FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

CAMILA TENÓRIO GONÇALVES

VIVÊNCIAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

Recife
2026

CAMILA TENÓRIO GONÇALVES

VIVÊNCIAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Juliana Monteiro Costa

Coorientadora: Profª Me. Eduarda Pontual Santos

Linha de pesquisa: Processos clínicos e os ciclos da vida.

Recife

2026

Ficha Catalográfica

Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

G635v Gonçalves, Camila Tenório

Vivências de mulheres vítimas de violência sexual em um centro de referência de Pernambuco. / Camila Tenório Gonçalves; orientadora Juliana Monteiro Costa; coorientadora Eduarda Pontual Santos. – Recife: Do Autor, 2026.
128 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2026.

1. Violência sexual. 2. Saúde da Mulher. 3. Acolhimento Humanizado 4. Gênero. 5. Psicologia da Saúde. I. Costa, Juliana Monteiro, orientadora. II. Santos, Eduarda Pontual, coorientadora. III. Título.

CDU 364.632-055.2(813.1)

CAMILA TENÓRIO GONÇALVES

VIVÊNCIAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Data da Aprovação: ___/___/___.

_____

Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa

Orientadora

_____

Prof. Dr.

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

_____

Prof. Dr.

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

_____

Prof. Dr.

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

AGRADECIMENTOS

Nenhum percurso intelectual é verdadeiramente solitário. Por isso, esta seção de agradecimentos não representa apenas uma formalidade institucional. Embora muitos tenham contribuído para que esta dissertação fosse possível, escolhi concentrar estes agradecimentos, sobretudo, nas mulheres que desenharam minha trajetória.

São muitas aquelas que me formaram, acolheram, inspiraram e acompanharam ao longo deste caminho - mais do que seria possível nomear plenamente nas limitações deste espaço. Assim, ainda que algumas sejam aqui representadas de maneira mais direta, este agradecimento se estende também às inúmeras presenças femininas que, de diferentes formas, moldaram profundamente aquilo que penso, sinto, escrevo e me torno.

À minha sobrinha, Gabi. Seu olhar sobre o mundo renova em mim o desejo de ser melhor e de contribuir para que você cresça em um mundo mais justo, mais seguro e mais humano.

É muito reconfortante ser acompanhada por mulheres que conhecem nossas versões mais frágeis e mais perdidas e que, ainda assim, permanecem. Às melhores amigas que eu poderia ter: Brenda, Camila, Eduarda, Marília, Olívia e Raphaela. A amizade de vocês é um dos maiores patrimônios da minha vida.

Às minhas tias, Beta, Zélia e Lena. Sou profundamente grata por carregar comigo a marca de um amor cuidadoso, firme e generoso que vocês sempre ofereceram à nossa família — e a mim.

À minha sogra, Francinete, por ter educado o homem com quem divido a vida. Em uma pesquisa atravessada por reflexões sobre violência de gênero, tornou-se essencial reconhecer que relações saudáveis não acontecem por acaso: elas também são construídas nas formas de cuidado, respeito e afeto que perpassam as gerações.

À minha avó, Thereza, mulher à frente de seu tempo, cuja história sempre me ensinou que dignidade e coragem não são concessões, mas construções. A autenticidade com que escolheu viver sua vida ecoa no modo como aprendi a existir no mundo. Entre tantas heranças que deixa, uma delas se faz especialmente presente em quem eu me tornei: ter formado o homem que me criou, incentivou, acreditou sempre em minhas capacidades e sustentou meus sonhos de forma tal a me ensinar, desde cedo, que ser mulher não deveria significar ocupar um lugar menor.

À Ana, por tudo. Se hoje caminho com autonomia, coragem e senso de compromisso com o outro, é porque, antes de mim, houve você, sustentando caminhos, abrindo possibilidades

e ensinando, mesmo sem palavras, o valor da dignidade, do trabalho e do cuidado. Nada do que construo estaria de pé sem as bases que você me ofereceu, mãe.

Às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, minha profunda gratidão pela confiança, pela coragem e pela generosidade com que compartilharam partes tão sensíveis de suas histórias. Escutá-las foi um exercício de responsabilidade ética e humanidade para mim. Se esta pesquisa existe, é porque vocês confiaram que suas narrativas poderiam produzir reflexão, deslocamento e cuidado. São suas vozes que atravessam estas páginas e alicerçam as inquietações que deram sentido a este trabalho.

RESUMO

Cenário: A violência sexual contra mulheres constitui uma das expressões mais graves das desigualdades de gênero e configura problema de saúde pública de alcance global, sustentado por determinantes históricos e culturais que organizam as relações de poder entre homens e mulheres. No Brasil, os índices são alarmantes e amplamente subnotificados, e os serviços especializados de referência assumem papel estratégico ao possibilitar o reconhecimento, a nomeação e o cuidado da violência vivida. **Objetivo:** Analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um Centro de Referência de Pernambuco, considerando determinantes sociais como raça e classe social. **Método:** Trata-se de pesquisa qualitativa de natureza exploratória e descritiva, realizada no Centro de Referência Sony Santos, serviço público especializado de atendimento ininterrupto a mulheres em situação de violência sexual, vinculado ao Hospital da Mulher do Recife Dra. Merces Pontes Cunha, em Pernambuco. A população do estudo foi composta por dez mulheres com 18 anos ou mais, autodeclaradas cis ou trans, atendidas no serviço em decorrência de violência sexual e que consentiram em participar voluntariamente da pesquisa. A saturação teórica foi o critério para definição do tamanho amostral. O instrumento utilizado foi entrevista semiestruturada gravada em áudio — organizadas em quatro eixos temáticos: compreensão e nomeação da violência; trajetória da violência e busca por cuidado; repercussões físicas, psíquicas e relacionais; e avaliação do atendimento recebido — além de questionário estruturado para caracterização sociodemográfica. A análise dos dados seguiu a técnica de análise temática de conteúdo proposta por Minayo, articulada ao referencial teórico da pesquisa. O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e com os princípios da Declaração de Helsinque, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), conforme Parecer n. 7.908.852, de 16 de outubro de 2025. **Resultados**: A violência sexual mostrou-se fenômeno estrutural que atravessa todo o ciclo de vida, ocorre predominantemente em relações de confiança e autoridade, e se perpetua por anos antes de qualquer nomeação. O silêncio não configurou passividade, mas resposta ativa a contextos que dificultam ou punem a fala feminina sobre a violação. A nomeação da experiência foi, em vários casos, mediada pelo atendimento especializado, evidenciando que os serviços de referência atuam sobre as próprias condições de possibilidade do reconhecimento da violência. O acolhimento humanizado mobilizou recursos de enfrentamento antes bloqueados, enquanto fragilidades estruturais na rede assistencial comprometeram a integralidade do cuidado. Como produtos técnicos do mestrado profissional, foram

desenvolvidos: artigo científico intitulado "Violência Sexual, Silêncio e Reconstrução: Vivências de Mulheres Atendidas em Centro de Referência em Pernambuco", submetido à Revista Psicologia e Saúde em Debate (ISSN 2446-922X); relatório técnico da estada de pesquisa no Centro de Referência Sony Santos; e e-book educativo voltado a profissionais de saúde e da rede de proteção, fundamentado nas narrativas das participantes e em perspectiva interseccional e crítica. **Conclusões:** O enfrentamento efetivo da violência sexual requer respostas estruturais: serviços qualificados, redes intersetoriais coesas e políticas orientadas pela perspectiva interseccional, capazes de reconhecer que raça e classe produzem vulnerabilidades distintas e trajetórias desiguais de acesso ao cuidado. A escuta das sobreviventes não é apenas imperativo ético, é instrumento analítico indispensável.

Palavras-chave: Violência sexual; Saúde da Mulher; Acolhimento Humanizado; Gênero; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Background: Sexual violence against women constitutes one of the most severe expressions of gender inequality and represents a public health problem of global scope, sustained by historical and cultural determinants that organize power relations between men and women. In Brazil, the rates are alarming and widely underreported, and specialized reference services play a strategic role in enabling the recognition, naming, and care of the violence experienced. **Objective:** To analyze the experiences of women victims of sexual violence treated at a Reference Center in Pernambuco, considering social determinants such as race and social class. **Method:** This is a qualitative study of an exploratory and descriptive nature, conducted at the Centro de Referência Sony Santos, a specialized public service for continuous care of women in situations of sexual violence, linked to the Hospital da Mulher do Recife, Pernambuco. The study population consisted of ten women aged 18 or older, self-declared cisgender or transgender, seen at the service due to sexual violence, who provided voluntary informed consent. Theoretical saturation was the criterion for sample size definition. Data were collected through semi-structured audio-recorded interviews organized around four thematic axes — understanding and naming of violence; trajectory of violence and help-seeking; physical, psychological, and relational repercussions; and assessment of care received — along with a structured questionnaire for sociodemographic characterization. Data analysis followed the thematic content analysis technique proposed by Minayo, articulated with the study's theoretical framework. The study was conducted in accordance with Resolution No. 510/2016 of the Brazilian National Health Council and the principles of the Declaration of Helsinki, and was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), under Opinion No. 7.908.852, dated October 16, 2025. **Results:** Sexual violence proved to be a structural phenomenon that spans the entire life cycle, occurs predominantly within relationships of trust and authority, and persists for years before any naming takes place. Silence did not constitute passivity, but rather an active response to contexts that hinder or punish women's speech about the violation. The naming of the experience was, in several cases, mediated by specialized care, evidencing that reference services act upon the very conditions of possibility for the recognition of violence. Humanized reception mobilized coping resources that had previously been blocked, while structural weaknesses in the care network compromised the comprehensiveness of care. As technical products of the professional master's degree, the following were developed: a scientific article entitled "Sexual Violence, Silence, and Reconstruction: Experiences of Women Treated at a Reference Center in Pernambuco,"

submitted to the journal Psicologia e Saúde em Debate (ISSN 2446-922X); a technical report on the research stay at the Sony Santos Reference Center; and an educational e-book aimed at health professionals and the protection network, grounded in the participants' narratives and in an intersectional, critical perspective. **Conclusions:** Effectively addressing sexual violence requires structural responses: qualified services, cohesive intersectoral networks, and policies guided by an intersectional perspective, capable of recognizing that race and class produce distinct vulnerabilities and unequal trajectories of access to care. Listening to survivors is not merely an ethical imperative — it is an indispensable analytical instrument.

Keywords: Sexual violence; Women's Health; Humanized Care; Gender; Health Psychology.

LISTA DE ABREVIATTURAS

CEP	Comitê de Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEAMs	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
HMR	Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha
IML	Instituto de Medicina Legal
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAFIRE	Centro Universitário Frassinetti do Recife
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica das Participantes 37
Tabela 2: Trajetórias de violência segundo vínculo com o agressor e temporalidade 39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 21
2.1 Objetivo Geral: 21
2.2 Objetivos Específicos 21
3 MÉTODOS 22
3.1 Desenho do estudo 22
3.2 Local do Estudo 23
3.3 Período do Estudo 24
3.4 População / Amostra do Estudo 25
3.5 Amostra 25
3.6 Critérios e procedimento para seleção dos participantes 25
3.7 Coleta de dados 26
3.8 Análise dos dados 27
3.9 Aspectos Éticos 29
3.9.1 Riscos e benefícios para os participantes 30
4 RESULTADOS 31
4.1 Produto Bibliográfico 31
4.2 Produto Técnico 57
4.2.1 Relatório técnico da capacitação 57
4.2.2 Ebook 76
5 CONCLUSÃO 98
REFERÊNCIAS 101
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTIPANTES DA PESQUISA 104
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 106
APÊNDICE C- ROTEIRA DA ENTREVISTA PARA AS PARTICIPANTES DA PESQUISA 108
ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 110
ANEXO B - REGRAS DA REVISTA 113

"Nossas mentes estreitas sequer são capazes de compreender tudo o que poderíamos ganhar se as mulheres fossem livres para se desenvolver sem medo."

Sohaila Abdula

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres constitui uma das expressões mais graves e persistentes das desigualdades de gênero no mundo contemporâneo. Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde(OMS)[1] e pela Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS)[2] como grave violação de direitos humanos e problema de saúde pública de alcance global, ela deixou de ser interpretada como evento individual ou episódico para ser compreendida como fenômeno estrutural, atravessado por determinantes históricos, culturais e simbólicos que organizam as relações entre homens e mulheres nas sociedades, ameaçando não apenas a saúde física e mental das mulheres, mas a saúde coletiva e o bem-estar social como um todo.

Essa reorientação conceitual foi iniciada formalmente em 1993, durante a Primeira Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, em Viena, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas definiu a violência de gênero como qualquer conduta violenta fundada no gênero da qual resulte, ou possa resultar, em morte ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo ameaça, coação ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública quanto na vida privada.[3] Desde então, a produção normativa internacional, os avanços legislativos nacionais e os esforços científicos têm buscado ampliar o alcance das respostas institucionais a esse fenômeno, sem, contudo, lograr sua erradicação.

Compreender por que essa erradicação permanece tão distante exige uma contextualização sociocultural. Em O Segundo Sexo, Simone de Beauvoir[4] demonstra que a mulher não é um dado natural, mas uma construção histórica e social produzida pelo processo pelo qual o masculino se constituiu como norma universal e relegou o feminino à posição de Outro — aquela que existe em referência ao homem, definida pela diferença em relação ao sujeito que ocupa o centro. Em uma ordem social que posiciona a mulher nessa condição de alteridade e seu corpo como território passível de uso e controle, a violência de gênero é uma consequência: expressão extrema de uma lógica de dominação que se reproduz nas instituições, nos discursos e nas relações cotidianas.

Pierre Bourdieu[5] aprofunda essa compreensão ao descrever a violência simbólica como uma forma de poder que se exerce com a cumplicidade daqueles que a sofrem. Isso se dá porque as estruturas cognitivas com as quais se percebe o mundo social são produzidas pela própria ordem que subordina. A dominação masculina opera, assim, por meio da incorporação de disposições — o *habitus* — que levam mulheres e homens a perceberem como natural, legítima e até desejável uma ordem que é, na realidade, arbitrária e historicamente construída. É essa naturalização que torna a violência de gênero tão resistente.

Se Bourdieu revela os mecanismos pelos quais a dominação se incorpora e se naturaliza, Judith Butler[6] radicaliza essa análise ao mostrar que o próprio gênero — antes de qualquer relação de poder — é já ele mesmo um efeito de normas. Para a autora, masculinidades e feminilidades não são identidades naturais ou fixas, mas produções sociais constituídas por meio de discursos, práticas e reiterações que definem quais corpos, comportamentos e formas de existir serão considerados legítimos e reconhecíveis. A violência contra as mulheres, nessa perspectiva, não pode ser reduzida a ações individuais: ela é efeito de normas de gênero que historicamente posicionam mulheres em lugares de subordinação, disponibilidade e menor autonomia sobre seus próprios corpos — normas que, ao se multiplicarem e se diferenciarem, produzem formas igualmente múltiplas e interligadas de violência.[6]

É a partir desse substrato normativo que a violência de gênero se manifesta em diferentes dimensões da vida social, produzindo impactos físicos, psicológicos, sociais, econômicos e subjetivos sobre as mulheres. Segundo a OMS,[1] ela pode assumir distintas naturezas — violência física, psicológica, sexual, financeira, negligência, abandono, tráfico de pessoas, tortura e trabalho infantil —, expressões que frequentemente coexistem e se sobrepõem na experiência concreta das mulheres que a vivenciam.

Dentro desse amplo espectro, a violência sexual ocupa um lugar de particular gravidade. Historicamente, o corpo feminino foi tratado como território de posse masculina — objeto de desejo, de controle e de punição. A sexualidade das mulheres foi regulada pelo casamento, pela moral religiosa, pela legislação e pelos costumes, de modo que a autonomia sobre o próprio corpo nunca foi, para as mulheres, um dado natural, mas uma conquista permanentemente disputada.

É precisamente essa arquitetura histórica que Carole Pateman,[7] em O Contrato Sexual, expõe em suas fundações: a esfera pública supostamente universal foi construída sobre a exclusão das mulheres ao domínio privado — domínio em que opera um contrato sexual anterior, pelo qual os homens garantem entre si o direito de acesso aos corpos femininos. O casamento, nessa lógica, não é apenas uma instituição civil: é o dispositivo pelo qual a disponibilidade sexual da mulher é naturalizada e a recusa torna-se gesto ilegítimo. É nesse quadro que se inscreve a invisibilidade histórica do estupro conjugal e a dificuldade, ainda contemporânea, de reconhecer como violência as relações sexuais impostas no interior de vínculos afetivos.[7]

Michel Foucault[8] acrescenta que essa naturalização não se sustenta pelo silêncio, mas pelos discursos que a produzem e legitimam. Em História da Sexualidade I, ele mostra que as sociedades modernas não reprimem a sexualidade — elas a regulam intensivamente, definindo

quais corpos são desejáveis, quais práticas são legítimas e quem tem o direito de falar sobre o que lhe acontece.[8] Os regimes de verdade que tornam a palavra da vítima suspeita e a conduta feminina potencial causa da agressão não são neutros: produzem subjetividades — mulheres que internalizam a culpa, que silenciam porque aprenderam que sua palavra não será acreditada, que hesitam em nomear o que viveram como violência.[8]

Esse substrato discursivo sustenta o que se convencionou chamar de cultura do estupro — expressão que nomeia o conjunto de crenças, práticas e representações sociais que minimizam, justificam ou normalizam a violência sexual.[9] Questionar o que a mulher vestia, onde estava, com quem estava ou que relação mantinha com o agressor são recursos retóricos que deslocam a responsabilidade do violador para a violada, perpetuando impunidade e silêncio. É a partir desse substrato cultural que se torna necessário precisar o que o campo científico e jurídico compreende por violência sexual.

A OMS[1] define a violência sexual como qualquer ato sexual, tentativa de consumar um ato sexual ou insinuação sexual indesejada, bem como ações destinadas a comercializar ou explorar a sexualidade de uma pessoa mediante coerção — independentemente da relação entre agressor e vítima e do contexto em que ocorra. O conceito é amplo e abrange estupro, toque genital indesejado, exposição coercitiva a atos libidinosos, exibicionismo, linguagem erótica e uso de material pornográfico. Também caracterizam a violência sexual os atos que, por meio de coerção, chantagem ou aliciamento, impeçam o uso de métodos contraceptivos, forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que de qualquer forma anulem a autonomia sexual e reprodutiva da pessoa.[1]

No ordenamento jurídico brasileiro, a violência sexual é compreendida como qualquer ato, conduta ou relação sexual não consentida, praticada sob coação, ameaça, fraude ou em situação de vulnerabilidade da vítima, configurando violação da dignidade sexual e dos direitos humanos fundamentais. Sua tipificação penal está centrada no Título VI do Código Penal Brasileiro, complementada por legislações específicas que ampliam o alcance da proteção estatal.[10] Entre os principais tipos penais, destacam-se o estupro (art. 213), o estupro de vulnerável (art. 217-A), a importunação sexual (art. 215-A), o assédio sexual (art. 216-A) e a violação sexual mediante fraude (art. 215) — evidenciando que o legislador brasileiro reconhece a violência sexual em suas múltiplas formas de expressão, para além da violência física direta.[10] O arcabouço protetivo é reforçado pela Lei Maria da Penha pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Lei do Minuto Seguinte,[11-13] que garante atendimento emergencial gratuito pelo SUS às vítimas de violência sexual, incluindo profilaxia, contracepção de emergência e suporte psicológico.

Central nesse arcabouço é a categoria do consentimento. Mais do que a ausência de um "não" explícito, o direito reconhece que o consentimento válido pressupõe liberdade, capacidade e consciência — condições que podem estar comprometidas em situações que vão muito além da coerção física direta.[14] A violência sexual ocorre, portanto, também quando a vítima não está em condições de consentir livremente: sob efeito de álcool ou outras substâncias, em estado de sono, ou em razão de condição que afete sua capacidade mental.[15] Nesses casos, a ausência de resistência não equivale a consentimento, e o silêncio não pode ser interpretado como aquiescência — silêncio que, como os dados a seguir evidenciam, é também socialmente produzido e estruturalmente sustentado.

Independentemente da forma que assume ou do contexto em que ocorre, a violência sexual deixa marcas que se estendem muito além do evento em si. Seus impactos são multidimensionais e se inscrevem simultaneamente no corpo, na subjetividade e nos vínculos sociais das mulheres. No plano físico, manifestam-se em gravidez decorrente de estupro, infecções sexualmente transmissíveis e alterações psicossomáticas diversas — ganho de peso, alopecia, dermatite e distúrbios do sono. No plano psíquico, estudos apontam associação consistente com transtornos depressivos, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, alterações na sexualidade e comprometimento dos vínculos interpessoais.[16,17] A automutilação e a ideação suicida configuram desfechos particularmente graves, emergindo não como reações isoladas ao evento traumático, mas como resultado de uma cadeia acumulada de violência, culpa, silêncio e insuficiência de suporte.[18]

Vergonha, estigma e autoculpabilização atravessam e agravam esse conjunto de repercussões, na medida em que frequentemente dificultam a busca por apoio e a elaboração da experiência vivida.[19] A culpa, especialmente, não emerge apenas como reação individual ao trauma: opera como efeito incorporado de normas sociais que deslocam para a mulher a responsabilidade pela violência sofrida — antecipando o julgamento externo e produzindo silêncio antes mesmo de qualquer resposta do entorno.[20] Esse silêncio, por sua vez, não configura passividade, mas resposta ativa a contextos que sistematicamente dificultam ou punem a fala feminina sobre violação — e que os dados epidemiológicos confirmam em escala.

Nesse contexto, a Psicologia assume papel particularmente relevante, sobretudo no reconhecimento da dimensão subjetiva do trauma e dos processos de produção de sentido mobilizados após a violência. A experiência traumática frequentemente desorganiza narrativas sobre si, sobre o corpo, sobre os vínculos e sobre o mundo, exigindo espaços de cuidado capazes de sustentar escuta qualificada, validação emocional e elaboração progressiva da experiência vivida. Abordagens contemporâneas orientadas pelo cuidado informado pelo trauma ressaltam

que a escuta clínica não se reduz à coleta de informações ou à identificação de sintomas, mas implica construir condições de segurança, reconhecimento e não revitimização — especialmente em contextos nos quais a palavra da mulher foi historicamente desacreditada ou silenciada.[20]

A magnitude desse sofrimento se expressa de forma contundente nos registros disponíveis. Nas Américas, uma em cada três mulheres entre 15 e 49 anos já experienciou violência física e/ou sexual por um parceiro ou violência sexual não-parceira.[2] No Brasil, o ano de 2024 registrou o maior número de estupros e estupros de vulnerável da série histórica, com 87.545 ocorrências — o que equivale a uma mulher estuprada a cada seis minutos. Do total de ocorrências, 76,8% correspondem ao crime de estupro de vulnerável, 55,6% das vítimas eram mulheres negras e 65% dos casos ocorreram dentro de casa, sendo quase metade dos agressores formada por familiares das vítimas.[21] Esses números, já alarmantes, são reconhecidamente subestimados: a subnotificação estrutural, alimentada pelo estigma, pela culpabilização das vítimas e pelas barreiras institucionais ao acolhimento, impede que a maior parte dos casos chegue ao conhecimento das autoridades.

Em Pernambuco, o cenário reitera a gravidade do problema. Segundo a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária do Estado, 1.569 casos de violência sexual foram registrados na plataforma do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/PE) em 2024. Nos dois primeiros meses de 2025, foram contabilizados 275 novos casos — dos quais 89,1% tiveram vítimas do sexo feminino e 55,5% envolveram pessoas entre 0 e 19 anos.[22] Esses dados regionais evidenciam que a violência sexual não é fenômeno distante ou abstrato: ela se produz nos territórios, nos lares e nas relações cotidianas — e demanda respostas institucionais situadas, contínuas e qualificadas.[22]

É justamente no encontro entre sofrimento, busca por ajuda e resposta institucional que os serviços especializados assumem centralidade. Mais do que espaços destinados à realização de procedimentos técnicos ou encaminhamentos jurídicos, esses serviços tornam-se, frequentemente, os primeiros lugares em que a violência pode ser reconhecida, nomeada e legitimada sem imediata culpabilização da vítima. Em experiências marcadas por silêncio prolongado, vergonha e descrédito, o acolhimento institucional não atua apenas sobre os efeitos da violência, mas sobre as próprias condições de possibilidade da fala.

A partir dessa compreensão, a construção de redes especializadas de enfrentamento à violência contra as mulheres passou a demandar não apenas ampliação do acesso, mas também qualificação ética, clínica e intersetorial do cuidado.[23] No Brasil, a construção das políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres foi fortemente impulsionada pelos movimentos

feministas, que denunciaram a insuficiência de respostas institucionais fragmentadas e centradas apenas na esfera policial. Até os anos 2000, a atuação estatal ocorria de forma precária e desarticulada, concentrando-se principalmente nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nas Casas-Abrigo, sem a constituição de uma rede integrada capaz de responder à complexidade da violência de gênero.[24]

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, e a promulgação da Lei Maria da Penha representaram marcos importantes na consolidação de políticas públicas estruturadas em torno da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos. Nesse contexto, a Política Nacional passou a distinguir a rede de enfrentamento — voltada à articulação entre instituições e sociedade civil na prevenção da violência e garantia de direitos — da rede de atendimento, composta pelos serviços responsáveis pela assistência direta às mulheres em situação de violência nos campos da saúde, justiça, segurança pública e assistência social.[11,24]

Entre esses dispositivos, os serviços especializados assumem papel estratégico por possibilitarem acolhimento humanizado, escuta qualificada e encaminhamento intersetorial das demandas. Mais do que espaços técnicos, tornam-se frequentemente os primeiros locais em que a violência pode ser reconhecida e legitimada sem imediata culpabilização da vítima. Em experiências marcadas por silêncio, vergonha e descrédito institucional, a qualidade dessa resposta pode produzir efeitos decisivos tanto no acesso aos direitos quanto na elaboração subjetiva da violência vivida.[23]

É nesse contexto que se insere o Centro de Referência Especializado Sony Santos, localizado no Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha, em Pernambuco. Inaugurado em julho de 2016, o serviço público interdisciplinar funciona de forma ininterrupta e é orientado por princípios de acolhimento humanizado e atenção integral a mulheres em situação de violência sexual provenientes de diferentes municípios do estado. Sua atuação encarna os princípios de integralidade, intersetorialidade e escuta qualificada que a política nacional preconiza — e que, na prática cotidiana do serviço, ganham forma nas histórias, nas demandas e nas experiências das mulheres atendidas.[25]

Apesar dos avanços normativos e institucionais das últimas décadas, persistem lacunas na compreensão das experiências de mulheres que acessam serviços de atendimento à violência sexual. Embora estudos epidemiológicos sejam fundamentais para dimensionar o fenômeno, a compreensão da violência também exige atenção à sua dimensão infrapolítica, às formas como se inscreve no cotidiano e é significada por quem a vivencia,[26] incluindo as formas como as mulheres significam o ocorrido, buscam ajuda e constroem possibilidades de enfrentamento.

Estudos qualitativos centrados em suas narrativas podem, portanto, ampliar a compreensão dessas experiências em contextos sociais e territoriais específicos.[27]

Essa compreensão também requer uma perspectiva interseccional, entendida como ferramenta analítica que permite compreender como diferentes eixos de opressão se articulam e se reforçam mutuamente na produção de desigualdades.[28] As experiências de violência não se distribuem de maneira homogênea, uma vez que gênero se articula a outros marcadores e sistemas de desigualdade, produzindo diferentes condições de exposição e vulnerabilidade.[29]

No contexto brasileiro, Caluaco et al.[30] identificaram, entre mulheres com deficiência vítimas de violência sexual, maior frequência de notificações entre mulheres negras, além de desigualdades sociodemográficas e nos encaminhamentos realizados após a violência. Condições socioeconômicas também atravessam essas experiências: evidências em países de baixa e média renda associam situações de privação econômica à maior vulnerabilidade à violência contra mulheres e meninas.[31]

A perspectiva interseccional alcança ainda as respostas institucionais. Políticas e práticas pouco sensíveis à diversidade das experiências podem deixar de reconhecer necessidades específicas de grupos socialmente vulnerabilizados, produzindo barreiras ao reconhecimento da violência, à busca por ajuda e ao suporte oferecido às vítimas.[32] Assim, raça/cor, condições socioeconômicas, geração e outros marcadores sociais não constituem apenas características descritivas, mas podem participar das diferentes condições em que a violência é vivenciada e enfrentada.

A localização geográfica importa nesse processo. As especificidades culturais, institucionais e socioeconômicas do Nordeste brasileiro, região marcada por desigualdades históricas e por uma rede de proteção ainda em consolidação, exigem que o olhar investigativo se faça a partir do próprio território, e não pela transposição de referenciais produzidos em outros contextos. É a partir dessas lacunas que esta pesquisa se situa. O estudo tem como objetivo analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Referência Sony Santos, em Pernambuco, privilegiando suas narrativas sobre a experiência da violência, a busca por ajuda, o cuidado e os processos de reconstrução, considerando os determinantes sociais presentes em suas trajetórias.

Ao privilegiar a experiência vivida como eixo analítico, esta pesquisa desloca o foco do evento violento isolado para os percursos subjetivos, relacionais e institucionais que atravessam a violência sexual. Interessa menos perguntar apenas “o que aconteceu” e mais compreender como determinadas experiências passam a existir socialmente como violência, quais condições permitem sua nomeação e que respostas encontram quando finalmente são narradas. Em um

cenário historicamente marcado pela deslegitimação da palavra feminina, sustentar espaços de escuta qualificada torna-se não apenas estratégia de cuidado, mas também compromisso ético com a transformação das condições que ainda produzem silêncio, vergonha e invisibilidade.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro corresponde à presente introdução, na qual são discutidos os fundamentos teóricos e conceituais da violência de gênero e da violência sexual, seus determinantes históricos, sociais e subjetivos, os impactos produzidos na saúde das mulheres e a organização da rede de enfrentamento e cuidado. O segundo capítulo apresenta os objetivos da pesquisa. O terceiro descreve o percurso metodológico adotado no estudo, incluindo delineamento, campo de pesquisa, participantes, procedimentos de coleta e análise dos dados e aspectos éticos envolvidos.

O quarto capítulo é dedicado à apresentação dos produtos técnicos desenvolvidos no âmbito deste mestrado profissional, elaborados a partir dos resultados produzidos pela pesquisa. Compõem esse capítulo o artigo científico submetido à revista Psicologia e Saúde em Debate, o relatório técnico referente à capacitação realizada com profissionais da rede de cuidado e o e-book construído como estratégia de disseminação e tradução do conhecimento produzido.

Por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais do estudo, destacando suas contribuições para a Psicologia da Saúde, para os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual e para o fortalecimento de práticas de cuidado comprometidas com a escuta qualificada, a integralidade da assistência e a não revitimização.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um Centro de Referência de Pernambuco, considerando determinantes sociais como raça e classe social.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os dados sociodemográficos em relação às mulheres vítimas de violência sexual atendidas centro de referência de referência em Pernambuco, como: idade; escolaridade; naturalidade; ocupação; estado civil; se possui filhos; número de filhos; religião; com quem reside; classe; raça; também, descrever o tempo que é atendida no estabelecimento;
- Conhecer o que as mulheres vítimas de violência sexual compreendem como violência e suas tipologias;
- Investigar os impactos da violência sexual na saúde física e emocional;
- Compreender como o atendimento foi realizado em equipe multidisciplinar;
- Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres para lidar com situações de violência sexual;
- Analisar o processo de denúncia e busca por ajuda institucional;
- Desenvolver produtos técnicos e científicos derivados da pesquisa, compreendendo **um e-book educativo**, voltado à qualificação das práticas de escuta e acolhimento institucional de mulheres vítimas de violência sexual; **um relatório técnico**, elaborado a partir da experiência de inserção e acompanhamento das atividades desenvolvidas no Centro Sony Santos; e **um artigo científico**, destinado à sistematização e divulgação dos principais achados da pesquisa e submetido a periódico científico da área.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação qualitativa de natureza exploratória e descritiva. A escolha pela abordagem qualitativa justificou-se pela necessidade de explorar, em profundidade, as percepções, sentimentos e significados atribuídos pelas participantes às suas experiências de violência sexual e ao atendimento institucional recebido no contexto hospitalar.

Como destaca Minayo,[27] os estudos qualitativos são particularmente indicados quando se busca compreender os sentidos atribuídos por sujeitos sociais a determinados fenômenos, sobretudo aqueles marcados por complexidade, subjetividade e sofrimento. No caso da violência sexual, não se trata apenas de quantificar sua ocorrência, mas de apreender como ela é vivida, elaborada e narrada pelas mulheres que a experienciam.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem qualitativa permite a construção de categorias analíticas que emergem das próprias falas das participantes, valorizando a escuta qualificada, a singularidade das experiências e o contexto sociocultural no qual essas vivências se inserem. Assim, ela permite acessar dimensões subjetivas que dificilmente seriam alcançadas por instrumentos padronizados, como questionários estruturados, possibilitando compreender aspectos como os impactos da violência na vida das mulheres, os processos de elaboração do sofrimento, as estratégias de enfrentamento mobilizadas e os significados produzidos no contexto institucional de cuidado.[33]

Trata-se, portanto, de uma escolha coerente com os objetivos da pesquisa e com a natureza do fenômeno investigado, considerando-se que a violência de gênero envolve processos relacionais, simbólicos e culturais que atravessam o corpo, a subjetividade e os vínculos sociais das mulheres.

Para Minayo,[27]pesquisa exploratória é especialmente pertinente em investigações qualitativas, pois possibilita compreender significados, experiências e percepções atribuídas pelos participantes às suas vivências, favorecendo a construção de interpretações sobre fenômenos sociais complexos. Assim, o caráter exploratório da presente pesquisa é justificado pela necessidade de ampliar a compreensão acerca das vivências de mulheres vítimas de violência sexual no contexto do atendimento hospitalar, fenômeno que envolve múltiplas dimensões subjetivas, sociais e institucionais ainda pouco exploradas sob a perspectiva das próprias participantes.

Por sua vez, a dimensão descritiva do estudo relaciona-se ao objetivo de caracterizar e apresentar, de forma sistemática, as percepções e os sentidos atribuídos pelas mulheres diante da violência sofrida e do acolhimento institucional recebido no serviço de saúde, permitindo evidenciar como essas experiências são compreendidas e significadas no contexto investigado. Conforme destaca Gil,[33] pesquisas exploratórias e descritivas são particularmente pertinentes quando se busca aprofundar o conhecimento sobre fenômenos sociais e compreender suas características, significados e contextos de ocorrência.

Nesse sentido, a presente investigação não pretende alcançar representatividade estatística, mas aprofundar a compreensão dos sentidos e significados atribuídos pelas participantes às suas vivências. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório e descritivo, voltado à compreensão dos fenômenos que emergem nas narrativas das mulheres entrevistadas, considerando o discurso como um espaço privilegiado de produção de sentidos sobre a violência, o sofrimento e os processos de cuidado.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Centro Sony Santos, serviço público especializado no atendimento a mulheres em situação de violência sexual, localizado no Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha (HMR), no bairro do Curado, Recife/PE.

A unidade de atendimento foi inaugurada em julho de 2016 como parte das estratégias institucionais voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres. O serviço funciona em regime de plantão permanente, operando 24 horas por dia e recebendo as usuárias por demanda espontânea, sem necessidade de agendamento prévio. A equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde e da assistência, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e peritos do Instituto de Medicina Legal (IML), configurando um atendimento de caráter interdisciplinar e integrado.

Esse serviço especializado no atendimento a mulheres em situação de violência sexual foi estruturado com o objetivo de garantir condições adequadas de acolhimento, assegurando a privacidade e a confidencialidade das mulheres atendidas. Para isso, encontra-se localizado em um anexo do HMR, com acesso independente pela lateral da instituição, de modo a preservar a discrição e minimizar situações de exposição das usuárias.

A estrutura física da unidade foi planejada de modo a favorecer condições adequadas de acolhimento, privacidade e cuidado às mulheres atendidas. O espaço dispõe de dois consultórios destinados aos atendimentos clínicos, além de salas específicas para o atendimento

psicológico, para o serviço social e para a realização de atividades coletivas. A unidade conta ainda com duas suítes reservadas para as pacientes, utilizadas em situações que demandam maior permanência ou cuidado imediato, bem como um quarto de repouso destinado aos profissionais da equipe. Complementam a estrutura banheiros, posto de enfermagem e recepção, organizados de forma a garantir fluxo adequado de atendimento e preservar a confidencialidade das usuárias durante todo o processo de acolhimento.

O Centro Sony Santos atende mulheres a partir dos 10 anos de idade, oriundas de diferentes municípios do estado de Pernambuco, com uma média de 60 novos atendimentos por mês. O funcionamento do serviço está orientado por princípios de acolhimento humanizado, buscando reduzir processos de revitimização e oferecer atendimento integral às mulheres que vivenciam situações de violência sexual.

Assim, resta evidente que a escolha desse local é justificada por sua atuação como referência estadual no acolhimento e atendimento integral às mulheres vítimas de violência, o que possibilitou o acesso a experiências e narrativas diretamente relacionadas ao fenômeno investigado nesta pesquisa.

3.3 Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido entre maio de 2025 e junho de 2026, abrangendo todas as etapas previstas no cronograma da pesquisa. A análise bibliográfica e a construção da revisão de literatura tiveram início em maio de 2025 e se estenderam até novembro do mesmo ano, período que também contemplou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, cuja aprovação foi obtida em outubro de 2025. As entrevistas com as mulheres participantes ocorreram entre novembro de 2025 e janeiro de 2026, em oito dias distintos de presença no serviço, com convites individualizados e presenciais.

A transcrição e a organização do material empírico coletado foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2026. A análise dos dados qualitativos ocorreu entre fevereiro e março de 2026. A elaboração dos produtos técnicos foi conduzida nos meses de abril e maio de 2026: a capacitação presencial foi realizada no dia 15 de maio de 2026; o e-book educativo foi concluído em 25 de maio de 2026; e o artigo científico foi submetido à Revista Psicologia e Saúde em Debate em 23 de maio de 2026. A análise integrada dos resultados e a redação da dissertação foram conduzidas entre abril e maio de 2026, sendo a escrita finalizada em 8 de junho de 2026, encerrando o ciclo do estudo.

3.4 População / Amostra do Estudo

A população do estudo foi constituída por mulheres em situação de violência sexual atendidas no Centro de Referência Especializado Sony Santos, serviço público vinculado ao Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha, em Pernambuco. Trata-se de um serviço de referência estadual que recebe mulheres provenientes de diferentes municípios de Pernambuco, em atendimento ininterrupto, o que confere à população acessível diversidade socioeconômica, territorial e de trajetórias de vida.

3.5 Amostra

A definição do número de participantes seguiu o critério de saturação teórica, amplamente adotado em pesquisas qualitativas, segundo o qual a coleta de dados é encerrada quando novas entrevistas deixam de acrescentar elementos analíticos relevantes capazes de ampliar a compreensão do fenômeno investigado. Conforme aponta Minayo,[27] em pesquisas qualitativas realizadas em contextos de sofrimento e acesso restrito, o critério de suficiência do corpus não se reduz à recorrência temática estrita, mas à capacidade do material empírico de iluminar o fenômeno investigado em sua complexidade. Nesse sentido, a profundidade e a singularidade das narrativas coletadas, mais do que sua extensão numérica, asseguram a consistência analítica do estudo e a pertinência das interpretações produzidas.

A partir das entrevistas finais, as narrativas passaram a reiterar núcleos de sentido já identificados anteriormente. Temáticas como a culpabilização das vítimas, os impactos da violência na saúde, o papel do acolhimento institucional na ruptura do isolamento e as estratégias de enfrentamento mobilizadas pelas mulheres apresentaram recorrência progressiva, sinalizando o fechamento temático do corpus. Tal percepção, associada às condições éticas e concretas de acesso ao campo, fundamentou a decisão de encerrar a coleta com dez participantes, cujas narrativas revelaram-se analiticamente densas e tematicamente diversificadas, abarcando experiências de violência sexual em contextos relacionais distintos, diferentes trajetórias de busca por cuidado e variadas formas de elaboração do sofrimento.

3.6 Critérios e procedimento para seleção dos participantes

Foram incluídas no estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que haviam buscado atendimento no Centro de Referência Sony Santos em decorrência de situações de

violência sexual, autodeclaradas mulheres cisgênero ou mulheres trans, respeitando os princípios de equidade de gênero e de diversidade identitária no campo da saúde. Todas as participantes apresentavam condições de compreender os objetivos da pesquisa e consentiram voluntariamente com sua participação após explicação detalhada dos procedimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foram excluídas mulheres que não apresentavam condições de fornecer consentimento livre e esclarecido no momento da entrevista devido a questões de saúde mental ou emocional; mulheres que, por questões de segurança ou outros motivos, não puderam ser entrevistadas; e mulheres maiores de 18 anos que haviam buscado o serviço exclusivamente para a interrupção da gestação decorrente da violência.

O processo de seleção foi conduzido pela pesquisadora ao longo de oito dias distintos de presença no serviço, por meio de convites individualizados e presenciais, acompanhados da explicação detalhada dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos da entrevista e das garantias éticas envolvidas. A recusa à participação foi expressiva e compreendida, em todo momento, como exercício legítimo de autonomia — evidenciando que a produção de conhecimento em contextos de sofrimento exige não apenas rigor metodológico, mas sensibilidade ética diante dos limites subjetivos das pessoas envolvidas. O direito de não falar constitui, em si, uma forma legítima de preservar a própria dignidade após a violência.

3.7 Coleta de dados

Seguindo as contribuições de Minayo[27] sobre a implicação do pesquisador no processo de produção dos dados, compreende-se que a subjetividade da pesquisadora não é um ruído a ser eliminado, mas uma dimensão que, quando nomeada e problematizada, contribui para o rigor e a transparência da investigação qualitativa. Assim, a produção do conhecimento em pesquisas qualitativas não se dá de forma neutra ou desvinculada da posição social e subjetiva de quem pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, instrumento que possibilitou às participantes expressarem livremente suas vivências, percepções e sentimentos relacionados tanto à violência sofrida quanto ao atendimento recebido no serviço.

As entrevistas ocorreram em espaço reservado nas dependências do Centro Sony Santos, de modo a garantir privacidade, acolhimento e sigilo às participantes. Todas foram realizadas após o aceite voluntário das participantes e a assinatura do TCLE. Mediante autorização prévia,

as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, constituindo o corpus empírico utilizado na análise temática de conteúdo.

A duração das entrevistas variou de acordo com o ritmo narrativo e a disponibilidade emocional das participantes. De modo geral, o tempo médio de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos. No entanto, observou-se significativa variação entre os encontros: algumas entrevistas foram mais breves e objetivas, refletindo a dificuldade de rememorar ou aprofundar determinados aspectos da experiência vivida, enquanto outras se estenderam por mais de uma hora, marcadas por uma maior necessidade de elaboração e expressão das vivências relacionadas à violência e ao percurso de busca por cuidado. Essa variação no tempo de duração foi compreendida como parte do próprio processo narrativo das participantes, respeitando-se o tempo subjetivo de cada mulher para compartilhar suas experiências.

Além das entrevistas, foram coletadas informações sociodemográficas com o objetivo de caracterizar o perfil das participantes da pesquisa. Para isso, foi aplicado um questionário estruturado (Apêndice B) contemplando variáveis como idade, escolaridade, naturalidade, ocupação, estado civil, existência e número de filhos, religião, composição domiciliar, bem como autodeclaração de raça e classe social.

3.8 Análise dos dados

Esta pesquisa buscou analisar os sentidos atribuídos pelas participantes às suas experiências de violência sexual e ao atendimento recebido no Centro Sony Santos, tomando como material empírico as narrativas produzidas nas entrevistas semiestruturadas realizadas com mulheres atendidas no serviço.

Para tal finalidade, utilizou-se a análise temática de conteúdo, conforme proposta por Minayo,[27] amplamente empregada em pesquisas qualitativas no campo da saúde por possibilitar a sistematização e interpretação de significados presentes nas falas dos participantes. Segundo a autora, esse tipo de análise constitui um procedimento metodológico capaz de revelar, por meio de inferências e interpretações, os sentidos latentes que atravessam o conteúdo manifesto das narrativas.

Embora o procedimento metodológico adotado tenha sido a análise temática de conteúdo, os achados foram interpretados à luz de contribuições teóricas da psicologia social e dos estudos de gênero. A interpretação das entrevistas dialoga também com pressupostos da Psicologia Social de orientação discursiva, a qual compreende o discurso como um elemento

central na produção e na organização da vida social. Nessa perspectiva, a linguagem não é entendida apenas como um meio de comunicação ou descrição da realidade, mas como uma prática social por meio da qual os sujeitos constroem sentidos, organizam experiências e produzem interpretações sobre o mundo social.[33]

Assim, as narrativas das participantes são compreendidas como produções discursivas que expressam modos de significar experiências complexas, como a violência sexual e os processos de busca por cuidado e acolhimento institucional. O discurso, nesse sentido, constitui um espaço privilegiado para compreender como as mulheres elaboram suas vivências, negociam sentidos sobre o ocorrido e posicionam-se diante das estruturas sociais que atravessam suas trajetórias.

Essa compreensão dialoga com a perspectiva de Van Dijk,[34] para quem o discurso deve ser entendido como uma prática social situada, na qual conhecimentos, crenças e representações sociais são produzidos e compartilhados. Dessa forma, as falas das participantes são analisadas considerando tanto os conteúdos explicitamente enunciados quanto os significados que emergem das experiências narradas e das condições sociais que estruturam essas narrativas.

No contexto desta pesquisa, tal abordagem também se articula com contribuições teóricas que discutem as relações entre gênero, poder e violência. A noção de violência simbólica proposta por Bourdieu[5] contribui para compreender como determinadas formas de dominação são naturalizadas e incorporadas nas práticas sociais, produzindo processos de culpabilização das vítimas e silenciamento das experiências de violência. De modo complementar, as reflexões de Butler[6] acerca das normas de gênero permitem compreender como expectativas sociais sobre feminilidade e sexualidade influenciam a forma como a violência sexual é interpretada, narrada e legitimada socialmente.

Além disso, as contribuições de Foucault[35] acerca da relação entre discurso e poder permitem compreender que os modos de falar sobre a violência, o sofrimento e o cuidado são atravessados por regimes de verdade que estruturam as instituições e os saberes sociais. Nesse sentido, as narrativas das participantes não são apenas relatos individuais de experiências traumáticas, mas também expressões de relações sociais mais amplas que envolvem gênero, desigualdades sociais e formas institucionais de reconhecimento ou silenciamento da violência.

Nesse sentido, a análise temática de conteúdo foi conduzida considerando simultaneamente os significados presentes nas falas das participantes e os contextos sociais, culturais e institucionais que atravessam essas narrativas.

O processo analítico desenvolveu-se em três etapas principais.[27] A primeira etapa correspondeu à pré-análise, caracterizada por um contato exaustivo com o material empírico,

realizado por meio da leitura flutuante das entrevistas transcritas na íntegra. Esse momento permitiu a organização inicial do corpus analítico, a identificação de unidades de significação e o delineamento de hipóteses interpretativas relacionadas às experiências de violência sexual e às vivências de acolhimento institucional narradas pelas participantes.

A segunda etapa consistiu na exploração do material, momento em que foram empregadas técnicas de codificação e categorização das narrativas. A partir da identificação de unidades de registro presentes nas falas, foram construídos núcleos de sentido que possibilitaram a agregação dos conteúdos em categorias temáticas relacionadas à compreensão da violência sexual, aos impactos na saúde física e emocional, às experiências de acolhimento no serviço de referência, às estratégias de enfrentamento e resiliência mobilizadas pelas mulheres e às barreiras sociais, familiares e institucionais enfrentadas após a violência.

Na construção das categorias temáticas, foram considerados também os dados sociodemográficos coletados por meio do questionário estruturado, especialmente aqueles relativos à autodeclaração de raça e classe social. Esses marcadores foram mobilizados como elementos de contextualização das narrativas, permitindo situar as experiências das participantes em suas condições materiais e simbólicas de existência, em diálogo com a perspectiva interseccional que orienta o referencial teórico adotado.

A terceira etapa correspondeu ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os achados resultantes da exploração do material foram analisados à luz do referencial teórico adotado na pesquisa. Nessa etapa, buscou-se compreender de que modo as participantes significam a violência sofrida, elaboram seus impactos e interpretam o cuidado recebido no serviço de saúde, considerando também as relações sociais de gênero, poder e desigualdade que atravessam essas experiências.

3.9 Aspectos Éticos

Este estudo foi conduzido em conformidade com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[36] e pelos princípios da Declaração de Helsinque.

O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), conforme parecer número 7.908.852, emitido em 16 de outubro de 2025 (Anexo A).

Todas as participantes foram previamente informadas acerca dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos envolvidos e das garantias éticas relacionadas à participação no estudo. Foi

assegurado às participantes o direito de recusar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento recebido no serviço.

Foram também garantidos o sigilo das informações coletadas, a confidencialidade das respostas e o anonimato das participantes, sendo adotadas estratégias para preservar suas identidades ao longo de todas as etapas da pesquisa e na apresentação dos resultados.

Ainda que nenhuma participante tenha apresentado ideação suicida ativa no momento da entrevista, reconhece-se que o conteúdo narrativo evocado é de natureza potencialmente retraumatizante. Diante disso, ao término de cada entrevista, foi assegurado às participantes um espaço de escuta e acolhimento, sendo reforçada a disponibilidade do serviço para apoio continuado.

3.9.1 Riscos e benefícios para os participantes

Foi assegurado às participantes o direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento recebido no serviço. Ao término de cada entrevista, foi disponibilizado espaço de escuta e acolhimento. Não foram registradas intercorrências ao longo do processo de coleta de dados.

A participação no estudo proporcionou benefícios indiretos às participantes, como o alívio emocional decorrente do compartilhamento de suas histórias em espaço seguro e acolhedor, bem como a possibilidade de contribuir para a melhoria do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. O e-book educativo desenvolvido como produto técnico da pesquisa poderá beneficiar outras mulheres e profissionais da saúde, promovendo abordagem mais humanizada no cuidado às vítimas.

4 RESULTADOS

Com o objetivo de ampliar a divulgação da produção científica e atender às exigências do Mestrado Profissional em Psicologia em Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, os resultados desta dissertação são apresentados como produtos bibliográfico o artigo científico intitulado "Violência sexual, silêncio e reconstrução: vivências de mulheres atendidas em centro de referência em Pernambuco" submetido à Revista Psicologia e Saúde em Debate. e ISSN: 2446-922X online (Anexo B).

Adicionalmente, apresentam-se, como produtos técnicos:

- Os achados serão apresentados no formato de **relatório técnico**, a ser indexado no Repositório Salus, da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). O documento sistematiza a experiência de inserção da pesquisadora no **Centro Sony Santos**, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS, contemplando as atividades acompanhadas, as observações realizadas e os principais aspectos identificados durante a permanência no serviço.
- Ebook guia prático elaborado a partir dos resultados da pesquisa sobre as vivências de mulheres vítimas de violência sexual. O material busca orientar profissionais de saúde quanto à importância da escuta qualificada, do acolhimento humanizado e do cuidado ético, destacando que o atendimento às vítimas deve ir além dos protocolos técnicos e considerar a singularidade de cada pessoa atendida. O guia também aborda os limites da atuação profissional, os cuidados com a saúde emocional dos profissionais e práticas que devem ser evitadas para prevenir a revitimização.

4.1 Produto Bibliográfico

VIOLÊNCIA SEXUAL, SILÊNCIO E RECONSTRUÇÃO: VIVÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

Camila Tenório Gonçalves[1]
Juliana Monteiro Costa[1]
Eduarda Pontual Santos [1]

RESUMO

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que analisou as vivências de mulheres em situação de violência sexual atendidas no Centro de Referência Sony Santos, em Pernambuco, tomando a experiência vivida como eixo analítico e os determinantes sociais de raça e classe como condições de leitura das narrativas produzidas. Participaram dez mulheres entre 18 e 63 anos, entrevistadas entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de análise temática de conteúdo. Os resultados evidenciam que a violência ocorreu predominantemente no interior de relações de confiança e autoridade, com silêncio prolongado como resposta ativa a contextos de vergonha, descrédito e dependência relacional — e não como passividade. O consentimento emergiu como categoria central, estruturalmente condicionado por assimetrias de poder e normas de gênero. Culpa incorporada, sofrimento psíquico, comprometimentos físicos e ideação suicida configuram uma experiência total de sofrimento que demanda acompanhamento continuado. O acolhimento humanizado favoreceu recursos de enfrentamento anteriormente bloqueados, embora fragilidades na rede assistencial comprometam a integralidade do cuidado. O estudo reafirma que nomear a violência é um processo dependente de condições sociais, relacionais e institucionais — e que a escuta qualificada das sobreviventes é instrumento analítico indispensável à produção de conhecimento comprometido com a transformação dessas condições.

Palavras-chave: Violência Sexual; Saúde da Mulher; Psicologia da Saúde; Serviços de Saúde**.**

SEXUAL VIOLENCE, SILENCE, AND RECONSTRUCTION: EXPERIENCES OF WOMEN ASSISTED AT A REFERRAL CENTER IN PERNAMBUCO

ABSTRACT

This qualitative, exploratory and descriptive study analyzed the experiences of women survivors of sexual violence attended at the Sony Santos Reference Center in Pernambuco, Brazil, taking lived experience as the analytical axis and social determinants of health such as race and class gender as interpretive conditions for the narratives produced. Ten women aged 18 to 63 years participated and were interviewed between November 2025 and January 2026. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. Results show that violence occurred predominantly within relationships of trust and authority, with prolonged silence operating as an active response to shame, fear of disbelief and relational dependency — rather than as passivity. Consent emerged as a central category, structurally conditioned by power asymmetries and gender norms. Internalized guilt, psychological distress, physical harm and suicidal ideation configure a total experience of suffering that demands sustained care. Humanized reception at the service mobilized previously blocked coping resources, although structural weaknesses in the care network compromised the integrality of assistance. The study reaffirms that naming violence is a process dependent on social, relational and institutional conditions — and that qualified listening to survivors is an indispensable analytical instrument for producing knowledge committed to transforming those conditions.

Keywords: Sex Offenses; Women's Health; Health Psychology; Health Services.

VIOLENCIA SEXUAL, SILENCIO Y RECONSTRUCCIÓN: EXPERIENCIAS DE MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN PERNAMBUCO

RESUMEN

Este estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo analizó las experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual atendidas en el Centro de Referencia Sony Santos, en Pernambuco, Brasil. Se tomó la experiencia vivida como eje analítico, y los determinantes sociales de la salud como raza y clase como categorías interpretativas de las narrativas producidas. Participaron diez mujeres de entre 18 y 63 años, entrevistadas entre noviembre de 2025 y enero de 2026. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas y analizados a través del análisis temático de contenido. Los resultados indican que la violencia ocurrió predominantemente en el marco de relaciones de confianza y autoridad, y que el silencio prolongado constituyó una respuesta activa frente a contextos de vergüenza, incredulidad y dependencia relacional, y no una expresión de pasividad. El consentimiento emergió como una categoría central, estructuralmente condicionada por asimetrías de poder y normas de género. La culpabilización del cuerpo, el sufrimiento psicológico, las secuelas físicas y la ideación suicida configuran una experiencia total de sufrimiento que demanda acompañamiento continuo. La atención humanizada favoreció la activación de recursos de afrontamiento previamente bloqueados; no obstante, las fragilidades en la red de atención comprometen la integralidad del cuidado. El estudio reafirma que nombrar la violencia es un proceso condicionado por factores sociales, relacionales e institucionales, y que escuchar las

narrativas de las sobrevivientes constituye una herramienta analítica indispensable para la producción de conocimiento comprometido con la transformación de estas realidades.

Palabras clave: Delitos Sexuales; Salud de la Mujer; Psicología de la Salud; Servicios de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres constitui grave violação de direitos humanos e problema de saúde pública de alcance global (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Compreendida atualmente como fenômeno atravessado por determinantes históricos, culturais e estruturais, a violência de gênero deixou de ser interpretada apenas como evento individual ou episódico para ser reconhecida como expressão de desigualdades socialmente produzidas (World Health Organization, 2005).

A magnitude do fenômeno é amplamente documentada. Estimativas globais indicam que uma em cada três mulheres já experienciou violência física e/ou sexual ao longo da vida (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). No Brasil, os registros oficiais evidenciam números expressivos de estupro, reconhecidamente subestimados em razão da subnotificação associada ao estigma, à culpabilização das vítimas e às fragilidades institucionais no acolhimento (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025). Em Pernambuco, os dados disponíveis reiteram a relevância do problema, particularmente entre mulheres jovens (Pernambuco, 2025).

Os impactos da violência sexual são multidimensionais, envolvendo repercussões físicas, psíquicas e relacionais. Estudos apontam associação com transtornos depressivos, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, comportamento suicida, alterações na sexualidade e comprometimento dos vínculos interpessoais (Bini & Silva, 2023). Além disso, vergonha, estigma e autoculpabilização frequentemente dificultam a busca por apoio e a elaboração da experiência vivida (Bhuptani & Messman-Moore, 2019).

Do ponto de vista da Psicologia, esses impactos não podem ser lidos apenas como sintomas isolados: a violência sexual configura uma ruptura biográfica, que reorganiza a relação da mulher com o próprio corpo, com o tempo e com os vínculos que sustentavam sua vida antes do evento, exigindo um processo ativo de reconstrução de sentido diante de uma experiência que rompe com as crenças e a continuidade narrativa sobre si (Smid et al., 2026).

Essa ruptura aproxima-se, em alguma medida, da experiência do luto, não pela perda de uma pessoa, mas pela perda de uma continuidade: da segurança, da confiança nas relações, do sentido que a própria história parecia ter antes da violência. A clínica em contextos de violência demanda, nesse sentido, a sustentação da escuta de uma experiência que resiste à narrativa linear, sem forçar sentido onde ainda não há elaboração possível (Klein et al., 2024).

Nesse contexto, o consentimento emerge como categoria central, embora insuficiente quando analisado de forma abstrata. Em situações marcadas por assimetrias de poder, dependência econômica e normas de gênero, a possibilidade de recusa pode ser estruturalmente limitada, tornando a violência sexual um fenômeno mais complexo do que a oposição binária entre “sim” e “não” (Scarpatti et al., 2024).

Diante dessas complexidades, serviços especializados assumem papel estratégico na assistência a mulheres em situação de violência sexual (Melo et al., 2022). No estado de Pernambuco, o Centro de Referência Sony Santos, vinculado ao Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha, constitui um serviço público interdisciplinar de referência nesse atendimento.

Essas vivências, contudo, não se distribuem de forma homogênea. Raça e classe se articulam e se reforçam mutuamente na produção de desigualdades, configurando diferentes condições de exposição à violência e de acesso ao cuidado (Akotirene, 2019). No contexto brasileiro, desigualdades raciais também têm sido identificadas entre mulheres vítimas de violência sexual, inclusive nos encaminhamentos realizados após a violência (Caluaco et al., 2025). Reconhecer essa articulação é condição para que os marcadores sociais não sejam tratados como categorias descritivas, mas como eixos que atravessam a própria experiência da violência e da busca por cuidado.

O presente estudo tem como objetivo analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Referência Sony Santos, considerando os significados atribuídos à violência, as trajetórias de busca por cuidado e as estratégias de enfrentamento mobilizadas segundo determinantes sociais de raça e classe.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como uma investigação qualitativa de natureza exploratória e descritiva (Minayo, 2014; Gil, 2019), realizado no Centro de Referência Sony Santos — serviço público especializado, interdisciplinar e de funcionamento ininterrupto, localizado no Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha, inaugurado em julho de 2016 e orientado por princípios de acolhimento humanizado e atenção integral a mulheres em situação de violência sexual provenientes de diferentes municípios de Pernambuco.

Os critérios de inclusão abrangeram mulheres com 18 anos ou mais, atendidas no serviço em decorrência de violência sexual, autodeclaradas cisgênero ou trans, com capacidade de consentir e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas participantes sem histórico de violência sexual, sem condições de fornecer consentimento livre e esclarecido por razões de saúde mental ou emocional, impossibilitadas de participar por questões de segurança, ou que buscaram o serviço exclusivamente para realização de interrupção legal da gestação decorrente da violência.

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e com os princípios da Declaração de Helsinque, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), conforme Parecer n. 7.908.852, de 16 de outubro de 2025.

A coleta de dados ocorreu em oito dias, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em espaço reservado nas dependências do serviço, garantindo privacidade, acolhimento e sigilo. Mediante autorização prévia, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. O roteiro foi organizado em torno de quatro eixos temáticos: (1) compreensão da violência sexual e nomeação da própria experiência; (2) trajetória da violência e da busca por cuidado; (3) repercussões físicas, psíquicas e relacionais; e (4) avaliação do atendimento recebido. O roteiro completo encontra-se disponível mediante solicitação às autoras.

Além das entrevistas, aplicou-se questionário estruturado para caracterização sociodemográfica das participantes, contemplando variáveis como idade, escolaridade, naturalidade, ocupação, estado civil, existência e número de filhos, religião, composição domiciliar e autodeclaração de raça e classe social.

O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica (Minayo, 2014). Os convites foram realizados de forma individualizada e presencial,

preservando a privacidade e evitando exposição desnecessária no espaço coletivo da recepção.

A saturação foi identificada a partir da oitava entrevista, quando as narrativas passaram a reiterar núcleos de sentido já consolidados; as duas entrevistas subsequentes foram mantidas para confirmação, sem acréscimo de categorias inéditas. Considerou-se que a profundidade e a diversidade temática das dez narrativas constituíram um corpus suficiente para os objetivos do estudo, ao possibilitarem a identificação e a análise de diferentes dimensões do fenômeno investigado.

A análise temática de conteúdo foi conduzida em três etapas (Minayo, 2014): pré-análise, realizada por meio de leituras flutuantes e sucessivas das transcrições integrais; exploração do material, com codificação das narrativas e construção de núcleos de sentido que possibilitaram a agregação dos conteúdos em categorias temáticas; e tratamento dos resultados, envolvendo inferência e interpretação. A análise considerou simultaneamente os significados presentes nas falas das participantes e os contextos sociais, culturais e institucionais que atravessam essas narrativas.

A codificação e a análise temática das entrevistas foram realizadas manualmente pela pesquisadora, sem uso de software de apoio à análise qualitativa. As transcrições foram submetidas a leituras sucessivas e aprofundadas para identificação e codificação de unidades de sentido, posteriormente agrupadas em categorias temáticas, que foram progressivamente refinadas ao longo do processo analítico. A definição e a consolidação das categorias finais foram discutidas com a orientação da pesquisa.

3 RESULTADOS

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica das Participantes

Part	Idade	Raça /Cor	Escolaridade	Renda	Ocupação	Est. Civil	Filhos	Religião
E1	28	Preta	Superior incompleto	3 sal. mín.	Trab. formal (CLT)	Divor.	1	Sem religião

Part	Idade	Raça /Cor	Escolaridade	Renda	Ocupação	Est. Civil	Filhos	Religião
E2	25	Parda	Superior completo	3 sal. mín.	Autônoma	Solt.	0	Católica
E3	55	Preta	Médio completo	0,4 sal. mín.	Desempregada	Solt.	0	Espírita
E4	59	Branca	Superior incompleto	1 sal. mín.	Trab. informal	Divor.	2	Evangélica
E5	53	Preta	Fund. incompleto	1 sal. mín.	Desempregada	Cas.	0	Evangélica
E6	25	Parda	Médio completo	2 sal. mín.	Autônoma	Solt.	0	Bruxaria
E7	63	Branca	Médio completo	Sem renda	Desempregada	Solt.	1	Evangélica
E8	18	Parda	Médio incompleto	0,5 sal. mín.	Desempregada	Solt.	0	Católica
E9	28	Parda	Médio completo	1 sal. mín.	Trab. informal	Divor.	1	Sem religião
E10	57	Parda	Superior incompleto	Sem renda	Desempregada	Divor.	3	Católica

Nota**:** sal. mín. = salário mínimo; Divor. = divorciada; Solt. = solteira; Cas. = casada; Fund. = fundamental; Trab. = trabalhadora; CLT = Consolidação das Leis do Trabalho.
Fonte: Dados da pesquisa

As participantes (N=10) tinham idades entre 18 e 63 anos, com média de 40,5 anos. Quanto à raça/cor, oito autodeclararam-se negras — três pretas e cinco pardas — e duas brancas.

Em relação à escolaridade, três possuíam ensino superior incompleto, um ensino superior completo, quatro ensino médio completo, um ensino médio incompleto e um ensino fundamental incompleto. Quanto à renda e à situação ocupacional, quatro participantes encontravam-se abaixo de um salário mínimo ou sem renda declarada,

cinco estavam desempregadas, duas exerciam trabalho informal, duas eram autônomas e uma possuía vínculo formal de emprego.

Quanto ao estado civil, quatro eram divorciadas, cinco solteiras e uma casada. Das dez participantes, cinco eram mães, com número de filhos variando entre um e três. A composição religiosa incluiu três católicas, três evangélicas, uma espírita, uma de tradição de bruxaria e duas sem religião declarada.

A análise das narrativas organizou-se em quatro categorias temáticas: trajetórias da violência e do cuidado, considerando temporalidades e vínculos com o agressor; compreensão da violência sexual e seus tipos; o sofrimento como experiência total; e cuidado e reconstrução como processos articulados.

Categoria 1 - Trajetórias da violência e do cuidado: Temporalidades e vínculos com o agressor.

Tabela 2: Trajetórias de violência segundo vínculo com o agressor e temporalidade

Part.	Tipo de violência	Vínculo com o agressor	Temporalidade da violência	Temporalidade da busca por cuidado
E1	Estupro com gravidez resultante	Desconhecido	Episódio único / recente	Imediata (motivada pela gestação)
E2	Estupro com gravidez resultante	Desconhecido	Episódio único / recente	Imediata (motivada pela gestação)
E3	VS intrafamiliar + violência física	Irmão	Crônica (> 20 anos)	Tardia
E4	VS intrafamiliar (estupros repetidos durante o sono)	Filho adulto	Crônica / repetida	Tardia
E5	Estupro + tentativas de abuso na infância	Desconhecido/ Padrasto	Episódio único + crônica	Muito tardia
E6	Abuso sexual na infância	Vizinho/ filho do padastro	Crônica (5–7 anos de idade)	Tardia

Part.	Tipo de violência	Vínculo com o agressor	Temporalidade da violência	Temporalidade da busca por cuidado
E7	Estupro na adolescência + VS conjugal	Desconhecido/ Cônjuge	Crônica / atravessa ciclo de vida	Tardia
E8	Abuso sexual intrafamiliar	Pai biológico	Crônica (12 aos 17 anos)	Tardia
E9	Estupro com gravidez resultante	Desconhecido	Episódio único / recente	Imediata (motivada pela gestação)
E10	VS conjugal	Companheiro (20 anos de relação)	Crônica (longa duração)	Tardia

Nota: VS = Violência Sexual; Part. = Participante. A temporalidade da busca por cuidado foi categorizada como imediata (dias após o ocorrido), tardia (meses ou anos) e muito tardia (décadas), com base nas narrativas das participantes.

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise das narrativas revela que a experiência da violência sexual se organiza em torno de dois eixos estruturantes: o vínculo com o agressor e a temporalidade da violência. Quanto ao vínculo, o corpus distribui-se entre violências perpetradas por desconhecidos (E1, E2, E5, E7, E9) e por pessoas do convívio íntimo — pai (E8), filho adulto (E4), irmão (E3), padrasto (E5), vizinho (E6), filho do padrasto (E6), companheiro de longa data (E10) e cônjuge (E7). Este segundo eixo corrobora o padrão descrito na literatura nacional, segundo o qual o agressor frequentemente ocupa posição de confiança, afeto ou autoridade na vida da mulher (Cerqueira & Bueno, 2025).

Mais do que circunstância contextual, essa proximidade constitui elemento organizador da experiência traumática: em contextos intrafamiliares ou conjugais, relações previamente estruturadas por dependência afetiva, hierarquia e assimetrias de poder dificultam a nomeação imediata da violência (Amir-ud-Din et al., 2024), tornando cada vez mais difusa, para as participantes, a fronteira subjetiva entre violência, afeto e obrigação. Para o acolhimento clínico, isso implica que a ausência

de nomeação espontânea nos primeiros atendimentos não deve ser lida como negação ou dúvida da mulher sobre o ocorrido, mas como efeito esperado de um vínculo que ainda organiza sua fala.

Merece destaque que duas participantes, E5 e E7, relataram violências perpetradas tanto por desconhecidos quanto por pessoas de seu convívio íntimo — a primeira, por um desconhecido e pelo padrasto, e a segunda, por um desconhecido e pelo cônjuge —, de modo que, para elas, a experiência de violência não se reduz a um único tipo de agressor.

Quanto à temporalidade da violência, o corpus abrange desde violências ocorridas semanas antes da entrevista (E1, E2, E9) até experiências mantidas em silêncio por décadas (E3, E5, E7), passando por situações iniciadas na infância (E7, E9), por violência conjugal cronificada (E10) e por violência cronificada perpetrada pelo filho (E4). Em E6 e E8, episódios ocorridos na infância foram nomeados como violência apenas anos depois — o silêncio não decorreu de desconhecimento do sofrimento, mas da ausência de recursos simbólicos que permitissem reconhecer a experiência como violação (McElvaney, 2015; Ullman, 2015). Nos casos mais recentes, como E1 e E2, o reconhecimento imediato coexistia com culpa, vergonha e medo do julgamento: mesmo quando prontamente identificada como crime, a violência é atravessada por mecanismos sociais que deslocam para a vítima a responsabilidade pela agressão sofrida (Scarpatti et al., 2024).

Nas situações intrafamiliares — E3, E4 E E8 —, a proximidade com o agressor impõe uma camada adicional de complexidade. Em E4, os estupros cometidos pelo filho adulto durante o sono tornavam difusa a própria delimitação subjetiva da violência, produzindo desorganização emocional pela inversão da relação de cuidado. Em E8, a violência foi sistematicamente encoberta pelo agressor, que a apresentava como brincadeira — mecanismo de captura progressiva dos referenciais interpretativos da vítima que restringe sua capacidade de reconhecer os atos como ilegítimos (Habigzang & Koller, 2012).

A temporalidade prolongada do silêncio revelou-se menos como passividade do que como resposta a contextos marcados pela vergonha, pelo medo do descrédito e pela antecipação de reações negativas (Ullman, 2024; Luu et al., 2025): E3, E5 e E10 carregaram suas experiências por muitos anos. As trajetórias de busca por cuidado espelham essa complexidade — E1, E2 e E9 chegaram ao serviço pela urgência da gestação decorrente da violência; outras percorreram longos períodos de

silêncio antes de qualquer busca institucional. Em todos os percursos, a antecipação do julgamento alheio operou como barreira persistente — barreira que, como evidencia o relato de E5: "*o povo não fala como a vítima*", não é percepção abstrata, mas aprendizado social concreto sobre o que acontece com mulheres que narram a violência sofrida.

Esse aprendizado social, contudo, não se distribui de forma homogênea entre as participantes. Para E3 e E5, pretas, e E8, parda, todas com renda abaixo ou na linha de um salário mínimo, o silêncio prolongado não pode ser lido apenas como efeito de uma condição de gênero compartilhada com as demais. É efeito do que Akotirene (2019) descreve como encruzilhada, o ponto de origem afro-brasileira em que múltiplos eixos de opressão se cruzam simultaneamente. Ser mulher, ser negra e ser pobre não são condições que se somam de forma linear: elas se atravessam e se reforçam mutuamente, produzindo uma vulnerabilidade institucional específica, a de corpos que, historicamente, a rede de proteção tratou como menos dignos de escuta e de cuidado.

Em conjunto, as narrativas evidenciam que a experiência da violência sexual não pode ser compreendida dissociada das relações nas quais se produz nem das temporalidades pelas quais é elaborada, silenciada e reconhecida.

Categoria 2 - O consentimento como eixo definidor.

A ausência de consentimento emerge como critério central e unificador na compreensão da violência sexual entre as participantes, independentemente do nível de escolaridade ou do tipo de violência vivenciada.

> *"Violência sexual, no meu consentimento, é tudo aquilo que acontece contra a sua vontade, sem o seu consentimento." (E1)*
> *"É quando a mulher é tirada esse direito dela de poder escolher com quem ela tá ali se relacionando." (E6)*
> *"Eu acho que violência também é aquele companheiro que só quer ter um sexo pelo sexo. O prazer dele não se importa com o seu. Ele me vê como um pedaço de carne, um objeto." (E10)*

As narrativas expandem a compreensão da violência sexual para além da definição jurídica restrita do estupro, incluindo experiências marcadas pela desconsideração dos limites corporais, do desejo e da autonomia feminina. No relato de E10, a violência aparece associada não apenas à ausência explícita de consentimento, mas à redução da mulher à condição de objeto sexual no interior da relação conjugal. Essa elaboração aproxima-se da literatura sobre violência sexual conjugal, frequentemente invisibilizada por normas de gênero que naturalizam a disponibilidade sexual das mulheres nas relações afetivas (Bacchus, 2024; Pateman, 2008).

As falas também sugerem que compreensões complexas sobre consentimento podem ser produzidas a partir da experiência vivida, independentemente da escolaridade formal ou do acesso prévio a categorias jurídicas especializadas. No presente corpus, a experiência aparece como fonte legítima de conhecimento: as participantes não apenas reproduzem categorias técnicas, mas elaboram, a partir do vivido, uma compreensão situada sobre limite, desejo, obrigação e violação.

Ao afirmarem o consentimento como condição inviolável de qualquer relação sexual legítima, as participantes tensionam normas de gênero que historicamente situam a mulher como objeto da sexualidade masculina e relativizam sua autonomia sobre o próprio corpo (Butler, 2003). Essa afirmação, contudo, não implica tratar o consentimento como uma categoria simples ou plenamente livre de condicionamentos. Em contextos marcados por desigualdades econômicas, hierarquias conjugais e dependências afetivas — sustentadas por normas patriarcais que naturalizam a violência de gênero (Hardt et al., 2023) —, a possibilidade de recusa pode ser estruturalmente limitada (Scarpatti et al., 2024). Na prática assistencial, isso implica reconhecer a ausência de recusa como resposta possivelmente condicionada, não como sinal de consentimento livre.

Amir-ud-Din et al. (2024), ao analisarem dados de 29 países em desenvolvimento, indicam associação entre disparidades conjugais de idade, renda e escolaridade e maior risco de violência por parceiro íntimo. Esses achados dialogam com as narrativas de E7 e E10, nas quais a violência sexual conjugal aparece prolongada no tempo e sustentada por assimetrias relacionais. Ao mesmo tempo, o corpus aprofunda a leitura estatística ao mostrar como tais assimetrias são vividas subjetivamente — não apenas como "fatores de risco", mas como experiências cotidianas de desautorização do corpo, do desejo e da palavra feminina —, reforçando

que o consentimento opera menos como evento pontual do que como processo situado, dependente das condições concretas em que a relação se estabelece.

A dificuldade de nomear: Violência sem palavra prévia.

Em três casos — E3, E6 e E8 —, as participantes não identificaram imediatamente o que sofreram como violência sexual. A nomeação ocorreu tardiamente, mediada por profissionais de saúde, informações externas ou pelo próprio processo terapêutico:

> *"A psiquiatra disse para mim que só o fato de ele querer isso com você já demonstra [...] uma violência sexual." (E3)*
> *Só com 17 anos eu fui entender que tinha acontecido um abuso." (E6)*
> *"Eu não entendia. Ele me falava que era uma brincadeira, que não era pra contar pra ninguém." (E8)*

Essa dificuldade não deve ser compreendida como falha individual, mas como efeito de condições sociais e discursivas que restringem os recursos disponíveis para reconhecer determinadas experiências como violência. A possibilidade de nomear uma experiência como violação depende, em parte, da existência de referenciais simbólicos e relacionais que tornem essa leitura possível (Foucault, 2019; Butler, 2003). Isso tem implicação direta para a escuta inicial no serviço: a ausência de nomeação espontânea não indica ausência de violência, e sim ausência, até aquele momento, de linguagem para dizê-la — o que desloca parte da responsabilidade da nomeação para a qualidade da escuta oferecida.

Nos contextos intrafamiliares, essa dificuldade tende a se intensificar: em E8, a violência era apresentada pelo agressor como brincadeira, acompanhada da imposição do silêncio — mecanismo pelo qual o abuso não opera apenas pela força, mas pela produção ativa de sua ilegibilidade, impedindo que a vítima reconheça o ocorrido como violação (Habigzang & Koller, 2012).

Ullman (2024) mostra que sobreviventes frequentemente avaliam riscos antes de revelar a violência, especialmente diante de possíveis reações negativas, descrédito ou culpabilização. Os dados desta pesquisa dialogam com estudos

recentes sobre não revelação, ao analisarem relatos vinculados à hashtag #WhyIDidntReport, identificam que os motivos para não denunciar envolvem tanto fatores externos — medo, descrédito, ausência de suporte — quanto processos internos de vergonha, culpa e autocensura (Luu et al., 2025). O corpus aqui analisado acrescenta uma dimensão qualitativa: em alguns casos, antes mesmo de denunciar, foi necessário construir a possibilidade de nomear.

A compreensão da violência sexual pelas participantes organiza-se em torno de dois movimentos articulados: a afirmação do consentimento como condição indispensável das relações sexuais e o reconhecimento retrospectivo da própria experiência como violência. Esses movimentos não são contraditórios — revelam que compreender a violência sexual é um processo situado, relacional e dependente de condições sociais, discursivas e institucionais que podem tanto favorecer quanto dificultar sua nomeação. Nesse sentido, o que as participantes nomeiam não é apenas o que sofreram, mas aquilo que, em determinado momento de suas trajetórias, tornou-se possível reconhecer como inaceitável — deslocando a pergunta "por que não falou antes?" para outra, mais rigorosa e eticamente situada: que condições foram necessárias para que a violência pudesse finalmente ser dita?

Categoria 3 — O sofrimento como experiência total.
Culpa, vergonha e silêncio**.**

O sofrimento decorrente da violência sexual aparece, nas narrativas analisadas, profundamente articulado à culpa, à vergonha e ao silêncio — dimensões interdependentes que atravessam os modos pelos quais as participantes interpretam a violência, elaboram o sofrimento e avaliam a possibilidade de revelá-lo.

> *“Vergonha e culpa. Vergonha e culpa...O maior julgamento é o meu mesmo. Eu me sinto muito culpada. Mesmo o psicólogo dizendo que a culpa não é minha..., mas não consigo ter esse sentimento dentro de mim.” (E1)*

A culpa não emerge apenas como reação individual ao trauma, mas como efeito incorporado de normas sociais que deslocam para a mulher a responsabilidade pela violência sofrida — operando, em muitos casos, antes de qualquer resposta do

entorno. Sigurvinsdottir & Ullman (2015) indicam que respostas sociais negativas intensificam a vergonha e dificultam a elaboração da experiência; no presente corpus, contudo, a culpa independe de uma reação externa concreta: ela se antecipa ao julgamento, o que sugere que sua produção é menos comunicacional do que estrutural: “Não tive coragem de procurar ajuda. Porque o povo não fala como a vítima.” (E5)

O silêncio não pode ser compreendido como passividade individual. Em muitos casos, ele emerge como estratégia possível diante da antecipação do descrédito e da culpabilização (Ullman, 2024; Luu et al., 2025). Para algumas participantes, antes mesmo da denúncia, foi necessário construir condições subjetivas mínimas para reconhecer a própria experiência como violência. Ao mesmo tempo que funciona como preservação psíquica, o silêncio contribui para a manutenção do sofrimento e para o prolongamento do isolamento — resposta produzida em contextos que frequentemente dificultam ou punem a fala feminina sobre violação, como evidencia o relato de E5, cuja antecipação do julgamento alheio não é percepção abstrata, mas aprendizado social concreto.

Corpo, sofrimento psíquico e risco à vida.

Os efeitos da violência sexual inscrevem-se no corpo e na saúde mental das participantes. Gravidez decorrente de estupro, infecções sexualmente transmissíveis, alterações dermatológicas, insônia, automutilação, ansiedade e sintomas depressivos aparecem nas narrativas como expressões articuladas do sofrimento vivido.

> “*Tenho dificuldade de dormir, choro muito, tenho pesadelos*. (E2)
> *“Eu tô com ansiedade, eu me corto, eu passo a noite acordada.”* (E8)
> *“Ganho de peso, alopecia. Ainda tenho dermatite quando fico muito ansiosa.”* (E10)

Esses relatos convergem com a literatura que associa violência sexual a transtornos traumáticos, depressivos e alterações psicossomáticas persistentes (O'Doherty et al., 2023). O corpus permite, contudo, compreender esses sintomas além de uma descrição psiquiatrizante: o corpo aparece como lugar em que a

violência continua a ser vivida quando ainda não há condições seguras de elaboração simbólica da experiência — a vergonha não elaborada converte-se em sintoma somático.

A presença de ideação suicida em quatro participantes é particularmente significativa.

> "*Fui até... cometer até suicídio. Você só quer resolver aquilo?"* (E1)
>
> *"Cheguei até a comprar veneno pra me suicidar."* (E2)
>
> *"Eu tava maquinando tirar a minha vida. Ninguém da minha família sabe disso."* (E5)

Estudos recentes identificam associação consistente entre violência sexual e comportamento suicida entre mulheres (Smania et al., 2025). O que as narrativas desta pesquisa evidenciam é que o risco suicida não decorre apenas do evento traumático isolado: ele emerge como desfecho de uma cadeia de experiências acumuladas — violência, culpa, silêncio, isolamento e insuficiência de suporte. Em E5, o sofrimento suicida permanece oculto da própria família, revelando a sobreposição entre risco psíquico e isolamento relacional.

Categoria 4 — Cuidado e reconstrução como processos articulados.

A chegada ao serviço: o desespero como porta de entrada.

Na maior parte dos casos, o acesso ao serviço não decorreu de um percurso organizado de busca por cuidado, mas de situações de crise: gravidez decorrente de estupro (E1, E2, E9), agravamento físico (E4, E7), intensificação do sofrimento psíquico (E6, E10) ou encaminhamento por outros profissionais (E3, E5, E8). Essa concentração de chegadas em momentos críticos sugere que, na ausência de suporte oportuno, o cuidado tende a ser acessado apenas quando o sofrimento atinge um limiar de insustentabilidade.

Esse achado dialoga com Melo et al. (2022), que demonstram diferenças importantes entre serviços especializados e não especializados no atendimento à violência sexual. No presente estudo, a existência do serviço especializado, embora

fundamental, não garantiu por si só o acesso precoce: antes da chegada ao Centro Sony Santos, as participantes atravessaram silêncio, desinformação, medo do julgamento e busca fragmentada por apoio — o que indica que a existência do serviço é condição necessária, mas não suficiente para garantir chegada oportuna.

O acolhimento humanizado como experiência transformadora.

A recorrência do termo "humanizado" nas falas não é casual. Ser reconhecida como sujeito — e não como caso, vítima ou procedimento — foi vivido como ruptura em relação a experiências anteriores de cuidado.

> *"Humanizado. Humanizado. Eu acho que foi o principal... a principal causa que me trouxe... me tirou um pouco o desespero*." (E1)
>
> *"Desde o dia que eu cheguei... desde a ligação, eu já fui muito bem acolhida. Me senti muito à vontade em questão de tudo. A escuta aqui é perfeita."* (E2)
>
> *"Esse lugar aqui é... eu não... em palavras, eu não sei definir o quanto este lugar é importante. Aqui a gente tem segurança. Eu me sinto segura aqui."* (E10)

O acolhimento humanizado emerge, portanto, não apenas como atributo ético do atendimento, mas como condição clínica e institucional para que recursos de enfrentamento anteriormente bloqueados possam ser mobilizados. Abordagens contemporâneas de cuidado informado pelo trauma sustentam que a busca por serviços pode favorecer processos de segurança, reconhecimento e redução de riscos de revitimização, desde que a resposta institucional não reproduza práticas coercitivas, invalidantes ou potencialmente retraumatizantes (Klein et al., 2024) — condição que o corpus indica estar parcialmente assegurada no Centro Sony Santos. No corpus, a segurança aparece como experiência relacional concreta: ser escutada, não ser julgada, poder falar no próprio tempo e encontrar continuidade no vínculo.

Reconstrução do self: atividade, vínculo e solidariedade como ancoragens identitárias.

O acolhimento humanizado inaugura as condições para que a reconstrução subjetiva se torne possível — processo que, nas narrativas analisadas, não ocorre pela elaboração verbal do trauma, mas pela retomada de práticas, vínculos e formas de reconhecimento que devolvem continuidade e pertencimento à vida cotidiana.

> *"Quando eu chego no trabalho eu sou outra pessoa. Aquilo da minha cabeça foge. Quando eu chego em casa eu volto todo de novo."* (E4)
>
> *"Comecei na academia. Eu comecei a fazer caminhada agora com a minha mãe. [...] Tem um hábito que eu gostava muito de antes: ler livro. Agora eu voltei a ler."* (E2)
>
> *"Depois de mais de 20 anos sem estudar, fiz o ENEM, né? Fiz de boa, na experiência."* (E3)

Essas falas indicam que reconstruir-se não significa apenas elaborar verbalmente o trauma, mas retomar práticas capazes de devolver previsibilidade, pertencimento e continuidade à vida cotidiana. Os achados sugerem que ocupação, rotina e reconhecimento social podem atuar como suportes identitários relevantes, favorecendo processos de reconstrução subjetiva, retomada de agência e reorganização do sentido de si após experiências traumáticas (Slade et al., 2019). No presente corpus, esse processo aparece de forma situada e concreta: trabalho, estudo, leitura, atividade física e cuidado com o corpo tornam-se modos de reinscrever a vida para além da violência — não como superação, mas como reinserção progressiva no próprio tempo.

Essa reconstrução articula-se também ao reconhecimento compartilhado entre mulheres:

> *"Tem gente aqui que passou por coisas extremamente piores que eu. E aí você vê que você não tá sozinha."* (E2)
>
> *"Minha amiga me apoiou 100%. Sempre me aconselhando... a culpa não é sua."* (E9)

As narrativas permitem distinguir duas modalidades de apoio: redes pessoais preexistentes, como no caso de E9, em que a validação oferecida por uma interlocutora de confiança foi decisiva para a legitimação da busca por cuidado; e

vínculos produzidos no próprio espaço institucional, como no relato de E2. Nesse segundo caso, o serviço especializado não apenas oferece atendimento técnico — produz uma forma de reconhecimento coletivo entre mulheres. A sala de espera, a escuta compartilhada e a percepção de que outras também sofreram violência podem deslocar a experiência da solidão moral para uma compreensão mais coletiva do sofrimento — dimensão que a psicoterapia individual não alcança por si só.

A espiritualidade como recurso de suporte e sentido

A mobilização da espiritualidade aparece como recurso de sustentação subjetiva, oferecendo linguagem para esperança, continuidade e reconstrução de sentido em experiências marcadas por ruptura, medo e desorganização.

> *"Tenho buscado fortalecer a minha vida espiritual também, que eu acho que é o que tem me ajudado muito."* (E1)
> *"Fé, eu acho. Confiança. É... Eu acho que mais fé, sabe? Fé em Deus que vai passar, que vai ter uma coisa melhor."* (E9)

Esse achado dialoga com Eytan & Ronel (2023), que descrevem a espiritualidade como dimensão potencialmente relevante nos processos de recuperação após trauma sexual, especialmente na construção de sentido diante de experiências profundamente desorganizadoras. Sua função, contudo, não é intrinsecamente protetiva: depende das formas concretas pelas quais crenças e práticas religiosas são mobilizadas em cada trajetória — podendo favorecer enfrentamento ou, inversamente, reforçar silêncio e culpabilização quando articulada a normas morais rígidas.

Isso implica que a escuta clínica deve acolher a espiritualidade como recurso legítimo sem presumir seu efeito, avaliando caso a caso se ela sustenta ou reforça a culpabilização já presente na experiência da mulher.

O processo de denúncia e as barreiras institucionais ao acesso à justiça

As barreiras ao acesso à justiça aparecem nas narrativas como experiências de descrédito, exigência de provas materiais imediatas, desorganização institucional

e baixa expectativa de efetividade do sistema. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025 registrou 87.545 casos de estupro e estupro de vulnerável em 2024 — o maior número da série histórica —, mantendo a violência sexual como problema grave e estruturalmente subnotificado no Brasil. O dado nacional permite dimensionar o problema; as narrativas mostram sua materialidade cotidiana: a subnotificação não decorre apenas da decisão individual de não denunciar, mas de experiências concretas de barreira institucional (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025).

> *"Quando eu cheguei lá na delegacia do Janga... o doutor disse, houve roubo? Eu disse, não senhor. Ele disse que a gente só atende aqui com provas."* (E4)
>
> *"Eu prestei queixa lá. Quando a gente ia, eles marcavam o dia da audiência. Quando a gente chegava lá, não tinha papel, não tinha nada."* (E7)

Quando uma mulher ouve que "só atende com provas", ou quando comparece a audiências sem que documentos estejam disponíveis, o sistema não apenas falha em garantir acesso à justiça: ele comunica à vítima que sua palavra é insuficiente — reproduzindo, na interação com o Estado, a mesma lógica de descrédito que sustenta o silêncio.

Chama atenção que as duas únicas participantes brancas do corpus foram também as únicas que relataram ter buscado a delegacia, enquanto nenhuma das demais, todas negras, chegou a essa instância, ou ao menos não relatou tê-lo feito. Ainda que o número reduzido de casos não permita generalização, essa observação abre uma questão analítica relevante: se mesmo as mulheres brancas que denunciaram enfrentaram descrédito institucional, é possível que, para as mulheres negras, o descrédito opere antes mesmo do contato com a instituição, como antecipação incorporada, e não apenas como resposta recebida.

Akotirene (2019) nomeia esse mecanismo como efeito da colonialidade, que produziu uma hierarquia de credibilidade dos corpos: o corpo da mulher negra foi historicamente tratado como corpo inviolável, no sentido perverso de que sua violação não era socialmente reconhecida como tal, herança que remonta à escravidão e que se reinscreveu nos protocolos institucionais e nas práticas cotidianas de quem decide,

hoje, a quem acreditar. A colonialidade, assim, não opera apenas no momento do atendimento, mas antes dele, na própria decisão de buscar ou não a via institucional.

Lacunas e críticas ao sistema

A avaliação amplamente positiva do Centro Sony Santos não elimina tensões estruturais. Quando o cuidado é experimentado como efetivo, as limitações deixam de ser naturalizadas e passam a ser nomeadas com maior precisão — como evidencia a crítica de E5: “Deveria ter uma sala pra espera [...] os que estão chegando, que vão fazer exame [...] e as que já estão fazendo tratamento. Eu saio pior muitas vezes.” (E5)

A crítica não se dirige ao acolhimento em si, mas às condições organizacionais que dificultam sua sustentação. Estudos destacam que abordagens trauma-informadas exigem mudanças não apenas na postura dos profissionais, mas nas práticas e estruturas dos serviços (Huo et al., 2023), reconhecendo que o dano pode ser reproduzido por fluxos institucionais e ambientes inseguros. As narrativas evidenciam ainda fragilidades na articulação com a psiquiatria, deslocando para o serviço psicológico uma responsabilidade que excede seus limites de atuação. A integralidade do cuidado depende menos da excelência isolada de um serviço e mais da capacidade da rede de sustentar continuidade, segurança e articulação interprofissional.

Em conjunto, as narrativas evidenciam que cuidado e reconstrução não são etapas separadas, mas processos articulados: a chegada ocorre pela crise; o acolhimento inaugura uma experiência de segurança; atividades estruturadas, vínculos e espiritualidade sustentam formas possíveis de reconstrução subjetiva. O que o corpus evidencia, em última instância, é que o cuidado se torna transformador não quando suprime o sofrimento, mas quando cria condições para que a mulher possa reconhecê-lo, nomeá-lo e, progressivamente, reinscrever-se além dele.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender as vivências de mulheres em situação de violência sexual atendidas no Centro de Referência Sony Santos, tomando a

experiência vivida como eixo analítico e os marcadores sociais de raça, classe e identidade de gênero como condições de leitura das narrativas produzidas.

As narrativas revelam que a violência sexual não se inscreve em experiências homogêneas nem lineares: atravessa todo o ciclo de vida, ocorre predominantemente no interior de relações de confiança e autoridade, e se perpetua por anos ou décadas antes de qualquer nomeação ou busca por cuidado. A nomeação revelou-se, em vários casos, dependente da mediação do atendimento especializado — sublinhando o papel estratégico dos serviços de referência não apenas no cuidado, mas na própria constituição das condições de reconhecimento da violência como tal. O silêncio prolongado não configura inação, mas resposta ativa a contextos marcados pela ausência de escuta, pelo medo do descrédito e pela vergonha socialmente produzida. As repercussões identificadas — culpa incorporada, sofrimento psíquico, comprometimentos físicos e ideação suicida — configuram uma experiência total que se inscreve simultaneamente no corpo, na subjetividade e nos vínculos sociais, reforçando a necessidade de acompanhamento continuado como condição — e não complemento — do cuidado.

O acolhimento humanizado do Centro Sony Santos emergiu como condição que tornou possível mobilizar recursos de enfrentamento anteriormente bloqueados. Contudo, fragilidades estruturais comprometem a integralidade da assistência: sobreposição entre usuárias em diferentes momentos do cuidado, dificuldades de articulação com a psiquiatria e descontinuidade dos vínculos institucionais. O acolhimento qualificado não substitui uma rede coesa — potencializa-se quando sustentado por ela. A ausência de questões específicas sobre raça no roteiro constituiu limitação relevante: que a dimensão racial não tenha emergido nas falas não significa que ela não esteja operando — pode indicar, ao contrário, que sua operação é tão ordinária que se torna invisível.

Os achados reafirmam que a violência sexual é fenômeno estrutural, cujo enfrentamento efetivo requer respostas igualmente estruturais: serviços com capacidade para acolher, escutar e encaminhar; redes intersetoriais que assegurem continuidade do cuidado; e políticas orientadas pela perspectiva interseccional. A escuta qualificada das sobreviventes não é apenas imperativo ético — é instrumento analítico indispensável. O que este estudo oferece não é apenas um retrato de dez mulheres em Pernambuco: é uma leitura de como a violência sexual se produz, se

mantém e, quando encontra condições favoráveis, começa a ser elaborada — e essa leitura só foi possível porque essas mulheres falaram.

5 REFERÊNCIAS

Akotirene C. (2019). *Interseccionalidade.* Pólen.

Amir-Ud-Din, R., Idrees, R., Farooqui, J., & Abbasi, A. S. (2024). Exploring spoudisparities: Age, earnings, and education as predictors of intimate partner violence in 29 developing countries. *Women's health*, *20*, Artigo 17455057241310289. https://doi.org/10.1177/17455057241310289

Bacchus, L. J., Colombini, M., Pearson, I., Gevers, A., Stöckl, H., & Guedes, A. C. (2024). Interventions that prevent or respond to intimate partner violence against women and violence against children: a systematic review. *The Lancet. Public health*, *9*(5), e326–e338. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00048-3

Bhuptani, P.H., & Messman-Moore, T.L. (2019). Blame and shame in sexual assault. In: W.T. O'Donohue, & P.A. Schewe (Eds.), *Handbook of sexual assault and sexual assault prevention* (309–322). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8_18

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade* (30 ed.). Civilização Brasileira.

Bini, M. C. N., & Silva, A. M. B. (2023). Violência contra a mulher: uma revisão sistemática da literatura na perspectiva da psicologia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *16*(2), Artigo e19787. https://periodicos.ufmg.br/index.php/gerais/article/view/52011/43780

Caluaco, H. G. F., Hino, P., Fernandes, F. S. L., Siqueira, L. D., Caldas, J. M. P., Vieira, E. W. R., & Fernandes, H. (2025). Sexual violence against women with disabilities: Intersection between race/color and vulnerability. *BMC public health, 25*(1), 3174. https://doi.org/10.1186/s12889-025-24251-5

Cerqueira, D. & Bueno, S. (2025). *Atlas da Violência 2025*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Eytan, S., & Ronel, N. (2023). From Looking for Reason to Finding Meaning: A spiritual journey of recovery from sexual trauma. *Journal of interpersonal violence*, *38*(11-12), 7404–7425. https://doi.org/10.1177/08862605221145723

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). *Anuário brasileiro de segurança pública 2025*. https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica

Foucault, M. (2019). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (9. ed.). Paz e Terra.

Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7. ed.). São Paulo: Atlas, 2019.

Habigzang, L F., & Koller, S. H. (2012). *Violência sexual contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e intervenção*. Artmed.

Hardt, S., Stöckl, H., Wamoyi, J., & Ranganathan, M. (2023). Sexual harassment in low- and middle-income countries: A qualitative systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(5),3346-3362. https://doi.org/10.1177/15248380221127255

Huo, Y., Couzner, L., Windsor, T., Laver, K., Dissanayaka, N. N., & Cations, M. (2023). Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: A systematic review. *Implementation science communications*, *4*(1), Artigo 49. https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0

Klein, L. B., Melnik, J., Curran, K., Luebke, J., Moore, K. M., Ruiz, A. M., Brown, C., Parker, D., Hernandez-White, I., & Walsh, K. (2024). Trauma-and violence-informed empowering care for sexual assault survivors. *Journal of forensic nursing*, *20*(3), 166–173. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000483

Luu, N., Drollinger, T., & Lafreniere, K. C. (2025). #WhyIDidntReport my sexual violence and its effect on social support. *Culture, health & sexuality*, *27*(7), 900–914. https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2411396

McElvaney, R. (2015). Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Review, 24*(3), 159–169. https://doi.org/10.1002/car.2280

Melo, C. M.; Soares, M. Q., & Bevilacqua, P. D. (2022). Violência sexual: Avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *27*(9), 3715-3728. https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022

Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em* saúde (14. ed.). Hucitec.

O'Doherty, L., Whelan, M., Carter, G.J., Brown, K., Tarzia, L., Hegarty, H., Feder, G., & Brown, S. J. (2023). Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,*10*(10), Artigo CD013456. https://doi.org/10.1002/14651858.cd013456.pub2

World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1cd1d190-21b8-4d54-b6a0-4bbf32612745/content

Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Violência contra as mulheres*. https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women

Pateman, C. (2008). *O contrato sexual* (4.ed.). Paz & Terra.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco. (2025). *Violência sexual e tentativa de suicídio*

Scarpatti, A. S., Lins, B. A., & Chakian, S. (2024). *Precisamos falar de consentimento: Uma conversa descomplicada sobre violência sexual além do sim e do não.* Bazar do Tempo.

Sigurvinsdottir, R., & Ullman, S. E. (2015). Social Reactions, Self-Blame and Problem Drinking in Adult Sexual Assault Survivors. *Psychology of violence*, *5*(2), 192–198. https://doi.org/10.1037/a0036316

Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Blackie, L., Llewellyn-Beardsley, J., Franklin, D., Hui, A., Thornicroft, G., McGranahan, R., Pollock, K., Priebe, S., Ramsay, A., Roe, D., & Deakin, E. (2019). Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ open*, *9*(6), Artigo e029342. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029342

Smania, T.G., Ruiz, A. M, P., Treichel, C. A. S., Souza, D. M., & Cordeiro R. C. (2025). Associação entre violência por parceiro íntimo e suicídio de mulheres moradoras de Campinas-Brasil: Estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva, 30*(10), Artigo e10812025. https://doi.org/10.1590/1413-812320253010.10812025

Smid, G. E., Lind, J., & Kruizinga, R. (2026). Meaning-making following sexual abuse: A scoping review and meta-synthesis. *Frontiers in Psychology*, *17*, Artigo 1798844. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1798844

Ullman, S. E. (2024). Aspects of selective sexual assault disclosure: Qualitative interviews with survivors and their informal supports. *Journal of Interpersonal Violence*, *39(*1-2),263-289. https://doi.org/10.1177/08862605231195808

5.1 Produto Técnico

5.1.1 Relatório técnico da capacitação



EQUIPE

Camila Tenório Gonçalves: Psicóloga clínica (CRP 02/27189) e bacharela em Direito. Mestranda em Psicologia da Saúde pela FPS. Pós-graduada em Saúde Mental e Desenvolvimento Humano (PUC-PR), Saúde Mental e Psiquiatria (IPq-USP) e TCC (PUC-RS). Atua a partir das terapias cognitivas contextuais, dedicando-se ao estudo das interfaces entre sofrimento psíquico, cultura, gênero e violência.

Juliana Monteiro Costa: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Membro do grupo de Trabalho "Famílias, Desenvolvimento Humano, Educação e Saúde da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenadora de Tutor do 5o Período de Psicologia da FPS. Tutora da extensão do curso de medicina da FPS. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS e Docente Colaboradora do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde da FPS.

Eduarda Pontual Santos: Graduação em Psicologia (UNICAP-1998) e Mestrado em Saúde Materno Infantil (IMIP-2009). Coordenadora do 2º período de Psicologia da FPS. Coordenadora da Casa das Mães, do setor de Psicologia e do Centro Sony Santos do Hospital da Mulher do Recife. Psicóloga clínica e hospitalar do IMIP.

FICHA CATALOGRÁFICA

PÁGINA 3

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO — 5

OBJETIVO — 9

MÉTODOS — 10

RESULTADOS — 12

RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS — 15

CONCLUSÃO — 18

REFERÊNCIAS — 19

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra mulheres constitui um dos problemas de saúde pública e de direitos humanos mais persistentes no Brasil. Em 2024, o país registrou 87.545 casos de estupro e estupro de vulnerável, o maior número da série histórica, o equivalente a uma mulher estuprada a cada seis minutos.[1]

Em Pernambuco, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/PE) contabilizou 1.569 casos no mesmo ano, com predomínio de vítimas do sexo feminino e forte concentração entre crianças e adolescentes.[2] Esses números, mesmo elevados, refletem apenas parte da magnitude do fenômeno, considerando a persistência da subnotificação e de barreiras relacionadas ao estigma, à culpabilização e ao acesso ao acolhimento.

Diante desse cenário, os serviços especializados de atendimento assumem papel central na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Mais do que espaços destinados à realização de procedimentos técnicos, podem constituir lugares de acolhimento, reconhecimento da violência e acesso a direitos.[3] A forma como essa resposta institucional é oferecida assume, portanto, relevância tanto para o percurso de cuidado quanto para a maneira como a mulher vivencia o atendimento após a violência.

Foi nesse contexto que se desenvolveu a pesquisa de mestrado profissional "Vivências de mulheres vítimas de violência sexual em um centro de referência de Pernambuco", que produziu achados sobre as experiências das mulheres atendidas no Centro Sony Santos, incluindo aspectos relacionados ao percurso institucional relatado pelas participantes e às suas percepções sobre o cuidado recebido.

A sistematização desses achados em um documento destinado ao próprio serviço amplia as possibilidades de circulação do conhecimento produzido, permitindo que parte dos resultados da pesquisa retorne ao contexto institucional que possibilitou sua realização.

O presente Relatório Técnico destina-se à coordenação e à equipe multiprofissional do Centro Sony Santos e tem como finalidade oferecer uma devolutiva sobre aspectos identificados na pesquisa a partir das experiências relatadas pelas mulheres atendidas, favorecendo o diálogo entre essas narrativas e as práticas cotidianas de cuidado desenvolvidas pelo serviço.

Os achados da pesquisa contribuíram para a definição do conteúdo do presente Relatório Técnico ao evidenciarem dimensões da assistência consideradas relevantes pelas próprias mulheres atendidas, especialmente aquelas relacionadas ao acolhimento, à escuta, à atuação dos profissionais, à organização do atendimento e à forma como o cuidado foi percebido pelas participantes.

Esses resultados orientaram a seleção dos aspectos contemplados no documento, privilegiando elementos do serviço que adquiriram particular significado a partir das narrativas das mulheres.

Quanto ao formato, optou-se por um relatório técnico de caráter descritivo-reflexivo, organizado de modo a aproximar os achados da pesquisa da realidade do serviço e apresentá-los em linguagem acessível à equipe. A proposta é favorecer uma devolutiva que não assuma caráter avaliativo ou corretivo, mas que possibilite compartilhar com o serviço aspectos que emergiram das narrativas das mulheres atendidas.

Além de constituir uma forma de retorno dos resultados da pesquisa ao serviço, o relatório poderá permanecer disponível como registro da articulação entre pesquisa e serviço e ser retomado pela equipe em momentos de discussão e reflexão sobre as práticas de cuidado, bem como na integração de novos profissionais. Poderá, ainda, servir como material de apoio a ações de educação permanente, ao reunir, de forma sistematizada, aspectos do atendimento que se mostraram significativos nas narrativas das participantes.

A compreensão, a aplicabilidade e a efetividade do Relatório Técnico poderão ser avaliadas posteriormente junto à equipe do Centro Sony Santos. A compreensão poderá ser verificada por meio de instrumentos breves de feedback, contemplando aspectos como clareza da linguagem, organização das informações e compreensão dos principais conteúdos apresentados.

A aplicabilidade poderá ser explorada a partir da percepção dos profissionais quanto à pertinência do conteúdo para o cotidiano do serviço e às possibilidades de utilização do documento em discussões de equipe, integração de novos profissionais e ações de educação permanente.

A efetividade, considerada em relação à finalidade educativa e de devolutiva do produto, poderá ser acompanhada de forma processual, observando-se se e de que maneira o relatório é incorporado às atividades da equipe e se favorece espaços de discussão e reflexão sobre o cuidado.

Para tanto, poderão ser realizados momentos posteriores de escuta dos profissionais, por meio de rodas de conversa ou entrevistas breves, buscando conhecer os usos atribuídos ao documento, sua contribuição percebida e eventuais aspectos passíveis de aprimoramento. Dessa forma, a avaliação poderá incorporar a perspectiva da própria equipe acerca da clareza, pertinência e utilidade do relatório para o contexto do serviço.

OBJETIVO

O presente Relatório Técnico tem como objetivo apresentar à coordenação e à equipe multiprofissional do Centro Sony Santos uma devolutiva sobre aspectos identificados na pesquisa de mestrado profissional "Vivências de mulheres vítimas de violência sexual em um centro de referência de Pernambuco", a partir das narrativas das mulheres atendidas no serviço, contribuindo para o diálogo entre essas experiências e as práticas cotidianas de cuidado desenvolvidas pela equipe.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada no Centro de Referência Especializado Sony Santos, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. A pesquisadora esteve presente no serviço em oito dias distintos, período em que se aproximou do contexto institucional e realizou a abordagem das mulheres para participação na pesquisa.

Participaram dez mulheres em situação de violência sexual atendidas no Centro. O convite foi realizado de forma individualizada e presencial, acompanhado da apresentação dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos envolvidos e das garantias éticas de participação.

Considerando a natureza sensível do fenômeno investigado, a decisão de participar ou não foi compreendida como exercício de autonomia das mulheres, sendo respeitados tanto o consentimento para narrar suas experiências quanto a escolha de não fazê-lo.

O encerramento da coleta foi orientado pelo critério de saturação teórica, observado quando as entrevistas finais passaram a reiterar núcleos de sentido já presentes no material produzido.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente em espaço reservado nas dependências do serviço. As entrevistas buscaram possibilitar que as participantes narrassem, em seus próprios termos, suas vivências, percepções e sentimentos relacionados à violência sofrida e ao atendimento recebido. Sua duração acompanhou o ritmo narrativo e a disponibilidade emocional de cada mulher, com tempo médio aproximado de 30 minutos. Mediante consentimento, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise do material foi realizada segundo a análise temática de conteúdo proposta por Minayo[4], envolvendo organização do corpus, identificação de núcleos de sentido, construção temática e interpretação dos achados à luz de referenciais sobre gênero, poder e violência. Buscou-se compreender não apenas os conteúdos recorrentes entre as entrevistas, mas também os sentidos atribuídos pelas participantes às experiências vividas e ao cuidado recebido no serviço.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob o parecer nº 7.908.852, sendo assegurados às participantes sigilo, confidencialidade e anonimato.

RESULTADOS

Os achados apresentados a seguir foram selecionados a partir de aspectos das narrativas das mulheres atendidas que dialogam diretamente com o cotidiano do serviço. Por essa razão, não são detalhadas neste Relatório Técnico as trajetórias individuais de violência das participantes, abordadas no corpo da dissertação com os cuidados éticos e de confidencialidade pertinentes.

Acolhimento como experiência marcante

A palavra "humanizado" apareceu de forma recorrente nas entrevistas, associada à sensação de ser reconhecida como pessoa, e não apenas como caso ou procedimento. Uma participante descreveu o acolhimento como o que "me tirou um pouco o desespero" logo na chegada. Outra relatou ter se sentido "muito bem acolhida" desde o primeiro contato telefônico. Uma terceira resumiu a experiência dizendo: "aqui a gente tem segurança".

Escuta e disponibilidade para o tempo da mulher

A qualidade da escuta foi mencionada como elemento importante nas experiências de atendimento relatadas pelas participantes. Uma delas descreveu a escuta recebida como "perfeita". Nas narrativas, a segurança aparece relacionada à experiência concreta com a equipe: sentir-se escutada, não se perceber julgada e encontrar espaço para falar no próprio ritmo.

Reconhecimento entre mulheres no espaço do serviço

Além do vínculo com a equipe, uma das narrativas chamou atenção para a experiência de encontrar outras mulheres atendidas no serviço. Ao perceber, na sala de espera, que "tem gente aqui que passou por coisas extremamente piores", a participante relacionou esse encontro à percepção de que não estava sozinha. O relato sugere que o compartilhamento do espaço com outras usuárias pode, em determinadas experiências, produzir reconhecimento e diminuir a sensação de isolamento, acrescentando uma dimensão coletiva ao cuidado oferecido no serviço.

A chegada ao serviço

Na maior parte dos casos, a busca pelo Centro ocorreu em situações de crise, como gravidez decorrente da violência, agravamento físico ou psíquico ou encaminhamento realizado por outro profissional. As narrativas mostram que a existência de um serviço especializado é fundamental, mas que a chegada até ele também é atravessada pelas condições que permitem às mulheres reconhecer e nomear a violência, conhecer os recursos disponíveis e buscar ajuda. Em algumas trajetórias, esse percurso foi imediato; em outras, ocorreu apenas após períodos prolongados de silêncio ou mediante a participação de outras pessoas e profissionais.

Organização do atendimento

Uma das participantes relatou desconforto com o compartilhamento da sala de espera por mulheres em diferentes momentos do atendimento. Em sua experiência, a convivência, no mesmo espaço, entre usuárias que chegavam para os primeiros procedimentos e aquelas que já se encontravam em acompanhamento poderia intensificar seu sofrimento emocional. Esse relato dialoga com uma percepção registrada pela pesquisadora durante os dias de sua estadia no serviço.

O Centro Sony Santos dispõe de entrada própria e discreta, separada do acesso ao Hospital da Mulher. Durante a estadia, contudo, não foi identificada distinção interna entre o fluxo de primeiro atendimento e o de acompanhamento continuado. Por se tratar de uma percepção pontual, sem observação sistemática do fluxo assistencial, não permite conclusões sobre o funcionamento habitual do serviço, mas, em diálogo com o relato de uma participante, constitui um aspecto passível de reflexão pela equipe.



Articulação com a rede de cuidado

Algumas narrativas trouxeram dificuldades relacionadas ao acesso e à continuidade do cuidado em outros pontos da rede de saúde mental, particularmente na assistência psiquiátrica. Na experiência relatada pelas participantes, essas dificuldades podem repercutir sobre o acompanhamento realizado no próprio Centro e sobre as possibilidades de continuidade do cuidado. O achado reforça a importância da articulação entre diferentes serviços e profissionais para a integralidade da assistência, sem atribuir ao Centro, isoladamente, a responsabilidade por questões que envolvem o funcionamento mais amplo da rede.

RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

As recomendações apresentadas a seguir foram elaboradas a partir dos aspectos das narrativas das participantes que dialogam mais diretamente com o cotidiano do Centro Sony Santos. Não possuem caráter prescritivo ou avaliativo, mas buscam oferecer à equipe possibilidades de reflexão e de incorporação dos achados da pesquisa às práticas já desenvolvidas no serviço.

1. **Preservar e compartilhar as práticas que sustentam o acolhimento reconhecido pelas usuárias.**

A recorrência de relatos positivos sobre acolhimento, segurança e humanização constitui um dos principais achados relacionados ao serviço. Recomenda-se que a equipe identifique e compartilhe internamente as práticas que considera fundamentais para sustentar essa experiência, favorecendo sua continuidade e sua transmissão na integração de novos profissionais.

2. Preservar condições de escuta que respeitem o ritmo de cada mulher.as que sustentam o acolhimento reconhecido pelas usuárias.

As narrativas relacionaram a qualidade da escuta à possibilidade de falar no próprio ritmo, sem julgamento e em um contexto percebido como seguro. Recomenda-se preservar essa característica do atendimento, reconhecendo que diferentes mulheres podem necessitar de tempos, formas de expressão e níveis de disponibilidade distintos para falar sobre a violência vivida.

3. Discutir possibilidades de organização do fluxo interno que considerem diferentes momentos do cuidado.

Os relatos evidenciaram experiências distintas em relação ao compartilhamento do espaço entre as usuárias. Para uma participante, encontrar outras mulheres atendidas contribuiu para diminuir a sensação de isolamento; para outra, compartilhar a espera com mulheres que chegavam para o primeiro atendimento produzia sofrimento. Diante dessas experiências, recomenda-se que a equipe reflita sobre a possibilidade de diferenciar, quando necessário e viável, os fluxos de primeiro atendimento e de acompanhamento continuado, sem desconsiderar que o encontro entre mulheres também pode assumir significado de reconhecimento e pertencimento para algumas usuárias.

4. Ampliar a circulação de informações sobre o Centro e sua articulação com pontos estratégicos da rede.

Considerando que, em diferentes trajetórias, a chegada ao serviço ocorreu em situações de crise ou após a participação de outros profissionais, recomenda-se fortalecer a divulgação sobre o Centro Sony Santos, suas formas de acesso e os atendimentos disponibilizados junto a serviços que possam entrar em contato com mulheres em situação de violência. Essa articulação pode favorecer o conhecimento sobre o serviço e ampliar as possibilidades de encaminhamento e acesso ao cuidado.

5. Fortalecer a articulação com a rede de saúde mental, especialmente para continuidade do cuidado psiquiátrico quando necessário.

Dificuldades relacionadas ao acesso e à continuidade da assistência em outros pontos da rede de saúde mental apareceram nas narrativas das participantes. Considerando que parte dessas questões ultrapassa a governabilidade do próprio Centro, recomenda-se manter e, quando possível, fortalecer a articulação com os serviços de referência, incluindo o mapeamento dos fluxos existentes, a atualização dos recursos disponíveis e a interlocução com a gestão da rede diante de dificuldades recorrentes de encaminhamento e continuidade do cuidado.

6. Incorporar os achados da pesquisa a espaços de discussão e educação permanente da equipe.

Considerando que as próprias usuárias identificaram aspectos do atendimento que favoreceram segurança, acolhimento e reconhecimento, recomenda-se que os achados deste Relatório Técnico possam ser retomados em reuniões de equipe, momentos de educação permanente e integração de novos profissionais. Sua utilização pode favorecer a reflexão sobre práticas que já são reconhecidas positivamente pelas mulheres atendidas e sobre aspectos que, a partir de suas experiências, podem continuar sendo discutidos pelo serviço.

CONCLUSÃO

Os achados apresentados neste Relatório Técnico evidenciam o reconhecimento, pelas mulheres participantes, do acolhimento, da escuta e da segurança encontrados no Centro Sony Santos, ao mesmo tempo em que apontam aspectos que podem permanecer em reflexão pela equipe, especialmente quanto à organização do fluxo interno e à articulação com outros pontos da rede de cuidado.

Ao devolver ao serviço parte das experiências narradas pelas próprias usuárias, espera-se que este documento contribua para dar visibilidade às práticas já reconhecidas positivamente e para subsidiar espaços de diálogo e educação permanente. Mais do que indicar caminhos previamente definidos, a proposta é que as vozes das mulheres atendidas possam continuar participando da reflexão sobre o cuidado que lhes é oferecido.

REFERÊNCIAS

1- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025 [acesso em 4 set. 2026]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf

2- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. Violência sexual e tentativa de suicídio [Internet]. Recife: CIEVS/PE; 2025 [acesso em 4 set. 2026].

3- D'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(4):1037-50. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011

4- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

5.1.2 Ebook


FPS
FACULDADE
PERNAMBUCANA
DE SAÚDE
Além do protocolo
Um guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual
Recife, 2026

Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Além do protocolo

Um guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual

Roteiro: Camila Tenório Gonçalves
Orientação: Prof. Dra. Juliana Monteiro Costa e Prof. Me. Eduarda Pontual Santos

Recife, 2026.

Além do protocolo - Um pequeno guia sobre escuta, cuidado e humanidade diante da violência sexual

Autoras



Camila Tenório Gonçalves: Psicóloga clínica (CRP 02/27189) e bacharela em Direito. Mestranda em Psicologia da Saúde pela FPS. Pós-graduada em Saúde Mental e Desenvolvimento Humano (PUC-PR), Saúde Mental e Psiquiatria (IPq-USP) e TCC (PUC-RS). Atua a partir das terapias cognitivas contextuais, dedicando-se ao estudo das interfaces entre sofrimento psíquico, cultura, gênero e violência.



Juliana Monteiro Costa: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Membro do grupo de Trabalho "Famílias, Desenvolvimento Humano, Educação e Saúde da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenadora de Tutor do 5o Período de Psicologia da FPS. Tutora da extensão do curso de medicina da FPS. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS e Docente Colaboradora do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde da FPS.



Eduarda Pontual Santos: Graduação em Psicologia (UNICAP-1998) e Mestrado em Saúde Materno Infantil (IMIP-2009). Coordenadora do 2º período de Psicologia da FPS. Coordenadora da Casa das Mães, do setor de Psicologia e do Centro Sony Santos do Hospital da Mulher do Recife. Psicóloga clínica e hospitalar do IMIP.

Ficha catalográfica

Ficha catalográfica será elaborada pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

SUMÁRIO

Apresentação 06

Quem cuida precisa de cuidado 9

Cada lugar tem sua função 11

O tempo da escuta não cabe no protocolo 14

Não tratamos a violência sexual. Tratamos a pessoa 16

O que não fazer 18

Ninguém sustenta sozinho 20

Referências 22

APRESENTAÇÃO

Alguns trabalhos que exigem conhecimento técnico. Outros exigem resistência. Alguns exigem algo mais difícil e mais raro: continuar humano diante da dor que se repete.

Desde os primórdios da tradição literária ocidental, encontramos registros simbólicos contundentes do silenciamento das vozes femininas. Na Odisseia, de Homero, Telêmaco — filho de Ulisses e Penélope — dirige-se à mãe para ordenar que ela se retire e se cale, afirmando que a palavra pública não lhe pertence. Frequentemente analisada como uma das cenas fundadoras da cultura letrada ocidental, essa passagem inaugura também uma distribuição desigual da palavra, na qual às mulheres foi historicamente negado o direito de falar e, sobretudo, de serem ouvidas.

Foi com essa percepção que cheguei ao Centro Sony Santos. Durante dois meses, estive presente não apenas como pesquisadora, mas como alguém que esteve diante de mulheres tentando reorganizar a própria existência depois da violência. Ouvi histórias. Vi palavras faltarem. E compreendi que o problema não está somente na violência em si, mas em tudo aquilo que faz uma mulher acreditar que sua dor não encontrará lugar no mundo.

Este e-book nasceu desse percurso. É o produto técnico da pesquisa de mestrado intitulada "Vivências de Mulheres Vítimas de Violência Sexual em um Centro de Referência de Pernambuco", desenvolvida com o objetivo de que o conhecimento produzido no campo acadêmico pudesse chegar, de forma acessível e aplicável, às mãos de quem trabalha diariamente no acolhimento dessas mulheres.

Mais do que um estudo sobre violência sexual, a pesquisa nasceu como uma investigação acerca dos processos históricos, sociais e discursivos que produzem e sustentam o silenciamento das mulheres. Porque a violência, aqui, não se encerra no ato em si. Ela se prolonga na vergonha, no medo, no descrédito social, nas barreiras institucionais, na dificuldade de nomeação da experiência e na persistente deslegitimação de suas narrativas.

Nem todas as mulheres que participaram do meu estudo chegaram aos registros oficiais. Não porque a violência não tivesse acontecido, mas porque medo, vergonha, barreiras institucionais e uma cultura ainda pouco preparada para escutar produziram novos apagamentos. A violência, nesses casos, não deixou apenas marcas. Deixou vazios.

Quem trabalha no acolhimento encontra isso todos os dias. Nas conversas que tenho com profissionais sobre essa temática, uma cena se repete: a busca por respostas. Um desejo legítimo de tornar o encontro com tanto sofrimento menos angustiante, mais manejável. Os protocolos são fundamentais porque organizam fluxos, orientam condutas, reduzem danos. O problema começa quando se espera que deem conta de tudo. Nenhum manual consegue garantir aquilo que mais transforma uma experiência de acolhimento: a maneira como um ser humano olha para outro enquanto ele tenta narrar algo que quase não sobreviveu para contar. Nenhum profissional atravessa essas histórias sem ser afetado. Um dos maiores riscos do trabalho contínuo com a violência é justamente este: acostumar-se. Perder o espanto. e transformar a dor do outro em procedimento automático.

Este material nasce como recusa a isso. Recusa à ideia de que a violência sexual possa ser tratada apenas como fluxo institucional. Recusa à banalização do sofrimento feminino. Recusa à crença de que a escuta seja um detalhe secundário diante das urgências técnicas.

O que orienta estas páginas é o desejo de contribuir para uma compreensão fundamental: a escuta ética não transforma mulheres em personagens de uma narrativa de sofrimento permanente, nem as reduz à posição de vítimas como identidade definitiva. O que ela faz é deslocar o centro da responsabilidade. Quando uma mulher é efetivamente escutada, reconhecida e levada a sério, algo muda também em quem escuta. O profissional, a instituição e a própria sociedade deixam de ocupar o lugar confortável de quem apenas observa a violência à distância e passam a ser convocados a responder por aquilo que ouviram e, sobretudo, por aquilo que historicamente foi silenciado. Porque depois que uma dor é reconhecida, já não é mais possível sustentar a mesma indiferença.

A pesquisa cresceu em mim à medida que compreendi a centralidade dessas narrativas como expressão de existência, resistência e produção de sentido. Mais do que números, encontrei histórias. Histórias atravessadas por dor, mas também por ambivalências, tentativas de elaboração, sobrevivência e reconstrução. Por isso, proponho que este e-book possa ser lido também como um gesto — ainda que modesto — de amplificação. Um esforço para que essas vozes possam ecoar para além dos espaços restritos em que tantas vezes permanecem confinadas.

No mundo pelo qual eu luto, um material como este seria obsoleto e sua leitura provocaria espanto. A escuta não seria um privilégio concedido seletivamente e o acolhimento não dependeria da performance da vítima ideal. As instituições não reproduziriam novas formas de violência sob o nome de cuidado e as mulheres não precisariam gastar parte tão significativa de suas vidas tentando provar que aquilo que viveram realmente aconteceu. Nesse mundo, talvez este material não desaparecesse completamente. Talvez permanecesse como testemunho de um tempo que precisou ser transformado — um registro de estruturas que existiram, produziram sofrimento e foram, coletivamente, recusadas.

Busco, então, com muita cautela, não transformar a dor em dado frio, e contribuir para uma prática de acolhimento que dispute memória, reconhecimento e possibilidade de transformação.

E é por isso que, ao concluir este trabalho, não posso dizer que tenha sido um prazer desenvolvê-lo, pela crueldade do tema que ele enfrenta. Mas posso afirmar, com absoluta sinceridade, que foi uma grande honra escutar essas mulheres e ter a responsabilidade de transformar parte de suas histórias em algo que possa, agora, servir a outras.

QUEM CUIDA PRECISA DE CUIDADO

"Aquele que luta com monstros deve acautelar-se para não tornar-se também um monstro. Quando se olha muito tempo para um abismo, o abismo olha para você."
– F. Nietzsche

Começo com Friedrich Nietzsche porque há frases que explicam mais sobre o humano do que muitos manuais clínicos e, essa, fala diretamente sobre quem trabalha diante da violência. O abismo de que ele fala pode ser o contato prolongado e sistemático com o sofrimento humano em sua forma mais brutal e o que esse contato faz com quem o sustenta.

Na saúde, esse desgaste pode ser chamado de desgaste emocional, fadiga por compaixão ou, até, traumatização vicária. Mas existe algo mais difícil de nomear do que qualquer diagnóstico: o risco de endurecer aos poucos, de perder o espanto, de ouvir uma história devastadora com a mesma naturalidade de quem confere um formulário. Isso acontece de forma insidiosa, quando a repetição da violência encontra profissionais cansados e instituições que exigem produtividade até diante da dor humana.

Reconhecer esse risco é o que permite continuar sem se perder. O cuidado ético e sustentável começa quando as instituições compreendem que quem acolhe o sofrimento alheio não é imune ao peso do que escuta. Quem cuida também precisa ser cuidado. Não como concessão, mas como condição.

Vale, então, o questionamento, antes de pensarmos em protocolos: o que estamos dispostos a construir para que o cuidado não se transforme em exaustão solitária?

Há uma imagem bastante conhecida nas instruções de voo que, apesar de repetida, continua necessária: em caso de emergência, coloque primeiro a máscara de oxigênio em você antes de ajudar outra pessoa. Não porque o outro importe menos, mas porque alguém sem ar já não consegue sustentar cuidado algum.

No trabalho com violência sexual, isso também é verdade. Precisamos cuidar de quem acolhe não apenas para preservar profissionais, mas para preservar a própria possibilidade de humanidade dentro do cuidado. Porque, quando ninguém respira, a escuta endurece, a presença desaparece e a sobrevivência do outro corre o risco de virar apenas burocracia.



CADA LUGAR TEM SUA FUNÇÃO

Existe uma distinção que raramente aparece com clareza suficiente na formação dos profissionais de saúde, mas que define de maneira profunda a qualidade do cuidado oferecido: a diferença entre o papel clínico, o papel pericial e o papel terapêutico. Três lugares distintos, com linguagens distintas, com responsabilidades distintas. E confundi-los não é apenas um erro técnico. É um erro ético.

Quando uma mulher chega a uma unidade de emergência após uma situação de violência sexual, o que ela encontra ali não deveria ser um tribunal. O foco do atendimento emergencial é acolher, oferecer profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis e para gravidez indesejada, tratar as lesões físicas presentes e garantir que ela saia dali com mais suporte do que trouxe. O corpo que chegou machucado precisa de cuidado. A pessoa que chegou em crise precisa de presença. O foco daquele encontro não deveria ser submeter a mulher a uma lógica de prova ou a um julgamento investigativo sobre a veracidade do relato.

No contexto da perícia médico-legal, a função é outra e igualmente legítima: reunir e documentar vestígios físicos que possam subsidiar a investigação criminal. O olhar é forense, o registro é técnico e preciso, e o objetivo é oferecer à Justiça elementos materiais que ela não poderia obter de outra forma. Já no setting clínico de acompanhamento continuado, o tempo é diferente, o vínculo é diferente e o que se constrói ali também é diferente. Não se trata de coletar informações nem de documentar vestígios, mas de oferecer condições para que uma pessoa possa, no seu próprio ritmo, elaborar aquilo que viveu. O instrumento principal não é o protocolo nem o laudo. É a relação.

Há ainda uma distinção que merece atenção especial: estabelecer responsabilidade penal ou afirmar juridicamente a ocorrência do crime não é atribuição da área da saúde. Ao profissional de saúde cabe descrever achados clínicos, compatibilidades e elementos técnicos relevantes, sem ultrapassar os limites éticos e legais da sua função. Dizer que determinados achados são compatíveis com violência sexual é profundamente diferente de afirmar, de maneira conclusiva, que a violência ocorreu, e essa diferença define os limites do que nos compete afirmar.

Quando esse limite é ultrapassado, os efeitos se fazem sentir em múltiplas direções. Laudos que afirmam mais do que os achados sustentam podem fragilizar processos judiciais e comprometer a credibilidade do próprio sistema de proteção. Ao mesmo tempo, a exigência implícita de que o corpo da mulher apresente provas visíveis e inequívocas para que ela seja levada a sério reproduz, dentro do espaço de cuidado, a mesma lógica de desconfiança que ela já enfrentou antes de chegar até nós.

Porque a ausência de lesões físicas não é ausência de violência.

Boa parte das violências sexuais não deixa marcas detectáveis no exame físico, e isso não invalida o relato. Invalida apenas a expectativa de que o corpo sempre testemunhará a seu favor de maneira legível.

Escutar alguém para oferecer cuidado é diferente de escutar alguém para produzir evidência. Quando esses lugares se confundem, o risco é que o encontro clínico deixe de ser espaço de acolhimento e passe a reproduzir a lógica interrogativa que tantas mulheres já enfrentaram antes mesmo de chegar ao serviço.

Compreender esses papéis com clareza não diminui a responsabilidade do profissional de saúde. Amplia-a. Dentro do espaço clínico, a função não é investigar a veracidade do que foi dito, mas oferecer cuidado àquele ser humano que está ali. No contexto pericial, o rigor técnico precisa ser exercido com consciência de que laudos têm consequências reais sobre vidas reais. E no acompanhamento terapêutico, a presença precisa ser sustentada com paciência suficiente para que o tempo da pessoa seja respeitado, mesmo quando ele não coincide com o tempo da instituição.

Isso também exige que abandonemos uma fantasia muito comum nos contextos de cuidado: a ideia de que um único profissional dará conta de tudo. Nenhum atendimento isolado resolve integralmente os efeitos de uma violência sexual. O trabalho ético começa justamente quando compreendemos que fazemos parte de uma rede maior e que a qualidade do cuidado depende, muitas vezes, da capacidade de cada profissional reconhecer os limites e a importância da própria função.

Nem sempre caberá a nós investigar. Nem sempre caberá a nós acompanhar a longo prazo. Nem sempre caberá a nós produzir prova. Mas sempre caberá a nós fazer, com responsabilidade e humanidade, aquilo que aquele lugar nos convoca a fazer.

Saber exatamente onde se está e o que aquele lugar exige é, em si, uma forma de cuidado.

O TEMPO DA ESCUTA NÃO CABE NO PROTOCOLO

Escutar alguém em situação de violência vai muito além de coletar informações, preencher lacunas de um prontuário ou organizar cronologias. Existe algo profundamente ético na escuta porque ela interrompe, ainda que por alguns instantes, a solidão de quem sofreu. Muitas mulheres chegam aos serviços de saúde depois de passarem tempo demais tentando explicar a própria dor e encontrando dúvida, minimização ou desconfiança. Algumas ouviram que exageraram. Outras aprenderam a suspeitar de si mesmas. Há quem tenha sustentado sozinha uma violência inteira porque o entorno parecia mais confortável em desacreditá-la do que em reconhecer aquilo que aconteceu.

Por isso, acolher significa oferecer um espaço em que alguém consiga existir sem precisar disputar credibilidade enquanto tenta organizar o próprio sofrimento. A escuta começa antes das palavras. Ela aparece na qualidade da presença, na forma como alguém olha, espera, responde e suporta o tempo do outro sem apressá-lo. Existe cuidado quando o profissional compreende que experiências traumáticas frequentemente chegam fragmentadas, atravessadas por pausas, esquecimentos, contradições e silêncios, porque o trauma desorganiza a linguagem e altera a maneira como a memória é registrada e narrada.

Escutar eticamente é sustentar aquilo que ainda não consegue ser plenamente dito. É compreender que ninguém elabora uma experiência traumática sob frieza, ameaça ou desconfiança e que acolher também significa produzir segurança. A técnica continua sendo indispensável, mas ela ganha outra dimensão quando atravessada pela capacidade de permanecer diante do sofrimento humano sem transformar dor em interrogatório ou sobrevivência em burocracia.

E isso também exige uma mudança importante na forma como entendemos o cuidado. O que está em jogo não é resolver a violência, apagar rapidamente seus efeitos ou conduzir a pessoa até um lugar que imaginamos ideal. O trabalho clínico consiste em ajudar alguém a construir condições de pensamento sobre a própria experiência, no tempo dela, com os recursos dela e a partir do lugar subjetivo em que ela se encontra.

Isso aparece de forma muito clara quando pensamos na culpa. Muitas mulheres sabem, intelectualmente, que não foram responsáveis pela violência que sofreram. O profissional explicou. Elas ouviram. Em algum nível racional, compreendem isso. E ainda assim não conseguem sentir dessa maneira. Porque a culpa raramente nasce apenas do evento traumático. Ela costuma ser construída muito antes, em uma cultura que ensina mulheres a vigiarem o próprio corpo, a própria roupa, a própria circulação, como se evitar a violência fosse responsabilidade delas.

Por isso, o cuidado nem sempre exige respostas rápidas ou interpretações brilhantes. Muitas vezes, exige paciência suficiente para sustentar um vínculo em que, aos poucos, a experiência de não ser culpada possa deixar de ser apenas uma informação compreendida cognitivamente e se tornar algo emocionalmente vivido.

Em muitos casos, o que mais repara uma experiência de violência não é apenas a intervenção correta, embora ela seja fundamental, mas a experiência rara de encontrar alguém capaz de permanecer presente diante da dor sem desviar o olhar.

NÃO TRATAMOS A VIOLÊNCIA SEXUAL. TRATAMOS A PESSOA.

Há uma advertência que precisa acompanhar qualquer trabalho clínico com violência sexual: nós não tratamos a violência em abstrato. Tratamos a pessoa que está diante de nós. E essa diferença muda profundamente a maneira como escutamos, observamos, perguntamos e compreendemos aquilo que aparece no encontro clínico.

Quando alguém chega ao consultório com insônia persistente, ansiedade difusa, libido ausente ou uma dor que resiste ao diagnóstico orgânico, ela não chega como "um caso de violência sexual". Chega como uma pessoa específica, com uma história específica, um corpo específico e uma maneira singular de ter atravessado aquilo que viveu. A violência pode atravessar muitos dos sintomas apresentados, mas ela não esgota quem aquela pessoa é nem deve se transformar no único eixo organizador do cuidado.

O sofrimento costuma aparecer de forma múltipla e pouco organizada. Numa mesma sessão, alguém pode falar da dificuldade para dormir, mencionar casualmente um episódio vivido anos antes, descrever uma disfunção sexual atribuída a outro fator e trazer uma tristeza que ainda não consegue nomear. Nada disso surge em sequência lógica. Nada vem acompanhado de explicações claras. E o trabalho clínico exige justamente a capacidade de permanecer diante dessa multiplicidade sem a urgência de organizá-la antes do tempo.

O que orienta o cuidado, portanto, é a atenção aos sintomas e à forma como eles se apresentam naquela pessoa concreta. Insônia precisa ser manejada como insônia. Comportamento suicida exige avaliação de risco imediata. Automutilação demanda cuidado específico. A urgência clínica existe mesmo quando a história ainda está fragmentada e quando certos acontecimentos ainda não puderam ser simbolizados ou narrados.

Com o tempo, à medida que o vínculo se constrói e o espaço terapêutico se torna seguro, aquilo que estava encapsulado começa a emergir. Surge devagar, em fragmentos, em comentários aparentemente desconectados, em emoções que inicialmente parecem não fazer sentido. E quando isso acontece, o profissional precisa estar preparado para receber essa experiência sem espanto, sem julgamento e sem precipitar interpretações que a pessoa ainda não consegue sustentar emocionalmente.

Existe uma diferença importante entre aquilo que o clínico já consegue perceber e aquilo que a pessoa ainda consegue suportar saber sobre si mesma. O cuidado exige sensibilidade para sustentar essa distância sem invadi-la. Significa permanecer presente sem pressionar, oferecer espaço sem exigir revelações e construir condições para que algo possa ser pensado antes mesmo de conseguir ser plenamente dito.

O que está em jogo não é resolver a violência ou conduzir rapidamente alguém até uma suposta superação. O trabalho clínico consiste em ajudar aquela pessoa a construir condições de pensamento sobre a própria experiência, no tempo dela, com os recursos dela e a partir do lugar subjetivo em que ela se encontra. Isso exige abrir mão da ilusão de controle que, às vezes, acompanha os modelos excessivamente técnicos de cuidado e da expectativa de que existam passos universais capazes de produzir resultados previsíveis.

O cuidado com pessoas que viveram violência raramente acontece de forma linear. Há avanços, interrupções, retornos, silêncios e percursos muito singulares. E cada percurso pertence à pessoa que o atravessa.

Nosso papel não é definir esse caminho por ela. É garantir que ela não precise percorrê-lo sozinha.

O QUE NÃO FAZER

Até aqui, este ebook caminhou de forma deliberadamente aberta. Falou de postura, de ética, de presença, de limites entre papéis. Falou sobre o que orienta o cuidado sem prescrever exatamente como ele deve acontecer. É possível que esse caminho tenha frustrado alguns leitores que esperavam algo mais direto, mais operacional, mais próximo de um roteiro.

Essa abertura foi intencional.

Porque não existe matemática no sofrimento humano. Não existe protocolo capaz de antecipar cada mulher que entrará por aquela porta, com aquela história específica, naquele momento específico de sua vida. Cada pessoa é um mundo. Cada atendimento é um encontro singular. E qualquer material que prometa exatidão diante disso estará, de alguma forma, mentindo.

Dito isso, há um território onde a diretividade é não apenas possível, mas necessária: o das condutas que sabidamente produzem dano. Aquilo que, independentemente da singularidade de cada caso, não deveria acontecer. O que a evidência, a ética e a escuta acumulada ao longo desta pesquisa indicam como práticas que ferem antes de cuidar.

É sobre isso que este tópico trata.

- **Não pergunte o que ela fez para provocar.**
  Nem com essas palavras, nem com nenhuma variação delas. Perguntas sobre o comportamento anterior da vítima, sobre o que ela vestia, onde estava, com quem, por que foi, por que ficou, por que não saiu antes, transferem responsabilidade para quem sofreu a violência e reproduzem, dentro do espaço de cuidado, a mesma lógica que a violência já exerceu.

- **Não demonstre incredulidade.**
  Expressões faciais, silêncios prolongados, perguntas que exigem que o relato se justifique a si mesmo, comentários sobre incoerências na narrativa — tudo isso sinaliza desconfiança. E a pessoa que está ali já carrega, muitas vezes, a dúvida sobre se será acreditada. Confirmar esse medo dentro do serviço de saúde é uma segunda violência.

- **Não minimize.**

  Frases como "mas poderia ter sido pior", "pelo menos você está bem", "o importante é que você sobreviveu" pretendem consolar e frequentemente fazem o oposto. Elas interrompem o sofrimento antes que ele possa ser reconhecido. Minimizar não alivia a dor. Ensina à pessoa que ela não deveria senti-la.

- **Não apresse o relato.**

  O trauma não se organiza em linha reta. A pessoa pode falar devagar, voltar atrás, perder o fio, silenciar por minutos inteiros. Isso não é confusão — é a forma como memórias traumáticas se apresentam. Interromper, completar frases, demonstrar pressa ou impaciência fragmenta ainda mais o que já chegou fragmentado.

- **Não exija detalhes desnecessários.**

  Perguntar sobre detalhes do ato violento além do que é clinicamente necessário para o atendimento não é apuração de informação. É exposição. Cada detalhe desnecessariamente solicitado obriga a pessoa a revisitar o que viveu sem nenhum propósito terapêutico ou de cuidado.

- **Não ofereça sua opinião sobre o agressor.**

  Comentários sobre o agressor, sobre o relacionamento, sobre escolhas passadas da vítima ou sobre o que ela deveria ter feito não cabem dentro do setting de cuidado. Não é o papel do profissional de saúde julgar nenhuma das partes. É oferecer cuidado a quem está ali.

- **Não prometa o que não pode cumprir.**

  Dizer que "vai dar tudo certo", que "a Justiça vai resolver" ou que "ele vai pagar pelo que fez" são promessas que o profissional de saúde não tem condições de garantir. Quando não se cumprem, e muitas vezes não se cumprem, a pessoa carrega também a decepção de ter acreditado em algo que não aconteceu.

- **Não trate o silêncio como problema a ser resolvido.**

  O silêncio dentro de um atendimento pode ser elaboração, pode ser medo, pode ser exaustão, pode ser a única forma que aquela pessoa encontrou de estar presente sem se despedaçar. Preenchê-lo compulsivamente com perguntas ou com confortos verbais pode interromper algo que estava, silenciosamente, acontecendo.

- **Não descuide de si.**

  Este último item não é sobre o que não fazer com a paciente. É sobre o que não fazer consigo. Não ignorar o próprio desgaste. Não tratar a exaustão emocional como sinal de fraqueza. Não atravessar essas histórias todas sozinho, sem supervisão, sem espaço de elaboração, sem ninguém que também pergunte como você está.

NINGUÉM SUSTENTA SOZINHO

Serviços de atendimento imediato

180 — Central de Atendimento à Mulher (24h, todos os dias)

192 — SAMU (emergências médicas)

193 — Bombeiros

190 — Polícia Militar

100 — Disque Direitos Humanos

Organizações não governamentais de referência nacional

Instituto Maria da Penha
www.institutomariadapenha.org.br

Themis — Gênero, Justiça e Direitos Humanos
www.themis.org.br

CFEMEA — Centro Feminista de Estudos e Assessoria
www.cfemea.org.br

SOS Corpo — Instituto Feminista para a Democracia
www.soscorpo.org.br

Cunhã Coletivo Feminista
www.cunha.org.br

Instituto Patrícia Galvão
www.agenciapatriciagalvao.org.br

Recursos digitais e plataformas de apoio

Mapa do Acolhimento — www.mapadoacolhimento.org
Conecta mulheres em situação de violência a psicólogas e advogadas voluntárias.

Direitos Delas — www.direitosdelas.org.br
Informação jurídica acessível sobre direitos das mulheres.

Think Olga — www.thinkolga.com
Pesquisa e comunicação sobre segurança e direitos das mulheres.

Serviços de referência em Recife

Centro de Referência Especializado Sony Santos
Atendimento a mulheres em situação de violência: acolhimento psicossocial, orientação jurídica e encaminhamentos para a rede de proteção.
Telefone: (81) 2011-0118

Casa Abrigo Clarice Lispector
Acolhimento temporário para mulheres em risco de vida por violência doméstica. Moradia protegida, acompanhamento psicossocial e jurídico.
Telefone: (81) 3355-3008

Defensoria Pública de Pernambuco — NUDEM
Assistência jurídica gratuita: medidas protetivas, separação, guarda, alimentos.
Telefone: (81) 3183-3400
www.defensoria.pe.def.br

DEAM Recife — Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
Rua Dona Maria Augusta Novaes, s/n, Derby, Recife.
Telefone: (81) 3184-3914

Legislação de referência

Lei Maria da Penha — Lei 11.340/2006
Mecanismos de proteção contra a violência doméstica e familiar.

Lei 13.505,/2017
Estabelece diretrizes para o atendimento policial e pericial especializado às mulheres em situação de violência, reforçando a necessidade de escuta qualificada e acolhimento humanizado.

Lei 12.845/2013
Obriga hospitais públicos a oferecerem atendimento emergencial e integral a vítimas de violência sexual, incluindo profilaxias e interrupção legal da gravidez.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 25 maio 2025.

KLEIN, L. B. et al. Trauma-and violence-informed empowering care for sexual assault survivors. Journal of Forensic Nursing, v. 20, n. 3, p. 166-173, 2024. DOI: https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000483.

MACHADO, Liandre Padilha; FREITAG, Vera Lucia. Cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e33210212595, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12595.

MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022.

SLADE, M. et al. Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. BMJ Open, v. 9, n. 6, e029342, 2019. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029342.

TEIXEIRA, Fernanda Ferreira et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde: desafios para a integralidade do cuidado. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 3, e220253, 2023.

TROMBETA, Natane Cristina; FERRET, Jhainieiry Cordeiro Famelli. Da palavra ao acolhimento: a escuta qualificada com vítimas de violência sexual. Revista UNINGÁ Review, v. 28, n. 3, p. 180-184, out./dez. 2016.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Referência Sony Santos, em Pernambuco, considerando os significados atribuídos à violência, as trajetórias de busca por cuidado e as estratégias de enfrentamento mobilizadas a partir dos marcadores sociais de raça, classe e gênero. À luz dos resultados produzidos, considera-se que esse objetivo foi alcançado, na medida em que as narrativas das participantes permitiram compreender não apenas os impactos da violência sexual em suas múltiplas dimensões, mas também os processos sociais, subjetivos e institucionais que atravessam a possibilidade — ou a impossibilidade — de nomear, reconhecer e elaborar a violência vivida.

Os achados evidenciaram que a violência sexual não se inscreve em experiências homogêneas nem lineares. Ela atravessa diferentes momentos da vida e ocorre, predominantemente, em contextos marcados por vínculos de confiança, proximidade ou autoridade, frequentemente no interior das relações familiares e afetivas. O consentimento emergiu como categoria central e dinâmica, atravessada por assimetrias de poder, dependências afetivas, normas de gênero e condições concretas que limitam a possibilidade de recusa. As participantes elaboraram, a partir de suas próprias experiências, compreensões sofisticadas sobre limite, obrigação, desejo e violação, reafirmando que a experiência vivida constitui fonte legítima de conhecimento sobre a violência sexual e seus efeitos — e que compreender o consentimento exige deslocar o olhar de um evento pontual para um processo situado, dependente das condições relacionais e estruturais em que cada relação se estabelece.

O silêncio prolongado apareceu não como passividade ou ausência de reação, mas como resposta produzida em contextos marcados pelo medo do descrédito, pela vergonha socialmente construída e pela ausência de espaços seguros de escuta. Em muitos casos, a própria nomeação da violência mostrou-se dependente da mediação de serviços especializados, evidenciando que o problema da violência sexual não reside apenas no ato violento em si, mas também nas condições sociais, culturais e institucionais que dificultam seu reconhecimento. Nesse sentido, a culpa incorporada revelou-se menos uma reação individual ao trauma do que um efeito de estruturas sociais que deslocam para as mulheres a responsabilidade pela violência sofrida — operando, em vários casos, de forma anterior e independente de qualquer julgamento externo concreto, o que revela seu caráter eminentemente estrutural e não apenas interpessoal.

As repercussões identificadas configuraram uma experiência total de sofrimento, inscrita simultaneamente no corpo, na subjetividade e nos vínculos sociais das participantes.

Sofrimento psíquico intenso, sintomas físicos, alterações na sexualidade, culpa persistente, ideação suicida e comprometimentos relacionais reafirmaram a violência sexual como fenômeno de profunda relevância para a Psicologia da Saúde. O corpo apareceu, em diversas narrativas, como o lugar em que a violência continuava a ser vivida quando ainda não existiam condições seguras de elaboração simbólica — a vergonha não elaborada convertendo-se em sintoma somático. O risco suicida, presente em quatro participantes, revelou-se como desfecho de uma cadeia acumulada de violência, silêncio, isolamento e insuficiência de suporte — e não apenas do evento traumático isolado —, reafirmando a necessidade de acompanhamento continuado como condição, e não como complemento, do cuidado.

Ao mesmo tempo, os resultados permitiram reconhecer o papel decisivo do acolhimento institucional na produção de possibilidades de cuidado, reconhecimento e reconstrução subjetiva. O Centro Sony Santos emergiu, para muitas participantes, como um dos primeiros espaços em que a violência pôde ser narrada sem culpabilização imediata da vítima. Ser reconhecida como sujeito — e não apenas como caso, procedimento ou denúncia — foi vivido como ruptura em relação a experiências anteriores de silêncio, descrédito e invisibilidade. A reconstrução subjetiva se deu não pela elaboração verbal do trauma, mas pela retomada de práticas, vínculos e formas de reconhecimento capazes de devolver continuidade e pertencimento à vida cotidiana. Esses achados reforçam a importância de serviços especializados comprometidos com escuta qualificada, acolhimento humanizado e cuidado informado pelo trauma — ao mesmo tempo que evidenciam que a excelência de um serviço isolado não substitui uma rede intersetorial coesa, capaz de sustentar continuidade, articulação interprofissional e integralidade da assistência.

Esta pesquisa produziu também implicações práticas relevantes para os serviços de saúde e para a formação de profissionais da rede de proteção. Os produtos técnicos elaborados — artigo científico, relatório técnico de capacitação e e-book educativo — buscaram transformar os resultados da pesquisa em estratégias concretas de formação, sensibilização e qualificação do cuidado. A capacitação presencial realizada em maio de 2026, com 15 profissionais de saúde, obteve média geral superior a 4,5 em escala *Likert* de 1 a 5, com destaque para a clareza do conteúdo, a sensibilização às demandas das mulheres vítimas e a utilidade para a prática profissional futura; a demanda por maior carga horária, identificada de forma recorrente nas avaliações, foi interpretada como indicador de engajamento e interesse, e não de insatisfação. Esses resultados evidenciam o potencial da pesquisa qualitativa em Psicologia da Saúde não apenas como produção acadêmica, mas como instrumento de transformação institucional e de fortalecimento de práticas de cuidado mais éticas, críticas e humanizadas.

Como toda investigação qualitativa situada, este estudo apresenta limitações que precisam ser reconhecidas. A expressiva recusa à participação — compreendida eticamente como exercício legítimo de autonomia diante do sofrimento — restringiu o número de entrevistas realizadas. Além disso, a pesquisa contemplou exclusivamente mulheres que conseguiram acessar algum nível de cuidado institucional, não alcançando aquelas que permanecem totalmente afastadas da rede de atendimento, o que representa um horizonte relevante para estudos futuros. Reconhece-se, ainda, como limitação a ausência de questões específicas sobre raça no roteiro de entrevista (Apêndice C): que a dimensão racial não tenha emergido explicitamente nas falas não significa que ela não esteja operando — pode indicar, ao contrário, que sua operação é tão ordinária que se torna invisível. Dado que a maioria das participantes se autodeclarou negra e que os dados nacionais apontam sistematicamente a sobre representação de mulheres negras entre as vítimas de violência sexual, estudos futuros deverão abordar essa dimensão de forma direta e estruturada.

Os resultados reafirmam a necessidade de fortalecimento das redes intersetoriais de cuidado, de ampliação da formação continuada de profissionais e do desenvolvimento de práticas institucionais comprometidas com o acolhimento, a não revitimização e o reconhecimento das narrativas das mulheres como formas legítimas de produção de conhecimento sobre violência e cuidado. Do ponto de vista científico, estudos futuros poderão aprofundar as interseções entre violência sexual, raça, território, geração e classe social, bem como investigar as experiências de mulheres que não acessam os serviços especializados ou que abandonam precocemente os acompanhamentos oferecidos.

Talvez o maior risco diante da violência seja transformá-la em algo esperado, um dado recorrente, uma estatística inevitável, um sofrimento ao qual a sociedade aprende, perigosamente, a se acostumar. Por isso, mais do que encerrar uma investigação, deseja-se que este trabalho permaneça como recusa: recusa à naturalização da violência, à banalização do sofrimento feminino e à ideia de que o silêncio das mulheres seja algo ordinário. Se esta pesquisa deixa alguma contribuição, que seja a de reafirmar que escutar também é uma forma de responsabilidade e que há experiências que não precisam apenas ser estudadas, mas reconhecidas, legitimadas e acolhidas. Enquanto houver mulheres tentando convencer o mundo de que sua dor aconteceu, ainda haverá muito a ser transformado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva: WHO;2005. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1cd1d190-21b8-4d54-b6a0-4bbf32612745/content

2. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Violência contra as mulheres. [site]. OPAS;2017. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women

3. Organização das Nações Unidas. Declaração e programa de ação de Viena: resultados da primeira conferência mundial sobre os direitos humanos. ONU;1993. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf

4. Beauvoir S. O segundo sexo. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;2019.

5. Bourdieu P. A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica. 23.ed. Rio de Janeiro: Difel;2024.

6. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 30.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira;2003.

7. Pateman C. O contrato sexual. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz &Terra;2008.

8. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 9.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;2020.

9. Scarpati AS, Guerra VM, Duarte CN. Adaptação da escala de aceitação dos mitos de estupro: evidências de validade. Aval Psicol, Itatiba [Internet]. 2014;13(1):57-65.

10. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, 31 Dez 1940.

11. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, 8 Ago 2006.

12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 Jul 1990.

13. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 2 Ago 2013.

14. Scarpatti AS, Lins BA, Chakian S. Precisamos falar de consentimento: uma conversa descomplicada sobre violência sexual além do sim e do não. São Paulo: Bazar do Tempo;2024.

15. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da parte especial do decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília,10 Ago 2009.

16. Bini MC, Silva AM. Violência contra a mulher: uma revisão sistemática da literatura na perspectiva da psicologia. Gerais, (Univ. Fed. São João del-Rei) [Internet]. 2023;16(2):e19787. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/gerais/article/view/52011/43780

17. O'Doherty L, Whelan M, Carter GJ, Brown K, Tarzia L, Hegarty H, et al. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2023;10(10):CD013456. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.cd013456.pub2

18. Smania TG, Ruiz AM, Treichel CA, Souza DM, Cordeiro RC. Associação entre violência por parceiro íntimo e suicídio de mulheres moradoras de Campinas-Brasil: estudo caso-controle. Cien Saúde Colet [Internet]. 2025;30(10):e10812025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320253010.10812025

19. Bhuptani PH, Messman-Moore TL. Blame and shame in sexual assault. In: O' Donohue W.T. O'Donohue WT, Schewe PA(Eds.), Handbook of sexual assault and sexual assault prevention. Cham: Springer Nature; 2019. pp. 309-322.

20. Sigurvinsdottir R, Ullman SE. Social reactions, self-blame and problem drinking in adult sexual assault survivors. Psychol Violence [Internet]. 2015;5(2):192–8. Available from: https://doi.org/10.1037/a0036316

21. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública;2025. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/07/anuario-2025.pdf

22. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária; Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco. Violência sexual e tentativa de suicídio. 2025.

23. D'Oliveira AF, Schraiber L, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciên Saúde Colet, Rio de Janeiro [Internet]. 2009;14(4):p.1037–50. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011

24. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-aviolencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres

25. Prefeitura do Recife. Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha. Recife, [site]. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/pagina/hospital-da-mulher-do-recife-dra-merces-pontes-cunha.

26. Minayo MC, Souza E R. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557081150

27. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec;2010.

28. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019. 152 p

29. Humbert AL, Strid S. Intersectionality and Gender-Based Violence: an empirical multi-level examination of prevalence and frequency in universities and research organizations. Violence Against Women. 2025;31(10):2553-73. Available from: https://doi.org/10.1177/10778012241265363

30. Caluaco HGF, Hino P, Fernandes FSL, Siqueira LD, Caldas JMP, Vieira EWR, et al. Sexual violence against women with disabilities: intersection between race/color and vulnerability. BMC Public Health. 2025;25(1):3174. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-025-24251-5

31. Hatcher AM, Page S, Aletta van Eck L, Pearson I, Fielding-Miller R, Mazars C, et al. Systematic review of food insecurity and violence against women and girls: Mixed methods findings from low- and middle-income settings. PLOS Glob Public Health. 2022;2(9):e0000479. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000479

32. Gretgrix E, Farmer C. Sexual violence at Australian universities: intersectionality in policy and practice. Harm Reduct J. 2026 Mar 21;23(1):90. Avilable from: https://doi.org/10.1186/s12954-026-01430-0

33. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7.ed. São Paulo: Atlas;2019.

34. Van Dijk TA. Prefácio: o giro discursivo. In: Iñiguez L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis, RJ: Vozes;2004. pp.9-14,

35. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola;1999.

36. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União. Brasília, 24 mai 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PARTIPANTES DA PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora: Profa. Dra. Juliana Monteiro, Profa. Msc. Eduarda Pontual Santos e Camila Tenório Gonçalves,

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Título do Estudo: *Vivências de Mulheres Adultas Vítimas de Violência Sexual Atendidas em um Centro de Referência em Pernambuco*.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tem como objetivo fornecer informações claras e detalhadas sobre a pesquisa intitulada *Vivências de Mulheres Adultas Vítimas de Violência Sexual Atendidas em um Centro de Referência em Pernambuco*, que está sendo conduzida pela mestranda da Faculdade Pernambucana de Saúde, Camila Tenório Gonçalves. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e poderá contribuir significativamente para o aprimoramento do acolhimento institucional de mulheres vítimas de violência sexual.

A pesquisa tem como objetivo analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um Centro de Referência de Pernambuco, considerando marcadores sociais como raça, classe e identidade de gênero. Através dessa investigação, buscamos identificar como os serviços de saúde podem ser melhorados para atender de forma mais eficaz e empática as vítimas dessa violência.

Se você aceitar participar desta pesquisa, você será convidada a participar de uma entrevista semiestruturada. Durante a entrevista, você será incentivada a compartilhar suas experiências, sentimentos e opiniões sobre o acolhimento recebido no hospital após a violência sexual. Todas as entrevistas serão gravadas, mas garantirão o anonimato e a confidencialidade das informações.

Os principais riscos para as participantes envolvem o possível sofrimento emocional desencadeado pela recordação das experiências traumáticas vivenciadas. Para minimizar esse risco, as entrevistas serão conduzidas por profissional capacitados, com sensibilidade para lidar com os relatos de violência, e as participantes poderão interromper a entrevista a qualquer momento. Havendo desconforto emocional, o pesquisador vai ofertar espaço de escuta e acolhimento em dois encontros no formato remoto via Google Meet.

A participação no estudo pode proporcionar um benefício indireto para as participantes, como o alívio emocional ao compartilhar suas histórias em um espaço seguro e a possibilidade de contribuir para a melhoria do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Além

disso, o desenvolvimento de um e-book com diretrizes de acolhimento e escuta qualificada poderá beneficiar outras mulheres e profissionais da saúde, promovendo uma abordagem mais humanizada no cuidado a vítimas de violência sexual.

Todas as informações coletadas serão tratadas com a máxima confidencialidade e anonimato. Os dados da pesquisa serão armazenados de forma segura e só serão acessados pela equipe de pesquisa. As informações serão usadas exclusivamente para fins acadêmicos e de melhoria das práticas de acolhimento a vítimas de violência sexual.

A sua participação neste estudo é completamente voluntária. Caso decida participar, poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer justificativa ou prejuízo para o atendimento ou relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos. Com sua autorização, as entrevistas serão gravadas para análise posterior. As gravações serão usadas exclusivamente para os fins da pesquisa e serão apagadas após a análise dos dados.

Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre seus direitos como participante, você pode entrar em contato com a mestranda Camila Tenório Gonçalves, através do telefone para contato (81) 97320-2552 ou por e-mail camilatenoriopsicologia@gmail.com. Caso deseje fazer uma denúncia, você também pode procurar a comissão de ética da instituição Faculdade Pernambucana de Saúde, pelo telefone (81) 3035-7777.

Ao assinar este documento, você declara que:

- Foi informado(a) sobre o propósito, os procedimentos, os riscos e os benefícios da pesquisa.
- Tem ciência de que pode desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízos de qualquer natureza.
- Está ciente de que suas informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade.
- Concorda com a gravação da entrevista e o uso das informações para os fins exclusivos da pesquisa.

Por favor, leia atentamente as informações acima e, caso tenha quaisquer dúvidas, não hesite em perguntar antes de assinar.

Declaro que aceitei participar desta pesquisa.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

Data: //_____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: //_____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário de Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____

2. Estado civil:

( ) Solteira
( ) Casada
( ) Separada
( ) Divorciada
( ) Viúva

3. Escolaridade:

( ) Sem instrução
( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Superior Completo
( ) Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado)

4. Ocupação (atividade principal):

( ) Trabalhadora formal (empregada com carteira assinada)
( ) Trabalhadora informal (autônoma, freelancer, etc.)
( ) Desempregada
( ) Estudante
( ) Dona de casa
( ) Aposentada
( ) Outra: _____

5. Renda mensal familiar (em reais): _____

6. Naturalidade:

( ) Recife
( ) Outra cidade (especificar): _____

7. Composição familiar (quantas pessoas moram em sua casa?): _____

8. Você possui filhos?

( ) Sim Se sim, quantos filhos você tem? _____
( ) Não

9. Religião (caso se identifique):

( ) Católica
( ) Evangélica
( ) Espírita
( ) Sem religião
( ) Outra: _____

10. Você reside em área rural ou urbana?

( ) Rural
( ) Urbana

11. Raça/Cor (conforme autodeclaração):
( ) Branca
( ) Preta
( ) Parda
( ) Amarela
( ) Indígena
( ) Prefere não responder
( ) Outra: _____

12. Você já passou por algum atendimento de saúde relacionado à violência sexual anteriormente?

( ) Sim
( ) Não

13. Quais são as suas principais fontes de apoio social? (marque todas as que se aplicam)

( ) Família
( ) Amigos
( ) Religião
( ) Profissionais de saúde
( ) Grupos de apoio
( ) Outros (especificar): _____

APÊNDICE C- ROTEIRA DA ENTREVISTA PARA AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Título da pesquisa: *Vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um centro de referência de Pernambuco*
Mestranda: Camila Tenório Gonçalves
Orientador(a): Juliana Monteiro
Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde
***Entrevista somente após leitura e assinatura do TCLE.**

BLOCO 1 – Preencher o questionário de dados sociodemográficos

---

BLOCO 2 – COMPREENSÃO SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL

1. Como você entende o que é violência sexual?
2. Quais tipos de violência você acredita que se enquadram nessa categoria?
3. Você já havia escutado ou aprendido sobre isso antes de vivenciar a situação? Se sim, de onde?

BLOCO 3 – RELATO DA EXPERIÊNCIA

4. Você se sente confortável em contar, com as palavras que desejar, o que aconteceu com você?
5. Quais foram os primeiros sentimentos ou reações que você teve após o ocorrido?
6. Houve alguma pessoa ou instituição que você procurou logo após o fato? Por quê?

BLOCO 4 – IMPACTOS NA SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL

7. Você percebeu alguma consequência física após a violência?
8. Como você percebe que essa experiência afetou sua vida até hoje?
9. Você recebeu ou tem recebido algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

BLOCO 5 – ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

10. Como foi o acolhimento pela equipe profissional?

BLOCO 6 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

11. Quais estratégias você tem utilizado para lidar com tudo isso?

BLOCO 7 – CONTEXTO SOCIOCULTURAL E FAMILIAR

12. Como sua família ou pessoas próximas reagiram quando souberam da violência (se souberam)?
13. Como você se sentiu ao contar para? Por quê?
14. Houve algum tipo de julgamento, culpa ou silêncio em torno do que aconteceu?

BLOCO 8 – PRÁTICAS DE CUIDADO E RECONSTRUÇÃO

15. Na sua opinião, como os profissionais podem ajudar nessas situações?

ENCERRAMENTO

16. Há algo que você gostaria de acrescentar que não foi perguntado, mas que considera importante?
17. Você gostaria de deixar uma mensagem para outras mulheres que passaram ou passam por situações semelhantes?

ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências de mulheres vítimas de violência sexual em um centro de referência de Pernambuco

Pesquisador: JULIANA MONTEIRO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92563525.0.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.908.852

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas no campo Apresentação do Projeto, Objetivos da Pesquisa e Avaliação de Riscos e Benefícios, foram retiradas do documento Informações Básicas da pesquisa VIVÊNCIAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO .Versão:1.Submissão: 03/10/25.

CAAE: 92563525.0.0000.5569

Instituição Proponente:ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar as vivências de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um Centro de Referência de Pernambuco, considerando marcadores sociais como raça, classe e identidade de gênero.

Objetivo Secundário:

3.2.1Descrever os dados sociodemográficos em relação às mulheres vítimas de violência sexual atendidas centro de referência de referência em Pernambuco, como: idade; escolaridade; naturalidade; ocupação; estado civil; se possui filhos; numero de filhos; religião; com quem reside; classe; raça; também, descrever o tempo que é atendida no

Endereço: Avenida Mascarenhas de Morais, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br



estabelecimento;

3.2.2 Conhecer o que as mulheres vítimas de violência sexual compreendem como violência e suas tipologias;

3.2.3 Investigar os impactos da violência sexual na saúde física e emocional;

3.2.4 Compreender como o atendimento foi realizado em equipe multidisciplinar;

3.2.5 Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres para lidar com situações de violência sexual;

3.2.6 Analisar o processo de denúncia e busca por ajuda institucional;

3.2.7 Desenvolver produto técnico integrado, composto por um e-book educativo e um circuito de palestras voltados para profissionais da saúde e da rede de proteção, com orientações sobre práticas de escuta qualificada e acolhimento institucional a mulheres vítimas de violência sexual, como o propósito de sensibilizá-los e capacitá-los para desenvolver estratégias de acolhimento na atuação, bem como analisar o feedback dos profissionais envolvidos quanto à efetividade da ação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os principais riscos para as participantes envolvem o possível sofrimento emocional desencadeado pela recordação das experiências traumáticas vivenciadas. Para minimizar esse risco, as entrevistas serão conduzidas por profissional capacitados, com sensibilidade para lidar com os relatos de violência, e as participantes poderão interromper a entrevista a qualquer momento. Havendo desconforto emocional, o pesquisador vai ofertar espaço de escuta e acolhimento durante quatro encontros de até 50 minutos no formato remoto via Google Meet

Benefícios:

Proporcionar um benefício indireto para as participantes, como o alívio emocional ao compartilhar suas histórias em um espaço seguro e a possibilidade de contribuir para a melhoria do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Além disso, o desenvolvimento de um e-book com diretrizes de acolhimento e escuta qualificada poderá beneficiar outras mulheres e profissionais da saúde, promovendo uma abordagem mais humanizada no cuidado a vítimas de violência sexual.



A participação dos profissionais nas capacitações e na pesquisa proposta proporcionará benefícios tanto no plano individual quanto institucional. Ao longo das atividades, os participantes terão acesso a conteúdos atualizados sobre violência sexual, saúde mental e estratégias de acolhimento humanizado, o que contribui para o aprimoramento do conhecimento técnico-científico e para a qualificação diferenciada de sua prática profissional. Além disso, a capacitação possibilitará o desenvolvimento de habilidades de escuta qualificada, manejo de situações de crise e condução adequada de encaminhamentos, aspectos fundamentais para o fortalecimento da empatia e da humanização no atendimento às mulheres em situação de violência

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo será de caráter qualitativo, exploratório e descritivo. A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de explorar, em profundidade, as percepções, sentimentos e os significados atribuídos pelas participantes à experiência de violência sexual e ao atendimento institucional recebido em contexto hospitalar. Como destaca Minayo17, os estudos qualitativos são particularmente indicados quando se busca compreender os sentidos atribuídos por sujeitos sociais a determinados fenômenos, especialmente aqueles marcados por complexidade, subjetividade e sofrimento18. No caso da violência sexual, não se trata apenas de quantificar sua ocorrência, mas de apreender como ela é vivida, elaborada e narrada pelas mulheres que a experienciam. A abordagem qualitativa permite acessar aspectos subjetivos que não seriam alcançados por instrumentos padronizados, como questionários fechados, tais como o impacto da violência sobre a identidade, as estratégias de enfrentamento e os sentidos produzidos em contextos institucionais de cuidado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto Básico: OK

Projeto Detalhado: OK

TCLE participantes: OK

TCLE profissionais: OK

Lattes: OK

Carta de Anuência: OK

Folha de Rosto: OK

Orçamento: OK

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 7.908.852

Recomendações:

Ajustar o cronograma nos Projetos dentro da plataforma brasil e no projeto Detalhado, á data de submissão ao CEP: 03/10/25.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde:

É da responsabilidade do pesquisador

- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Apresentar dados quando solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- Apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

Cabe ao CEP

- Acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais e final (seguir os modelos disponíveis no site da FPS) e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2640244.pdf	03/10/2025 10:35:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	03/10/2025 10:34:59	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes.docx	03/10/2025 10:34:53	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.docx	03/10/2025 10:34:36	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Morais, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - AECISA

Continuação do Parecer: 7.908.852

Investigador	projeto.docx	03/10/2025 10:34:36	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	26/09/2025 13:58:05	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Declaração de concordância	carta.pdf	18/09/2025 17:26:01	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	18/09/2025 17:24:22	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	18/09/2025 17:24:13	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Outros	Lattes_Eduarda.pdf	18/09/2025 17:23:49	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Outros	Lattes_Camila.pdf	18/09/2025 17:23:32	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito
Outros	Lattes_Juliana.pdf	18/09/2025 17:23:13	JULIANA MONTEIRO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 16 de Outubro de 2025

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Morais, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

ANEXO B - REGRAS DA REVISTA

Psicologia e Saúde em Debate

Início / Submissões

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. Acesso em uma conta existente ou Registrar uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✔ Estou enviando, separadamente, a folha de rosto com os dados dos autores (conforme template da revista nas diretrizes). Meu manuscrito não possui qualquer identificação que possibilite ao avaliador me identificar.
- ✔ O artigo está nos moldes do template da revista (Veja os templates em "Normas e Submissão"). Se está enviando seu TCC, monografia, dissertação ou tese para publicação, tenha certeza que o mesmo está seguindo este template. Retire todas as páginas que não fazem parte do artigo (capa, contracapa, agradecimentos, etc.).
- ✔ Se está enviando as correções de um artigo já submetido, não crie uma nova submissão! Entre no seu painel de controle do site e envie o arquivo corrigido dentro da mesma submissão. Para isso, entre na sua submissão e dentro do campo "Avaliações" clicar em "Enviar arquivo".
- ✔ Atenção ao cadastrar os autores. Todos os autores devem ser cadastrados corretamente, com nome, filiação e endereço para correspondência. Uma vez submetido o artigo, não será possível cadastrar autores adicionais para vinculação do ORCID.
- ✔ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- ✔ O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF dentro do template da revista. O link para o arquivo de template da revista encontra-se nas "Diretrizes para autores".

- ✔ O DOI das referências foram informados quando possível, ou a URL de acesso das mesmas.
- ✔ O texto está em espaço 1,5 no texto 1,0 no resumo e nas referências bem como notas de rodapé; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
- ✔ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
- ✔ Me comprometo a realizar o pagamento da taxa assim que houver um parecer positivo para o artigo. Estou ciente que caso não seja feito o pagamento o meu artigo será desconsiderado a prior da publicação.
- ✔ Verifiquei o manuscrito do artigo com o software copyspider e a porcentagem de plágio é menor ou igual que 3%.
- ✔ Estou incluindo o parecer de aprovação da minha pesquisa (para o caso de artigos originais e relatos de experiência) no Comitê de ética responsável ou órgão similar do meu país.
- ✔ ⚠ AVISO IMPORTANTE: Nosso servidor está com instabilidade no envio de e-mails para endereços Hotmail, Outlook, Live e domínios associados. Autores cadastrados nesses provedores devem atualizar seu e-mail para outro provedor (Gmail, Yahoo, etc.) para continuar recebendo as notificações da revista normalmente.

Diretrizes para Autores

O **cadastro do ORCID** deve ser feito pelo autor que está submetendo o artigo, não é possível que os editores façam essa atribuição pelos autores. Se tiver dificuldades para atribuir seu ORCID, siga esse guia aqui.

1 Apresentação

O autor encarregado das correspondências deve ser claramente definido.

A revista aceita artigos escritos nos idiomas português brasileiro, espanhol e inglês. Os manuscritos devem ser preparados de acordo com o padrão de estilo indicado abaixo. Os editores reservam-se ao direito de ajustar o estilo, caso os ajustes sejam pequenos, para manter o padrão de uniformidade. Em caso da necessidade de ajustes complexos o manuscrito será devolvido aos autores para as devidas correções.

Clique aqui para acessar o Fluxograma de Publicação da revista.

TODAS AS CORREÇÕES DEVEM SER ENVIADAS EM ATÉ 15 DIAS CORRIDOS, AO QUAL, CASO NÃO SEJA ENVIADAS, A SUBMISSÃO SERÁ ARQUIVADA.

A contribuição deve ser original e inédita, e não estar sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor". Toda submissão deve estar de acordo com as diretrizes básicas para a integridade na atividade científica publicado pelo CNPq: leia aqui.

2 Escopo para Submissão em Categorias

- Obrigatoriamente as submissões devem conter em sua temática uma articulação com o campo da Psicologia e suas áreas afins.

O artigo deve se encaixar em uma das seguintes seções:

- **Estudo Teórico:** Discussão de temas e problemas fundamentados teoricamente, envolvendo reflexão crítica e indicação avanços científicos no estado da arte a ele associado. É necessário conter: resumo, introdução, desenvolvimento (seções de texto), conclusão ou considerações finais, referências e quando for o caso incluir também: método, resultados e discussão. Devem ser escritos entre 10 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

Clique aqui para baixar o template para estudos teóricos. (é necessário baixar o template e editá-lo no computador)

- **Relato de Caso e/ou Experiência:** Relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, de interesse e relevância científica e social para as diferentes áreas do conhecimento psicológico, e que demonstrem contribuições para a melhoria de práticas profissionais em Psicologia. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 15 e 20 laudas, não considerando resumos e referências. A descrição da metodologia deve evidenciar o número do parecer de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos;

Clique aqui para baixar o template para relatos de caso e/ou experiência. (é necessário baixar o template e editá-lo no computador)

- **Artigo Original:** Investigação original, de relevância científica, baseadas em estado da arte e dados empíricos, observando os fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado. É importante que seja explicitada a contribuição da pesquisa para a produção do conhecimento em Psicologia. É necessário conter: introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais. Devem ser escritos entre 10 e 25 laudas, não considerando resumos e referências A descrição da metodologia deve evidenciar o número do parecer de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos;

Clique aqui para baixar o template para artigos originais (pesquisa de campo).(é necessário baixar o template e editá-lo no computador)

- **Resenhas:** Apresente a síntese e crítica sobre um trabalho científico já publicado, livro ou filme, devendo tomar por 4 a 10 laudas e referências. Serão aceitos para análise resenhas de obras com até 2 anos de lançamento, porém, exceções poderão ser analisadas pelos editores caso seja comprovada a importância da resenha pelos autores. O periódico reserva uma quota de no máximo 25% de uma edição composta por resenhas, aquelas aceitas acima dessa quota, ficam pendentes para a próxima edição. O corpo editorial se ausenta da responsabilidade em caso de demora de publicação desse formato de manuscrito.

Clique aqui para baixar o template para resenhas. (é necessário baixar o template e editá-lo no computador)

3 Preparação De Manuscritos

Deve-se seguir o template da revista para preparar o manuscrito. O manuscrito não deve possuir nenhuma identificação dos autores. Manuscritos enviados fora do template da revista serão recusados. (Ver acima em "Escopo")

Um artigo original deve conter os seguintes itens:

Folha de rosto (enviado em um arquivo separadamente) Clique aqui para baixar o template da folha de rosto.

1. A página de rosto deverá ser submetida em arquivo separado (*.doc ou *.docx) e anexado na seção de Transferência de Documentos, durante o processo de submissão, e deverá conter o título do artigo em português e inglês, com o nome do(s) autor(es) e seus respectivos endereços eletrônicos, departamentos, centros e IES e, no rodapé da página deve-se mencionar o endereço completo (inclusive e-mail) do autor para correspondência. Observar que unicamente nesta página conste a identificação dos autores, para o devido sigilo e imparcialidade.
2. Título com no máximo 3 linhas ou 16 palavras. (em português e inglês)
3. Nome completo dos autores - apenas aqueles com participação substancial na condução da pesquisa e edição do manuscrito. O número aconselhado de autores é de 6 (seis) autores embora em casos especiais poderá ser aceito artigos com número de autores superior a esse. O corpo editorial reserva o direito de requisitar a redução do número de autores.
4. Afiliação institucional de cada autor, referenciada a cada autor pelo uso de número em sobrescrito.
5. Nome do autor para correspondência, endereço, telefone e e-mail (indicar também um e-mail alternativo)
6. Citar agências de fomento e agradecimentos especiais, se for o caso.

Manuscrito (enviado em outro arquivo separadamente)

- **Resumo**

1. Mínimo 100 e máximo 250 palavras, incluindo números, abreviações e símbolos.
2. O resumo deve ser estruturado em: introdução, objetivos, método, resultados e conclusão (**mas não deve ser dividido em seções**).
3. O resumo deve ser estruturado em: objetivos, método, resultados e conclusão (**mas não deve ser dividido em seções**).

4. Não é permitido o uso de citações no resumo.
5. É também requerido, um resumo em Inglês (Abstract) e um resumo em Espanhol (Resumen). Recomenda-se um tradutor especializado, pois a má qualidade do Abstract e/ou do Resumen pode provocar a recusa do artigo.

- **Palavras-chave**

1. Três (3) a seis (6) palavras-chave devem ser incluídas após o resumo.
2. É obrigatório que as palavras chaves escolhidas sejam integrantes da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME (http://decs.bvs.br), ou dos '*Medical Subject Headings*' (http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html), elaborada pela National Library of Medicine.
3. Não repetir termos ou palavras contidos no título.

- **Introdução**
  1. Apresentar um referencial teórico adequado e atual que sustente os objetivos e hipóteses do estudo (quando for o caso).
  2. Apresentar, de maneira clara, os objetivos e hipóteses do estudo (quando for o caso).

- **Método (Para o caso de artigos originais)**

1. Apresentar o delineamento experimental.
2. Apresentar informações sobre os sujeitos.
3. Identificar os métodos, equipamentos e procedimentos utilizados de forma a permitir a reprodução dos resultados por pares.
4. Apresentar referências para os métodos e procedimentos estatísticos utilizados.
5. Indicar o número do parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP.

- **Resultados**

1. Apresentar os resultados do estudo em forma de texto, tabelas e/ou figuras (ver normas abaixo).
2. Não duplicar os dados expostos em texto nas tabelas/figuras.

- **Discussão (Pode vir em um item só junto com os resultados)**

1. Enfatizar a originalidade e relevância do estudo, sem repetir as informações apresentadas anteriormente.
2. Contextualizar a significância dos achados em perspectiva com outras observações já publicadas.
3. Limitar as conclusões a apenas aquelas que possam ser sustentadas pelos resultados do estudo.

- **Agradecimentos**

1. Somente para identificar fontes de financiamento e auxílios recebidos para a elaboração do trabalho.
2. Identificar possíveis colaboradores no estudo.

- **Figuras e tabelas**

Fotografias nítidas, gráficos e tabelas em preto e branco (estritamente indispensáveis à clareza do texto). Caso as ilustrações incorporadas ao artigo já tiverem sido publicadas, o autor deverá mencionar a fonte.

A Revista Psicologia e Saúde em Debate aceita apenas figuras em formato eletrônico. As figuras devem ser apresentadas dentro do manuscrito próximas ao texto a elas correspondente.

1. Instruções para edição de figuras:

- A legenda da figura deve ser colocada embaixo da figura, ser precedida pela palavra Figura (a qual deve estar em negrito, com a inicial maiúscula, acompanhada do número que a designa e um ponto final). Ex.: **Figura 1**.; **Figura 2**.; etc. Depois da descrição, quaisquer outras informações necessárias para esclarecimentos da figura deverão ser acrescidas, como, por exemplo, unidades de medida, símbolos, escalas, abreviaturas e fontes. Observe que não deve haver título na parte superior da figura.
- Ao citar figuras no corpo do texto, escreva apenas o número referente à figura, sem o ponto final. Por exemplo: Figura 1, Figura 2, etc. Nunca escreva 'figura abaixo', figura acima', ou ainda, 'figura da página XX', pois a numeração das páginas do artigo pode ser alterada durante a formatação.
- Fotografias, imagens de tomografia computadorizada, raio-x, etc. devem ser salvas com resolução mínima de 300 dpi.
- Figuras que combinem fotografias com artes gráficas, bem como figuras em escala de cinza devem ser salvas com resolução mínima de 600-900 dpi.
- Imagens em cores devem ser escaneadas em modo CMYK (cyan, magenta, yellow, black). Não submeta figuras escaneadas em modo RGB (red, green, blue). Submeta figuras em cores apenas se as cores forem imprescindíveis.
- Letras, símbolos e números devem ser editados em fontes 11 em estilo Arial.
- Editar (cortar) qualquer espaço branco ou preto desnecessário ao redor da imagem principal.
- As Figuras devem ser enviadas no formato final, com tamanho, recortes e orientação (rotação) em que devem ser inseridas na versão final do artigo.

2. Instruções para edição de tabelas:
   - As tabelas devem ser editadas em espaçamento 1,5.
   - O título da tabela precisa ser breve, claro e explicativo. Deve ser colocado acima da tabela, no canto superior esquerdo, e logo após a palavra Tabela (a qual deve estar em negrito, com a inicial maiúscula, acompanhada do número que a designa e hífen). As tabelas são apresentadas com números arábicos, de forma sequencial e dentro do texto como um todo. Ex.: Tabela 1.; Tabela 2.; etc.
   - Cada tabela deve ser acompanhada de uma legenda quando necessário. As notas explanatórias devem ser posicionadas no rodapé da tabela. E caso seja resultado de pesquisa em uma fonte secundária, deve-se mencionar a fonte utilizada.
   - Ao citar tabelas no corpo do texto, escrever apenas o número referente a tabelas, sem o ponto final. Por exemplo: Tabela 1; Tabela 2, etc. Nunca escreva 'tabela abaixo', 'tabela acima' ou ainda, 'tabela da página XX', pois a numeração das páginas do manuscrito pode ser alterada durante a formatação.
   - Não devem ser utilizadas casas decimais insignificantes.

Os artigos submetidos à Scientia Generalis deve respeitar as Condutas Éticas e Boas Práticas de Publicação (*Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing*) publicadas pelo Comitê de Ética em Publicações (COPE), o Diretório de Revistas de Acesso Aberto (DOAJ), a Associação de Editores Escolares de Acesso Aberto (OASPA) e a Associação Mundial de Editores Médicos (WAME) e a Declaração de Cingapura sobre Integridade em Pesquisa.

- **Comitê de Ética**

A Revista Psicologia e Saúde em Debate requer que todos os procedimentos de pesquisa com seres humanos sejam avaliados por um Comitê de Ética ou órgão similar dentro dos termos das Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (e demais termos para tipos de pesquisa específica - consultar o site do CONEP). Nestes casos os autores deverão encaminhar como "documento suplementar" o parecer de Comitê de Ética

reconhecido ou declaração de que os procedimentos empregados na pesquisa estão de acordo com os princípios éticos norteadores das resoluções. Estudos que envolvam experimentos com animais devem conter uma declaração na seção "Método", assegurando que os experimentos foram realizados em conformidade com a regulamentação sobre o assunto adotada no país bem como citar o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA).

- **Referências e Citações**

O método empregado pelas Normas APA *(American Planning Association 7th Edition)* **autor-data**, isto é, o sobrenome do autor e o ano de publicação. O texto deve ser documentado citando o autor e a data de publicação dos trabalhos pesquisados e consultados. **Todos os autores citados no texto**, e apenas eles, devem estar presentes nas referências com as informações completas. Este procedimento é obrigatório.

Clique aqui para um guia resumido das normas APA 7ª edição.

Referências
É obrigatória a apresentação do DOI ou endereço eletrônico de cada referência. O espaçamento entre linhas deve ser simples (1,0). O espaçamento entre parágrafos, antes e depois, deve ser 0. Deve-se utilizar deslocamento de 0,75
cm. Lembre-se de utilizar o recurso (itálico) para destacar o elemento título da publicação, e deve ser uniforme em todas as referências de um
mesmo documento.
Citações
Existem dois tipos de citações: a que está dentro do texto e a que está fora. Segundo as normas da APA, quando a citação está fora do texto, o sobrenome
do autor e o ano da publicação estarão tudo entre parênteses. Exemplo: (Dias & Silva, 2015).
Citações dentro do texto somente o ano deve estar em parêntese. Segue o exemplo:

Segundo Duarte e Furtado (2017), deve-se citar com fidedignidade todas as fontes de pesquisa, ideias e sugestões de terceiros retiradas e apreendidas
com a leitura crítica que são utilizadas no decorrer do trabalho. Assim, evita-se o plágio.

Citações Diretas:
As citações diretas que tenham menos, 40 palavras, a frase deve ser incorporada ao texto principal entre aspas. As que ultrapassarem essa quantidade devem ser escritas em formato de novo bloco, com recuo de 1,25 cm, tamanho fonte iguais a do texto e espaçamento simples. Citação dois ou mais trabalhos com a mesma ideia: Escreva os autores de todas as obras em ordem alfabética, pelo sobrenome do primeiro autor, separando-os por ponto e vírgula.

Ela polariza e encaminha, sob a forma de "demanda coletiva", as necessidades de todos (Fonseca, & Soares,

1997; Paiva, 2010; Silva, 1997).

1 Livro:

Pozo, J. (1999). *Aprendizes e mestres: a nova cultura de da aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

2 Capítulo de livro (Editado):

Tanguy, L. (1997). Competências e integração social na empresa. In F. Ropé & L. Tanguy (Orgs.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas, SP: Papirus.

3 Obra traduzida:

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

4 Periódicos científicos, revistas e boletins:

Silva, N., & Soares Melo, H. (2015, abril 11). A INTERVENÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO ADOECIMENTO DECORRENTE DA INSÔNIA. *Psicologia E Saúde Em Debate*, *1*(1), 39-52. https://doi.org/10.22289/2446-922X.V1N1A2

5 Artigo de revista:

Schwartz, J. (1993). Obesity affects economic, social status. *The Washington Post*, pp A1, A4.

6 Documentos eletrônicos:

Gambetta, D. (2000). Can we trust trust? In D. Gambetta (Ed.). *Trust: making and breaking cooperative relations* (Chap. 13, pp. 213-237). Oxford: Department of Sociology, University of Oxford. Retrieved May 01, 2003, from http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/gambetta213-237.pdf

7 Relatórios técnicos e de pesquisa (muitas vezes com autores corporativos)

Hershey Foods Corporation. (2001, March 15). *2001 Annual Report*. Retrieved from http://www.hersheysannualreport.com/2000/index.htm

8 Comentários de livros:

Dent-Read, C., & Zukow-Goldring, P. (2001). Is modeling knowing? [Review of the book *Models of cognitive development*, by K. Richardson]. *American Journal of Psychology*, 114, 126-133.

9 Conjuntos de dados:

Simmons Market Research Bureau. (2000). *Simmons national consumer survey* [Data file]. New York, NY: Author.

DICA: Para garantir que suas referências estejam nas normas APA, utilize os sites de auxilio abaixo:

Clique aqui para um guia resumido das normas APA 7ª edição.

Blog Oficial APA Style

Publication Manual - A APA está oferecendo acesso temporário gratuito ao "Manual de Publicação da American Psychological Association" (7ª edição) e outras publicações da organização durante a pandemia do coronavírus.

GERADOR DE REFERÊNCIA APA:

Cleverbib

Sistema de medidas

O sistema de medidas básico a ser utilizado na Revista Psicologia e Saúde em Debate deverá ser o "Sistema Internacional de Medidas" (ou SI abreviado do Francês: Le Système International d'Unités). Como regra geral, só deverão ser utilizadas abreviaturas e símbolos padronizados. Se abreviações não padronizadas forem utilizadas, recomenda-se a definição das mesmas no momento da primeira aparição no texto.

Formatação

O arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word (doc ou docx), OpenOffice ou RTF conforme o template da revista (acima, de acordo com a seção).

O texto deve conter páginas (configuradas em A-4: 210mm de largura por 297mm de comprimento), digitado em espaço 1,5, com estilo Arial (fonte 12). Todas as páginas devem estar com as bordas configuradas em Superior e Esquerda Inferior = 3,0 cm, Inferior e Direita =2,0 cm.

Observar o limite de páginas de cada seção descrita anteriormente.

Qualquer irregularidade do manuscrito que contrarie as normas acima, podem resultar na devolução do mesmo para correção ou mesmo a recusa da publicação do mesmo nesse periódico.

- **Taxas**

Em função do corte de recursos para a pesquisa no Brasil nos últimos anos, a revista não possui apoio financeiro público. Sendo assim, a partir de fevereiro de 2021, todos os artigos **SUBMETIDOS** para publicação pela Psicologia e Saúde em Debate terão uma taxa referente à manutenção da revista, editoração

dos artigos e atribuição do DOI, e assim os autores serão notificados a realizar um pagamento no valor de **R$350,00** (a conta será fornecida no aceite do artigo), e o comprovante deverá ser anexo **à submissão**. A taxa para autores de outros países será de US$ 65,00 (dólares americanos) ou €$ 65,00 (Euros).

5 Conflito de Interesse

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Os autores, ao submeterem seu manuscrito para a Revista Psicologia e Saúde em Debate declaram que deixaram claro quaisquer conflitos de interesses e financeiros que existam em relação ao conteúdo deste documento.

Artigo original

Investigação original, de relevância científica, baseadas em estado da arte e dados empíricos, observando os fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado. É importante que seja explicitada a contribuição da pesquisa para a produção do conhecimento em Psicologia. É necessário conter: introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais. Devem ser escritos entre 10 e 25 laudas, não considerando resumos e referências. A descrição da metodologia deve evidenciar o número do parecer de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos.

Estudo Teórico

Discussão de temas e problemas fundamentados teoricamente, envolvendo reflexão crítica e indicação avanços científicos no estado da arte a ele associado. É necessário conter: resumo, introdução, desenvolvimento (seções de texto), conclusão ou considerações finais, referências e quando for o caso incluir também: método, resultados e discussão. Devem ser escritos entre 10 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

Relato de Caso e/ou Experiência

Relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, de interesse e relevância científica e social para as diferentes áreas do conhecimento psicológico, e que demonstrem contribuições para a melhoria de práticas profissionais em Psicologia. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 15 e 20 laudas, não considerando resumos e referências. A descrição da metodologia deve evidenciar o número do parecer de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos.

Resenha

Apresente a síntese e crítica sobre um trabalho científico já publicado, livro ou filme, devendo tomar por 4 a 10 laudas e referências. Serão aceitos para análise resenhas de obras com até 2 anos de lançamento, porém, exceções poderão ser analisadas pelos editores caso seja comprovada a importância da resenha pelos autores. O periódico reserva uma quota de no máximo 25% de uma edição composta por resenhas, aquelas aceitas acima dessa quota, ficam pendentes para a próxima edição. O corpo editorial se ausenta da responsabilidade em caso de demora de publicação desse formato de manuscrito.

Declaração de Direito Autoral

Os autores declaram que participaram na elaboração do manuscrito em questão, e que o citado manuscrito é original e não foi previamente publicado em parte ou no todo e que nenhum outro manuscrito similar sob autoria dos mesmos está publicado ou em análise por outro periódico seja impresso ou eletrônico. Declaram ainda, que não violaram nem infringiram nenhum *copyright* ou nenhum outro tipo de direito de propriedade de outras pessoas, e que todas as citações no texto são fatos verdadeiros ou baseados em pesquisas de exatidão cientificamente considerável. Os autores comprometem, quando solicitado, a fornecer informações aos editores a respeito dos dados deste manuscrito.

A revista segue o padrão Creative Commons (BY NC ND), que permite o remixe, adaptação e criação de obras derivadas do original, mesmo para fins comerciais. As novas obras devem conter menção ao(s) autor(es) nos créditos. O site utiliza o Open Journal Systems, sistema de código livre gratuito para a administração e a publicação de revistas desenvolvido com suporte e distribuição pelo Public Knowledge Project sob a licença GNU General Public License.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

1. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License (CC BY NC ND 4.0), permitindo o

compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista copiar, não podendo criar derivações do mesmo.

2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto posterior ao processo editorial.

4. Além disso, o AUTOR é informado e consente com a revista que, portanto, seu artigo pode ser incorporado pela RPSD em bases e sistemas de informação científica existentes (indexadores e bancos de dados atuais) ou a existir no futuro (indexadores e bancos de dados futuros), nas condições definidas por este último em todos os momentos, que envolverá, pelo menos, a possibilidade de que os titulares desses bancos de dados possam executar as seguintes ações sobre o artigo:

a. Reproduzir, transmitir e distribuir o artigo, no todo ou em parte sob qualquer forma ou meio de transmissão eletrônica existente ou desenvolvida no futuro, incluindo a transmissão eletrônica para fins de pesquisa, visualização e impressão;

b. Reproduzir e distribuir, no todo ou em parte, o artigo na impressão.

c. Capacidade de traduzir certas partes do artigo.

d. Extrair figuras, tabelas, ilustrações e outros objetos gráficos e capturar metadados, legendas e artigo relacionado para fins de pesquisa, visualização e impressão.

e. Transmissão, distribuição e reprodução por agentes ou autorizada pelos proprietários de distribuidoras de bases de dados.

f. A preparação de citações bibliográficas, sumários e índices e referências de captura relacionados de partes selecionadas do artigo.

g. Digitalizar e / ou armazenar imagens e texto de artigo eletrônico.

Avisos

A revista RPSD informa que não haverá expediente na revista de 20/12/25 a 05/01/26.

Informamos que o servidor da revista encontra-se temporariamente com instabilidade no envio de mensagens para endereços vinculados ao Hotmail (hotmail.com, outlook.com e outros domínios

associados). Recomendamos fortemente que autores utilizem endereços de e-mail de outros provedores para realizar o cadastro no sistema ou, caso já possuam cadastro com esses domínios, atualizem seu perfil com um novo e-mail. Lamentamos o transtorno e estamos trabalhando para restabelecer a normalidade o mais breve possível.

Informamos que a partir de 01/01/2025, a taxa de publicação (APC) da revista Psicologia e Saúde em Debate será reajustada para R$350,00. Este ajuste se faz necessário para cobrir a defasagem em relação aos custos de manutenção da revista.

Agradecemos pela compreensão e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

QUALIS 2021-2024



Fator de impacto