

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS/IMIP**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PERFIL DE MULHERES VITIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDAS NO IMIP**

**PROFILE OF WOMEN VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE MET AT IMIP**

**Autores:** Maria Carolina de Lima Silva Lira  
Maria da Gloria de Barros Ferreira  
Raquel Ferreira de Moura Silva

Orientadora: Karla da Silva Ramos

Co-orientadora: Clecia Cristiane Sales

Recife, 2013

## **Resumo**

**Objetivos:** Identificar a frequência, o tipo e as consequências da violência sexual em mulheres assistidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** Estudo do tipo descritivo, observacional e retrospectivo. O Período dos dados coletados foi de Janeiro de 2012 a Agosto de 2013, a amostra do estudo foi constituída por 10 fichas de notificação de abuso sexual em mulheres assistidas no IMIP. **Resultados:** O perfil das mulheres foi de moradoras da Região Metropolitana (50,0%), com idade entre 20 e 25 anos (54,5%), da cor parda (60,0%), com escolaridade bastante variada. Na maioria dos casos o agressor foi o desconhecido (40,0%), que praticaram o estupro (90,0%), houve penetração (90,0%) onde prevaleceu o tipo vaginal (100,0%). Em poucos casos foi realizado um ou mais procedimentos (40,0%) onde desses casos houve a profilaxia de IST e HIV (100,0%). Em 40,0% foram identificadas consequências no momento da notificação, onde obteve também, os transtornos, com 75,0% de transtorno mental. **Conclusão:** O abuso sexual na mulher é mais freqüente na raça parda e em mulheres com idade acima de 20 anos. Cerca de 40,0% dessas mulheres já possuíam um tipo de transtorno, sendo 75,0% mental. O principal agressor são os desconhecidos, onde o tipo de violência mais praticada foi o estupro. Sendo um problema de saúde pública que pode gerar danos físicos, sociais e emocionais, o estupro, acarreta para introspecção podendo acarretar inclusive a dificuldade de socialização da mulher que provavelmente acompanharam durante a sua vida. Em relação ao preenchimento adequado das notificações torna-se assim imprescindível para que haja uma correta estimativa dos números e um melhor atendimento.

**Palavras Chave:** violência sexual, mulher, incesto, abuso.

## **Abstract**

**Objectives :** To identify the frequency, type and consequences of sexual violence in women attending the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira ( iMIP ). **Methods:** A descriptive, observational and retrospective. The period of data was collected from January 2012 to August 2013, the study sample consisted of 10 sheets of reporting sexual abuse in women attending the iMIP. **Results:** The profile of the women was living in the Metropolitan Region ( 50.0 % ), aged between 20 and 25 years ( 54.5 % ), brown ( 60.0 % ), schooling quite varied. In most cases the perpetrator was unknown ( 40.0 % ), who committed rape ( 90.0 % ), there was penetration ( 90.0 % ) where the prevailing type vaginal ( 100.0 % ). In a few cases was carried out one or more procedures ( 40.0 % ) of these cases where there was the prophylaxis of STI and HIV ( 100.0 % ). 40.0% were identified consequences upon

notification, which also won the disorders, with 75.0 % of mental disorder. Conclusion: Sexual abuse in women is more common in mulattos and women over the age of 20 years. Approximately 40.0% of these women already had some kind of disorder, and 75.0% mental. The main perpetrators are unknown, where the violence was most practiced rape. Being a public health problem that can cause physical damage, social and emotional rape, leads to insight which may cause difficulty in including the socialization of women who probably accompanied during his lifetime. Regarding the fulfillment of the appropriate notifications thus becomes essential for there to be a correct estimate of numbers and better care.

**Keywords:** sexual violence, women, incest, abuse.

## INTRODUÇÃO

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.<sup>1</sup> 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. Ela representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre a população jovem. Em relação ao cenário de ocorrência, os homens são mais afetados na esfera pública, enquanto as mulheres são mais abusadas no espaço privado, com o agressor geralmente ser alguém que está perto, onde a relação é de submissão e poder. Neste sentido, a violência do gênero é focada sobre estas mulheres.<sup>2,3,4</sup>

Este tipo de violência apresenta as relações sociais como elementos constitucionais, com base nas diferenças entre os sexos e, de uma forma primordial, nas relações de poder. A violência de gênero é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e definido como qualquer ato que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto.<sup>5,6</sup> Essa relação estabelecida entre homens e mulheres, que tem a desigualdade de poder como seu mecanismo, é uma violação dos direitos humanos e cria problemas de ordem social, bem como os problemas de saúde da mulher a saúde pública e, colocando-os à mercê de outros tipos de violência, tais como a prostituição, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST).<sup>7,8,9</sup>

Tal violência ocorre principalmente dentro do seu próprio lar e seu agressor costuma ser do sexo masculino e, muitas vezes, é ou foi uma pessoa íntima.<sup>4,10</sup> Considera-se que a violência praticada pelo parceiro íntimo constitui-se na forma prevalente de violência doméstica contra a mulher.<sup>4,11,12</sup> 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.<sup>13</sup> Assim, esse desrespeito à dignidade das mulheres tem convivência da sociedade, além de ser facilitado pela impunidade dos agressores.<sup>14,16</sup>

Conforme a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)<sup>15</sup> 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"; a violência psicológica como "qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima, 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"; a 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"; a 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"; a violência moral como "qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria". Alguns autores<sup>11,19,20,21</sup> 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.<sup>2</sup>

No Brasil, cerca de um terço das internações em unidades de emergência é consequência de violência<sup>4</sup>, e a necessidade de internação em diversos casos de violência contra a mulher revela a gravidade das agressões a que a mulher é acometida. A violência doméstica é a causa de 50% dos homicídios de mulheres<sup>17,18,22</sup>, que representam o último grau de uma escala de violência conjugal, que muitas vezes se inicia com o abuso psicológico.<sup>14</sup>

A procura pelo serviço de saúde decorre da necessidade de cuidado provocada pela violência física, pelas seqüelas psicológicas, além de sintomas vagos e dores inexplicáveis. Muitas vezes a mulher não se dispõe a relatar os episódios de violência que sofre, mantendo o problema oculto, dificultando seu diagnóstico. Além disso, a falta de instrumentos de acolhimento e arsenal resolutivo para o problema faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade.<sup>21,22,9</sup>

## **OBJETIVO**

Identificar a frequência de violência sexual bem como o tipo de violência sexual sofrida pelas mulheres assistidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

## **MÉTODOS**

Estudo do tipo descritivo, observacional e retrospectivo. O estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, uma instituição filantrópica, de ensino e pesquisa localizada no município do Recife. O período dos dados coletados foi de janeiro de 2012 a agosto de 2013. A amostra foi constituída por 10 fichas de notificação de abuso sexual nas mulheres assistidas no IMIP durante o período de janeiro de 2012 a agosto de 2013. Os critérios de inclusão foram de todas as fichas que foram notificadas e os critérios de exclusão foram de fichas de notificação dos demais tipos de violência que sejam de natureza sexual em crianças e adolescentes e fichas de notificação de abuso sexual da mulher que não estejam completas. A coleta de dados foi realizada com base nas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), solicitadas junto ao Núcleo de Epidemiologia (NEP) do IMIP. Sendo os dados coletados nas fichas de notificação do SINAN, através de um questionário estruturado pelas autoras com questões objetivas, formuladas a partir dos dados da ficha do SINAN. A análise dos dados foi realizada por programa Epi Info 6.04d, e os resultados obtidos foram descritos em tabelas de frequência simples. O estudo atendeu as determinações da Declaração de Helsinque e Resolução 196/96 da Comissão Nacional do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e só foi iniciado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do IMIP, sob o nº 3792-13. O mesmo não envolveu nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, não representando nenhum risco adicional. Os dados foram coletados de forma retrospectiva, nas fichas sendo dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição da frequência das mulheres vítima de violência sexual atendidas no IMIP segundo as características sócio demográficas. IMIP, Recife, Janeiro / 2012 a Agosto / 2013.

Na tabela 1 observa-se que a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 25 anos com 50,0%, em relação a raça 60,0% eram de cor parda. Destas 10 mulheres 30,0% tinham o ensino médio e 20,0% o ensino fundamental 1 destas e 50,0% procediam da região metropolitana do Recife.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
20 a 25 anos	05	50,0
26 a 30 anos	04	40,0
Mais de 30 anos	01	10,0
<b>Raça / Cor</b>		
Branca	03	30,0
Preta	01	10,0
Parda	06	60,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	01	10,0
Ensino Fundamental 1	02	20,0
Ensino Fundamental 2	01	10,0
Ensino Médio	03	30,0
Ignorado	03	30,0
<b>Procedência</b>		
Recife	02	20,0
Região metropolitana	05	50,0
Interior do Estado	03	30,0

Fonte: SINAN/IMIP

Tabela 2 – Distribuição da frequência das mulheres vítima de violência sexual atendidas no IMIP segundo o tipo de violência sexual, tipo do agressor e tipo de transtorno apresentado pela vítima. IMIP, Recife, Janeiro / 2012 a Agosto / 2013.

Em relação a tabela 2 observa-se que nove mulheres foram vítimas de estupro, representando 90,0%, tendo ocorrido penetração em 100,0% das mulheres, onde XXXX foi vaginal. Em se tratando do agressor 40,0% eram desconhecidos. 60,0% destas mulheres não apresentavam distúrbios, contudo das quatro mulheres agredidas sexualmente XXXX apresentavam transtorno mental.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Violência Sexual*</b>		
Assédio Sexual	02	
Estupro	09	90,0
Atentado Violento ao pudor	01	
<b>Ocorrência de penetração</b>		
Sim	10	100,0
Não	-	-
<b>Tipo de penetração*</b>		
Vaginal	10	100,0
Oral	01	10,0
Anal	03	30,0
<b>Agressor</b>		
Ex marido	01	10,0
Namorado	02	20,0
Desconhecido	04	40,0
Ignorado	03	30,0
<b>Vítima possui transtorno</b>		
Sim	04	40,0
Não	06	60,0
<b>Tipo de transtorno</b>		
Mental	03	75,0
Físico	01	25,0

Fonte: SINAN/IMIP

\*Sendo um ou mais tipo de violência e tipo de penetração sofrida pela mulher.

Tabela 3 – Distribuição da frequência da mulher vítima de violência sexual atendidas no IMIP segundo a consequência detectada no momento da notificação e procedimento realizado no atendimento. IMIP, Recife, Janeiro / 2012 a Agosto / 2013.

Observa-se que 40,0% das mulheres apresentaram consequência identificada no momento da notificação, onde estas foram de gravidez e também em 40,0% destas mulheres fez-se necessário a realização de procedimento, onde 100,0% das mulheres necessitou realizar profilaxia para ISTs e HIV; 75,0% destas também realizou profilaxia para Hepatite B.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Consequências detectada no momento da notificação</b>		
Sim	04	40,0
Não	03	30,0
Ignorado	03	30,0
<b>Consequências</b>		
Gravidez	04	100,0
Outros	-	-
<b>Algum procedimento foi realizado</b>		
Sim	04	40,0
Não	04	40,0
Ignorado	02	20,0
<b>Qual procedimento*</b>		
Profilaxia de IST	04	100,0
Profilaxia de HIV	04	100,0
Profilaxia de Hepatite B	03	75,0
Coleta de sêmen	01	25,0
Coleta de sangue	03	75,0
Coleta de secreção vaginal	01	25,0

Fonte: SINAN/IMIP

\*Sendo um ou mais procedimento realizado.

## DISCUSSÃO

A violência sexual é um crime universal, clandestino, e subnotificado praticado contra a liberdade sexual de uma pessoa. É definido como um ato sexual não consentido em que ocorre a penetração genital, oral ou anal por parte do agressor.<sup>8</sup> É considerado um problema de saúde pública devido à sua elevada incidência e as graves consequências para a saúde da mulher, tais como traumas emocionais, físicos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e outros problemas ginecológicos a mais longo prazo.<sup>11,12</sup>

Nesse estudo, 10 prontuários de mulheres vítimas foram selecionados, se enquadraram nos critérios de inclusão. Percebe-se que metade (50,0%) das vítimas tinha idades entre 20 e 25 anos; e apenas uma vítima (10,0%) possuía mais de 30 anos. Quanto a isso, sabe-se que o abuso sexual atinge todas as faixas etárias, onde o predomínio nessa faixa etária é concordante com o apresentado por diversas pesquisas.<sup>11,27,28,29</sup>

Quando descrito os índices de escolaridade, observa-se que apenas 30,0% possuíam o ensino médio. O baixo nível de escolaridade das mulheres vítimas de violência, encontrado na presente pesquisa, confirma dados da literatura.<sup>12,27,29</sup> Adeodato ET AL<sup>18</sup> acrescentam que a escolaridade da mulher agredida evidencia em média seus anos de estudo, embora Sant'Anna<sup>29</sup> afirme que as agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais. Estudo de Drezet,<sup>8</sup> com vítimas atendidas no Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente Vitimada, em São Paulo, também revela que é nítida a condição de baixa escolaridade das mulheres vítimas de violência. Porém, o autor adverte que este achado pode estar relacionado à frequente limitação educacional das pacientes que são atendidas nos serviços públicos de saúde.

A predominância da violência dentro do próprio lar, por conhecidos, nesse estudo, obteve dados abaixo dos encontrados nas literaturas, com apenas 30,0%. Talvez pela quantidade limitada de vítimas ou, até mesmo, por existir uma ligação sentimental com o agressor.<sup>26</sup> Em alguns estudos, apontam que, quando se trata de violência sexual, como no presente estudo, especificadamente, os desconhecidos são apontados como os principais agressores, mas esta predominância deve ser contextualizada para uma melhor compreensão deste fenômeno.

Nos casos de violência sexual doméstica as vítimas, quer por medo de vingança, sensação de culpa, desconhecimento dos direitos legais e/ou descrédito na justiça, muitas vezes não

denunciam.<sup>11</sup> Acrescenta-se ainda o vínculo sentimental ou hierárquico entre vítimas e agressores como fatores que contribuem para a ausência de denúncia. Desse modo, entre as notificações sobressaem os registros de casos de violência sexual urbana e provocada por desconhecidos.<sup>23</sup>

A agressão sexual mais comum foi o estupro, com 90,0%. Praticamente todas as mulheres sofreram este tipo de violência, acompanhada ou não de relações anais (30,0%) e/ou orais (10,0%). Estes resultados foram semelhantes aos observados por Drezett e McGrefor.<sup>8,24</sup> Chama a atenção a elevada porcentagem em que as vítimas sofreram penetração anal, mostrando a severidade de agressão e fazendo com que o risco de transmissão de IST e HIV sejam ainda maiores. As profilaxias para IST e HIV obtiveram 100,0%, mostrando a preocupação nos serviços de atendimentos à mulher violentada. Porém, tais profilaxias virais têm pouca efetividade se iniciada além das 48 horas e ainda das 24 horas após a contaminação, então daí se faz a necessidade da busca imediata pelos serviços após a violência sexual. Além disso, os resultados mostram que foram aplicadas as medidas profiláticas recomendadas de acordo com os critérios preconizados pela norma da OMS e as propostas dos Fóruns Interprofissionais para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual.<sup>3,6</sup>

Em relação aos achados dos transtornos, 40,0% dessas mulheres já possuíam tais transtornos antes de serem violentadas sexualmente. Onde os mentais obtiveram o maior índice com 75,0%. Tais transtornos são mais agravados, resultando em escores elevados de sintomas somáticos, de sintomas de ansiedade e insônia, distúrbios sociais e, principalmente, de sintomas de depressão. Para muitos autores, os sentimentos depressivos, de baixa autoestima e de apatia, gerados pela violência, dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento,<sup>28,29</sup> principalmente se tais mulheres já apresentavam algum tipo anterior ao trauma.

## CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenhado para fornecer dados sobre a ocorrência de violência física e sexual entre usuárias assistidas no IMIP e configura-se como pesquisa e serviços de saúde. Por isto, não está autorizada a generalização de suas conclusões para as mulheres do mesmo estrato social. Além disso, o tamanho da amostra não permitiu investigar associações entre a ocorrência e suas complicações ao longo prazo. Os dados apresentados mostram, entretanto, a dimensão do problema e a necessidade de novos estudos que aprofundem o conhecimento do tema para apoiar melhores estratégias de prevenção e assistência a essas mulheres que venceram o medo e notificaram o abuso confiando que o agressor será punido diante a lei e manterá a distância que é necessária .

Apesar de estar ciente da difícil tarefa de constatar uma frequência com uma quantidade limitada de amostra, a expectativa diante do levantamento bibliográfico e da discussão dos dados é contribuir com dado atualizado, dando outra visão a esse assunto, e assim estimular futuros estudos com abordagens metodológicas mais específicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Neto JA. Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei: manual de orientação. São Paulo: Editora Ponto; 2004.
- 2 – Garcia MV et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.11, pp. 2551-2563. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>.
- 3 - Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- 4 - Barsted LAL. Uma vida sem violência: o desafio das mulheres. Observatório da cidadania 2004.[http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileiroc2004\\_bra.pdf](http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileiroc2004_bra.pdf)
- 5 - Krug EG, Dahlberg JA, Mercy AB, Zwi RL, World relatório sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- 6 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Coordenadoria Nacional de DST, HIV e Aids. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da Violência sexual contra Mulheres e Adolescentes. Programa Saúde da Mulher. Norma Técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas.pdf>
- 7 - Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da Violência contra a Mulher USUÁRIA de Serviço de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006, 40 (4):604-10.
- 8 - Drezett J. Violência sexual contra a Mulher e Impacto sobre a Saúde sexual e Reprodutiva. *Ap Psicol UNESP* 2003; 2 (1) :36-50.
- 9 - Moreira ICC, Monteiro CFS. The violence in everyday of prostitution of women: invisibility and ambiguities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol.20, n.5, pp. 954-960. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500018>.
- 10 - Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 Suppl 1:S146-55.

- 11- Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2000;16:129-37.
- 12 - Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:470-7.
- 13 - Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comun Saúde Educ* 2003; 6:41-54.
- 14 - Braga MHP. O silêncio é cúmplice da violência: violência doméstica e saúde pública. [http://www.geocities.yahoo.com.br/uma\\_menina\\_qualquer/domestica.htm](http://www.geocities.yahoo.com.br/uma_menina_qualquer/domestica.htm)
- 15 - Ministério da Educação. Lei nº. 11.340. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, e dá outras providências. <http://www.mec.gov.br/spmu/main2.asp?Id=282>
- 16 - Miller MS. Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres. São Paulo: Editora Summus;1999.
- 17 - Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semânticas e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1083-93.
- 18 - Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:108-13.
- 19 - Carmo C, Lima L, Medeiros MA, Mendes S. A violência "invisível" contra a mulher. *Pesquisa FAPESP*2001;68Suppl:6-7.
- 20 - Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic Violence and Primary Care. *Arch Fam Méd.* 1999;8:301-6.
- 21 – Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.1, pp. 31-39. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100004>.

- 22 - Casique L, Furegato ARF. Violence against women: theoretical reflections. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.6, pp. 950-956. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018>.
- 23 - World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 24 - Drezett J. Contraceção de emergência e violência sexual. <http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/CLAE.doc> (acessado em 01/Dez/2003).
- 25 - Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. Soc Sci Med 2001; 52:733-44.
- 26 - 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; 21:192-9.
- 27 - Guerra CC. Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
- 28 - Marques TM, Pinto Júnior H. A relação entre violência contra a mulher e sua história de vida. Texto & Contexto Enferm 1999; 8:3269.
- 29 - Marques TM. Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005.