apresenta detonada. Então você aprende que tratar, ser médico, não é só tratar de lesão física. Porque o estupro é uma lesão que agride o

corpo, agride a alma, agride o caráter, agride tudo. Então quando tem uma paciente aqui na frente, eu não estou preocupada com a lesão dela, porque na maioria das vezes ela não tem lesão. Eu tenho que estar preocupada com ela como ser humano, com a cabeça dela, com a sexualidade dela, com o emprego dela, como ela vai ser com o filho, como ela está vivendo e se ela está conseguindo ou não. Isso é uma coisa que mexe com uma dificuldade imensa. Tratar a doença clínica, aquilo que você vê, que você fala, que o exame mostra. E abuso sexual não mostra, tem que tratar com consulta. E isso é um grande ganho para mim como médica” (médica).

A necessidade de licença no emprego ou dispensa de aulas é importante para que a mulher possa se recuperar antes de retornar às suas atividades. Portanto, é visível a importância da inclusão da violência sexual (estupro) no âmbito dos direitos trabalhistas. Muitas mulheres sofrem a violência no trajeto casa-trabalho, o que configura como acidente de trabalho. Contudo, não há caracterização e acesso aos direitos trabalhistas facultados nessas circunstâncias.

“Eu não sei como ia fazer... voltar no mesmo dia, sem ter passado numa psicóloga eu não agüentaria, já teria pedido as contas e ido embora para casa” (Anete).

Os profissionais entrevistados apontaram alguns aspectos no sentido de melhorar a resolutividade do serviço prestado. Eles estão relacionados à necessidade de supervisão de equipe e a seleção de seus profissionais. A sensibilização desses profissionais deve estar focalizada na garantia dos direitos reprodutivos e sexuais.

“Internamente deveria ter uma triagem na hora de contratar os profissionais. Quer dizer, deve-se explicar para eles o programa do hospital em relação à violência sexual. Caso eles não concordem, não deveriam ser contratados” (psicóloga).

Nesse sentido, alguns profissionais relatam certo preconceito por parte de outros colegas pelo fato de realizarem interrupções de gestação.

“Na hora do aborto, porque tem médicos que têm os seus valores e que não muda em hipótese alguma, então algumas são até discriminadas como aborteiras” (psicóloga).

Responsabilidade sanitária

É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem pessoal.

A responsabilidade sanitária se traduz no respeito à história de vida das mulheres, trazida com sofrimento intenso e credibilizando as suas falas. Ela também pode ser constatada no acompanhamento das mulheres, onde a definição das altas é compartilhada entre a equipe e as usuárias, ou seja, a porta do serviço permanece aberta para a possibilidade de retorno.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde⁵ não estabelece a obrigatoriedade da mulher passar pelo atendimento do IML nas situações de violência sexual. Contudo, esse procedimento ainda é caracterizado pelos agentes policiais e, muitos serviços de emergência e unidades básicas de saúde, como obrigatório para configurar a violência sofrida.

Pode-se dizer que ainda há muito desconhecimento no tocante ao atendimento nas diferentes unidades de saúde como também se configura um campo de tensão com as autoridades policiais. Os policiais, em sua maioria, priorizam o exame de corpo de delito e as informações necessárias para proceder à denúncia do caso.

Uma paciente entrevistada revela uma história de peregrinações por diferentes serviços de saúde (pronto-socorro, posto de saúde) e serviços policiais e judiciais (delegacia, fórum) em busca de atendimento. Isso acarretou na perda da condição legal para interromper a gestação em razão do tempo decorrido.

“Ele falou que não podia fazer mais nada, que não adiantava corrigir um erro com outro erro, como que ele quis dizer, como você foi estuprada, um erro seria se tirasse a criança, chegou aqui já era tarde, já era” (Marta).

Acesso

O acesso aos serviços e aos benefícios é direito do cidadão, os quais têm que se organizar de maneira a responder aos problemas que chegam à porta da unidade.

Na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres é nos hospitais, pelos pronto-socorros de onde são encaminhadas para os serviços especializados.

No caso do serviço universitário, ele está organizado com uma equipe multiprofissional o que qualifica o acesso tanto objetivamente (assistência médica e de enfermagem - profilaxia DSTs, hepatite, HIV e aborto nos casos de gravidez) quanto subjetivamente (assistência psicológica, de serviço social, jurídica e social).

A despeito da Norma Técnica não estabelecer a obri-

gatoriedade de realização do exame de corpo de delito no IML, tal procedimento ainda é exigido por instâncias policiais para o inquérito, situação que leva à mulher submeter-se a mais um exame ginecológico, reforçando a violência sofrida e causando grandes constrangimentos.

Outro aspecto destacado nas falas das mulheres é a necessidade de divulgação desses serviços especializados.

“Eu gostaria que o serviço fosse mais divulgado, as pessoas não sabem o apoio que o hospital dá, eu mesma nunca tinha ouvido falar desse serviço” (Sandra).

DISCUSSÃO

A violência sexual acarreta uma série de efeitos na vida das mulheres, expressos por meio de uma complexidade de sentimentos, tais como: o trauma emocional, o medo, as seqüelas físicas, a insônia, os efeitos colaterais dos medicamentos, a dificuldade em retomar a vida sexual e o trabalho.

O presente estudo reforça a compreensão da violência sexual como problema de saúde pública de grande magnitude. Demanda uma abordagem que contemple a integralidade e a interdisciplinaridade para lidar com os impactos significativos na vida das mulheres seja no aspecto físico, subjetivo, sexual e afetivo. Tal compreensão provoca ruptura no conceito de integralidade quando visto com ênfase apenas na idéia do protocolo padronizado.⁷ Nele, pouca importância é dada às histórias de sofrimento trazidas, conforme alguns relatos de profissionais e de mulheres.

Conforme Camargo Júnior,¹ o conceito de integralidade entendida como “a um tempo inalcançável e

indispensável”, configura a abordagem processual necessária para reconhecer as expressões individuais de cuidadores e dos sujeitos que demandam cuidados objetivando ações de saúde de fato resolutivas.

O presente estudo revela a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com um tema que os coloca cotidianamente em face de seus valores com repercussões no seu envolvimento e adesão a estes serviços, apesar de amparados pela legislação. Essa situação também foi apontada pela pesquisa desenvolvida pela organização Católicas pelo Direito de Decidir.⁹

Outra questão relevante referida pelos profissionais é a falta de orientação durante a graduação para lidar com o tema, provocando situações emblemáticas de angústia em face da temática da violência sexual. Tal fato acaba também por desencadear pressões contrárias e resistências por parte de outros profissionais quanto à questão do aborto legal.

Os relatos colhidos indicam deficiência na referência e contra-referência em razão da desinformação da existência de serviços de saúde especializados pela maioria dos profissionais da rede. Uma queixa constante é o mau atendimento no IML e delegacias, onde referem ter sido atendidas de forma indelicada e culpabilizadas pela agressão sofrida.

O presente estudo permite ratificar a importância desses serviços, na medida em que ocorreu, na última década, diminuição do número de interrupções da gravidez por estupro. Isso ocorreu em razão da qualidade da assistência prestada às mulheres que recorrem aos serviços imediatamente depois de sofrida a violência, com a oferta da contracepção de emergência,⁸ segundo dados da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Sexuais.

REFERÊNCIAS

1. Carmargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro E, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2003.
2. Costa JF. Violência e psicanálise. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
3. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MC de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
4. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
5. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
6. Pimentel S, Schritzmeyer AL, Pandjarian V. Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris; 1998.

7. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003.
8. RedeSaúde. Jornal da RedeSaúde. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 1999 p. 19.
9. Rosado-Nunes MJ, Pereira IG, Jurkewicz RS, Pimentel S, Pandjarijiam V, Frigério V et al. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Loyola; 2002.
10. Rosenberg M, Fenley MA. Violence in America: a public health approach. Oxford: Oxford University Press; 1991.
11. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Franca Jr I, Strake SS, Oliveira EA de . A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidades básicas de saúde. *Saúde Soc* 2000;9(1/2):3-15
12. Segato RL. A estrutura de gênero e a injunção do estupro In: Suárez M, Bandeira L. Violência, gênero e crime no Distrito Federal. Brasília (DF): Paralelo 15/ Editora UnB; 1999. p. 387-430.
13. Silva Jr AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1997.
14. Suárez M, Bandeira L. Violência, gênero e crime no Distrito Federal. Brasília (DF): Paralelo 15/ Editora UnB; 1999.
15. Triviños ANS. Introdução à pesquisa social em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1988.