

Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004

Profile of women treated in the municipal program of treatment of women who are victims of sexual violence in Londrina-PR and the circumstances of the sexual violence suffered by them: from october 2001 to august 2004

Paula Men de Oliveira¹; Marta Lúcia de Oliveira Carvalho²

Resumo

A violência sexual é uma das formas mais graves da violência que atinge as mulheres. Considerados crimes hediondos, o estupro e o atentado violento ao pudor caracterizam-se por um contato sexual não consentido. Os agravos ocasionados vão desde experiência sexual precoce, traumas físicos, infecção pelo HIV/DST's, gestações indesejadas até a seqüelas psíquicas que se enquadram no distúrbio do estresse pós-traumático. Objetivou-se levantar o perfil da população atendida no Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual -Rosa Viva-, e as informações disponíveis que pudessem caracterizar as ocorrências, no município de Londrina-PR. Este foi um estudo descritivo, efetuado a partir de dados extraídos de 106 prontuários utilizados nos atendimentos, na Maternidade Municipal, no período de outubro de 2001 a agosto de 2004. A caracterização aponta: 59,9% na faixa etária de 10 a 19 anos; 52,8% procuraram o serviço nas primeiras 24 horas depois da agressão, e foi necessário administrar contracepção de emergência em 54,7% das mulheres. O estupro isolado aconteceu em 50,2% dos casos e a ausência de traumas predominou (56,6%). De modo geral, 58,5% dos agressores eram desconhecidos das vítimas, porém na faixa etária dos 10 aos 14 anos, a vítima seria capaz de identificar o agressor. A partir da deficiência de dados na análise dos prontuários, são sugeridos dados importantes a serem incluídos nas fichas de atendimento, considerando-se fundamental um instrumento capaz de apontar detalhadamente a dimensão da violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência contra mulher. Violência de gênero. Violência sexual. Saúde da mulher.

¹ Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Londrina, especialista em Saúde Coletiva pela UNIFIL – Centro Universitário Filadélfia

² Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Docente da Universidade Estadual de Londrina.

Abstract

Sexual violence is one of the most serious ways of violence that affects women. Considered as hideous crimes, rape and violent assault are characterized by a not-allowed sexual contact. The consequences caused by these acts are: early sexual experience, physical traumas, HIV/STDs infections, unwanted pregnancies to psychic sequels that fit into post-traumatic stress disturb. The purpose of this paper is to bring up the profile of the population treated in the Program of Treatment of Women who are Victims of Sexual Violence – “Rosa Viva” – and the available information that could characterize the incidents in Londrina – PR. This was a descriptive study carried out based on data gathered from 106 records used in the treatments in the Municipal Maternity Ward from October 2001 to August 2004. The characterization points out that: 59,9% are in the age group of 10 to 19 years old; 52,8% look for the service on the first 24 hours after the aggression, when it was necessary to administer the emergency contraception in 54,7% of the women. The isolated rape happened in 50,2% of the cases and the absence of traumas predominated in 56,6%. In general, 58,5% of the aggressors were unknown, although in the age group of 10 to 14 years old, the victim would be able to identify the aggressor. Based on the deficiency of data on the analysis of the records, some important items are suggested to be included in the medical records, considering as fundamental an instrument capable of showing in detail the dimension of the violence against women.

Key words: Violence against women. Gender violence. Sexual violence. Women's health.

Introdução

A violência contra a mulher, baseada na diferença de gênero, ocorre frequentemente em âmbito privado e conjugal, tendo sua magnitude subestimada, segundo Leão e Marinho (2002). Resultante da condição subordinada que a mulher ocupa na sociedade, o processo de depreciação da mulher é reproduzido através de comportamentos legitimados culturalmente (SAFFIOTI, 1987; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

Camargo (2000) relata que a violência de que são vítimas as mulheres, ganhou maior visibilidade graças ao posicionamento fundamental do movimento feminista, na década de 80, que reivindicou políticas públicas voltadas ao enfrentamento de tal situação.

Define-se a violência contra a mulher como:

[...] qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer isto ocorra em público ou na vida privada [...] (UNITED NATIONS, 1993).

Alguns estudos demonstram que a violência contra a mulher é praticada principalmente

pelos homens mais próximos, como o parceiro ou ex-parceiro (LACERDA, 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002).

As pesquisas sobre violência de gênero são recentes e poucos são os dados sobre o abuso emocional e sexual praticados pelos parceiros. Entretanto, Heise, Ellsberg e Gottemoeller (1999) referem que em cerca de 50 pesquisas mundiais, de 10% a 50% das mulheres relataram terem sido maltratadas fisicamente por seus parceiros íntimos. Já no Brasil, estudo de Diniz e D'Oliveira (apud DREZETT, 2000), apontou que 38% das mulheres entrevistadas referiram terem sido submetidas a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro.

A violência física, definida como “agravo causado por meio de força física ou de algum tipo de arma ou instrumento que resulte em lesões corporais”, é praticada com tapas, empurrões, puxões de cabelo, socos, chutes, agressões com instrumentos que podem deixar marcas explícitas, provocar hemorragias, perda de movimentos e até mesmo a morte (LACERDA, 2002).

A violência psicológica, ação ou omissão destinada a desconstruir a identidade do outro implica prejuízo à saúde psicológica, à auto-estima ou ao desenvolvimento pessoal e sugere uma forma mais tênue, porém não menos traumática. Ela se consuma na prática em intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento, diferentes tipos de linguagem (verbal, gestual, comportamental) e isso torna a vítima submissa ao agressor, que passa a considerar-se responsável pela violência sofrida (LACERDA, 2002; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2003).

A violência sexual, da qual as mulheres são as maiores vítimas, inclui entre outros: o estupro, atos obscenos, carícias não consentidas, sexo forçado na relação conjugal e o impedimento pelo parceiro do uso de métodos contraceptivos, ferindo os direitos reprodutivos da mulher (LACERDA; 2002). Considerados crimes hediondos, consumados ou não, o estupro e o atentado violento ao pudor caracterizam-se por um contato sexual não consentido (LONDRINA, 2001).

Previsto no Código Penal, artigo 213, o estupro ocorre quando a mulher é obrigada a manter relações sexuais, via vaginal, sob ameaça que impeça sua resistência, ou violência com emprego de força física. O atentado violento ao pudor, artigo 214 do mesmo código, ocorre sob as mesmas formas de coerção aplicadas ao estupro, englobando atos libidinosos diferentes da cópula vaginal, como o coito oral e anal, por exemplo (LONDRINA, 2001; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2003).

No Brasil, entre os anos de 1999 e 2000, houve 54.176 registros de crimes sexuais, dos quais 30.003 foram casos de estupro, porém alguns autores afirmam que os números de casos encontrados nos registros policiais não representam os casos que aconteceram na realidade (BRASIL, 1999; RIO DE JANEIRO, 2004; LOPES et al.,

2004; EDITORIAL AMNISTIA INTERNACIONAL, 2004).

Alguns motivos dessa situação de subnotificação apontados por Drezett (2000) e Lopes et al. (2004) incluem constrangimento, medo de humilhação e portanto, conseqüente tentativa de evitar exposição pública. Editorial Amnistia Internacional (2004) sugere ainda que a violência sexual doméstica dificilmente é denunciada, uma vez que muitas mulheres consideram que seus parceiros têm direito sobre seus corpos.

A violência sexual é uma das formas mais graves da violência que atinge tipicamente as mulheres (LONDRINA, 2001). As conseqüências da violência sexual comprometem não só a saúde reprodutiva e sexual da mulher, assim como seu bem-estar físico e mental (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; LONDRINA, 2001). Os agravos ocasionados por esse tipo de crime incluem experiência sexual precoce, traumas físicos, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, infecções ginecológicas, gestações indesejadas e abortos. Entre as seqüelas psíquicas salientam-se aqueles que se enquadram no distúrbio do estresse pós-traumático como medo persistente, baixa auto-estima, dificuldades em estabelecer relacionamentos afetivos e obter prazer sexual e comportamentos destrutivos como prostituição, uso de drogas, depressão e tentativas de suicídio (BRASIL, 1999; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; LONDRINA, 2001; FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2001; LACERDA, 2002).

Soares (2000) relata que as ações de planejamento nos serviços de saúde, quanto à violência sexual, foram iniciadas com a implantação dos programas de atenção às vítimas, no final dos anos 80, que atendiam os casos de aborto previstos na lei do Estado brasileiro como a gravidez decorrente do estupro, por exemplo.

Por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Especial da Mulher de Londrina-Paraná, atendendo a proposta do Ministério da Saúde, a partir de outubro de 2001, deu-se início ao Programa de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra a Mulher e Adolescente. O programa, denominado Rosa Viva, tem por objetivo atuar na prevenção de condições mais graves que possam ocorrer após o abuso como gravidez indesejada, abortos induzidos e contaminação pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, além de fornecer orientações sobre os procedimentos a serem adotados para evitar a impunidade do agressor.

Os profissionais e serviços de saúde têm importância fundamental na interação com a mulher vítima de violência sexual, seja no atendimento aos problemas acarretados pela violência ou na assistência imediata, pois caso receba o atendimento adequado, poderá ser poupada de um desgaste maior (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

O presente trabalho justifica-se pela carência de estudos relacionados à violência sexual em Londrina, dadas as conseqüências negativas do abuso à saúde da mulher. O objetivo deste estudo foi elaborar o perfil das mulheres atendida no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual —Rosa Viva— do município de Londrina-PR, e as circunstâncias da Violência Sexual sofrida a partir das informações contidas nos prontuários de atendimento.

Procedimento Metodológico

Este foi um estudo descritivo, com coleta retrospectiva, efetuado a partir de dados extraídos de prontuários utilizados em todos os atendimentos prestados às mulheres vítimas de violência sexual, na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.

O Programa Municipal de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra a Mulher e Adolescente, denominado Programa “Rosa Viva”, oferece assistência médica, psicológica e de enfermagem, atendimento social e orientação jurídica às mulheres atendidas. O Programa funciona, desde sua implantação em outubro de 2001, na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, mantido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Prefeitura Municipal de Londrina (PML).

A população estudada constituiu-se por mulheres que foram atendidas pelo Programa Rosa Viva, no período de outubro de 2001 a agosto de 2004. O número total de prontuários levantados nesse período foi de 115, porém foram extraídos dados de 106 prontuários, uma vez que foram excluídos casos como: relação sexual consentida; violência sexual contra crianças; mulheres que não aguardaram atendimento; entre outros.

As informações foram levantadas a partir dos prontuários de atendimento do serviço. As variáveis utilizadas neste estudo, determinadas pelo prontuário, foram: faixa etária; procedência; tempo decorrido entre agressão e atendimento especializado; tipo de crime; se houve atendimento médico anterior; o uso de contracepção de emergência; presença de traumas físicos e tipificação do agressor.

Para tabulação e análise dos dados, utilizou-se o programa EpiInfo 2000, para percentual simples e distribuição de frequência, além de tabelas e gráficos.

Como cuidado ético, foi garantido sigilo absoluto sobre a identidade das pacientes cujos prontuários foram utilizados. A digitação dos dados foi feita pela própria autora na sala de supervisão de enfermagem da Maternidade, evitando trânsito destes prontuários fora da Instituição.

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina.

Resultados e Discussão

Faixa etária

A idade das vítimas variou de 11 a 55 anos, a faixa etária de 15 a 19 anos foi a mais atingida (38,7%), seguida pela de 20 a 29 anos (28,3%). Verifica-se que a faixa etária dos 10 a 19 anos, das mulheres adolescentes, representa 59,5% da população estudada. (Tabela 1).

Num estudo de Andrade et al. (2001), que procurou caracterizar os casos de violência sexual contra mulheres atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, a faixa etária dos 10 aos 19 anos também concentrou um grande número de casos (57,3%).

Outro estudo, realizado por Lopes et al. (2004), demonstrou que a faixa etária dos 10 aos 19 anos predominou (47,1%) nos casos atendidos em um projeto instalado numa Maternidade-Escola em Teresina, Piauí.

Procedência

Determinou-se de acordo com o DESA- Departamento de Epidemiologia e Saúde Ambiental, Secretaria Municipal de Saúde, a congregação dos bairros às áreas de abrangência das Unidades de Saúde, situando-as em uma região da cidade. Observa-se, conforme a tabela 1, que a Região Central apresentou maior índice (16,0%); porém não houve extrema diferença com as outras regiões. Cabe ressaltar o grande número de casos em que, por falta de preenchimento correto das fichas, não foi possível averiguar a procedência de tais mulheres (24,5%).

Tabela 1. Distribuição em n. e % das mulheres vítimas de Violência sexual, segundo características sócio-demográficas

	N.	%
Idade (anos)		
10 a 14	22	20,8
15 a 19	41	38,7
20 a 29	30	28,3
30 a 39	8	7,5
40 a 49	3	2,8
≥ 50	2	1,9

Procedência		
Região Central	17	16,0
Região Norte	15	14,2
Região Oeste	14	13,2
Região Sul	13	12,3
Região Leste	8	7,5
Outros municípios	13	12,3
Não especificado	26	24,5

Atendimento médico anterior

Procurou-se levantar os casos em que as mulheres foram atendidas em outro serviço médico e, a partir destes serviços, foram encaminhadas ao Programa Municipal Rosa Viva. O IML- Instituto Médico Legal- não foi considerado neste estudo como atendimento médico anterior, pois apesar de ser uma instituição pública responsável pela classificação dos crimes de abuso físico e sexual, não institui medidas profiláticas de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

Dos 106 casos, 80 (75,5%) não haviam recebido atendimento médico anterior.

Verificou-se que as mulheres procedentes de outras cidades e das Regiões Norte, Oeste e Sul de Londrina estão com os maiores índices de atendimento anterior: 69,2%, 13,3%, 21,4% e 23,1% respectivamente. Cabe informar que as zonas Norte e Sul possuem hospitais públicos, que apesar de realizarem atendimento médico, encaminham ao programa para que as mulheres tenham acompanhamento por determinado período.

Tempo decorrido entre a violência e o atendimento

Entre os motivos de se atender as mulheres violentadas o mais precocemente possível, se encontram a eficácia do anticoncepcional de emergência e a quimioprofilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

A análise das 106 fichas mostrou que 21 (19,8%) procuraram o serviço nas primeiras seis horas, que vem a ser um índice muito baixo, ainda que em outros

estudos a situação possa ser ainda pior, como no estudo de Andrade et al. (2001), que encontrou 8,1% de procura. Registra-se também neste estudo, o atendimento de 52,8% das mulheres, nas primeiras 24 horas, enquanto o estudo de Andrade et al. (2001) traz 44,1%.

Tabela 2. Distribuição em n. e % do tempo decorrido (em horas) desde a violência sexual até o atendimento médico na Maternidade Municipal

Tempo decorrido entre a violência e o atendimento	N.	%
≤ 6 h	21	19,8
7 a 12 h	17	16,0
13 a 24 h	18	17,0
25 a 48 h	10	9,4
48 a 72 h	5	4,7
> 72 h	15	14,2
Total	106	100,0

Contraceção de Emergência

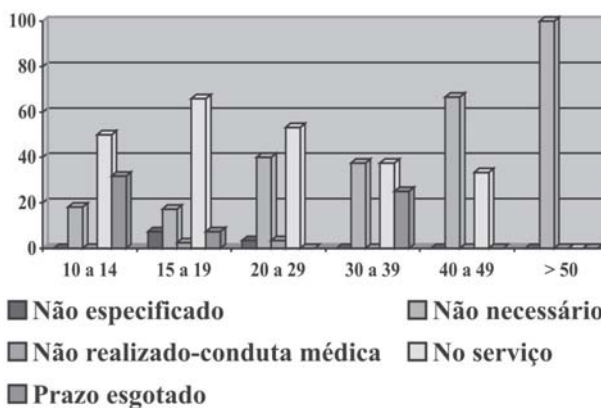
Verificou-se que a proteção anticoncepcional de emergência foi administrada em 54,7% dos casos. Os casos em que essa proteção não foi necessária (28,3%) incluíam as mulheres que tiveram a menopausa, que estavam em uso de outros métodos contraceptivos como DIU e anticoncepcionais orais, que receberam o medicamento em atendimento médico anterior ou nos casos em que não houve ejaculação vaginal.

Tabela 3. Distribuição em n. e % da utilização de contraceção de emergência durante atendimento no Programa Rosa Viva

Contraceção de Emergência	N.	%
Realizado no serviço	58	54,7
Não necessário	30	28,3
Não realizado-Prazo esgotado	12	11,3
Não realizado-conduta médica	2	1,9
Não especificado	4	3,8
Total	106	100,0

Pode-se analisar o uso da contraceção de emergência de acordo com a faixa etária, na Figura 1:

Figura 1. A contraceção de emergência e sua realização por faixa etária



Das 22 vítimas na faixa etária dos 10 aos 14 anos, 7 (31,8%) não receberam a contraceção de emergência pelo prazo esgotado (acima de 72 horas após a violência), ou seja, 3 em cada 10 meninas correram maior risco de engravidar. Se analisarmos todas as que não receberam por esse mesmo motivo, a faixa etária dos 10 a 14 anos atingiu 58,3%.

Das que receberam o método no serviço, 65,5% estavam na faixa etária dos 10 aos 19 anos. Observa-se, portanto, que a administração do método no serviço decresce conforme a idade, podendo-se inferir que as mulheres passam a utilizar métodos contraceptivos próprios, nas faixas etárias mais avançadas.

Tipos de Crime

O estupro, considerado como coito vaginal isolado, ocorreu em 50,2% dos casos, e em 6,6% associou-se o coito anal. Lopes et al. (2004) relatou em seu estudo freqüências semelhantes, respectivamente 53,9% e 6,9% para os tipos de crime citados.

As associações dos tipos de crime, que somaram 36,8%, conjugam o Estupro ou tentativa, e o Atentado Violento ao Pudor Anal (AVPA) ou o Atentado Violento ao Pudor Oral (AVPO). Das 39 ocorrências em que houve mais de um tipo de agressão, 15,1% das mulheres haviam sofrido o estupro, o coito anal e oral.

Tabela 4 - Tipo de crime, em n. e %, citados pelas mulheres vítimas de violência sexual durante atendimento médico no Programa Rosa Viva

Tipos de Crime	N	%
Estupro	53	50,0
AVPA	5	4,7
AVPO	1	0,9
Estupro + AVPA	8	7,5
Estupro + AVPO	15	14,2
Estupro + AVPA+ AVPO	16	15,1
Outro tipo de AVP	2	1,9
Não especificado	6	5,7
Total	106	100,0

Traumas

A ausência de lesões físicas concomitantes aos diversos tipos de violência sexual sofridos por estas mulheres pode ser explicada pelo uso de armas para coação, impedindo ocorrência de luta com sinais físicos de resistência. A falta de registro, entretanto, impede a mensuração da frequência desse fato.

Tabela 5 - Distribuição em n. e % dos tipos de lesões corporais resultantes da violência sexual sofrida

Traumas	N.	%
Ausentes	60	56,6
Extragenitais	23	21,7
Genitais	12	11,3
Genitais + Extragenitais	6	5,7
Não Especificado	5	4,7

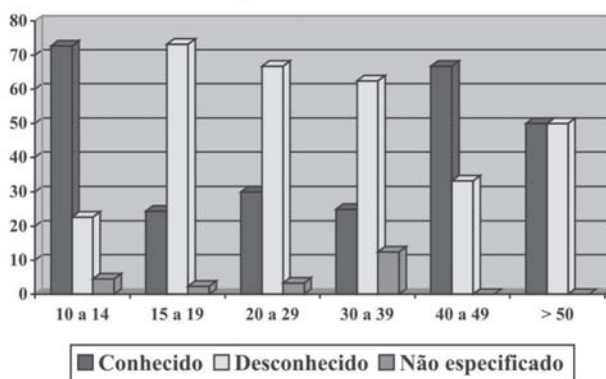
Agressor

De modo geral, 58,5% dos agressores eram desconhecidos das vítimas, enquanto 37,7% eram conhecidos. Para uma melhor qualidade dos dados, a análise será feita conforme faixa etária.

Tabela 6 - Distribuição em n. e % da tipificação do agressor, conforme relato das mulheres vítimas de violência sexual

Agressor	N.	%
Conhecido	40	37,7
Desconhecido	62	58,5
Não especificado	4	3,8%
Total	106	100,0

Figura 2 - Reconhecimento do agressor pela vítima de violência sexual, de acordo com a faixa etária



Enquanto na faixa etária de 15 a 39 anos, o agressor é predominantemente desconhecido, observa-se que as crianças foram violentadas por pessoas próximas a elas (72,7%). O estudo de Lopes et al. (2004) relata que nos casos de abuso sexual contra as crianças, o ambiente era familiar, na sua maioria e o estabelecimento de confiança entre o agressor e a criança era uma forma facilitadora para ocorrer a violência. Drezett (2000) refere que no estudo realizado em um serviço de atenção à mulher sexualmente vitimada, em São Paulo, 84,5% das crianças agredidas eram capazes de identificar o agressor.

Considerações Finais

O Ministério da Saúde, em sua Norma Técnica, aponta para a necessidade de padronização dos registros de dados, para que se possibilite melhor análise e comparação dos dados no país.

De acordo com os modelos de fichas de atendimento apresentados pelo Ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), sugere-se a inclusão de alguns dados na ficha de atendimento

do Programa Rosa Viva, para que se conheça com maior amplitude as variáveis determinantes em cada caso, promovendo um direcionamento para Stirred Anaerobic Sequencing Batch Reactor Containing

Quadro 1. Sugestão de dados a incluir nas fichas de atendimento à mulher vítima de violência sexual

no campo:	dados a incluir:
Dados de identificação	ocupação estado civil (ou união) escolaridade
Ocorrência	local (residência, rua, outro) caracterização do agressor (único, múltiplos, grau de parentesco) ocorrência de intimidação (arma -tipo-, força física) atividade sexual prévia à agressão se a paciente havia utilizado álcool/drogas se o agressor havia utilizado álcool/drogas data do Boletim de Ocorrência Policial Delegacia onde foi atendida, laudo do IML
Condutas	orientação para registro policial orientação sobre direitos legais da vítima

Para os serviços de atendimento dos casos de Violência Sexual, torna-se fundamental a adoção de práticas reflexivas que busquem sensibilizar todos os funcionários com relação às dificuldades encontradas

pela mulher vítima de violência sexual. O papel do setor saúde é atuar junto à mulher, fortalecendo sua capacidade em lidar com o conflito vivido e garantindo os seus direitos (BRASIL, 1999).

Referências

- ANDRADE, R.; GUIMARÃES, A.; FAGOTTI FILHO, A.; ARRABAL, N. S. C. J.; ROCHA, D. M.; Medeiros J. M. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.23, n.9, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000900006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília, 1999.

- CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, Belo Horizonte, n.22, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22marcia-camargo.html>>. Acesso em: 27 mar. 2003.
- DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, Belo Horizonte, n.22, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-jdrezett.html>>. Acesso em: 25 maio 2004.
- EDITORIAL AMNISTIA INTERNACIONAL (EDAI). *Está en nuestras manos: no más violencia contra las mujeres*. Madrid, España: ENCO, 2004. Disponível em: <<http://www.amnistiainternacional.org>>. Acesso em: 12 out. 2004.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*. Nueva York: UNFPA, 2001. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/_Toc520285006>. Acesso em: 24 jul. 2004.
- HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. *Como acabar com a violência contra as mulheres*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1999. (Population Reports: Série L, n.1)
- LACERDA, E. (Coord.) Promoção da saúde no combate à violência. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, v.3, n.6, p.71-73, out. 2002.
- LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para políticas públicas de saúde. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, v.3, n.6, p.31-36, out. 2002.
- LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Londrina, 2001
- LOPES, I.; GOMES, K.; SILVA, B.; DEUS, M. C. B.; GALVÃO, E. R. N.; BORBA, D. C. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro*, v.26, n.2, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2004.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê violência contra a mulher: panorama sobre a violência de gênero*. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/vi-conteudo.html>>. Acesso em: 15 set. 2003.
- RIO DE JANEIRO. Governo do Estado. *Nova policia, violência contra a mulher*. Disponível em: <<http://www.novapolicia.rj.gov.br/SegurancaMulher.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2004.
- SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra a mulher: a pesquisa e a intervenção. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, v.3, n.6, p.80-83, out. 2002.
- SOARES, G. Um breve olhar sobre os programas de atenção à violência sexual: a experiência da Paraíba. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, Belo Horizonte, n.22, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr22-gilberta.html>>. Acesso em: 12 jul. 2004.
- UNITED NATIONS. *Declaration on the elimination of violence against women*. Geneva: UN, 1993. Disponível em <<http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en>>. Acesso em: 28 maio 2004.