

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

OSDEMAR DE CASSOLI MARANHO

**PERFIL DEMOGRÁFICO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**SÃO LUÍS
2009**

OSDEMAR DE CASSOLI MARANHO

**PERFIL DEMOGRÁFICO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão, como pré-
requisito para obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Profa. Dra. Marília da Glória Martins.

**SÃO LUÍS
2009**

OSDEMAR DE CASSOLI MARANHÃO

**PERFIL DEMOGRÁFICO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão, como pré-
requisito para obtenção do grau de Médico.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marília da Glória Martins (Orientadora)

Mestra Graciete Helena Nascimento dos Santos

Mestra Márcia da Silva Sousa

Mestra Marisa Régia Machado Chaves Rabelo

DEDICATÓRIA

À minha esposa Katiúscia que sempre, com muito carinho, soube me entender,
encorajando-me e fazendo-me perceber o real significado do amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

A Universidade Federal do Maranhão, pela oportunidade de concluir o Curso de Medicina.

A orientadora Profa. Dra. Marília da Glória Martins, que, apesar de tantas ocupações diárias, prestou-me auxílio com grandes ensinamentos, amizade e carinho maternal.

A Dra. Marisa que, desde o primeiro momento no qual manifestei interesse pelo tema, não mediu esforços em meu auxílio.

A todos os professores do curso de Medicina que com paciência e dedicação transmitiram os seus conhecimentos.

A minha esposa Katiúscia, pelo constante apoio e encorajamento nas horas difíceis.

A meus pais, Osdemar e Madalena, pelo amor incondicional e por ensinarem que mesmo nas adversidades é possível realizar um sonho.

Aos meus irmãos, Márcio e Juliano, por terem como deles o meu sonho e sempre me encorajarem a seguir em frente.

Ao amigo Biwesley que nas horas difíceis sempre teve uma palavra serena para me nortear.

Ao amigo Márcio Veiga que mesmo em seus momentos de lazer não titubeou em vir ao meu auxílio quando precisei.

Ao amigo Roclides, o grande responsável por toda essa mudança em minha vida.

Aos eternos amigos Fabrício, Germana, Eriberto, Tassiane, Fáverton, Emanuele, Giancarlo, D. Fátima, Giuliano e a todos aqueles que sempre estiveram ao meu lado nas horas felizes e também nas horas tristes.

*"Nós não podemos escrever um novo
começo para nossa vida, mas podemos
começar agora a escrever um novo fim"*

(Chico Xavier)

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Demonstrativo de acordo com faixa etária das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 2 – Demonstrativo de acordo com faixas de idade das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 3 – Demonstrativo de acordo com a cor da pele das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 4 – Demonstrativo de acordo com o estado civil das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 5 – Demonstrativo de acordo com a religião das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 6 – Demonstrativo de acordo com o local de procedência das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 7 – Demonstrativo de acordo com a escolaridade das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 8 – Demonstrativo de acordo com a profissão das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 9 – Demonstrativo de acordo com a deficiência física ou mental das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

TABELA 10 – **Demonstrativo de acordo com** a atividade sexual anterior à agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

TABELA 11 – **Demonstrativo de acordo com** os acompanhantes das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.....

TABELA 12 – **Demonstrativo de acordo com** o bairro onde ocorreu a agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

TABELA 13 – **Demonstrativo de acordo com** o local onde ocorreu a agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

TABELA 14 – **Demonstrativo de acordo com** o número de agressores das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

TABELA 15 – **Demonstrativo de acordo com** os agressores conhecidos das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008

RESUMO

Objetivos: conhecer os aspectos demográficos das mulheres vitimizadas sexualmente, que buscaram atendimento médico no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Serviço de O&G - HUUFMA). **Metodologia:** foram analisados os dados demográficos registrados em fichas de atendimento das mulheres vítimas de violência sexual, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. **Resultados:** analisou-se um total de 186 vítimas, onde 92 (49,46%) eram crianças, 62 (33,33%) adolescentes e 32 (17,20%) adultas. Quanto a cor da pele, a grande maioria era parda (107; 57,53%). Com relação ao estado civil 173 (93,01%) eram solteiras, bem como não tinham tido relação sexual anterior à agressão (122; 65,59%). Tinham baixa escolaridade, onde 121 (65,05%) cursaram apenas o ensino fundamental. Destas não exerciam atividade profissional remunerada (140; 75,27%). O principal agressor era conhecido da vítima (146; 78,49%), entre estes os principais foram vizinho (52; 35,62%), o padrasto (25, 17,12%) e o próprio pai (20; 13,70%). **Conclusão:** concluímos que as vítimas que procuraram atendimento médico eram na sua maioria mulheres jovens, pardas, estudantes, virgens antes da agressão, sem deficiência física ou mental, provenientes de delegacias e foram violentadas por agressores conhecidos em seu ambiente familiar.

Palavras-chave: violência sexual; vítimas; mulheres.

ABSTRACT

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO
2	REVISÃO DA LITERATURA
2.1	Conceitos Médico - Legais da Violência Sexual
2.2	Violência Sexual como um Problema Médico
2.3	Peculiaridades dos Crimes Sexuais Contra Mulheres
2.4	Traçado Epidemiológico da Violência Sexual no Brasil
3	OBJETIVOS
4	PACIENTES E MÉTODOS.....
5	RESULTADOS
6	DISCUSSÃO
7	CONCLUSÃO
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher ainda é crime geralmente clandestino, sub-relatado e pouco conhecido. A falta de informação e a discriminação que as vítimas sofrem, bem como a baixa credibilidade desfrutada junto ao público pelos sistemas policial e judicial são fatores que esclarecem que de um imenso volume de crimes sexuais apenas uma minoria é denunciada e uma ínfima parcela é esclarecida pela investigação policial (MARTINS, 2001).

O abuso sexual de seres humanos pelos seus semelhantes tem sido uma constante na história da humanidade. Parece que tal conduta também se deu dirigida contra as crianças e adolescentes. Todavia, meninas, muito mais do que os meninos parecem não estarem a salvo em nossa cultura, de todos os tipos de abusos sexuais, desde a sedução pura e simples, passando pelo incesto, pelas experiências erotizadas e sexuais, até o estupro. Só recentemente, essa questão vem sendo problematizada, enquanto um fenômeno social a ser explicado, compreendido e enfrentado pela sociedade brasileira (FAGUNDES, 2003).

A violência contra o ser humano é um dos eventos bioéticos de maior relevância, pois, além dos danos físicos e psicológicos que ocasiona, necessita de um grande número de ações para a sua prevenção e tratamento. Está presente na vida da maioria das pessoas, de todas as idades, em graus variados, sem distinção de raça, credo, sexo, cultura e classe social (GARCIA et al, 2008).

Considera-se que a violência praticada pelo parceiro íntimo constitui-se na forma prevalente de violência doméstica contra a mulher. É, muitas vezes, entendida como um fenômeno cultural, fazendo parte dos costumes e normas da sociedade que a aceita como uma forma de ação disciplinar praticada pelo pai em relação à esposa e filhas. Assim, esse desrespeito à dignidade das mulheres tem convivência da sociedade, além de ser facilitado pela impunidade dos agressores. (BRAGA, 2005)

Segundo Minayo (2004), a violência provoca conseqüências na qualidade de vida e exige atenção e cuidado dos serviços de saúde em virtude das lesões físicas, psíquicas e morais.

Motiva-nos o estudo das mulheres violentadas sexualmente, pois que, é situação das mais constrangedoras e humilhantes pelas quais passam as mulheres, e verificando os números cada vez mais crescentes de abuso e violência pretendemos com este estudo contribuir para elaboração de metas e projetos de prevenção desta sombria face da violência, fortalecendo os direitos humanos e reprodutivos, fornecer subsídios para um atendimento digno e visando reduzir o número de casos, com conseqüente diminuição da morbimortalidade e e principalmente os efeitos pós-traumáticos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceitos Médico-Legais da Violência Sexual

A Lei nº. 11.340/2006 criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e, conceitua:

- a) violência física como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal;
- b) violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- c) violência sexual como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

- d) violência patrimonial como qualquer conduta ilegítima que configure perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- e) violência moral como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Alguns autores evidenciam a violência verbal, conceituando-a isoladamente, caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias, enquanto que, na referida lei este tipo de violência está inserido no contexto da violência moral (GARCIA et al, 2008).

Etimologicamente, conforme Koshima (2003), o abuso sexual indica a separação e o afastamento do uso normal. O abuso sexual é ao mesmo tempo um uso errado e um uso excessivo, ultrapassar os limites, é, portanto, uma transgressão.

Segundo Marceline Gabel (1997), o abuso sexual deve ser claramente situado no quadro dos maus-tratos infligidos à infância. Essa noção assinala o alargamento de uma definição em que se passou da expressão – **criança espancada** – na qual se mencionava apenas a integridade corporal, para – **criança maltratada** – na qual se acrescenta os sofrimentos morais e psicológicos. Os maus-tratos abrangem tudo o que uma pessoa faz e concorre para o sofrimento e alienação da outra.

Existem várias definições para o fenômeno da violência. De acordo com o Dicionário Jurídico (SILVA, 1993) violência é todo ato de força praticado contra as pessoas ou coisas, com intenção de violentar, destruir ou se apossar delas, pressupõe um ato de força, que não precisa necessariamente ser física, praticado contra a vítima, em situação de desvantagem.

Outros autores levam em consideração aspectos político-econômicos, afirmando que violência é um processo que permeia o sistema, sendo considerado um estado da sociedade. Portanto, a violência necessita ser interpretada em suas

várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio de eventos em que se expressa, repercute e reproduz-se (SANTANA; XAVIER, 2003)

2.2 Violência Sexual como um Problema Médico

O atendimento feito pelos profissionais da área de saúde é um fator importante para o acolhimento da mulher vítima de violência sexual, pois a adoção de medidas apropriadas pode minimizar o seu sofrimento (FREITAS, 2007).

Em consonância com a lógica da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e com o objetivo do cumprimento da meta qualitativa de promover a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, a Área Técnica de Saúde da Mulher tem como objetivo aumentar o número de serviços de atenção à violência nos municípios-pólo de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas, que devem se constituir em ações voltadas à população (BRASIL, 2006).

A violência contra a mulher vem sendo remetida à área da Saúde Pública tanto pelo movimento feminista como por associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Segundo d'Oliveira e Schraiber (1999), essa tendência está embasada na constatação crescente de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além de trauma físico direto, e também a um uso mais freqüente dos serviços de saúde.

O atendimento às mulheres vitimizadas sexualmente é complexo, necessitando de modo ideal e emergencial de uma equipe multidisciplinar habituada com tais intervenções e que possa oferecer mais do que um atendimento médico,

uma assistência psicológica para controle e seguimento até a completa reestruturação psicossocial dessa mulher e toda a família, culminando com terapia familiar (MARTINS, 2001).

A violência contra as mulheres, seja ela física, psicológica, sexual ou de outra ordem, constitui um grande risco para a saúde de pessoas do sexo feminino, cuja realidade também se aplica às mulheres indígenas e tem aumentado com as taxas crescentes de abuso de álcool, pobreza e desemprego, particularmente em homens indígenas. A violência está associada a altas taxas de transtornos mentais em mulheres indígenas, o que inclui ansiedade, traumas e suicídio, visto que impõe a tais pessoas traumas não somente físicos, mas psicológicos.

Diniz & D'Oliveira, em um estudo de revisão da literatura, relataram que 40% das mulheres declararam ter vivenciado uma relação sexual não consentida com seu parceiro, sendo o estupro referido por apenas 12% delas. Saffioti & Almeida, 26 acrescentam que a violência sexual desconhece fronteiras, ocorrendo em populações de diferentes desenvolvimentos sociais e econômicos, no espaço público ou privado, e em qualquer etapa da vida da mulher, e esta violência acarreta um complexo problema de saúde pública, pois, além dos danos psicológicos, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, verifica-se a possibilidade da ocorrência de gravidez pós-estupro e de lesões genitais e não-genitais (BRASIL, 1999).

A violência sexual também acarreta uma série de agravos à saúde física e emocional de mulheres, adolescentes e crianças. A Associação Médica Americana reporta que as vítimas de estupro apresentam o seguinte quadro psicológico: ansiedade, pesadelos, fantasias catastróficas, sentimentos de alienação e isolamento, além de problemas sexuais. Como impactos à saúde física, a Associação cita fadiga, cefaléias, distúrbios do sono e dos padrões de alimentação e, em especial, o risco de gravidez e de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, tais como HIV/AIDS (BRASIL, 2006).

No Brasil, segundo dados de uma pesquisa conduzida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob coordenação da Organização Mundial da Saúde, os hospitais e os centros de

saúde aparecem como os principais serviços procurados pelas mulheres em situação de violência: 16% na cidade de São Paulo e 11% na Zona da Mata. Tais mulheres apresentaram agravos à saúde mental, sendo que o estudo relata maior taxa de tentativa de suicídio entre mulheres que sofreram violência, assim como maior frequência do uso diário de álcool e problemas relacionados à bebida (BRASIL, 2006).

Ressalta-se ainda que entre 25 a 50% das sobreviventes da violência sexual são infectadas por uma DST, somando severas consequências físicas e emocionais. Ainda que reconheçam todas essas repercussões, cerca de 80% das vítimas de violência sexual referem ter como principal preocupação a possibilidade de se infectar com o HIV (DREZETT, 2002).

A maioria dos serviços de saúde no Brasil, não estão capacitados a realizar um atendimento eficiente, de qualidade e humanizado, para mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual. Esse tipo de violência contra a mulher é um problema que reflete grave crime contra os direitos humanos, e o despreparo dos profissionais que atuam nessa área pode reforçar a crença de que a mulher vítima é co-responsável do crime sofrido (FREITAS, 2007).

Para a saúde, os danos e os agravos do abuso sexual são expressivos e complexos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Entre eles, a gravidez decorrente do estupro se destaca pela multiplicidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (DREZETT, 2002).

A Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1999 recomenda que toda unidade de saúde que contenha um serviço de ginecologia e obstetrícia constituída deve ser apta a realizar o atendimento de mulheres vitimizadas sexualmente, com qualidade e rapidez, para que possíveis danos à saúde da mulher sejam evitados. Orienta sobre como proceder numa primeira entrevista, dando destaque à importância de se registrar a ocorrência na delegacia. Os registros dos dados obtidos devem ser padronizados, permitindo a sua comparação e análise pelo Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (FREITAS, 2007).

A efetiva assistência aos casos de violência sexual requer a observância de determinadas condições e providências no âmbito da instituição, não havendo necessidade, no entanto, de criação de um serviço específico para este fim. Todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento a esses casos. É preciso que a unidade esteja apta a atuar com presteza e rapidez nesse tipo de atendimento, de modo a evitarem-se maiores danos à saúde física e mental da mulher (BRASIL, 1999).

Os provedores de serviços de saúde deveriam estar adequadamente preparados para avaliar os riscos envolvidos com a violência sexual em cada caso, oferecendo medidas de proteção e intervenção apropriadas. Contracepção de Emergência, profilaxia para a hepatite B e proteção medicamentosa contra as DST não virais são ações de fundamental importância e que deveriam ser oferecidas e garantidas aos casos ocorridos há menos de 72 horas (DREZETT, 2002).

A garantia de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa, por conseguinte, apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (BRASIL, 1999).

2.3 Peculiaridades dos Crimes Sexuais Contra Mulheres

Boa parte da literatura produzida sobre a violência contra a mulher, a criança e o adolescente no Brasil tem privilegiado, como fonte de pesquisa, documentos elaborados no Sistema de Justiça Criminal. Estatísticas produzidas a partir de boletins de ocorrências, da análise de processos e de prontuários de

medicina legal vêm derrubando alguns mitos até então predominantes no universo simbólico em geral. Em relação ao crime de estupro, um desses mitos consistia em acreditar que os agressores são desconhecidos da vítima (SOUZA et al., 1993).

Vale a pena refletir sobre alguns mitos que acompanham a problemática da violência sexual. O primeiro deles, e talvez o mais difundido entre o senso comum, é o de que a violência sexual é um fenômeno raro e restrito às camadas mais desprestigiadas da população. Ao pensar desta forma muitas pessoas se enganam; as estatísticas mostram que a incidência de violência sexual tem aumentado bastante e sua ocorrência não está restrita à população mais pobre, mas talvez estas pessoas denunciem mais o fato aos órgãos competentes (SANTANA; XAVIER, 2003).

Segundo Oshikata et al (2005), uma das causas que contribui para a baixa frequência de denúncias é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, com vínculo sentimental ou hierárquico entre agressores e vítimas, e estas nem sempre denunciam ou procuram atendimento médico, ainda que a violência se repita por meses ou anos.

2.4 Traçado Epidemiológico da Violência Sexual no Brasil

O Ministério da Saúde reconhece que menos de 10% dos crimes de violência sexual são notificados nas delegacias, apesar dos estudos mostrarem índices muito altos de estupro, como a ocorrência de 11.000 deles em Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) de 12 cidades do país (BRASIL, 2001). Sabe-se também que a grande maioria de casos intrafamiliar de estupro não são denunciados, seja por constrangimento, seja por medo de alguma implicação nas relações familiares.

O Brasil ocupa o quarto lugar no ranking da violência na América Latina, depois da Colômbia, El Salvador e Venezuela, sendo responsabilizada como segunda causa de morte em geral e é a primeira causa nas amplas faixas etárias de 5 a 49 anos. Nos casos que exigem internações, a violência está no sexto lugar de importância (RESENDE, 2008)

A violência sexual é fenômeno universal que atinge, indistintamente todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Sua verdadeira incidência é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo o mundo. Porém tal agressão vem sendo cada vez mais relatada, estimando-se que acometa 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo (KENNEY; REINHOLTZ; ANGELINI, 1998).

Em análise de estudos internacionais (35 estudos de 24 países), Heise (1994) revelou alguns parâmetros desta questão, entre eles: na Colômbia, 20% das mulheres já foram vitimizadas física ou sexualmente, ao passo que na Índia, 75% delas sofreram este mal; nos Estados Unidos e Canadá, 28% e 25%, respectivamente, reportaram que foram vítimas deste tipo de violência.

Quanto ao estupro em geral, nos Estados Unidos, vários estudos sugerem que entre 1/5 a 1/7 das mulheres norte-americanas serão vitimizadas de estupro durante sua vida. Dados obtidos de centros de atendimentos às vítimas de estupro em sete países mostraram que de 36% a 58% das vítimas de estupro ou tentativa de estupro têm menos de 16 anos, 18% a 32% têm menos de 11 anos; e em 60% a 78% dos casos, o agressor é uma pessoa conhecida (HARTIGAN, 1997)

Conforme relatório da OMS do ano de 2002, quase metade dos assassinatos de mulheres, naquele ano, foram cometidos por maridos ou namorados, antigos ou atuais. Em alguns países, até 69% das mulheres relataram terem sido fisicamente e até 47% afirmaram que sua primeira relação sexual foi forçada (RESENDE, 2008)

Em análise de estudos anteriores, Resende (2008) cita que uma a cada cinco brasileiras declarou espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem, sendo que o principal agressor é o marido ou parceiro. E que perto de 50% dos homens declarou ter usado algum tipo de violência contra sua

parceira íntima pelo menos uma vez, sendo que 25% desse total usaram violência física.

É grande a dificuldade que existe em falar sobre o abuso sexual. Durante o atendimento percebe-se que a maior parte das crianças atendidas levou algum tempo até conseguir contar a alguém e pedir ajuda. Revelam, além de um grande medo das ameaças dos agressores, um medo de não serem acreditadas ou mesmo de serem responsabilizadas pelo acontecido. Além do medo do descrédito na sua palavra, o medo da reação dos responsáveis ou das ameaças do agressor, vergonha e culpa, são os elementos que contribuem no prolongamento do silêncio que envolve os abusos sexuais (KOSHIMA, 2003)

3 OBJETIVOS

Conhecer os aspectos demográficos das mulheres vitimizadas sexualmente, que procuraram atendimento médico no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo retrospectivo, observacional e analítico subsidiado pelo estudo das fichas de atendimento de todas as mulheres que buscaram o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, num total de 186.

4.2 Metodologia

Foram incluídas no estudo, as fichas de atendimento de todas as mulheres que buscaram atendimento no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com queixa de abuso ou violência sexual, entre janeiro de 2007 a dezembro de 2008

4.3 Instrumentos de Coleta

Para a coleta dos dados, utilizou-se, como instrumento, a análise de dados compilados em fichas de atendimento, padronizadas pelo Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

4.4 Variáveis Estudadas

Para análise do perfil demográfico das vítimas, selecionaram-se: idade, cor, religião, estado civil, local de moradia, escolaridade, atividade sexual prévia, presença de deficiências física e/ou mental, acompanhante da vítima durante o atendimento, procedência, registro de ocorrência em delegacia de polícia, quantidade de agressores, parentesco com agressor e local de agressão.

4.5 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com auxílio do software Bioestat 3.0, de domínio público. Para comparação das variáveis categóricas utilizou-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer, considerando significativo erro quando alfa menor que 5%. As variáveis numéricas foram categorizadas para aplicação dos mesmos testes.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo número 2899/09-40 por atender os requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares no Conselho Nacional de Saúde/MS.

5 RESULTADOS

Foram analisados 186 fichas de atendimento à vítimas de violência sexual do **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** referentes ao período estudado.

Observa-se na tabela 1, que esta casuística mostra 92 (49,46%) são crianças, seguido de 62 adolescentes (33,33%) e 32 mulheres adultas (17,20%).

TABELA 1 – **Demonstrativo de acordo com** a faixa etária das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

FAIXA ETÁRIA	N	%
CRIANÇAS	92	49,46
ADOLESCENTES	62	33,33
ADULTOS	32	17,20
TOTAL	186	100,00

Em nosso estudo, a idade variou entre 9 meses e 52 anos de idade, sendo distribuídas da seguinte forma: 22 (11,83%) vítimas entre 0 e 5 anos, 40 (21,51%) vítimas entre 6 e 10 anos, 72 (38,71%) vítimas entre 11 e 15 anos, 21 (11,29%) vítimas entre 16 e 19 anos, 14 (7,53%) vítimas entre 20 e 25 anos, 11 (5,91%) vítimas entre 26 e 35 anos e 6 (3,23%) tinham mais que 35 anos (TABELA 2).

TABELA 2 – Demonstrativo de acordo com as faixas de idade das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

IDADES	N	%
0 - 5	22	11,83
6 - 10	40	21,51
11 - 15	72	38,71
16 - 19	21	11,29
20 - 25	14	7,53
26 - 35	11	5,91
> 35	6	3,23
TOTAL	186	100,00

Das 186 vítimas atendidas, 107 mulheres (57,53%) eram de pele parda, 46 (24,73%) pele branca, 30 (16,13%) eram negras e apenas 3 (1,61%) de cor indefinida ou não informada (TABELA 3).

TABELA 3 – Demonstrativo de acordo com a cor da pele das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

COR	N	%
BRANCA	46	24,73
PARDA	107	57,53
PRETA	30	16,13
INDEFINIDA	3	1,61
TOTAL	186	100,00

De acordo com a tabela 4, nota-se que 173 (93,01%) eram solteiras, onze (5,91%) eram casadas, apenas uma (0,54%) divorciada e outra não foi informado estado civil (0,54%).

TABELA 4 – **Demonstrativo de acordo com** o estado civil das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTEIRA	173	93,01
CASADA	11	5,91
DIVORCIADA	1	0,54
NÃO INFORMADA	1	0,54
TOTAL	186	100,00

Cerca de 65,05% das pacientes eram de religião católica (121 vítimas), 22,58% (42 vítimas) eram evangélicas e 12,37% (23 vítimas) não tinham ou não informaram a religião a que pertencem.

TABELA 5 – **Demonstrativo de acordo com** a religião das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

RELIGIÃO	N	%
CATÓLICA	121	93,01
EVANGÉLICA	42	5,91
NÃO INFORMADA	23	0,54
TOTAL	186	100,00

No que diz respeito à procedência, 120 vítimas (64,52%) procediam de alguma delegacia, 37 (19,89%) de suas residências, 11 delas (5,91%) de algum hospital, 10 (5,38%) do instituto médico legal e apenas uma vítima (0,54%) veio de abrigo judiciário, conselho tutelar e ministério público. Cinco vítimas (2,69%) não informou a procedência (TABELA 6).

TABELA 6 – Demonstrativo de acordo com o local de procedência das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

PROCEDÊNCIA	N	%
ABRIGO JUDICIÁRIO	1	0,54
CONSELHO TUTELAR	1	0,54
DELEGACIA	120	64,52
HOSPITAL	11	5,91
IML	10	5,38
MINISTÉRIO PÚBLICO	1	0,54
RESIDÊNCIA	37	19,89
NÃO INFORMADO	5	2,69
TOTAL	186	100,00

Consoante à faixa etária, a maior parte das vítimas cursam ou cursaram o ensino fundamental (121; 65,05%), seguido por ensino médio (36; 19,35%) e ensino superior (5; 2,69%). Dezoito pacientes (9,68%) não tinham estudo ou não informaram a escolaridade durante o atendimento (TABELA 7)

TABELA 7 – **Demonstrativo de acordo com** a escolaridade das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

ESCOLARIDADE	N	%
ANALFABETA	6	3,23
FUNDAMENTAL	121	65,05
MÉDIO	36	19,35
SUPERIOR	5	2,69
NÃO INFORMADO	18	9,68
TOTAL	186	100,00

Em relação à ocupação profissional, a maioria não exerce atividade remunerada (166, 89,25%), enquanto a outra parte (20; 10,75%) exercia alguma atividade profissional remunerada. As profissões das vítimas estão distribuídas conforme a Tabela 8.

TABELA 8 – **Demonstrativo de acordo com** a profissão das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

PROFISSÃO	N	%
AGENTE ADMINISTRATIVO	2	1,08
APOSENTADA	1	0,54
AUTÔNOMA	1	0,54
AUX. ENFERMAGEM	3	1,61
AUX. SERV. GERAIS	1	0,54
BANCÁRIA	1	0,54
COBRADORA DE ÔNIBUS	1	0,54
CONSULT. DE NEGÓCIOS	1	0,54
DO LAR	4	2,15
EMPREGADA DOMÉSTICA	5	2,69
ESTUDANTE	135	72,58
GARÇONETE	1	0,54
RECEPCIONISTA	3	1,61
PEDAGOGA	1	0,54
NÃO INFORMADO	26	13,98
TOTAL	186	100,00

Apenas 12 vítimas (6,46%) das 186, apresentava algum tipo de deficiência, dentre elas, metade era deficiente mental e outra metade deficiência física. Outras 171 (91,94%) eram normais, e 3 (1,61%) casos não referiam presença ou ausência de deficiências física ou mental (TABELA 9).

TABELA 9 – **Demonstrativo de acordo com** a presença de deficiência física ou mental nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

DEFICIÊNCIA	N	%
SIM	12	6,45
NÃO	171	91,94
NÃO INFORMADA	3	1,61
TOTAL	186	100,00

As vítimas, na maioria delas, não tinham atividade sexual anterior à violência (122; 65,59%), outras 41 (22,04%) já tiveram relações sexuais anteriores à agressão, enquanto 23 mulheres (12,37%) não informaram sobre atividade sexual anterior (TABELA 10).

TABELA 10 – **Demonstrativo de acordo com** a atividade sexual anterior à agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

ATIVIDADE SEXUAL	N	%
SIM	42	22,04
NÃO	122	65,59
NÃO INFORMADA	23	12,37
TOTAL	186	100,00

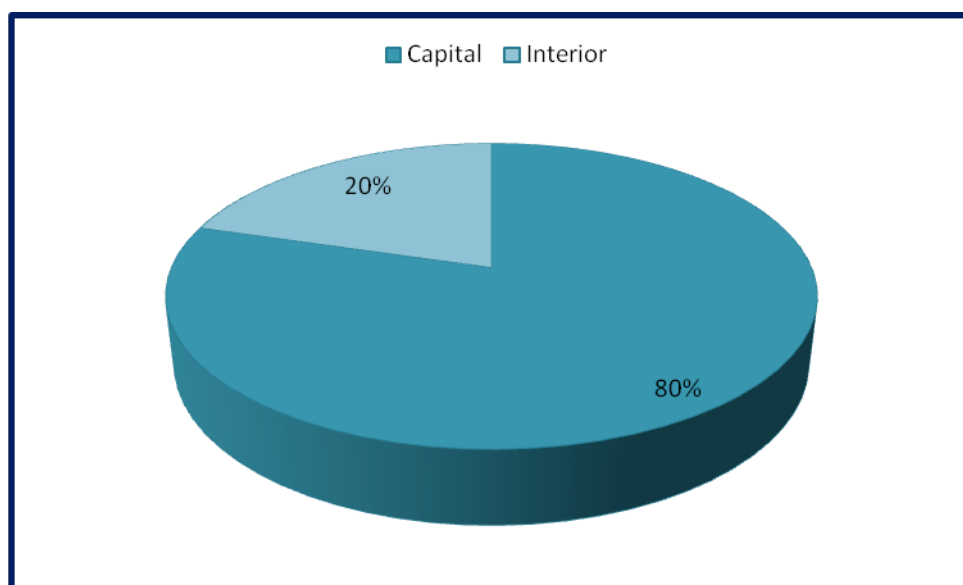
Com relação aos acompanhantes das vítimas no momento do atendimento hospitalar (dentro do **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** 167 (89,78%) estavam acompanhadas, enquanto apenas 19 (10,22%) estavam desacompanhadas. Dentre as mulheres acompanhadas, **70,66% (118)** apresentaram-se com suas mães, 11,98% (20) com algum parente próximo, **5,39% (9)** com o pai, **4,79% (8)** com o tutor, **3,59% (6)** estavam em companhia de algum amigo e apenas 1,80% (3) vitimas tiveram como companhia os pais (pai e mãe juntos - TABELA 11).

TABELA 11 – Demonstrativo de acordo com os acompanhantes das vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

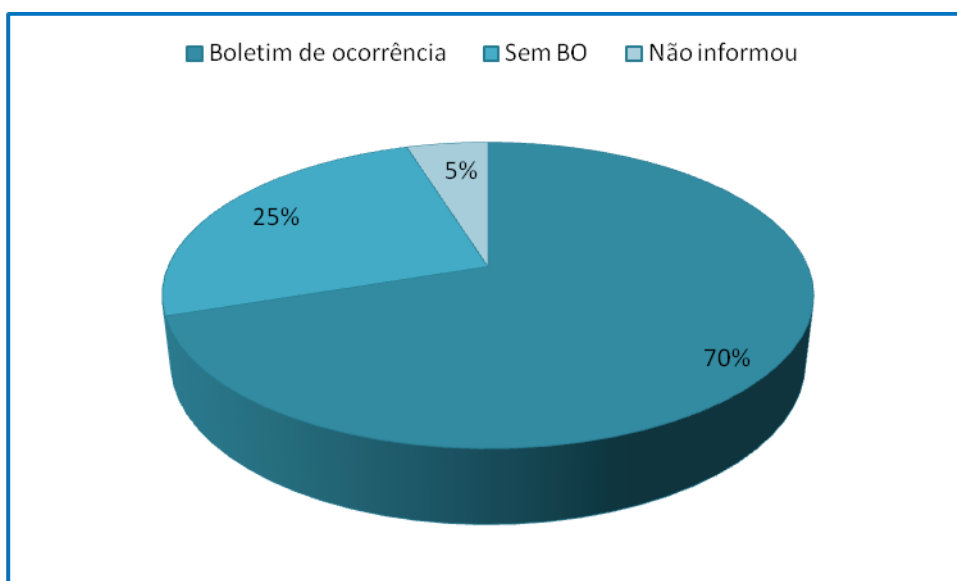
ACOMPANHANTE	N	%
AMIGA	3	1,61
AVÓ	2	1,08
CONJUGE	3	1,61
IRMÃOS	6	3,23
MADRASTA	1	0,54
MÃE	118	63,44
PAI	9	4,84
PAIS	3	1,61
PATROA	2	1,08
SOBRINHA	1	0,54
SEM ACOMPANHANTE	19	10,22
TIA	9	4,84
TIO	2	1,08
TUTOR	8	4,30
TOTAL	186	100,00

O tempo médio entre a agressão e a procura por atendimento médico junto ao Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, as vítimas levaram aproximadamente 76 dias.

A principal área de demanda para atendimento das mulheres violentadas sexualmente atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**, foram moradoras do município de São Luís (MA) com 148 (79,57%) vítimas enquanto apenas 38 (20,43%) vieram de outros município do estado (MA).



Dentre as 186 vítimas, 130 (69,89%) procurou um delegacia de polícia e fez o registro da ocorrência, 47 (25,27%) não fizeram registro policial e 9 casos (4,84%) não informaram a respeito do registro policial da ocorrência.



De todas as mulheres que procuraram atendimento no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, 147 (79,03%) foram vitimizadas na capital, São Luís (diversos bairros – Tabela 12), enquanto apenas 39 (20,97%) foram violentadas em outros municípios e dirigiram-se ao Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para atendimento médico (TABELA 12).

TABELA 12 – Demonstrativo de acordo com o bairro onde ocorreu a agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

BAIRRO	N	%	BAIRRO	N	%
ALTOS DO CALHAU	1	0,54	PRIMAVERA	1	0,54
ANIL	2	1,08	QUEBRA-POTE	1	0,54
ANJO DA GUARDA	11	5,91	RENASCENÇA II	1	0,54
AREINHA	1	0,54	RES. J. R. TAVARES	1	0,54
AURORA	1	0,54	RES. MANAÍRA	1	0,54
BAIRRO DE FÁTIMA	2	1,08	RES. PARAÍSO	1	0,54
BARRETO	1	0,54	RIO GRANDE	1	0,54
BOM JESUS	1	0,54	SÁ VIANA	2	1,08
CENTRO	3	1,61	SACAVÉM	1	0,54
CIDADE OLÍMPICA	4	2,15	SANTA BÁRBARA	3	1,61
CIDADE OPERÁRIA	6	3,23	SANTA CRUZ	2	1,08
COHAMA	2	1,08	SANTO ANTÔNIO	2	1,08
COHATRAC	4	2,15	SÃO CRISTÓVÃO	4	1,15
COROADINHO	5	2,69	SÃO FRANCISCO	4	2,15
COROADO	1	0,54	SÃO RAIMUNDO	2	1,08
CRUZEIRO DO ANIL	4	2,15	TIBIRI	2	1,08
ESTIVA	2	1,08	TURÚ	2	1,08
ESTRADA DA RAPOSA	1	0,54	VICENTE FIALHO	1	0,54
ESTRADA DE RIBAMAR	3	1,61	VILA CONCEIÇÃO	1	0,54
GAPARA	1	0,54	VILA EMBRATel	4	2,15
GENIPARANA	1	0,54	VILA ITAMAR	1	0,54
GOIABAL	1	0,54	VILA JANAÍNA	2	1,08
IVAR SALDANHA	1	0,54	VILA LUISÃO	1	0,54
JARACATI	1	0,54	VILA MARACAJÁ	1	0,54
JARDIM SÃO CRISTÓVÃO	1	0,54	VILA MAGRIL	1	0,54
JOÃO DE DEUS	1	0,54	VILA MARANHÃO	2	1,08
JORDOA	1	0,54	VILA NOVA	3	1,61
LIBERDADE	2	1,08	VILA OPERÁRIA	1	0,54
MARACANÃ	4	2,15	VILA PALMEIRA	1	0,54
MONTE CASTELO	3	1,61	VILA PASSOS	1	0,54
PARQUE TIMBIRA	1	0,54	VILA REGINA	1	0,54
PARQUE JAIR	1	0,54	VILA SÃO LUÍS	1	0,54
PARQU VITÓRIA	3	1,61	VINHAIS	3	1,61
PEDRINHAS	1	0,54	NÃO INFORMADO	10	5,38
PLANALTO ANIL	2	1,08	OUTRAS CIDADES	39	20,97
PONTA D`AREIA	1	0,54			
TOTAL	186		100,00		

As vítimas foram agredidas, em maior parte em sua própria residência (64; 34,41%), seguido por local desconhecido ou deserto (42; 22,58%), residência do agressor (30; 16,13%), vizinhança (17; 9,14%), motel (11; 5,91%), local não informado (11; 5,91%), residência de parentes (6; 3,23%); local de lazer (4; 2,15%) e uma (0,54%) em seu local de trabalho (TABELA 13).

TABELA 13 – **Demonstrativo de acordo com** o local onde ocorreu a agressão nas vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

LOCAL	N	%
RESIDÊNCIA DA VÍTIMA	64	34,41
RESIDÊNCIA DO AGRESSOR	30	16,13
RESIDÊNCIA DE PARENTES	6	3,23
LOCAL HERMO	42	22,58
VIZINHANÇA	17	9,14
MOTEL	11	5,91
LOCAL DE LAZER	4	2,15
LOCAL DE TRABALHO	1	0,54
NÃO INFORMADO	11	5,91
TOTAL	186	100,00

A grande maioria das agressões foi realizada por um único agressor (173; 93,01%), seis casos (3,23%) foram por três agressores, quatro casos (2,15%) foram por dois agressores, um único caso (0,54%) foi cometido por quatro agressores e dois casos (1,08%) não foi possível determinar a quantidade de agressores.

TABELA 14 – **Demonstrativo de acordo com** o número de agressores das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

NUMERO DE AGRSSORES	N	%
1	173	93,01
2	4	2,15
3	6	3,23
4	1	0,54
NÃO INFORMADO	2	1,08
TOTAL	186	100,00

Os principais agressores eram conhecidos da vítima (146; 78,49%), apenas 40 casos (21,51%) foi atribuído a pessoas desconhecidas da vítima e de sua família.

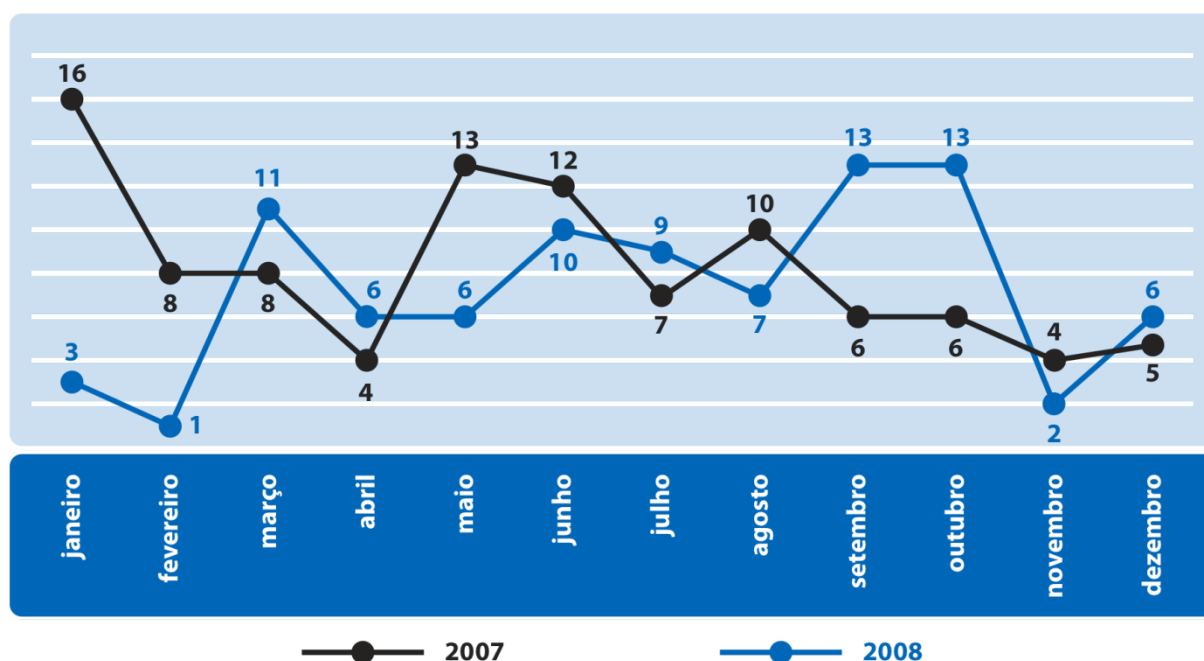
Dentre todos os agressores conhecidos, o maior número foi de vizinhos (52; 35,62%), seguido por padrasto (25; 17,12%), pai (20; 13,70%), amigos da vítima (15; 10,27%). Tabela 15

TABELA 15 – **Demonstrativo de acordo com** os agressores conhecidos das vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

CONHECIDOS	N	%
AMIGO	15	10,27
AVÔ	3	2,05
EMPREGADO DA FAMÍLIA	1	0,68
CÔNJUGE	1	0,68
EX-CÔNJUGE	2	1,37
IRMÃO	3	2,05
NAMORADO	7	4,79
PADRASTO	25	17,12
PADRINHO	1	0,68
PAI	20	13,70
PATRÃO	1	0,68
PRIMO	8	5,58
TIO	7	4,79
VIZINHO	52	35,62
TOTAL	146	100,00

Houve vítimas atendidas ao longo de todos os meses dos anos de 2007 e 2008 com pequenas variações de quantidade mês-a-mês. Porém neste mesmo período foi feito primeiro atendimento a vítimas violentadas em anos anteriores (2006 e 2005). Com uma média de atendimento de 7,25 pacientes por mês em 2008 e de 8,25 pacientes por mês em 2007.

GRÁFICO 1 – Distribuição temporal do atendimento às vítimas de violência sexual atendidas no **Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.



6 DISCUSSÃO

À vezes, o agir de forma impensada ou violenta, em determinadas situações, é decorrente de problemas de ordem social e também psicológica como, por exemplo, dificuldades financeiras, alcoolismo, discriminação, exclusão e da própria violência. Entretanto, em relação ao abuso sexual, vale ressaltar que este não ocorre somente nas camadas populares, tendo estado sempre presente em todas as classes sociais. Nas camadas de baixa renda, porém ele torna-se muito mais visível em consequência das condições de vida e da vulnerabilidade a que estão submetidas essas famílias (OLIVEIRA & PRADO, 2003).

O abuso sexual em qualquer época da vida de uma mulher está ligado a repercussões gravíssimas, de cunho íntimo e pessoal que se refletem como medo persistente, perda da auto-estima e dificuldade de relacionamento até efeitos psicológicos crônicos, como aqueles que se enquadram no distúrbio de stress pós-traumático.

Conforme estudo conduzido pelos autores Prado e Oliveira (2003), onde foram acompanhados 73 casos de violência sexual num período de 1999 a 2001, mostrou que a maioria das vítimas residiam em bairros populares ou na periferia, algumas em condições de vida bastante precárias, vivendo em barracos, invasões, com infra-estrutura inepta. Outro dado que chama atenção, diz respeito a uma situação crônica de desemprego, fazendo com que a maioria, ou seja, 68,4% estejam inseridas no mercado informal, trabalhando como diaristas, domésticas. Enquanto em nosso estudo vimos que a maioria das vítimas (140; 75,27%) não exerciam atividade econômica alguma (na maior parte estudantes - 135;72,58%).

Em estudo anterior conduzido por Martins (2005) no Hospital Materno Infantil, avaliando 43 fichas clínicas no período de maio de 2000 a setembro de 2005, encontrou uma predominância de vítimas em faixa etária entre 10 e 15 anos. Semelhante ao nosso estudo, onde houve predominância da mesma faixa etária.

O predomínio de mulheres ainda muito jovens vítimas de estupro do presente estudo é concordante com o apresentado por diversos pesquisadores, GIFFIN, 1994; RICCKERT; WIEMANN, 1998; RIBEIRO et al., 2004; OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005. Segundo Giffin (1994) "dados obtidos de centros de atendimento a vítimas de estupro em sete países mostram que 36% a 58% das vítimas de estupro têm menos de 16 anos; 18% a 32% têm menos de 11 anos". Drezett et al (2001) referem que, apesar da violência sexual ocorrer em qualquer idade, a maioria dos registros aponta para predominância desse crime entre as mais jovens e adolescentes.

A idade média da vitimização sexual de crianças nos Estados Unidos, exemplo de país que vem estudando há muitos anos essa problemática, foi reportado ser em torno de 10.5 anos (Knudsen, 1992). Esse dado é muito semelhante ao encontrado em nosso estudo, cuja idade média das 186 mulheres atendidas foi de 13,9 anos.

Porém pode-se questionar tal valor por duas razões principais, primeiro, crianças menores não se queixariam e apresentariam denúncias tanto quanto as maiores. Nesses casos, os profissionais do setor saúde e as próprias mães seriam as principais fontes de informação. Segundo, parece haver maior atrativo pelas meninas quando elas estão no início da puberdade (KNUDSEN, 1992). Essa tendência parece ser confirmada com dados de levantamentos feitos no México, onde, dentre 150 meninas que se reportaram como violadas sexualmente entre 1988 a 1991, 88 tinham entre 11 a 15 anos de idade e 54 estavam com 6 a 10 anos de idade (GONZÁLEZ et al, 1993). Também aqui, os dados podem estar subestimados, porque as meninas maiores poderiam estar mais atentas aos riscos da falta de apoio e de abandono que poderiam vir a ser submetidas, como conseqüências da denúncia (FAGUNDES, 2003).

Martins e colaboradores (2005), encontraram 42 (49,42%) vítimas violentadas em sua residência, enquanto que em nosso estudo o número de casos, apesar de ter sido maior, 64, relativamente foi menor, 34,41%, que ocorreram na residência da vítima, concordando com aquele estudo em ser o local de maior prevalência da agressão.

Em estudo realizado por Cohen e Matsuda (1991), onde analisaram 238 vítimas de incesto, concluíram que o principal agressor foi o próprio pai da vítima. Apesar de não estudarmos unicamente o incesto, nossos resultados aproximaram-se muito do encontrado por estes autores, onde, num universo de 186 mulheres vitimizadas sexualmente, 66 (35,48%) mulheres foram forçadas a ter relação incestuosa, sendo eles: padrasto (25; 17,12%), pai (20; 13,70%), primo (8; 5,48%), tio (7; 4,79%), irmão (3; 2,05%) e avô (3; 2,05%) os principais agressores.

Os adolescentes não são apenas as vítimas deste tipo de violência. Essas situações ocorrem em todas as faixas etárias predominando na faixa dos 7 aos 10 anos de idade (SANTANA; XAVIER, 2003). Tal informação está de acordo com nosso estudo.

Em sua grande maioria, os agressores são conhecidos das crianças, geralmente são pessoas que ela ama, respeita e confia, caindo por terra a premissa de que os estranhos é que são perigosos (SANTANA; XAVIER, 2003). Concordando com nosso estudo, onde encontramos um percentual relativamente pequeno de agressores desconhecidos da vítima (21,51%; 40).

Ao contrário do que muitas pessoas pensam os agressores não são homens violentos, alcoólatras ou depravados sexuais, estes existem, mas não predominam entre os abusadores. A maior parte dos agressores sexuais é composta por homens heterossexuais e que se relacionam com outros adultos, são os chamados agressores sexuais situacionais (SANTANA; XAVIER, 2003).

Outro fato que chama bastante atenção, é que algumas pessoas consideram abuso sexual apenas quando há a conjunção carnal (penetração pênis/vagina). É comum vê-los falar *não foi nada sério, minha filha ainda é virgem* ou então não é dada a queixa pelo mesmo motivo. O que deve ficar claro é que todo tipo de abuso sexual, com ou sem penetração, com ou sem violência física, pode vir a ter efeitos devastadores na esfera psico - emocional da criança/adolescente vítima e configuram-se como modalidades diferentes de violência sexual (SANTANA; XAVIER, 2003).

A problemática do abuso sexual não é somente da alçada privada e familiar. Suas conseqüências e seqüelas já são fartamente documentadas. Os

custos pessoais, sociais e econômicos são muito altos para que se mantenha a omissão face à sua responsabilização. E essa, apesar de ser predominantemente do abusador, é também, social e política. Ou seja, a ordem legal deve responsabilizar e punir os abusadores, mas também, as instituições sociais devem ser melhor estudadas e analisadas no sentido de se prover de informações para as políticas públicas e sociais de prevenir e tratar a existência de meninas abusadas e adultos sexualmente abusadores (FAGUNDES, 2003).

Com relação a escolaridade, de Deus e colaboradores (2008) concluíram que embora a violência sexual ocorra em mulheres de qualquer faixa etária e de qualquer nível escolar, houve predominância da agressão sexual em crianças e adolescentes com baixo nível de escolaridade, concordando com nosso estudo.

A predominância da ocorrência da violência dentro do próprio lar, verificada por Resende (2008), corrobora com o presente estudo e dados da literatura (SANT'ANNA, 2003; BARSTED, 2004; GUERRA; LEMES, 2006; RABELO, 2006; MARTINS et al., 2006; MARTINS et al., 2007). Guerra e Lemes (2006), em seu trabalho realizado em Uberlândia, demonstram que, em 49,4% dos casos, a agressão ocorreu na residência da vítima. Conclui-se, então, que justamente o lar, que é idealizado como local de harmonia, de proteção, carinho e companheirismo, pode representar um lugar extremamente violento para mulheres e meninas, guardando, entre suas paredes, segredos, humilhações e violências que são silenciadas.

Com relação ao local da agressão, de Deus (2008) concluiu que a maioria das agressões ocorreram em local conhecido da vítima (residência da vítima ou do agressor) e a minoria em local desconhecido. Tal realidade pode se aplicar ao nosso estudo.

Em nosso estudo, 5% das vítimas não relataram o local de ocorrência da agressão, fazendo a associação destes casos com relação da vítima com agressor, viu-se que 80% dos agressores eram conhecidos da vítima, entre eles, o pai, padrasto, tio e vizinhos como agressores. Sugerindo que a omissão do local de ocorrência diz respeito ao constrangimento da vítima em se agredida em sua própria residência.

Nosso trabalho mostrou que a maioria dos agressores eram conhecido da vítima, concordando com a maioria dos autores (VARGAS, 1999; DEZETT, 2000; FOELKEL, 2003; BRASIL 2005; GARCIA 2008; MARTINS e col. 2008; RESENDE, 2008). Porém outros autores (OSHIKATA e col., 2005; de Deus e col., 2008) encontraram como principal agressor homens desconhecidos da vítima.

Ao contrário do estudo conduzido por Resende (2008), que encontrou como principais vítimas, mulheres de cor branca, em nosso estudo, a maior parte das vítimas foram de cor parda, seguidos por mulheres brancas e em seguida as negras.

Os dados mostram a relevância da violência sexual contra a mulher e estão em concordância com outras pesquisas nacionais e internacionais e por si só justificam a necessidade imediata de uma intervenção de toda a sociedade visando coibir esta prática; é urgente a necessidade de medidas por parte das autoridades governamentais e da sociedade como um todo no que diz respeito a ações preventivas e assistenciais às vítimas de violência sexual.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde preconizam que toda mulher vitimizada sexualmente receba atendimento médico dentro das primeiras 72 horas após a agressão, no entanto, o presente estudo mostrou que as mulheres levaram, em média, 76 dias para serem encaminhadas ao serviço médico de referência. Tal fato pode ser atribuído a alguns fatores, como: a maioria das vítimas serem menores de idade; terem receio de denunciar o abuso, e em algumas delas o fato só foi evidenciado após atraso menstrual e descoberta de uma provável gravidez; a maioria dos agressores serem conhecidos e terem relacionamento afetivo com a vítima, entre eles o padrasto, pai, parente ou vizinho da vítima.

Em nosso estudo, a maioria das vítimas não teve relações sexuais antes de terem sido violentadas, porém grande parte delas não informaram a respeito deste fato, todas tinham idades entre 10 e 25 anos, tinham como principais acompanhantes o pai ou a mãe e foram violentadas por algum conhecido dela. Baseado em tais circunstâncias, pode atribuir tal omissão a puro constrangimento da vítima diante do acompanhante ou por ter vínculos afetivos com o agressor.

A maioria das crianças (idade entre 9 meses e 12 anos) geralmente são violentadas em ambiente privado e o restante delas em local não familiar. As que foram vitimizadas em local conhecido, a maioria foi agredida em sua própria residência, na residência do agressor ou na residência de algum parente. Tal informação concorda com a literatura (DREZETT, 2000).

No estudo de Guerra e Leme (2006) encontraram como principal vítima, mulheres de cor branca (81%), enquanto Kronbauer e Meneghel (2005), no seu estudo, encontraram as mulheres negras como principal vítima (51%). Porém em nosso estudo, a maioria das vítimas eram de cor parda (57%).

Resende (2008) em seu estudo observou que a maioria das vítimas tinham alguma atividade profissional remunerada, o que não é concordante com nosso estudo, onde a maioria tem a ocupação de estudante, não obtendo remuneração alguma.

O nosso levantamento concorda com Oshitaka e colaboradores (2005) que apontam em seus estudos feitos na Universidade Estadual de Campinas, as vítimas para a condição de solteiras, enquanto que Marques (2005) para a condição de união conjugal estável (amásias) e Adeodato e colaboradores (2005) para a condição de casadas. Entretanto, Guerra (2000) é uma autora que adverte a apuração devido à necessidade de maior clareza, da definição teórica dessa variável, pois muitas que apenas moram com o companheiro não se consideram casadas, mas ao se referirem ao agressor, os apresentam como "maridos e amásios".

No estudo de Resende (2008), 4,84% das vítimas tinham diagnóstico de problemas mentais, concordando com nosso estudo. Porém, Drezett (2000) traz um número expressivo de mulheres com deficiência mental (31%), e descreve que há uma estimativa de que cerca de metade das deficientes mentais sejam sexualmente agredidas pelo menos uma vez, ao longo de suas vidas. Vale ressaltar aqui, que judicialmente esse aspecto é importante, pois, a existência de problema mental se constitui, como visto, em presunção de violência, o que agrava a pena.

Drezett (2000), afirma que o agressor único prevaleceu em 90% dos casos, o que também é semelhante ao estudo de Resende (2008), onde quase a

totalidade dos agressores atuaram sozinhos. Coincidindo com nosso estudo, onde a maioria dos agressores agiu sozinho.

Muitas famílias perpetuam a "lei do silêncio" como reprodução de uma cultura familiar. A preservação do segredo em famílias incestuosas impera sobre a lei social e moral tornando a denúncia ainda mais difícil (LEMES, 2002). Complementa Saffioti (2001) afirmando que a cultura, o conjunto dos padrões de comportamento, e não especificamente o homem, reforça a violência contra mulheres.

7 CONCLUSÃO

Após o término do presente trabalho, conclui-se que:

1. A violência sexual apresenta-se como um verdadeiro desafio ao sistema de saúde, onde a maioria das vítimas necessitam de cuidados médicos e psicológicos imediatos, porém não o procuram muitas vezes com receio de ser exposta a algum tipo de constrangimento, perder vínculo com o agressor ou ser discriminada em seus meio de convívio social;
2. A maioria das vítimas que foram encaminhadas para atendimento médico-psicológico no **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** foram encaminhadas por delegacias;
3. As crianças e adolescentes constituíram a maioria das vitimizadas, devendo-se dar a devida importância a este grupo, no sentido de proteger e encorajar a denúncia, oferecendo apoio integral e universal a elas.
4. Por se tratar de vítimas de baixa faixa-etária, o grau de escolaridade, na maioria; foi apenas o ensino médio;
5. A maioria das vítimas foram agredidas em sua própria residência, desfigurando o lar que é tido como local de proteção e amparo, tornando-o local arredio, digno de repugnância;
6. As vítimas que procuraram atendimento médico eram na sua maioria mulheres jovens, pardas, estudantes, virgens antes da agressão, sem deficiência física ou mental, provenientes de delegacias e foram violentadas por agressores conhecidos em seu ambiente familiar.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, jan. 2005.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. American medical association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. In: **Archives of Family Medicine**, [S.l.], v. 1, p. 39-47, 1992.
- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, vol. 23, n. 9, pp. 583-587, 2001.
- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. (2003) Violência doméstica. In: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>. Acessado em: 16 de julho de 2004
- BARSTED, L. A. L. **Uma vida sem violência: o desafio das mulheres**. In: Observatório da Cidadania. 2004. Disponível em <http://www.socialwatch.otg/es/informeimpreso/pdfs/panorbrasileiroc2004_bra.pdf>. Acesso em: ago. 2006.
- BRAGA, M. H. P. **O silêncio é cúmplice da violência: violência doméstica e saúde pública**. Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br/uma_menina_qualquer/domestica.htm>. Acesso em: 30 jun. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica: Saúde da Mulher. **Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientação para prática em**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher**. Balanço de ações 2006-2007. Brasília, DF, 2007.
- CEARAS. **Abuso sexual: que violência é essa?**. 1. ed. São Paulo: CRAMI-ABCD, 2000.

COHEN, C.; MATSUDA, N. E. Crimes sexuais e sexologia forense. **Revista Paulista de Medicina**. São Paulo, v. 109, n. 4, p. 157-164, jul./ago. 1991.

COHEN, C.; O incesto. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. R. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Rede Saúde**, n. 19, p.3-4, 1999.

DE DEUS, M. C. B. R. Perfil das Vítimas de Violência Sexual Atendidas no Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual – SAMVVIS, na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), em Teresina-Piauí. In: CONASS - SEMINÁRIO NORDESTE. 2008, São Luís. **Apresentações...** São Luís, 2008.

DREZETT, J. Aspectos Biopsicossociais da Violência Sexual. In: REUNIÓN INTERNACIONAL VIOLENCIA: ETICA, JUSTICIA Y SALUD PARA LA MUJER, 2000, Monterrey, México. **Anais...** Monterrey, México, 2000.

DREZETT, J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. **RBGO**. Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 459, 2000.

DREZETT, J. Profilaxia pós-infecciosa de mulheres estupradas. In: Conferência internacional sobre infecção pelo hiv em mulheres e crianças, 4., 2002, Rio de Janeiro. **Resumos...** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p.20-22.

DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Rev. de Psicologia da UNESP**. São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 36-50, 2003.

FAGUNDES, T. L. Q. Da questão médica e individual ao problema social: uma análise do abuso sexual de crianças e adolescentes. In: CEDECA-BA. **Construindo uma história**: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Salvador: Santa Helena, 2003. cap. 6.2

FAÚNDES, Anibal. **Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual**: seis anos de deliberações. São Paulo: CEMICAMP, 2002.

FIGUEIREDO, Severino Rodrigues de. **Violência Sexual na Mulher, o que fazer?** Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php>>. Acesso em: 17 out. 2007.

FOELKEL, Alessandra. Violência sexual e doméstica contra as mulheres no Brasil: reflexões sobre o quadro atual e a atuação de Ipas Brasil. In: Jorn. Fio da Meada – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte, v. 1, p. 4, nov. 2003.

FREITAS, F. C.; LIMA, M. G.; DYTZ, J. L. G. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no programa violeta, distrito federal. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 185-196, mar. 2007.

GABEL, M. **Crianças Vítimas de Abuso Sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2551-2563, nov. 2008

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 146-155, 1994.

GONZÁLEZ, Gerardo; AZAOLA, Elena; DUARTE, M. P.; LEMUS, J. R. **El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México**. Azcapotzalco, México: Universidad Autónoma Metropolitana. 1993.

GUERRA, C. C. A violência conjugal e familiar nossa de cada dia. **Revista do Núcleo de Gênero e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade Federal de Uberlândia**. Neguem. Uberlândia, ano 8, n. 15, p. 4-5, prim. sem. 2000.

GUERRA, C. C.; LEMES, V. S. Levantamento de dados sobre a violência conjugal e intrafamiliar no SOS Mulher Família de Uberlândia – Janeiro a Dezembro de 2005. **Caderno Espaço Feminino**. Uerlândo, MG, v. 15, n. 18, p. 245-262, 2006.

HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, v. 2, n. 4, p.290-294, 1997.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women:the hidden health burden**. Washington: World Bank, 1994.

KENNEY, J. W.; REINHOLTZ, C.; ANGELINI, P. J. Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behavior of young females with sexually transmitted diseases. **J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.**, n. 27, p. 54-63, 1998.

KNUDSEN, D. D. **Child maltreatment: emerging perspectives**. New York: General Hall, Inc. 1992

KOSHIMA, K. Palavra de criança. In: CEDECA-BA. **Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Salvador: Santa Helena, 2003. cap. 3.2.

KOSS, M. P.; The women's mental health research agenda: violence against women. In: **American Psychologist**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 374-380, 1990.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, set./out. 2005.

KUCHEMANN, B. A.; VIEZZER, M. L. Superando obstáculos nas estratégias de prevenção e combate à violência contra a mulher. In: **Superando Obstáculos nas Estratégias de Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher**, 1998, Campinas: **Oficina...** Rede Mulher de Educação, Campinas.

LEMES, V. S. Levantamento parcial de dados sobre a violência conjugal e familiar em Uberlândia/2001. **Gênero em Pesquisa – Programa de Pós-Graduação em História – NEGUEM – UFU**, n. 18, ano 10, p. 35-44, prim. sem. 2002

MARTINS, M. G. et al. Mulheres vitimizadas sexualmente. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. São Luís, v. 2, p. 57-59, mai./ago. 2001.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. In: **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1998.

OLIVEIRA, M. L. S.; PRADO, R. A violência sexual contra crianças e adolescentes e o contexto familiar. In: CEDECA-BA. **Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Salvador: Santa Helena, 2003. cap. 4.2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002

OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. In: **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 192-199, 2005.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Gender, equity and indigenous women's health in the Americas: Paho factsheet: women, health and development program. [S.l.], 2004.

RESENDE, Tatiana Carneiro de. **Aspectos Referentes ao Estupro, às Vítimas e aos Agressores Segundo Processos-Crime em Uberlândia-MG**. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. dos. Sexual abuse of children and adolescents: characteristics of sexual victimization in family relations. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 454-472, mar./apr. 2004.

RICCKERT, V. I.; WIEMANN, C. M. Date rape among adolescents and young adults. **Journal os Pediatrics and Adolescent and Gynecology**, v. 11, n. 2, p. 167-175, feb. 1998.

SAFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Caderno Pagu**, v. 16, p. 115-136, 2001.

SANT'ANNA, M. E. Violência doméstica. **Medicina Social**. São Paulo, v. 16, n. 182, p.25-28, jul./set. 2003.

SANTANA, R.; XAVIER, S. Reconhecendo a violência sexual. In: CEDECA-BA. **Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**. Salvador: Santa Helena, 2003. cap. 6.3.

SILVA, Plácido. **Vocabulário jurídico**: vol. III e IV. 1. Editora Forense. Rio de Janeiro/RJ. 1993.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. 1. ed. Brasília, DF: Ipas, 2005

SOUZA, E. M. Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade. **Cadernos CEFOR, Série Textos**, Rio de Janeiro, n, 7, 1993

STARK, E.; FLITCRAFT, A. **Women at risk-domestic violence and women's health**. London: Sage, 1996.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Violência contra a mulher e saúde no Brasil: estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica**. [S.l.], 2001.

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. In: **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, pp. 471-475, 2007.