VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais
Coimbra 16, 17 e 18 de Setembro de 2004
Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra
Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087 . 3001-401 Coimbra, Portugal
Telef +351 239 85 55 70 Fax + 351 239 85 55 89
email lusoafrobrasileiro@ces.uc.pt
url http://www.ces.uc.pt/LAB2004
A QUESTÃO SOCIAL NO NOVO MILÉNIO

# Os Serviços de violência sexual: uma avaliação qualitativa

Eleonora Menicucci de Oliveira*; Rosana Machin Barbosa*; Alexandre Aníbal Valverde M. de Moura**; Karen von Kossel** Karina Morelli**; Luciane Francisca Fernandes Botelho**, Maristela Stoianov***

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Departamento de Medicina Preventiva – Disciplina de Ciências Humanas em Saúde

*Sociólogas; ** Alunos do Curso de Medicina da UNIFESP; ***Aluna do Curso de Enfermagem da UNIFESP.

> "Então você aprende que tratar, ser médico não é só tratar de lesão física. Porque o estupro é uma lesão que agride o corpo, agride a alma, agride o caráter, agride tudo" (Médico).

## INTRODUÇÃO

Neste texto, estamos apresentando uma reflexão a partir dos resultados de dois campos de pesquisa: Casa da Saúde da Mulher Prof. Domingos Deláscio do Hospital São Paulo e Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, conhecido como Jabaquara.

Nas duas últimas décadas, a problemática da violência contra a mulher tem sido reconhecida por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e ONU (Organização das Nações Unidas), como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde relaciona essa violência a diversos agravos à saúde física, abusos de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão, distúrbios psíquicos, como tentativa de suicídio, além do trauma físico direto (1).

A violência sexual revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos. Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive, com outros tipos de violência física (lesão corporal, tentativa de homicídio maus tratos e ameaças).

Os estupros são atos de crueldade física, psíquica e sexual, através do qual se impõe uma relação hierárquica de poder entre os sexos, sem que a mulher seja sujeito da ação. Nesse sentido, a violência sexual pode ser interpretada como uma ação violenta manifestada por meio de um desejo de destruição. É porque a mulher violentada reconhece, percebe, no sujeito violentador um desejo de destruição de sua intimidade, de poder de morte, de abuso e violação de seu corpo que esta ganha um sentido de ação violenta (2).

A violência nas relações de gênero e, particularmente, a violência sexual pode implicar numa maior ocorrência de diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, como também acarreta um maior uso dos serviços de saúde por parte das mulheres (3). Muitas mulheres têm mais dificuldade em cuidar de sua própria saúde, tornando-se mais vulneráveis a um amplo conjunto de questões de saúde (4). Os serviços de saúde, sobretudo os pronto-socorros, são os mais procurados pelas mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, que neste caso têm de responder a dois dilemas: por um lado, perceber/reconhecer a violência sofrida pela mulher, dando credibilidade a uma queixa e por outro, romper com uma recorrente prática de medicalizar os eventos observados.

Na maioria das vezes as mulheres vítimas de violência apresentam problemas que não se reduzem às conseqüências imediatas dos atos violentos vivenciados, mas apresentam interfaces

que precisam contar com o aporte interdisciplinar, como as cicatrizes deixadas na vida sexual, afetiva, social, profissional. Nomeamos como cicatrizes, por considerarmos que enquanto as feridas curam e cicatrizam, aquelas deixam marcas indeléveis na vida das pessoas e, nos casos de estupro, na vida das mulheres.

Alguns estudos realizados em outras sociedades revelam que as diferenças na agressão sexual masculina estão relacionadas à violência geral, aos estereótipos de papéis sexuais e a posição das mulheres dentro da divisão sexual do trabalho de cada sociedade (5). No caso da sociedade ocidental, é com o advento da modernidade e do individualismo que a questão ganha outra conotação vindo, aos poucos, a ser entendida no âmbito da cidadania da mulher sendo, portanto, um crime contra a pessoa (6).

O crime de estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro como crime de ação privada (artigo 213 Lei no. 8.069/90; Lei no. 8.072/90; Lei no. 8.930/94) sendo considerado um crime contra os costumes e não contra a pessoa. Ou seja, ele está restrito a relação sexual entre um homem e uma mulher que ocorra com penetração vaginal, realizado contra a vontade dela e com recurso a violência. Outras situações de violência sexual diferente da conjunção carnal são enquadradas na categoria Atentado Violento ao Pudor, como crime de ação pública (artigo 214 – Lei no. 8.069/90 art. 263; Lei no. 8.072/90, art. 6; Lei no. 8.930/94). O que se penaliza criminalmente é a agressão à sociedade por intermédio do corpo feminino, é como se o homem (pai ou marido), fosse tocado em sua integridade moral pela violência sexual vivenciada pela mulher (6).

Os dados sobre violência sexual demonstram que esta não faz muita distinção entre classes, segmentos sociais e cor/etnia. Os crimes sexuais, em particular, os de estupro são socialmente tratados numa perspectiva que oscila entre considerá-los crimes hediondos, principalmente quando praticado contra crianças, ou como fatos banais, comuns. Pode-se afirmar que a visão sobre estes crimes ainda está intimamente vinculada à imagem que se faz da vítima, de seu comportamento e moralidade (7).

Nos últimos anos, a questão do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual têm merecido atenção de diversos setores sociais, particularmente, das organizações de mulheres. Essas mobilizações em torno do tema resultaram na criação de serviços que atendem as mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, bem como de instrumentos jurídicos e legais, permitindo melhor atendimento a essas mulheres.

Embora, desde 1940, esteja previsto no Código Penal Brasileiro (artigos 127 e 128) a obrigatoriedade do atendimento para interrupção de gravidez nos casos de estupro e risco de vida da mãe, apenas onze cidades, dos mais de 6.000 municípios no Brasil, oferecem o serviço de atendimento às mulheres vítimas de estupro, colocando em prática a Lei do "aborto legal", perfazendo um total de 24 serviços.

Esse número é expressivo, mas ainda pequeno, pois continua a haver dificuldades de acesso aos hospitais públicos que oferecem esse serviço. A pouca divulgação da existência desses serviços, e o fato da violência sexual ainda ser encarada como uma questão da esfera da segurança pública ou da justiça pode explicar o baixo número de atendimentos, contrastando com a dramática realidade dos estupros.

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro um boletim de ocorrência (BO) ou exame pericial no Instituto Médico Legal (IML). Por temerem os constrangimentos associados a estes serviços, acabam por não buscar o serviço de saúde ou fazê-lo tardiamente comprometendo, assim, as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento.

Além disso, são poucos os estudos acadêmicos, sobretudo na área da saúde coletiva que trabalham com a violência sexual na perspectiva das relações de gênero.

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos pode-se afirmar que, na última década, ocorreu uma diminuição do número de interrupções da gravidez em decorrência do estupro em razão da qualidade da assistência prestada às mulheres que recorrem aos serviços imediatamente depois de sofrida a violência, com a oferta da contracepção de emergência (1).

MÉTODOS

Optamos pela metodologia de natureza qualitativa particularmente pelo fato desta enfatizar o processo de pesquisa e não unicamente seus resultados e produtos (8). Neste caminho utilizamos os seguintes instrumentos de coleta de dados: prontuários das usuárias; entrevistas gravadas com as mulheres que buscaram os serviços e com os/as profissionais da equipe dos referidos serviços, que se dispuseram a participar da pesquisa (mediante o consentimento livre e informado) e observação nos locais de atendimento. Foram entrevistadas 13 mulheres que buscaram os serviços e 29 profissionais que trabalham nas equipes. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

A análise dos dados dos prontuários, entrevistas gravadas e da observação, procedeu-se em dois momentos: um primeiro onde se abordou o impacto na vida das mulheres da violência sofrida, nas diferentes esferas: sexual, afetiva, profissional, psicológica e social, analisado por meio de categorias empíricas formuladas a partir das informações provenientes de suas narrativas organizadas em eixos temáticos (9,10); o segundo centrou-se na avaliação da implantação dos serviços por meio de "categorização abstrata" (11) ancorada nos princípios que norteiam o modelo tecnoassistencial "Em Defesa da Vida" do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP (12) para avaliar a implantação dos serviços. O objetivo do trabalho não foi realizar análise comparativa entre os serviços pelo fato deles terem configurações diferenciadas tanto na vinculação institucional como na composição da equipe. Ademais, as experiências dos serviços são bastante distintas, criando dessa forma suas próprias demandas, entendida aqui como o fluxo do serviço e, sobretudo, o tempo de duração do tratamento, situações que se evidenciam a partir das narrativas das usuárias.

OS CAMPOS

Hospital São Paulo (Campo realizado em 2000)

O serviço do Hospital São Paulo deu início às suas atividades em 1998 no Prédio dos Ambulatórios junto ao atendimento Pré-Natal. O espaço era pequeno, sem janelas e com pouca ventilação e as salas não garantiam a privacidade necessária para a consulta.

Em 14 de agosto de 2000, foi criada a Casa de Saúde da Mulher Prof. Domingos Delascio, local planejado para este tipo de atendimento, além de prestar assistência pré-natal e em medicina fetal. O serviço é constituído por profissionais de enfermagem, medicina, assistência social, psicologia, direito e saúde coletiva.

A mulher que chega ao PS do HSP no horário comercial é diretamente encaminhada para atendimento nesta casa. Fora deste horário é feito o primeiro atendimento no PS com seguimento na casa.

Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara) - (Campo realizado nos anos 2001 e 2002)

O serviço teve início em 1989, durante o governo da prefeita Luiza Erundina. Foi o primeiro serviço a realizar aborto legal na cidade de São Paulo. Em 1996, em razão da implantação do PAS – Plano de Assistência à Saúde, alguns membros da equipe deixaram o Hospital acarretando uma desestruturação do serviço. Assim, no período de 1994 a 1999, não há registro das mulheres atendidas. A partir de abril de 2000, iniciou-se um novo registro de atendimentos e implantou-se

no serviço o protocolo de medicações de contracepção de emergência e profilaxia de DST e AIDS, preconizada pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (13).

O Hospital A. R. de Saboya atende principalmente urgências e emergências. As mulheres violentadas são atendidas no mesmo espaço que as demais emergências ginecológicas. No local há uma sala de atendimento ginecológico, duas salas de partos e pequenos procedimentos cirúrgicos, uma sala de pré-parto e uma recuperação improvisada que não garante privacidade para as mulheres.

O serviço conta com profissionais de medicina, enfermagem, assistência social e psicologia.

Até 2000, na vigência do PAS as usuárias eram encaminhadas ao ambulatório Humberto Pascali – em Santa Cecília (SIMS-PAS) onde deveriam seguir tratamento. Com o início da nova gestão municipal em São Paulo e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, o H. Saboya está reconstruindo o programa ambulatorial, buscando resgatar a qualidade que tinha quando foi implantado.

RESULTADOS

Nossa análise parte do modelo “Em Defesa da Vida” desenvolvido pelo Laboratório de Planejamento e Administração da UNICAMP (LAPA) (12), que se norteia pelas categorias: acolhimento, resolutividade, responsabilidade sanitária e acesso aos serviços. A categoria gestão colegiada, que também faz parte do modelo não foi incluída, pois os serviços pesquisados não contemplam essa forma de gestão.

Acolhimento

Por acolhimento entende-se a relação solidária, respeitosa, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários/as que a eles aportam.

Em ambos os serviços à maioria das mulheres mantêm o vinculo com o pessoal da equipe após o término do tratamento, revelando dessa maneira a qualidade do acolhimento num momento difícil de suas vidas.

O relato de uma paciente enfatiza o acolhimento com que foi recebida por toda a equipe multiprofissional do serviço. Estabeleceu uma diferença entre o acolhimento e atendimento dos hospitais com o serviço, sendo este muito melhor e de muita qualidade. Segunda ela, chegou no serviço muito deprimida e após a primeira consulta estava com a auto estima muito elevada.

A narrativa de uma das psicóloga aponta o estranhamento diante do fato de que as mulheres gostam do serviço e manifestam o desejo de retornar, pois para ela uma mulher que sofreu um estupro jamais gostaria de relembrar a situação. Aqui o vínculo com o serviço foi construído.

Contudo, também se verificou uma avaliação ruim quando as referências são os outros serviços pelos quais as mulheres vítimas de violência buscaram atendimento ou foram encaminhadas, particularmente, quando se trata de delegacias.

Os profissionais dos serviços pesquisados referiram dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados ao serviço de violência sexual) no acolhimento dessa violência, como também a necessidade de romper preconceitos para a aceitação da fala das mulheres. Essa dificuldade está relacionada com os valores culturais e morais que a maioria dos profissionais de saúde têm com este tema repercutindo na sua conduta na assistência. Além disso, o tema da violência sexual só muito recentemente foi incorporado em alguns cursos de graduação da área médica.

"Então você pode ter qualquer situação e você tem que ter a consciência de que tem que encaminhar essa paciente para ser atendida e isso é sua obrigação. Se os alunos saírem da faculdade com essa consciência, amanhã as pacientes não serão mais atendidas por aí de uma maneira bizarra, não vão ter filhas que elas não queiram ter, ou adquirindo HIV, sífilis, por falta de orientação médica" (médico).

Resolutividade

Resolutividade é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível para se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, abordando a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.

"A gente tenta trabalhar muito em função da pílula do dia seguinte, que eu acho que é fundamental, porque o aborto em qualquer circunstancia é complicado. E, assim, o programa hoje oferece avanços, algumas possibilidades, que são muito melhores, que são a pílula do dia seguinte, os antiretrovirais" (médico).

No caso das situações de interrupção da gestação os profissionais dos serviços também mencionam a necessidade de superar suas crenças para poder exercer sua atividade como profissional buscando uma assistência da melhor qualidade sem realizar julgamentos.

Uma das enfermeiras entrevistadas menciona que procura "esquecer" sua orientação religiosa para que ela não interfira na orientação que faz às pacientes.

A violência sexual acarreta uma série de efeitos a vida das mulheres, expressos por meio de uma complexidade de sentimentos, como o trauma emocional, o medo, as seqüelas físicas, a insônia, os efeitos colaterais dos medicamentos, a dificuldade em retomar a vida sexual e o trabalho.

As mulheres passam a sentir medo de estarem desacompanhadas e, muitas vezes, tornam-se incapazes de realizar tarefas cotidianas como tomar banho, entrar num elevador, andar de ônibus, ficar em qualquer ambiente sem companhia. Passam a ter contínua desconfiança de homens. Quando a violência ocorre próximo à moradia da vítima há muito medo de que o agressor possa retornar e expressam desejo de mudar de residência. Às vezes não prestam queixa na delegacia por medo do retorno do agressor ou quando o fazem convivem com o medo da vingança.

Nesse sentido, um acompanhamento que aborde os diferentes aspectos dessa situação cria condições para que esse evento possa ser superado.

“Tratar paciente não é tratar vagina, mama, nódulo. Quando se trata de abuso sexual, a paciente não tem nada de marca, na maioria das vezes. 10% dos casos só combinam com lesão corporal , 90% dos casos, mesmo fazendo o exame ginecológico, a paciente não apresenta nada de diferente. A paciente se apresenta detonada. Então você aprende que tratar, ser médico, não é só tratar de lesão física. Porque o estupro é uma lesão que agride o corpo, agride a alma, agride o caráter, agride tudo. Então quando tem uma paciente aqui na frente, eu não estou preocupada com a lesão dela, porque na maioria das vezes ela não tem lesão. Eu tenho que estar preocupada com ela como ser humano, com a cabeça dela, com a sexualidade dela, com o emprego dela, como ela vai ser com o filho, como ela está vivendo e se ela está conseguindo ou não. Isso é uma coisa que mexe com uma dificuldade imensa. Tratar a doença clínica, aquilo que você vê, que você fala, que o exame mostra. E abuso sexual não mostra, tem que tratar com consulta. E isso é um grande ganho para mim como médica”(médica).

A necessidade de licença no emprego ou dispensa de aulas é importante para que a mulher possa se recuperar antes de retornar às suas atividades. Portanto, é visível a importância da inclusão da violência sexual/estupro no âmbito dos direitos trabalhistas. Muitas mulheres sofrem a violência no trajeto (casa-trabalho) o que configura um acidente de trabalho, contudo não há essa caracterização e acesso aos direitos trabalhistas facultados nessas circunstâncias.

“eu não sei como ia fazer...voltar no mesmo dia, sem ter passado numa psicóloga eu não agüentaria, já teria pedido as contas e ido embora para casa”

Os profissionais entrevistados apontaram alguns aspectos no sentido de melhorar a resolutividade do serviço prestado. Eles estão relacionados à necessidade de supervisão de equipe e a seleção dos profissionais para participar das equipes. A sensibilização desses profissionais deve estar focalizada na garantia dos direitos reprodutivos e sexuais.

"Internamente deveria ter uma triagem na hora de contratar os profissionais. Quer dizer, deve-se explicar para eles o programa do hospital em relação à violência sexual...Caso eles não concordem, não deveriam ser contratados" (psicóloga)

Nesse sentido, alguns profissionais referem haver certo preconceito por parte de outros colegas pelo fato de realizarem interrupções de gestação.

"Na hora do aborto, porque tem médicos que têm os seus valores e que não muda em hipótese alguma, então alguns/a são até discriminadas como aborteiras" (psicóloga)

Responsabilidade Sanitária

Responsabilidade sanitária é sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal.

A responsabilidade sanitária se traduz no respeito à história de vida das mulheres, trazida com um sofrimento intenso e credibilizando as suas falas. Ela também pode ser constatada no acompanhamento das mulheres, onde a definição das altas é compartilhada entre a equipe e as usuárias, ou seja, a porta do serviço permanece aberta para a possibilidade de retorno.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde não estabelece a obrigatoriedade da mulher passar pelo atendimento do IML nas situações de violência sexual. Contudo, esse procedimento ainda é caracterizado pelos agentes policiais e, muitos serviços de emergência e unidades básicas de saúde, como obrigatório para configurar a violência sofrida.

Pode-se dizer que ainda há muito desconhecimento no tocante ao atendimento nas diferentes unidades de saúde como também se configura um campo de tensão com as autoridades policiais que, em sua maioria, priorizam o exame de corpo de delito e as informações necessárias para proceder à denúncia do caso.

Uma paciente entrevistada revela uma história de peregrinações por diferentes serviços de saúde (pronto-socorro, posto de saúde) e serviços policiais e judiciais (delegacia, fórum) em busca de atendimento acarretando a perda da condição legal para interromper a gestação em razão do tempo decorrido.

ele falou que não podia fazer mais nada, que não adiantava corrigir um erro com outro erro, como que ele quis dizer, como você foi estuprada, um erro seria se tirasse a criança, chegou aqui já era tarde, já era”(paciente)

Acesso

O acesso aos serviços de saúde e aos benefícios advindos das práticas é direito do cidadão/ã, o serviço tem que se organizar de maneira a responder aos problemas que chegam na porta da unidade.

Na maioria das vezes o primeiro contato das mulheres acaba sendo direto nos hospitais, pelos Pronto-Socorros que caracteriza porta aberta.

No caso do Hospital São Paulo, o serviço está organizado com uma equipe multiprofissional o que qualifica o acesso tanto objetivamente (assistência médica e de enfermagem - profilaxia DSTs, hepatite, HIV e aborto nos casos de gravidez) quanto subjetivamente (assistência psicológica, de serviço social, jurídica e social).

No Hospital Saboya a equipe multiprofissional foi desarticulada por ocasião da implantação do PAS, quando o primeiro atendimento era feito no próprio hospital e depois eram encaminhadas para o ambulatório de Santa Cecília, o que constituía perda de qualidade na assistência e no acompanhamento. Atualmente, o serviço vem se reorganizando dentro das orientações preconizadas pela Norma Técnica do Ministério da Saúde.

A despeito dessa Norma Técnica não estabelecer a obrigatoriedade de realização do Exame de Corpo de Delito no IML, este procedimento ainda é exigido por instâncias policiais para o inquérito, situação essa que leva à mulher a se submeter a mais um exame ginecológico, reforçando a violência sofrida e causando graves constrangimentos.

Outro aspecto que se destaca nas falas das mulheres é a necessidade de divulgação desses serviços especializados.

“eu gostaria que o serviço fosse mais divulgado, as pessoas não sabem o apoio que o hospital dá, eu mesma nunca tinha ouvido falar desse serviço”(paciente)

DISCUSSÂO

Nos dados coletados nos serviços observamos que muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiramente um boletim de ocorrência ou exame pericial no IML. Por temerem os constrangimentos associados à busca da justiça, como a ida às delegacias ou mesmo ao IML,

acabam por chegar ao serviço tardiamente comprometendo as ações profiláticas que são realizadas nas primeiras 72 horas após o estupro.

As mulheres relataram a desinformação de outros serviços de saúde para encaminhamento a estes serviços especializados, o que indica deficiência na referência e contra referência. Sugeriram que os serviços devem ser amplamente divulgados, assim como as medidas que a vítima deve tomar em caso de estupro. Uma queixa constante é o mal atendimento no IML e delegacias, onde referem ter sido atendidas de forma indelicada e culpabilizadas pela agressão sofrida.

No tocante a estrutura física em ambos os serviços, há espaços reservados para o atendimento de violência sexual, ambulatorialmente. Quando há casos de aborto, a internação se dá na maternidade.

Os profissionais referiram falta de orientação durante a graduação para lidar com o tema. Chamaram a atenção para a necessidade de outros profissionais dos hospitais serem sensibilizados e da importância de haver uma supervisão de equipe. Muitos revelam que ainda há pressões contrárias e resistências por parte de outros profissionais quanto à questão do aborto.

Destaca-se a necessidade de um atendimento multiprofissional em razão da complexidade dos efeitos decorrentes do evento de violência sexual.

O campo realizado até agora permite ratificar a importância desses serviços e a necessidade de sua ampliação descentralizada no município de São Paulo, assim como a preparação adequada de profissionais, introduzindo a temática da violência sexual nas graduações dos cursos de saúde.

Bibliografia

1. Bourdieu P. O Poder Simbólico. Difel. Lisboa. Editora Bertrand Brasil, Rio de Janeiro. 1998.

RedeSaúde. Jornal da RedeSaúde. São Paulo. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. No. 19, novembro, 1999.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco, 1993.

12.Silva Jr AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo. Hucitec, 1997.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – Normas Técnicas. Brasília. Ministério da Saúde. 1999.

2.Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – Normas Técnicas. Brasília. Ministério da Saúde. 1999.

Costa JF. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro. Graal. 1986.

3. Brownmiller S. Against our will: men, women and rape. New York. Ballantine Books, 1975.

4. Costa JF. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro. Graal. 1986.

5. Diniz SG. A atenção integral e a caixa de Pandora: notas sobre a experiência do coletivo feminista sexualidade e saúde In Giffin K, Costa S, editor - Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1999.

6. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In Minayo MC, editor - Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis,

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In Minayo MC, editor - Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis,

7. Pimentel S, Schritzmeyer AL, Pandjiarjian V. Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre. Fabris AS, Editor, 1998.

9.Rosenberg M, Fenley MA. Violence in America: a public health approach. Oxford. Oxford University Press, 1991.