

Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência

Sexually abused women – social and demographic profile and health care procedure analysis at a referral center

Cíntia Regina Assis Ramos*
Verônica Palomino Gonzalez Medicci*
Maria Inês Rosselli Puccia**

Resumo

Introdução – A violência sexual causa severas consequências para a saúde da mulher e demanda serviços públicos para o atendimento às mulheres vitimadas. **Material e Métodos** – Estudo quantitativo e retrospectivo acerca da caracterização do perfil sociodemográfico e da assistência ofertada a mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de referência na Grande São Paulo. A coleta de dados baseou-se em pesquisa de prontuários, através de formulário estruturado. Os resultados foram apresentados através de percentuais simples dispostos em tabelas e gráficos. **Resultados** – Dentre as 59 mulheres atendidas entre 2005 e 2006, 27,1% eram adolescentes, 47,5% eram brancas, 81,3% foram vítimas de agressores únicos e desconhecidos em 67,8% dos casos. Metade das ocorrências se deu em via pública, durante a noite ou madrugada, sendo que 64% das vítimas procuraram atendimento antes de completar 24 horas da agressão. Destas, 81% receberam contracepção de emergência e para 91,5% delas foi feita a profilaxia de DST's. Destaca-se que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, mas apenas 40,7% completaram tratamento. Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial. **Conclusões** – Observou-se que o serviço de referência apresenta falhas no seguimento ambulatorial, comprometendo a prevenção de agravos à saúde, bem como a reinserção das vítimas ao seu cotidiano de vida. Entende-se que a inserção do enfermeiro na equipe de referência deverá contribuir significativamente na qualificação da assistência às vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: Violência sexual; Violência contra a mulher; Mulheres maltratadas; Saúde da mulher; Serviços de saúde da mulher

Abstract

Introduction – The sexual violence cause several consequences for women's health and demand public services attending to women victims. **Material e Methods** – Quantitative and retrospective study about the social and demographic's characterization and health care procedure analysis at a referral center to women who were victim of sexual violence in São Paulo. Data collection was based on research of medical records using structured form. The results were presented through simple percentages in tables and graphs. **Results** – From the total of 59 attended women 47,5% were white women, 81,3% victims of one men aggressor; and 67,8% by unknown men. Half of these occurrences happened in public way during the night or daybreak. Even so, 64% of the victims sought assistance before the complete 24 hours from the aggression. From these, 81% received contraception of emergency and 91,5% from them, it was made a prophylaxis de DST. The emphasis is 90%, to the women that began prophylaxis of HIV, but only 40,7% completed treatment. Almost 80% of cases didn't finish the serology control and ambulatory attendance. **Conclusions** – It was observed that the reference's service presents cracks in the ambulatories following compromising the prevention of damages to the health, as well the reinsertion of the victims in her daily life. We understand that the nurses' insertion in the references team should contribute significantly in the qualification in assistance, for the victims of sexual violence.

Key words: Sexual violence; Violence against women; Battered women; Women's health; Women's health services

* Graduada em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP). E-mail: cicagina@yahoo.com.br, veroniknono@hotmail.com

** Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Enfermagem. Professora Adjunta da UNIP. E-mail: mirpuccia@uol.com.br

Introdução

A violência sexual acarreta inúmeras consequências deletérias para a saúde da mulher e atualmente constitui uma prioridade da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

A ocorrência que mais frequentemente está associada à violência sexual é o estupro. A palavra estupro é derivada do latim "strupum", que significa violação³. A violência contra a mulher pode ocorrer de diferentes formas, incluindo a violência física, a violência sexual e o abuso psicológico. Tal fato consiste em uma grande preocupação para os profissionais da área da saúde, para o Ministério da Saúde, para a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), e discutida mundialmente⁸.

Compreende-se por violência sexual: estupro, tentativa de estupro e atentado violento ao pudor, atos obscenos, sedução e assédio, podendo ocorrer de forma conjugada ou por violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio, maus tratos e ameaças)⁹.

A violência sexual expressa o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, atribuído à subordinação de gênero, trazida desde tempos remotos para os dias de hoje. A violência sexual é classificada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), como um problema de direitos humanos, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como causa de adocimento de mulheres e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um problema de saúde pública, gerando sérias implicações para a saúde sexual, reprodutiva, física, mental, emocional e social da mulher vitimada^{2,9,11}.

Além disso, trata-se de uma questão que se insere no campo de ação jurídica, social e que está presente em todos os países do mundo⁵. Por outro lado, a violência sexual no Brasil é pouco visível em virtude da subnotificação dos casos. Estima-se uma taxa de prevalência de aproximadamente 7% na população em geral, enquanto nos Estados Unidos a mesma taxa é de 12,9% a 28%⁶.

A magnitude da violência sexual é de difícil mensuração já que as mulheres tendem a silenciar-se diante do sofrimento, na medida em que, além dos inúmeros constrangimentos, não encontram acolhimento nos serviços de apoio. Com base apenas nos casos registrados por Boletim de Ocorrência, a prevalência apontada pelo Ministério da Saúde está entre 2% a 5%, nos diferentes países do mundo¹³.

A fim de compreender melhor este fenômeno do ponto de vista da saúde pública, foi aprovada no Brasil, a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação em território nacional de todos os casos atendidos em serviços de saúde, tanto públicos como privados^{1,4}.

Cabe destacar que o Ministério da Saúde lançou em 1998 a primeira norma técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que foi revisada em 2002 e 2005, estabelecendo estratégias para a prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual⁸.

Levando-se em conta que a violência sexual ocasiona muitas consequências para a saúde da mulher, deve-se atentar para a importância de um atendimento integrado e humanizado às mulheres vitimadas, por intermédio de uma equipe multidisciplinar. Muitas vezes também é necessário realizar o atendimento de um dos membros da fa-

mília da vítima, com enfoque psicológico e/ou social⁷. O profissional que atende esta vítima precisa estar preparado para garantir um atendimento humanizado com qualidade, em local privativo e acolhedor, a fim de evitar a revitimização. Segundo o Ministério da Saúde⁸, o exercício do acolhimento deve oferecer credibilidade e consideração à mulher vitimizada, além de um conjunto de medidas preventivas, posturas éticas e atitudes humanizadas. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

Assim, entende-se que cada mulher é um ser único, portanto, responde de forma diferente à agressão sexual. Consideram-se então consequências psicológicas variáveis, além dos traumas físicos e ginecológicos, a gravidez indesejada, a possibilidade de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)³.

Portanto, sabe-se que o atendimento a essas mulheres não deverá ser apenas de emergência, pois a violência sexual poderá apresentar consequências à saúde imediatamente e/ou em longo prazo, e as mesmas deverão ser prevenidas e tratadas quando surgirem, dando continuidade ao tratamento por, no mínimo, seis meses².

O presente estudo surgiu do interesse em compreender a assistência oferecida, às mulheres vitimadas sexualmente, assim como as questões que permeiam este tipo de ocorrência que são significativas para o atendimento à saúde. Tendo em vista que se trata de um tema que tem sido pouco estudado pelos profissionais de saúde, entende-se que seja importante obter subsídios com base teórico-científica, que contribua para a atenção integral e humanizada às vítimas. Dessa forma o estudo tende a traçar o perfil sócio-demográfico das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência no município de Santo André; analisar o atendimento prestado à luz dos procedimentos indicados pela norma técnica do Ministério da Saúde; além de identificar as características da ocorrência da violência sexual e do período de tempo transcorrido entre a agressão e o atendimento hospitalar e/ou ambulatorial.

Material e Métodos

Pesquisa de campo retrospectiva, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, obedecendo ao previsto na resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local do município de Santo André. Foram analisados os prontuários das mulheres atendidas por um serviço de saúde pública do município de Santo André entre 2005 e 2006.

As variáveis da pesquisa foram organizadas quanto às características sócio-demográficas da vítima: idade, estado civil, raça, escolaridade, região onde mora e experiência sexual prévia. Analisou-se, ainda, local da ocorrência, horário, número de agressores, identificação do agressor (conhecido ou desconhecido), tipificação da violência (estupro e/ou outros), tempo decorrido entre a violência sexual e o primeiro atendimento no serviço de saúde, medidas profiláticas até 72 horas, além do seguimento ambulatorial com percentual de mulheres que retornaram para a primeira consulta de seguimento até uma semana após atendimento de emergência, per-

Tabela 1. Distribuição de casos de violência sexual, segundo faixa etária

	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Idade (em anos)				
12 a 18	5	11	16	27,1
19 a 22	5	10	15	25,4
23 a 30	10	2	12	20,3
31 a 35	2	4	6	10,2
36 a 40	2	1	3	5,1
41 a 45	1	0	1	1,7
Ignorado	4	2	6	10,2

Tabela 3. Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual, segundo o local e horário da ocorrência

	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Local da ocorrência				
Via pública	18	14	32	54,2
Residência	4	3	7	11,9
Escola	0	1	1	1,7
Outros	5	12	17	28,8
Ignorado	2	0	2	3,4
Horário				
Manhã	3	4	7	11,9
Tarde	8	5	13	22
Noite ou madrugada	14	17	31	52,5
Ignorado	4	4	8	13,5

centual de mulheres que completaram seis meses de seguimento com controle sorológico e profilaxia para HIV (21 dias).

Foram excluídos da pesquisa homens e também crianças que sofreram violência sexual, ou seja, com idade inferior a 12 anos.

Resultados e Discussão

O estudo apresenta algumas limitações tendo em vista a quantidade de variáveis inconclusivas não registradas pelos profissionais de saúde no momento da anamnese. Além desse fator, por se tratar de uma pesquisa retrospectiva e documental, não foi possível informar os agravos causados às vítimas devido à descontinuidade do atendimento.

Obteve-se 29 e 30 casos de violência sexual em 2005 e 2006 respectivamente, totalizando uma amostra de 59 casos no município de Santo André localizado na grande São Paulo.

Na Tabela 1, observa-se que em 2005, 10 mulheres vítimas de violência sexual (34,5%) tinham idade entre 23 e 30 anos, enquanto no ano seguinte, houve predomínio de adolescentes entre as mulheres vitimadas (36,7%). A análise do biênio mostra que as mulheres mais jovens correm um risco maior em sofrer esse tipo de agressão, como citado por Faúndes *et al.*² (2006).

A informação sobre o estado civil foi obtida através dos prontuários, portanto não houve a conferência dos dados com os respectivos documentos para comprovação. Houve um caso em que a mulher se dizia separada de

Tabela 2. Distribuição de mulheres vítimas de violência sexual, segundo estado civil e raça

	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Estado civil				
Solteira	16	15	31	52,5
Casada	6	3	9	15,3
Divorciada	1	3	4	6,8
Ignorado	6	9	15	25,4
Raça				
Branca	15	13	28	47,5
Negra	1	4	5	8,5
Parda	4	4	8	13,5
Ignorado	9	9	18	30,5

Tabela 4. Distribuição de casos de violência sexual, segundo o número e identificação do agressor

	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Números de agressores				
Único	23	25	48	81,4
Dois ou mais	4	4	8	13,5
Ignorado	2	1	3	5,1
Identificação do agressor				
Conhecido	8	9	17	28,8
Desconhecido	19	21	40	67,8
Ignorado	2	0	2	3,4

corpos e lares e o divórcio estava em andamento, portanto, foi classificada como divorciada.

Observa-se na Tabela 2 que os resultados obtidos em relação ao estado civil são concordantes com os dados de Lopes *et al.*⁶ (2004) no qual metade das mulheres vitimadas (55,2% em 2005 e 50% em 2006) eram solteiras. Destaca-se que em 15 prontuários não constava informação acerca da situação civil da vítima, o que demonstra um desinteresse ou descuido no momento da coleta de dados, pelo profissional de saúde.

Há uma evidente prevalência de mulheres brancas (47,5%), com parcela significativa de dados ignorados (30%), mais uma vez indicando falhas no preenchimento dos formulários de atendimento.

O nível de escolaridade foi registrado de forma inconsistente nos prontuários, sendo que a informação foi ignorada em 63% dos casos, o que comprometeu a análise do perfil das mulheres vitimadas.

O mesmo também foi observado em relação ao início da atividade sexual, com dados ignorados em 86,4%. Com relação aos métodos contraceptivos utilizados antes da violência sexual, foi verificado que 39% das mulheres não utilizavam nenhum método, e dentre os métodos mais utilizados está o contraceptivo hormonal oral (20,3%).

O local de maior ocorrência de violência sexual no presente estudo foi em via pública em 54,2% dos casos, considerando-se o biênio 2005-2006. Em 2005 a proporção foi de 62,1%, e 46,7% em 2006 (Tabela 3).

Conforme se observa, o horário em que se registrou metade das ocorrências foi durante a noite ou madrugada,

sendo 48,3% em 2005 e 56,7% em 2006. Segundo estudo por Oshikata *et al.*¹⁰ (2005), a taxa é de 80% entre as 18 horas e 6 horas da manhã.

Conforme observa-se na Tabela 4, a violência sexual perpetrada por um único agressor predominou em 79,3% dos casos em 2005 e 83,3% em 2006. Acrescenta-se que houve domínio de agressões perpetradas por homem desconhecido em 67,8% dos casos. Esse número elevado pode ser explicado pelo fato de terem sido excluídos da pesquisa, casos de violência doméstica e também as crianças, que na maioria das vezes são agredidas no ambiente familiar como citado por Lopes *et al.*⁶ (2004).

Quanto à tipificação da violência predominou a ocorrência de estupro em uma proporção de 48,3% (2005) e de 43,2% (2006). Esta ocorrência se agrava quando consideradas as ocorrências de estupro acompanhado de atentado violento ao pudor (AVP), representando 90% dos casos em 2005 e, 76,5% no ano de 2006.

Neste sentido, destaca-se que embora tenha havido um decréscimo deste tipo de violência dupla em 2006, observa-se aumento de casos de AVP. Esta informação é importante, pois implica na conduta de quimioprofilaxia para HIV e DST. Por outro lado, os dados são compatíveis com a literatura que revela que entre as adolescentes e mulheres adultas, o estupro é o crime sexual predominante, conforme citado por Lopes *et al.*⁶ (2004).

As situações de grave ameaça e intimidação pelo uso de arma branca, atingiram um percentual de 20,7% no ano de 2005, enquanto o uso de força física chegou a 26,7% no ano de 2006. O uso de força física, seguido por grave ameaça são os métodos de coerção mais utilizados contra as adolescentes e as mulheres adultas, segundo Reis¹² (2004).

De acordo com a Tabela 5, 64,4% das mulheres receberam o primeiro atendimento no serviço de saúde, antes de completar 24 horas em relação à ocorrência da violência sexual. Portanto, para 17 casos (58,7%) no ano de 2005 e 21 casos (70%) em 2006, foi possível a introdução das medidas profiláticas de acordo com a recomendação da norma técnica do Ministério da Saúde¹¹ (2005).

Dentre os casos atendidos no biênio, 81,3% fizeram uso da anticoncepção de emergência no serviço de saúde após a agressão no prazo de até 72 horas. Isso corresponde a 75,9% (22 casos) em 2005 e 86,7% (26 casos) em 2006. Cerca de 90% das mulheres atendidas em 2005 e 76,5% atendidas em 2006 teriam indicação de anticoncepção de emergência em função da tipificação da violência relatada. Entretanto, os dados indicam falhas nas condutas ou nos registros das informações, visto que a in-

Tabela 5. Distribuição de casos de violência sexual, segundo o tempo decorrido da violência sexual e o primeiro atendimento no serviço de saúde

	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Tempo				
Antes de 24 horas	17	21	38	64,4
24 a 48 horas	5	1	6	10,2
48 a 72 horas	2	2	4	6,8
72 horas ou mais	5	6	11	18,6

dicação da medicação foi subestimada em 2005 e superestimada em 2006.

A taxa de gravidez esperada em caso de violência sexual é de 1% a 5%, visto que mais da metade de casos ocorrem no período reprodutivo da vida da mulher⁸. Neste sentido, a presente investigação dialoga com a literatura na medida em que se identificou a ocorrência de gravidez em 1,7% dos casos, correspondente a uma vítima que recebeu as devidas orientações, tendo sido encaminhados para o serviço de referência em aborto legal.

Em relação às profilaxias para as DST's não virais, 91,5% das mulheres atendidas receberam o que corresponde a 27 casos ou 93% no ano de 2005 e 27 casos ou 90% no ano de 2006. Na questão imunoglobulina para hepatite B, a mesma foi indicada em 72,4% ou 21 casos no ano de 2005, e 70% ou 21 casos no ano de 2006. Isso corresponde a uma média de 71,1% de cobertura profilática para Hepatite B dentre o total de casos atendidos entre 2005 e 2006.

Quanto ao uso de antirretrovirais, um número significativo de mulheres iniciou a profilaxia para o HIV quando receberam o primeiro atendimento no serviço de violência sexual. Isto se explica, em parte, pelo temor da vítima em adquirir HIV em função de uma violência sexual. Entretanto, verifica-se que apenas 40,7%, ou seja, menos da metade das mulheres completaram a profilaxia anti-retroviral, evidenciando a grande necessidade de reformulação da assistência, em especial no que se refere ao seguimento ambulatorial dos casos.

Em relação ao seguimento ambulatorial, a Tabela 6 indica que no ano de 2005, 51,7% das mulheres realizaram o seguimento. Em 2006, a proporção de mulheres que não concluíram o tratamento foi de 63,3%, evidenciando falha importante por parte do serviço de referência. Isto sugere a necessidade de análise mais aprofundada com relação a esta falha. O atendimento ambulatorial que deveria ser realizado posteriormente às 72 horas da ocorrência, não foi realizado em 59,3% dos casos, ou seja, na primeira semana após a ocorrência da violência mais da metade das mulheres não procurou o serviço ambulatorial de saúde, com implicações importantes nas ações

Tabela 6. Distribuição de casos de violência sexual, segundo o atendimento, profilaxias e seguimento ambulatorial

Seguimento ambulatorial	2005	2006	Total	Porcentagem
Variáveis	n (29)	n (30)	n (59)	%
Retornou para primeira consulta				
Sim	15	11	26	44,1
Não	14	19	33	55,9
Atendimento 72 horas após a ocorrência				
Sim	14	10	24	40,7
Não	15	20	35	59,3
Completo seis meses de controle sorológico				
Sim	10	3	13	22,1
Não	19	27	46	77,9
Completo profilaxia para HIV (21 dias)				
Sim	15	9	24	40,7
Não	14	21	35	59,3

preventivas, em especial no que se refere à continuidade da profilaxia para o HIV. Cabe destacar, que em virtude dos efeitos colaterais dos medicamentos para prevenção da infecção pelo HIV, a possibilidade de interrupção do tratamento é bastante significativa^{5,8}. Neste sentido, recomenda-se que no primeiro atendimento seja fornecida dose de antirretrovirais para no máximo três dias de tratamento, a fim de que a mulher seja novamente orientada e reavaliada pela equipe de referência ambulatorial e seja garantida maior adesão à quimioprofilaxia^{5,8}.

Os resultados indicam a necessidade de melhorias no serviço em relação à continuidade do tratamento ambulatorial, uma vez que 78% dos casos não fizeram o acompanhamento sorológico de DST's e AIDS por seis meses. Destaca-se que foram classificadas na categoria "não" todas as fichas de atendimento, onde não constavam dados relativos ao seguimento ou constava o seguimento incompleto.

No ano de 2005 cerca de 50% das mulheres realizavam a profilaxia para HIV e o estudo mostra que em 2006, ao invés de melhorar, afinal as informações são difundidas cada vez mais com o passar dos anos tanto na mídia como nos serviços de saúde, houve uma contradição do que se esperava, 70% das mulheres não completaram a profilaxia para HIV. Segundo estudo do IPAS⁵ a profilaxia para HIV representa a maior (80%) preocupação entre as mulheres vitimadas sexualmente. Essa deficiência na continuidade do tratamento pode ser por vários fatores como, falta de qualidade do serviço de saúde, falta de interação e esclarecimento entre a vítima e o profissional de saúde, interferência nas atividades cotidiana das mulheres e nos hábitos alimentares, ou devido aos efeitos colaterais dos medicamentos⁸.

Conclusões

Do total de 59 mulheres atendidas no biênio 2005-2006, metade eram adolescentes e jovens e 64% das vítimas procuraram atendimento antes de completar 24 horas da agressão, porém 55,9% não retornaram ao ambulatório na primeira semana. Importante destacar que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, porém 40,7% completaram tratamento. Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial.

A partir dos resultados desta investigação, conclui-se que:

1. Existem falhas assistenciais importantes no que diz respeito à continuidade do seguimento das mulheres vitimadas sexualmente. O controle sorológico inadequado in-

terfere na saúde sexual e reprodutiva, assim como a interrupção do seguimento prejudica a reinserção destas mulheres ao seu cotidiano de vida.

2. Entende-se que a presença do enfermeiro nas equipes de referência poderá contribuir para o processo de qualificação desta assistência como também no processo de controle sorológico, seguimento ambulatorial, medidas profiláticas e terapêuticas desenvolvidas. Tal estudo constitui como um ponto de partida para a análise do acesso aos serviços de referência, na tentativa de promover uma assistência de enfermagem com qualidade, que vise principalmente, a promoção de saúde, e a prevenção da ocorrência de associações secundárias como riscos e agravos em qualquer nível de atendimento, a fim de analisar e avaliar o atendimento possibilitando aprimoramentos dos serviços.

O enfermeiro geralmente é quem faz o primeiro contato devendo encorajar a vítima a verbalizar sobre a experiência e os sentimentos associados a ela, oferecendo apoio e conforto. Identificar os sistemas de apoio que podem ajudar a vítima a retomar suas atividades normais, explorar novos métodos de lidar com as emoções decorrentes da agressão, seguida da anamnese e solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo, acompanhando em exames especiais e procedimentos necessários, orientação quanto às medicações e encaminhamento a outros profissionais da equipe.

3. Sugere-se que os resultados deste estudo contribuam no aprimoramento dos serviços de atenção às mulheres vítimas de violência sexual, de forma a possibilitar a conscientização dos profissionais e o monitoramento da assistência prestada às vítimas. Isto implica no aprimoramento das equipes envolvidas no atendimento aos casos de violência sexual, melhor continuidade do seguimento dos casos, aconselhamento adequado das mulheres nos primeiros atendimentos, melhor preenchimento dos prontuários, entre outras ações. Entende-se que a disponibilidade de acesso às informações sobre os atendimentos possibilitará a busca ativa das mulheres pelo serviço de referência que deverá estar organizado para tal, principalmente no que diz respeito ao acolhimento e à humanização. Vale destacar que esta busca ativa se aplica preferencialmente na fase entre o atendimento de emergência e o início do seguimento ambulatorial que deve ocorrer ainda na primeira semana após a ocorrência da violência.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam também para o aprimoramento da atenção ofertada por outros serviços de referência no atendimento à violência sexual, além de fomentar iniciativas de estudos mais aprofundados sobre o tema.

Referências

1. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Arrabal NSCJS, Rocha DM, Medeiros, JM. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(9):583-7.
2. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):1-13.
3. Ferreira JD. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(7):1-57.
4. Informe mensal sobre agravos à saúde Pública [homepage da internet]. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica [atualizada em 5 dez 2004; acesso 5 maio 2007]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa12_violencia.htm
5. IPAS e a violência contra a mulher: direitos da mulher; medidas de intervenção e estatísticas [homepage da internet]. IPAS; c2001-07 [acesso 4 abr 2007]. Disponível em: <http://www.Ipas.org.br/violencia>
6. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCG, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(2):1-9.
7. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: A experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):3-5.
8. Ministério da Saúde. Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília; 2005.
9. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(3):1-8.
10. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):1-13.
11. Porto M, McCallum C, Scott RP, Morais HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(supl 2):243-52.
12. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):1-8.
13. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):2-6.

Recebido em 18/10/2008

Aceito em 11/12/2008