

Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual em um centro especializado em doenças infecto-parasitárias de Cascavel/PR

Epidemiological profile of women victims of sexual violence in a specialized center on infectious-parasitic diseases of Cascavel/PR

Perfil epidemiológico de mujeres víctimas de violencia sexual en un centro especializado en enfermedades infecto-parasitarias en Cascavel/PR

Recebido: 29/06/2022 | Revisado: 09/07/2022 | Aceito: 10/07/2022 | Publicado: 18/07/2022

Laura Truylio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2472-9969>
Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: laura.truylio@gmail.com

Alexandre Daronco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1117-8803>
Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: alexandredaronco_md@hotmail.com

Resumo

O presente artigo tem como objetivo estabelecer o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um centro especializado em doenças infecto-parasitárias de Cascavel/PR. Para cumprir tal objetivo, fez-se um estudo exploratório e descritivo, retrospectivo, de corte transversal, por meio da análise de prontuários de pacientes vítimas de violência sexual, no período de abril de 2018 a dezembro de 2019, no município de Cascavel/Paraná. Os prontuários foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Cascavel/PR. A amostra contou com 69 casos de mulheres, de todas as idades, que sofreram violência sexual comprovada por meio de prontuário médico, atendidas no Centro de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP). Os critérios analisados foram: faixa etária, cor autodeclarada, escolaridade, se realizado boletim de ocorrência, estado civil, ocupação, orientação sexual, identidade de gênero, local da agressão, se houve repetição da violência, meio utilizado para efetivar a violência, tipo de abuso, número de agressores, condições físicas da vítima, profilaxia de HIV, IST e anticoncepção, testes reagentes, gravidez pós violência, sexo do agressor, faixa etária do agressor e grau de conhecimento do agressor. Os dados encontrados foram analisados utilizando a ferramenta Microsoft® Excel® 365.V16, organizados, tabulados e transformados em tabelas e gráficos. Após, fez-se a análise de conteúdo e associação com os textos apresentados no referencial teórico. Por meio do conhecimento gerado por esta pesquisa, é possível que se estabeleçam ações preventivas aos abusos, que abordem a realidade da população estudada, além de estabelecer ações de atenção primária no centro especializado.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Perfil epidemiológico; Violência sexual; Doenças infecto-parasitárias.

Abstract

This article aims to establish the epidemiological profile of women victims of sexual violence attended in a center specialized in infectious-parasitic diseases of Cascavel/PR. To accomplish this objective, an exploratory and descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out through the analysis of medical records of patient's victims of sexual violence, from April 2018 to December 2019, in the municipality of Cascavel/Paraná. The medical records were made available by the Health Department of Cascavel/PR. The sample consisted of 69 cases of women, of all ages, who suffered proven sexual violence through medical records, attended at the Center for Infectious-Parasitic Diseases (CEDIP). The criteria analyzed were: age group, self-declared color, schooling, if a police report, marital status, occupation, sexual orientation, if there was a repetition of violence, means used to effect violence, type of abuse, number of aggressors, physical conditions of the victim, HIV prophylaxis, STIs and contraception, reactive tests, post-violence pregnancy, aggressor's sex, age group of the aggressor and degree of knowledge of the aggressor. The data found were analyzed using the Microsoft® Excel® 365.V16, organized, tabulated and transformed in tables and graphs. After that, content analysis and association were made with the texts presented in the theoretical framework. Through the knowledge generated by this research, it is possible to establish preventive actions to abuse, which address the reality of the population studied, in addition to establishing primary care actions in the specialized center.

Keywords: Epidemiological profile; Sexual violence; Infectious-parasitic diseases.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo establecer el perfil epidemiológico de mujeres víctimas de violencia sexual atendidas en un centro especializado en enfermedades infecciosas y parasitarias en Cascavel/PR. Para lograr este objetivo, se realizó un estudio transversal, exploratorio y descriptivo, retrospectivo, a través del análisis de historias clínicas de pacientes víctimas de violencia sexual, de abril de 2018 a diciembre de 2019, en el municipio de Cascavel/Paraná. Los registros médicos fueron puestos a disposición por el Departamento de Salud de Cascavel/PR. La muestra incluyó 69 casos de mujeres, de todas las edades, que habían sufrido violencia sexual comprobada a través de historias clínicas, atendidas en el Centro de Enfermedades Infecciosas Parasitarias (CEDIP). Los criterios analizados fueron: grupo de edad, color autodeclarado, escolaridad, si se realizó denuncia policial, estado civil, ocupación, orientación sexual, identidad de género, lugar de la agresión, si hubo repetición de la violencia, medio utilizado para realizar la violencia, tipo de abuso, número de agresores, condición física de la víctima, profilaxis del VIH, ITS y anticoncepción, pruebas reactivas, embarazo después de la violencia, sexo del agresor, grupo de edad del agresor y grado de conocimiento del agresor. Los datos encontrados fueron analizados mediante la herramienta Microsoft® Excel® 365.V16, organizados, tabulados y transformados en tablas y gráficos. Posteriormente se realizó un análisis de contenido y asociación con los textos presentados en el marco teórico. A través del conocimiento generado por esta investigación, es posible establecer acciones preventivas frente al maltrato, que aborden la realidad de la población estudiada, además de establecer acciones de atención primaria en el centro especializado.

Palabras clave: Salud de la mujer; Perfil epidemiológico; Violencia sexual; Enfermedades infecto-parasitarias.

1. Introdução

A violência contra a mulher é, por conceito, qualquer ato de gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, seja na esfera pública ou na esfera privada (KRUG et al., 2002). Por sua vez, Abrahams et al. (2014) conceituam a violência sexual como sendo qualquer ato sexual, tentativa de obter ato sexual, comentário ou avanços sexuais indesejados, ou atos de tráfico, ou realizados de outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa, usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não limitando, a casa e o trabalho.

A violência sexual contra a mulher, por expor as vítimas a infecções sexualmente transmissíveis, à gravidez indesejada e a problemas emocionais de curto ou longo prazo (por exemplo, suicídio e depressão), é um problema de saúde pública. A falta de dados oficiais e de estudos que apresentem tais dados, além das dificuldades impostas pela subnotificação dos casos, são prejudiciais para que se estabeleçam ações preventivas à violência sexual, que abordem a realidade da população estudada, além de adequações das ações de atenção primária nos centros especializados.

Entender esse contexto, por meio de pesquisas científicas – como a realizada por este estudo e trazida neste artigo – e dados confiáveis, é o primeiro passo para se agir contra uma realidade absurda: o grande número de casos de violência sexual contra mulheres, pois, é por meio do conhecimento que ações assertivas podem ser elaboradas para que se evite a violência sexual e para, caso a violência ocorra, se acolha a vítima com a atenção primária possível nos centros especializados. Direcionar o olhar dos profissionais da saúde para detalhes da história clínica de pacientes vítimas de violência sexual é sempre necessário, visto que estas ficam muitas vezes marginalizadas devido a questões culturais e estruturais sociais.

Dessa forma, o estudo pretende traçar um parâmetro comparativo em relação aos relatos das vítimas, proporcionando maior conhecimento sobre as diversas peculiaridades dos atos de abuso. Além disso, é por meio do conhecimento que são traçados planos de ação preventivos aos abusos e que se identifica aspectos que devem ser abordados no momento da consulta com estas pacientes. Esta realidade justifica a realização da pesquisa apresentada neste artigo, que responde à pergunta: qual o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP) de Cascavel/PR

O objetivo geral do artigo foi estabelecer o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um centro especializado em doenças infecto-parasitárias de Cascavel/PR. O objetivos específicos foram: estratificar as vítimas por suas conformações sociais, tais como: faixa etária, cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, ocupação,

orientação sexual; traçar o perfil dos agressores (sexo do agressor, faixa etária do agressor e grau de conhecimento/intimidade do/com o agressor); estabelecer o tipo de lesão (se houve repetição da violência, meio utilizado para efetivas a violência, tipo de abuso, número de agressores, condições físicas da vítima); verificar se o boletim de ocorrência foi feito; estabelecer se houve profilaxia de HIV, IST e anticoncepção, testes reagentes; e, identificar quais os principais desfechos do abuso sexual (como gravidez, infecção por HIV e IST).

Esclarece-se que o Código Internacional de Doenças (CID-10) é T74.2 – Abuso sexual e Y05 – Agressão sexual por meio de força física. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), em português, são Delitos Sexuais, Abuso Sexual, Agressão Sexual, Agressões Sexuais, Atentado ao Pudor, Atentados ao Pudor, Crimes Sexuais, Delitos de Discriminação Sexual, Ofensa Sexual, Ofensas Sexuais, Violência Sexual – I01.198.240.748, SP2.006.087.091.007, SP3.001.005.030.060.010.010.

2. Metodologia

Este estudo caracteriza-se, quanto à natureza, como uma pesquisa aplicada. Quanto aos objetivos, o estudo é exploratório e descritivo. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema a ser pesquisado, podendo assumir a forma de estudo de caso. Já, para o autor, a pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenômeno. Ainda, a pesquisa é retrospectiva, de corte transversal, realizada por meio da análise de prontuários de pacientes vítimas de violência sexual. A característica principal dos estudos de corte transversal é que a observação dos dados é realizada em um único momento (Gil, 2008).

Os prontuários foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Cascavel/PR. A amostra contou com 69 casos de mulheres, de todas as idades, que sofreram violência sexual comprovada por meio de prontuário médico, atendidas no Centro de Doenças Infecto-parasitárias (CEDIP), no período de abril de 2018 a dezembro de 2019, no município de Cascavel/Paraná.

Como critério de inclusão, cita-se: pacientes do sexo feminino, maiores e menores de 18 anos, vítimas de violência sexual comprovada por meio de prontuários médicos que foram atendidas no CEDIP no município de Cascavel, situado no Paraná, entre o período de abril de 2018 a dezembro de 2019. Como critério de exclusão, cita-se: pacientes do sexo masculino, sexo feminino não vítima de violência comprovada e prontuários fora do período de abril de 2018 a dezembro de 2019.

Salienta-se que, por se tratar de análise de prontuário, não houve necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas foi utilizado o Termo de Consentimento para Uso de Dados (TCUD), fornecido pela Secretaria de Saúde do Município de Cascavel. Os dados retirados dos prontuários foram: faixa etária, cor autodeclarada, escolaridade, se realizado boletim de ocorrência, estado civil, ocupação, orientação sexual, se houve repetição da violência, meio utilizado para efetivas a violência, tipo de abuso, número de agressores, condições físicas da vítima, profilaxia de HIV, IST e anticoncepção, testes reagentes, gravidez pós violência, sexo do agressor, faixa etária do agressor e grau de conhecimento do agressor. Os dados encontrados foram analisados utilizando a ferramenta Microsoft® Excel® 365.V16, organizados, tabulados e transformados em tabelas e gráficos.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizará prontuário médico, os riscos envolvidos foram muito baixos, restringindo-se a uma possível exposição dos dados dos pacientes. Para a minimização desses riscos, os pesquisadores se comprometeram em fazer uso de apenas o que for pertinente à pesquisa, bem como manter o sigilo médico e da pesquisa. Não serão coletados dados que possam identificar as pacientes. Os pesquisadores fizeram a análise dos dados em uma sala reservada no CEDIP, sob supervisão da responsável pelo setor.

Resta esclarecer que existia a possibilidade de se suspender esta pesquisa, a qualquer momento, por solicitação dos pesquisadores ou da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR, não ocasionando prejuízo para nenhuma das partes. Além

disso, por se tratar de pesquisa de prontuário médico, o presente estudo está em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, passou por avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro universitário da Fundação Assis Gurgacz e contou com a declaração dos pesquisadores de que a pesquisa só foi iniciada após a sua aprovação pelo comitê.

Declaram-se responsáveis pelo estudo a acadêmica de Medicina da Fundação Assis Gurgacz, Laura Truylio e seu Mestre orientador Alexandre Daronco. O estudo não contém promotores e patrocinadores. A instituição proponente é a Fundação Assis Gurcaz e o órgão de coleta de dados é o CEDIP, o qual possui a exclusiva função de provimento de dados, com a presente liberação de documentação necessária. Os dados coletados durante a pesquisa ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores por um período mínimo de 5 (cinco) anos e serão utilizados para divulgação científica.

3. Referencial Teórico

As definições de gênero estão presentes desde que a Biologia codificou diferentes cromossomos para o homem e a mulher. No entanto, a sociedade criou seus próprios estigmas e definições em relação à gênero e sexualidade, baseados em suas descobertas, aspectos básicos da fundação de determinada realidade social, estruturação de cultura e identidade próprias e, mais recentemente, a globalização. No Egito Antigo, Masculino e Feminino não eram categorias em oposição, mas forças complementares, sendo o Feminino considerado essencial para a sobrevivência da sociedade (SILVA, 2012). Quando se estuda o início das civilizações, tem-se a “[...] prova cabal de que as mulheres poderiam e podem estar numa situação, senão igual, superior à dos homens.” (Silva, 2012, p. 77).

Usando o Egito Antigo como sociedade antepassada para a análise do processo de construção de sociedades patriarcais, Lesko (1996) defende que tanto homens quanto mulheres tinham um status legal idêntico no antigo Egito, pois a lei permitia à mulher possuir e adquirir bens e dispor de suas propriedades. Noblecourt (1994) cita que a igualdade dos sexos parece ter sido considerada, desde a origem, como um fato natural. Dessa forma, questiona-se o momento em que essas relações sofreram mudanças drásticas de padrões.

Segundo Stearns (2007, p. 31), foi “[...] o deslocamento da caça e coleta para a agricultura [que] pôs fim gradualmente a um sistema de considerável igualdade entre homens e mulheres” no período clássico e que ensejou à constituição também gradual de um sistema patriarcal de dominação sociocultural, no qual a divisão de papéis sexuais na sociedade, atribuindo-se maior valoração aos masculinos, representaria uma parte de seu funcionamento. E, com o nascer crescente de um sistema patriarcal, cresceu também a inferiorização que subjuga as mulheres e se atrela aos exorbitantes números de violência sexual contra o gênero.

Como citado, historicamente, as construções de modelos dicotômicos entre o que é feminino e o que é masculino foram se instituindo ao longo das civilizações. No entanto, atualmente, o que se questiona é a extrema desigualdade que esses modelos provocaram. A inferiorização e objetificação do corpo feminino permeia os atos de violência sexual que se somam e multiplicam na atual sociedade.

É importante apresentar o conceito de violência, violência contra mulher e violência sexual. A violência é considerada uma patologia social a ser tratada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 1996) define esse agravo como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação. Para Krug et al. (2002), a violência contra a mulher é, por conceito, qualquer ato de gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, seja na esfera pública ou na esfera privada. Abrahams et al. (2014) conceituam a violência sexual como sendo qualquer ato sexual, tentativa de obter ato sexual, comentário ou avanços sexuais indesejados, ou atos de tráfico, ou realizados de outra forma, contra a sexualidade de uma

pessoa, usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não limitando, a casa e o trabalho.

Leite et al. (2017) apresenta dados alarmantes. Segundo os autores, o Mapa da Violência mostra que o Brasil ocupou a quinta posição entre os países com maior taxa de homicídios por 100 mil mulheres em 2013. Ao justificar esta realidade, Leite et al. (2017) afirmam que o assustador número de casos de violência contra a mulher poderia estar correlacionado com o número dos mais diversos abusos sofridos pelo gênero feminino dentro da sociedade e as mais diversas particularidades da mulher brasileira, uma vez que aspectos ligados às questões de gênero têm grande influência, e estão ligados à posição desigual das mulheres nos relacionamentos, e ao “direito” masculino ao controle sobre bens e comportamentos.

Diversos distúrbios têm sido associados à violência sexual, podendo surgir em diferentes fases da vida da vítima. A prevalência de sintomas ou sinais sugestivos de uma doença psiquiátrica é de 33% nas mulheres com história de abuso sexual quando adultas, 15% nas mulheres com história de violência física pelo parceiro e 6% em mulheres que não sofreram nenhum abuso (Krug et al., 2002). Somado a isso, um estudo realizado com adolescentes francesas revelou que há uma relação entre ter sido estuprada e desenvolver dificuldades para dormir, sintomas depressivos, queixas somáticas, uso de tabaco e distúrbios comportamentais como roubo e evasão escolar (Krug et al., 2002).

Além disso, estudos alertam para o estresse pós-traumático das vítimas de estupro, bem como para as consequências dessa doença psiquiátrica na vida das vítimas. Um estudo de revisão avaliou 633 mulheres, com idade de 17 a 49 anos, e concluiu que mulheres que foram abusadas na vida adulta e na infância possuem maior índice de transtorno pós-traumático do que as que foram abusadas apenas na infância (Cividanes et al., 2019). Além disso, o estresse pós-traumático causado pelo estupro é mais comum se houver ferimentos causados durante o ato e história de depressão ou abuso de álcool pela vítima (Krug et al., 2002). Dessa maneira, se realizado uma história clínica contabilizando todo o passado da vítima de violência sexual, bem como um exame físico em busca de lesões, pode-se “predizer” uma patologia mental e realizar o encaminhamento e acompanhamento necessário às mulheres.

Em panorama da situação brasileira sobre a violência sexual, Cerqueira e Coelho (2014) apresentam dados do Ministério da Saúde: em relação ao total das notificações ocorridas em 2011, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos de idade, 46% não possuía o ensino fundamental completo (entre as vítimas com escolaridade conhecida, esse índice sobe para 67%), 51% dos indivíduos eram de cor preta ou parda e apenas 12% eram ou haviam sido casados anteriormente. Por fim, mais de 70% dos estupros vitimizaram crianças e adolescentes.

Quando se analisa o agressor, nota-se alguns aspectos de relevância em quesitos comportamentais e culturais. Homens sexualmente mais violentos, mostraram ser mais propensos a considerar as vítimas do estupro como responsáveis e são menos informados sobre o impacto do estupro nas vítimas. Além disso, possuem fantasias sexuais coercitivas, geralmente encorajadas pelo acesso à pornografia, dispõem de características de impulsividade e tendências antissociais, além de exagerado senso de masculinidade (Krug et al., 2002).

Epidemiologicamente, quando se faz uma revisão sistemática de estudos, nota-se que os homens agressores se encontram entre 25 e 30 anos de idade. Além disso, os maridos com idades entre 30 e 49 anos são quatro vezes mais abusivos verbalmente que os homens mais jovens, já os maiores de 40 anos são duas vezes mais propensos a abusar fisicamente de suas esposas. Sabe-se, ainda, que a violência contra a parceira íntima pode estar relacionada à baixa escolaridade do abusador, ensino fundamental incompleto ou menos de sete anos de estudo (Silva et al., 2014).

Cerqueira e Coelho (2014), assinaram uma Nota Técnica (NT), de n.º 11, com uma versão preliminar de um estudo que apresentou uma panorama dos estupros no Brasil, segundo os dados da saúde. Tal NT foi divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e nela consta que 70% dos estupros no Brasil são cometidos por parentes, namorados, amigos ou conhecidos da vítima. Pincolini e Hutz (2014), em um estudo sobre processos judiciais de abuso sexual em Porto

Alegre/RS, que analisou 229 casos, afirmam que 53,7% das vítimas descreveram situações em que os abusadores tinham relações de parentesco e/ou responsabilidade, em 43,7% dos casos não havia parentesco/responsabilidade entre vítimas e abusadores e 2,6% dos casos descreviam abuso sexual simultaneamente intra e extrafamiliares. Os estudos, variam em índice de acordo com a região, mas todos entram em acordo que a maior parte dos agressores sexuais, encontra-se intradomiciliar.

A violência sexual tem um profundo impacto na saúde não só física como mental da vítima (Pincolini & Hutz, 2014). Da mesma maneira que causa dano físico, a violência sexual está associada com maiores riscos de problemas sexuais e reprodutivos, com consequências imediatas e também a longo prazo (Krug et al., 2002).

Um estudo realizado em um centro de referência do Rio Grande do Sul demonstrou que a faixa etária mais acometida por violência sexual perfaz a idade média de 24,4 anos e que aquelas menores de 19 anos possuem maior risco de não fazerem uso de contraceptivo na época do abuso (Santarem, et al., 2020). Santarem et al. (2020), ao caracterizarem o perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um hospital de Porto Alegre, concluíram que a média de idade dos pacientes foi de 24,4 (-10) anos (variação de 11 a 69 anos) e a maioria das vítimas era branca (77,4%), solteira (75,9%) e procurou atendimento na unidade em até 72 horas após a ocorrência (80,7%). Na maioria dos casos, a violência foi exercida por um único agressor (87,1%), desconhecido em 67,2% dos casos. Ao realizarem o cruzamento dos dados, por meio da análise estatística descritiva (qui-quadrado), os autores puderam afirmar que as vítimas menores de 19 anos apresentaram maior risco de não usar anticoncepcionais e conhecem o abusador.

Segundo o Ministério da Saúde, a chance de uma vítima de violência adquirir DST após um abuso sexual é de 16 a 58%, a depender do tipo de penetração, do número de agressores, frequência da agressão, idade e suscetibilidade da mulher (Cerqueira & Coelho, 2014). Isso comprova que os abusos permeiam a vida das mulheres por anos, levando à danos psicológicos como os já citados, mas também à danos fisicamente mais permanentes, como lacerações, infecções por doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade e gravidez.

Realizado o referencial teórico, apresentam-se e analisam-se os dados provenientes da pesquisa realizada para estabelecer o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no CEDIP de Cascavel/PR.

4 Apresentação dos Dados da Pesquisa

4.1 Dados das Vítimas

Nos 69 prontuários médicos analisados CEDIP, todos os pacientes eram do sexo feminino, maiores e menores de 18 anos, inclusas na categoria de Abuso Sexual classificada pela própria instituição.

A faixa etária demonstrou uma prevalência acentuada entre 11 e 20 anos de idade, ou seja, o período de adolescência das vítimas. Seguida pela faixa de 21 a 30 anos de idade. Em último lugar, empatadas ficaram a faixa etária de 0 a 10 anos e a de mais 30 anos, o que demonstra menor incidência nos extremos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 – Faixa etária das vítimas.

Faixa de idade	n	%
0 - 10 anos	12	17%
11 - 20 anos	25	36%
21 - 30 anos	20	29%
Mais que 30 anos	12	17%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Em relação a cor autodeclarada pelas pacientes, os percentuais de brancas e pardas se mostraram similares. No entanto, 36% não constavam no prontuário (Tabela 2).

Tabela 2 – Cor autodeclarada das vítimas.

Cor autodeclarada	n	%
Branca	21	30%
Parda	23	33%
Não consta/informado	25	36%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

As vítimas em sua maioria não apresentavam Ensino Fundamental completo (46%), estando ou não cursando no momento da violência. Por outro lado, 22% das mulheres haviam completado o Ensino Médio e 10% estão cursando ou já cursaram o Ensino Superior (Tabela 3).

Tabela 3 – Escolaridade das vítimas.

Escolaridade	n	%
Não informado	2	3%
Criança	3	4%
Ensino Fundamental Incompleto	32	46%
Ensino Fundamental Completo	2	3%
Ensino Médio Incompleto	8	12%
Ensino Médio Completo	15	22%
Ensino Superior Incompleto	2	3%
Ensino Superior Completo	5	7%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Ao investigar a correlação entre a escolaridade, idade e se fez boletim de ocorrência, nota-se que não houve significância estatística e não é possível afirmar que pessoas com mais idade e instrução, tenham mais tendência a realizar o boletim de ocorrência (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação entre idade, escolaridade e realização de boletim de ocorrência.

Fez boletim de ocorrência	n	%
Sim	42	61%
Não	26	38%
Não consta	1	1%
Variável	p-valor - Fez B.O.	
Idade	0,292	
Grau de escolaridade	0,336	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

A Tabela 5 apresenta os dados relacionados ao estado civil. Observa-se que $\frac{3}{4}$ da amostra declararam ser solteiras, enquanto 10% declararam ser casada.

Tabela 5 – Estado civil das vítimas.

Estado Civil	n	%
Não informado	6	9%
Solteira	52	75%
Namorando	2	3%
Casada	7	10%
Divorciada	1	1%
Viúva	1	1%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

A ocupação das vítimas chamou muito a atenção dentro da amostra, uma vez que sua maioria pertence à classificação de Estudante ou Estagiárias. Além disso, 12% das vítimas eram desempregadas ou cuidavam do lar (Tabela 6).

Tabela 6 – Ocupação das vítimas.

Ocupação	n	%
Estudante/Estagiária	37	54%
Desempregada/do lar	8	12%
Criança/Bebê	2	3%
Outros	15	22%
Não informado	7	10%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Em relação à orientação sexual, chama a atenção o percentual de 68% de pacientes que preferiram não informar e a porcentagem de 1% de homossexuais. E, em relação à identidade de gênero, quase todas as vítimas se identificavam com seu gênero biológico com exceção de uma (Tabela 7).

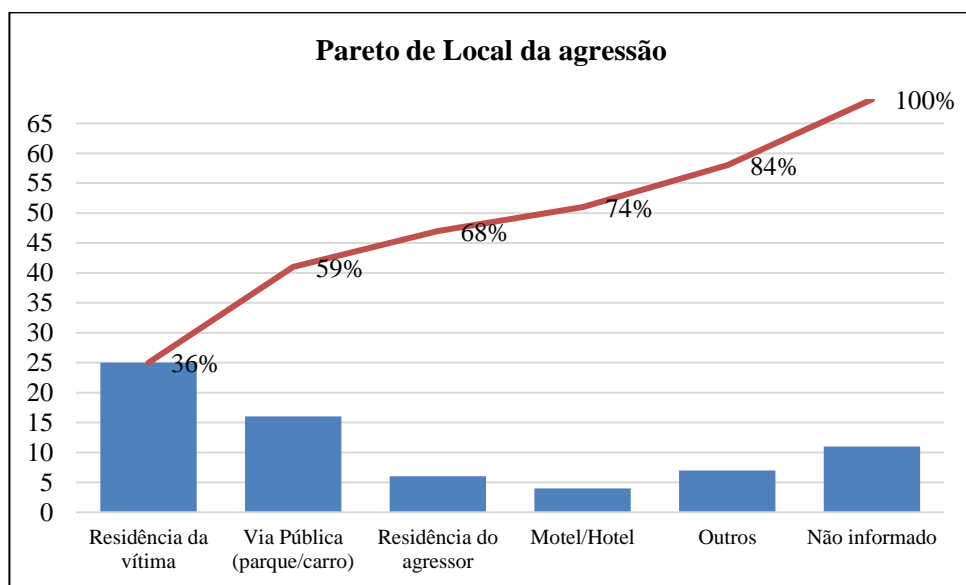
Tabela 7 – Orientação sexual e identidade de gênero.

Orientação sexual	n	%
Heterossexual	21	30%
Homossexual	1	1%
Não Informado	47	68%
Identidade de gênero		
Feminino	64	93%
Masculino	1	1%
Não consta/informado	4	6%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Quando analisados os dados do local de agressão, tem-se que 36%, mais de 1/3, das vítimas sofreram a agressão na própria casa, seguido de via pública, que soma 59%. Aproximadamente 20 agressões ocorreram na residência do próprio agressor e algumas ocorreram em hotéis e motéis (Figura 1).

Figura 1 – Gráfico do local da agressão.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

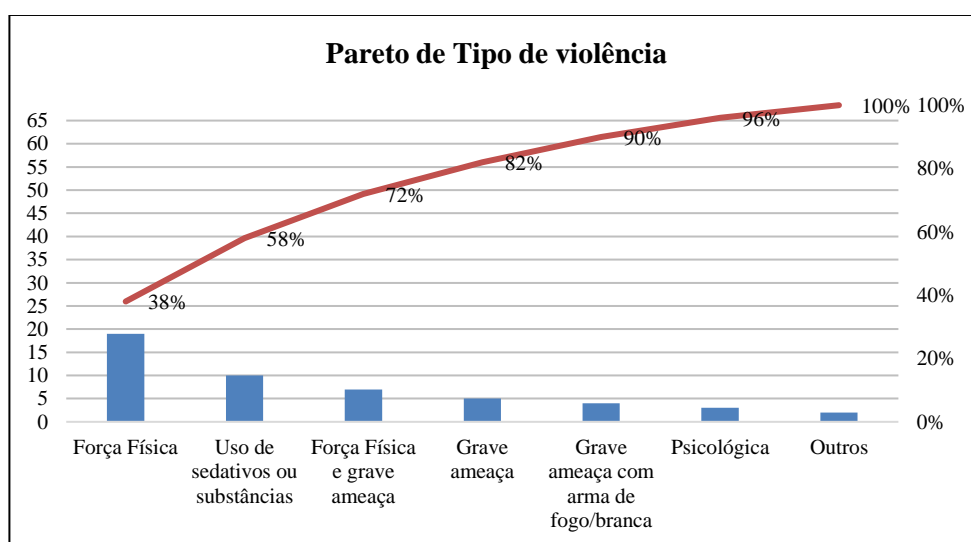
Ao ser analisado o ato de violência sofrida pela vítima, tem-se que 67% não foram violências de repetição e 16% aconteceram com frequência (Tabela 8). Além disso, a maioria foi estuprada por meio de força física, sedativos ou substâncias e uso de grave ameaça, somando mais de 80% do total informado na pesquisa (Figura 2).

Tabela 8 – Repetição da violência.

Violência de repetição	n	%
Sim	11	16%
Não	46	67%
Não consta/informado	12	17%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Figura 2 – Gráfico do tipo de violência sofrida pela vítima.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Para o tipo de abuso, considerando somente os informados e segregando por tipo, independentemente de ter mais de uma via, tem-se uma maioria via vaginal com 71%. Há de se atentar que a ocorrência pode envolver, muitas vezes, mais de um tipo de abuso na mesma vítima. Desta maneira, contabilizou-se, ainda, 14% de abusos orais, 10% anais e 5% de contato íntimo (Tabela 9).

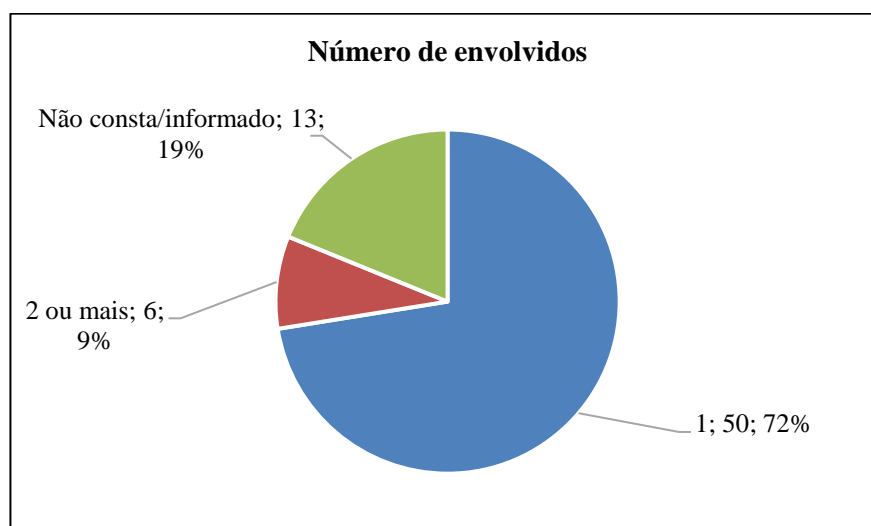
Tabela 9 – Tipo de abuso.

Tipo de abuso	n	%
Vaginal	45	71%
Oral	9	14%
Anal	6	10%
Contato Íntimo	3	5%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Quanto ao número de agressores no momento do abuso à vítima, tem-se 72% com apenas 1 agressor, 9% com 2 ou mais agressores e 19% não informado. Vale ressaltar a presença de uma violência com 4 agressores (Figura 3).

Figura 3 – Gráfico do número de agressores.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Sobre as condições da vítima, revelou-se que a maioria não estava fazendo uso de métodos contraceptivos, não apresentava comorbidades, não fazia uso frequente de drogas ou medicações. Apenas 10% já haviam contraído alguma IST previamente e 23% estavam sob efeito de droga, sendo esta por opção da vítima ou forçada. Além disso a droga mais ingerida foi o álcool (6 ocorrências), seguidas de sedativos (3) e cocaína (1) (Tabela 10).

Tabela 10 – Condições da vítima.

Condições da vítima quanto a:	Sim	Não	Não informado
Uso de contraceptivos	23%	74%	3%
Comorbidades	17%	74%	9%
Uso de drogas	9%	83%	9%
Medicações	19%	72%	9%
IST prévia	10%	65%	25%
Sob efeito de droga?	23%	59%	17%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Quanto aos dados achados no atendimento médico especializado das vítimas, 12% tinham exame físico geral alterado e apenas 3% tinham alteração no exame de mamas. Já no exame de órgão genital, 23% apresentavam alterações e no especular 14%. O toque bimanual não foi realizado em 90% das pacientes (Tabela 11).

Tabela 11 – Exames das condições da vítima.

Exames	Normal	Alterado	Não informado/realizado
Físico	48%	12%	41%
Mamas	52%	3%	45%
Órgão Genital Ext.	33%	23%	43%
Especular	19%	14%	67%
Toque Bimanual	9%	1%	90%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Em relação às profilaxias para ISTs feitas no centro de referência, 86% das pacientes realizaram a profilaxia para Sífilis, Gonorréia, Clamídia e Tricomoníase. Já, no caso da profilaxia para o HIV, este valor é de 64% sendo que dos 25 casos em que não houve, 15 foram pela busca tardia (mais de 72 horas após a agressão). Já, em relação aos testes rápidos realizados para rastreio de ISTs obtiveram-se 4 testes para sífilis positivos e 1 para hepatite. No entanto, uma paciente já apresentava Sífilis diagnosticada, o que pode ter positivado o teste.

Tabela 12 – Profilaxias para ISTs.

Profilaxias		n	%
IST	Sim	59	86%
	Não	10	14%
	Recusa do paciente	2	
	Não consta/informado	4	
	Criança/bebê	2	
	Hímen íntegro/sem penetração	2	
	<hr/>		
HIV	Sim	44	64%
	Não	25	36%
	> 72 horas	15	
	Não consta/informado	5	
	Hímen íntegro/sem penetração	2	
	Recusa do paciente	1	
	Bebê	1	
	Violência de repetição	1	

Testes rápidos	NR	Reagente	%
HIV	69	0	0%
Sífilis	65	4	6%
Hepatite B	68	1	1%
Hepatite C	69	0	0%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Sobre a anticoncepção de emergência realizada com Levonogestrel 0,75mg (2 comprimidos de 12/12h ou dose única) mostrou-se que 52% das vítimas realizaram e 48% não. Os motivos pelos quais não se realizou a contracepção em sua maioria foram pela busca tardia pelo centro de referência (mais de 72 horas) ou pela não necessidade visto que a vítima era bebê, criança ou não havia tido a menarca (Tabela 13).

Tabela 13 – Anticoncepção de emergência.

Anticoncepção de emergência	n	%
Sim	36	52%
Não	33	48%
> 72 horas	11	33%
Criança/bebê/Não menarca	11	33%
Recusa do paciente	3	9%
Gravidez	2	6%
Já realizava algum método	2	6%
Sem penetração	2	6%
Histectomizada	1	3%
Não informado	1	3%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Avaliando os números da gravidez pós violência sexual, observam-se 5 casos em que foi confirmada a gravidez, mas, ainda, 15 casos em que não foi confirmado. Dos confirmados, 3 casos foram em menores de 18 anos (Tabela 14).

Tabela 14 – Gravidez pós violência sexual.

Gravidez pós evento	n	%
Sim	5	7%
Não	49	71%
Criança	3	-
Não realizado	15	22%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

4.2 Dados dos Abusadores

Em relação aos dados dos abusadores, existe uma carência significativa de informações nos prontuários analisados. A ausência de informações sobre os agressores se deve, muitas vezes, às ameaças que fazem com que as vítimas não queiram identificar o agressor ou à dificuldade da vítima em reconhecer o abusador, por estar sob efeito de substâncias. Além disso, fatores psicológicos da vítima podem impedi-la de lembrar o agressor.

Em todas as violências estavam presentes indivíduos do sexo masculino, e apenas uma foi realizada por uma mulher e um homem. No entanto, 30% dos relatos não indicavam o sexo do agressor. Quanto à faixa etária, teve-se somente 6 prontuários em que esta informação constou, identificando os agressores com as idades de 12, 14, 17, 21, 23 e 26 anos.

O dado sobre o agressor que mais chama a atenção é a prevalência extrema de vínculo familiar da vítima com o abusador, representando mais da metade dos casos. Além disso, amigos e colegas representam 45% dos casos se somados.

Tabela 15 – Vínculo com agressor.

Vínculo parentesco	n	%
Familiar	17	52%
Amigo	9	27%
Colega/conhecido	6	18%
Não consta	1	3%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2021).

Apresentados os dados sobre as vítimas e os agressores, coletados nos prontuários, passa-se à discussão e análise dos memos.

5. Discussão

Ao se analisar a idade das vítimas, os dados chamam à atenção para a maior incidência entre as vítimas de 11-20 anos ($n = 25$; 36%), o que aponta para o problema do abuso sexual de crianças e adolescentes. O problema se agrava, pois esta faixa etária é um período que coincide com a menarca das pacientes, o que se reflete em uma possibilidade de gestação e de um início de vida sexual traumático. Comparando os dados, observa-se uma divergência, pois, segundo o instituto IPEA, metade dos estupros ocorrem em meninas menores de 13 anos (Cerqueira & Coelho, 2014). Já, Santarem et al. (2020) afirmam que o perfil etário das vítimas de violência sexual atendidas em um hospital de Porto Alegre é em média de mulheres com 24,4 anos (variação de 11 a 69 anos).

É importante, neste momento de análise, aprofundar a discussão sobre os dados encontrados sobre a violência sexual contra crianças com faixa etária de 0-10 anos. Apesar de não ser a maioria dos casos, importa salientar que 5 das vítimas eram bebês. Este é um dado problemático, visto que, crianças, caso tenham sofrido penetração anal ou vaginal, apresentam maior vulnerabilidade as DST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal (Cerqueira & Coelho, 2014). Além disso, a recomendação do Ministério da Saúde, seguida pelo CEDIP, é de não realizar profilaxias para ISTs e HIV quando a vítima sofre abuso contínuo, o qual acontece, em sua maioria, dentro desta faixa etária (pois, normalmente o abusador tem vínculo de parentesco com as vítimas, como será apresentado adiante no texto). Assim, a vulnerabilidade da faixa etária exposta encontra-se na contração de doenças sexualmente transmissíveis e na dificuldade em realizar profilaxia.

O fato de a grande maioria das vítimas de abuso estarem em idade reprodutiva acarreta uma possível gravidez, o que intensifica a problemática da violência sexual. Neste estudo, 7% das vítimas de estupro tiveram gravidez confirmada pelo centro especializado. Isso pode demonstrar a tendência atual do uso de métodos contraceptivos contínuos por mulheres, a chance quase nula de gravidez fora de períodos ovulatórios e também a eficaz política de saúde quanto ao uso de método contraceptivo de emergência. Quando comparado aos dados do IPEA que relata um índice de gravidez pós abuso sexual de 7,1%, observa-se uma estatística parecida à coletada no município de Cascavel (Cerqueira & Coelho, 2014). Há a possibilidade, dada por Lei 2.848, art. 128, de aborto em caso de estupro, porém, quando a vítima é menor de idade, necessita-se de autorização de seu responsável legal que, como será abordado adiante no texto, muitas vezes é o abusador, o que agrava a problemática da gravidez indesejada das vítimas de violência sexual.

Quanto à cor autodeclarada, observa-se prevalência de pardas (n = 23; 33%), seguida da cor autodeclarada branca (n = 21; 30%), porém em 36% dos casos (n = 25) não há registro deste dado. Cerqueira e Coelho (2014) afirmam que, no Brasil, 41,8% das vítimas eram pardas, 38,6% das vítimas eram brancas, 9,4% das vítimas eram pretas e em 8,7% dos casos esta informação era ignorada. Por sua vez, diferentemente, Santarem et al. (2020), em estudo realizada em Porto Alegre, afirmam que a maioria das vítimas era branca (77,4%), enquanto apenas em 1% dos casos esta informação foi ignorada.

Sobre a escolaridade, a grande maioria das vítimas deste estudo afirmaram ter Ensino Fundamental incompleto, estando ou não cursando (n = 32; 46%). Desta maneira, pode-se afirmar que a baixa escolaridade está atrelada a maiores índices de violência sexual. Isso pode se relacionar com a falta de informação, a ingenuidade das vítimas, a escolha do agressor por um perfil com maiores chances de abuso psicológico para um posterior abuso sexual e também se relaciona à grande incidência de abuso em menores. Devido à faixa etária preponderante, segundo Cerqueira e Coelho (2014), 46% das vítimas de violência sexual do Brasil não possuíam o ensino fundamental completo.

Ao se investigar se há alguma correlação entre a escolaridade, idade e se fez boletim de ocorrência, não é possível afirmar que pessoas com mais idade e instrução tenham mais tendência a realizar o boletim de ocorrência. Isso pode estar relacionado com o fato de que, mesmo inserida em locais de ensino, as vítimas não tenham acesso a que procedimentos realizar quando se sofre um abuso sexual.

Quanto à realização do boletim de ocorrência, a maioria (61%) apresentava o documento quando atendida no centro de referência. O ideal seria que toda mulher realizasse o registro oficial da violência e o Ministério da Saúde instrui todos os médicos para que encaminhem a vítima para o registro do documento. No entanto são diversos os motivos pelos quais existe o desencorajamento da ação. Um deles seria a menoridade da vítima e o abuso por familiar, além de graves ameaças por parte do agressor e o fator psicológico em ter que reconstituir o acontecido para a polícia.

Segundo Cerqueira e Coelho (2014) são vários os órgãos públicos aptos a atender uma vítima de violência sexual, tais como, quando se tratar de vítima criança/jovem: conselho tutelar, vara da infância/juventude, casa de abrigo, delegacia de proteção da criança e do adolescente, centro de referência de Assistência Social; adulto: delegacia de atendimento à mulher, ministério público, centro de referência da mulher, IML.

A ocupação das vítimas chamou muito a atenção dentro da amostra, uma vez que sua maioria pertence à classificação de Estudante ou Estagiárias, revelando como as hierarquias de poder podem dar local ao abuso sexual. Uma vez que o conceito de patriarcado é entendido como organização sexual hierárquica da sociedade, em que, segundo Stearns (2007), há a divisão de papéis sexuais na sociedade, atribuindo-se maior valorização aos atos masculinos e a inferiorização subjuga as mulheres, justifica-se a ligação entre o patriarcado e os exorbitantes números de violência sexual contra o gênero feminino, principalmente quando a mulher depende financeiramente do homem. Pode-se afirmar que o uso dessa dominação através da minimização de estudantes e estagiárias, as quais ocupam lugares considerados inferiores na sociedade, tem facilitado vias de exploração e abuso sexual das mesmas. Além disso, 12% das vítimas eram desempregadas ou cuidavam do lar no momento do ato, revelando mais um estigma social de dependência financeira que pode vir a se tornar um método de abuso de poder por, principalmente parceiros.

Em relação ao local de agressão, tem-se mais um fator confirmatório sobre a violência sofrida dentro de casa, uma vez que, segundo a pesquisa, mais de 1/3 das vítimas foram violentadas em sua residência. Ainda, segundo o IPEA, esse dado é mais verdadeiro quando o abusador é conhecido (Cerqueira & Coelho, 2014). Segundo os dados coletados, é possível ainda perceber um padrão de repetição de violência quando ela ocorre na residência.

Quando analisado o tipo de violência mais sofrida pela amostra, nota-se uma elevada incidência de força física. Mas o que chama atenção no presente estudo é a recorrência do uso de sedativos e substâncias pelo agressor para abusar da vítima. Esta é uma particularidade do estudo feito e que pode virar instrumento para políticas de prevenção local.

Partindo para os achados de exame físico das vítimas, em apenas 23% das vítimas o exame de órgão genital externo estava alterado. Esta é uma grande barreira no atendimento às vítimas de abuso sexual, já que, são poucos os casos em que se encontram lesões que representem o ato sexual. No entanto, o exame físico é essencial para a estratificação de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis que possam ter sido adquiridas durante o abuso.

Quando uma mulher é vítima de estupro, ela possui 74 horas para chegar ao centro de referência e poder realizar as profilaxias necessárias. A primeira profilaxia a ser realizada é a para ISTs dentre as quais estão inclusas Sífilis, Gonorréia, Clamídia e Tricomoníase. A profilaxia para o HIV, no entanto, possui uma particularidade: só pode ser realizadas 72 horas após a ocorrência. É por conta disso, que as profilaxias para ISTs possuem maior taxa de realização, de 86%, em relação ao HIV, de 64%. Estes dados se mostraram muito positivos e demonstram uma boa atenção em saúde do município de Cascavel já que, segundo os dados do IPEA a profilaxia para ISTs é feita em 21,4% quando crianças, 46,1% em adolescentes e 63,8% em adultos e a para HIV é feita em 18,4% das crianças, 44,5% dos adolescentes e 61,5% dos adultos.

Além disso, são realizados testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B e C para triagem de pacientes com possibilidade de positivos. Em relação aos resultados, estes se mostraram positivos quando notamos apenas 4 reagentes para sífilis e 1 para hepatite B. Mais uma vez expondo os eficientes métodos de atendimento da equipe de saúde responsável pelo primeiro atendimento às vítimas.

Por fim, quando analisados dados dos abusadores existe uma enorme carência de detalhes. De acordo com Silva, Coelho e Moretti-Pires (2014), uma possível explicação para esse panorama pode estar ligada ao número de estudos que abordam a problemática da violência conjugal a partir de dados das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAM). Nesse caso, segundo os autores, o principal sujeito de pesquisa é a mulher, o que contribui para a maior visibilidade dos dados relatados por esse grupo. Além disso, o medo de revelar a face do agressor ainda é real para a maioria das vítimas. A falta de dados neste quesito dá protagonismo à vítima e anonimato ao agressor, que permanece impune, impossível de ser localizado, traçado perfil e impede políticas públicas de agirem diretamente em quem deveria ser culpabilizado por esta mazela social.

6. Considerações Finais

A primeira consideração a ser feita é que o perfil da faixa etária das vítimas de violência sexual comprovada por meio de prontuário médico, atendidas no CEDIP, é diferente do nacional, divulgado pelo IPEA. Alerta-se para a possível ocorrência de subnotificações de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na região de Cascavel. Devem-se traçar ações que investiguem a situação vivenciada pela faixa etária divulgada pelo IPEA como sendo a de maior frequência de vítimas.

Um agravante da violência sexual contra a mulher é a gravidez indesejada e perpetrada por um ato de violência – o que intensifica a problemática da violência sexual. Sobre este viés, esta pesquisa conclui que há a tendência atual do uso de métodos contraceptivos contínuos por mulheres, e há também a eficaz política de saúde quanto ao uso de método contraceptivo de emergência, pois em apenas 7% dos casos a gravidez foi confirmada. Deve-se instituir norma que informe às pacientes vítimas de violência sexual que existe, em legislação federal, o direito da mulher ao aborto no caso de gravidez resultante de estupro (Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Art. 128, que afirma que não se pune o aborto praticado por médico em caso de gravidez que resulta de estupro).

Sobre a cor autodeclarada, deve-se aprofundar o estudo, investigando se realmente não existe violência sexual contra mulheres pretas na região de Cascavel, se as mulheres pretas que sofrem violência sexual não têm acesso ao CEPID, se há uma subnotificação nos casos de violência sexual contra mulheres pretas ou se os casos em que não consta esta informação refere-se, na íntegra ou em algum grau, aos números de vítimas de mulheres pretas. Tais ações devem garantir o acesso de todas às mulheres: à denúncia, ao tratamento, à proteção e à justiça.

Referências

- Abrahams, N. et al (2014). *Prevalência mundial de práticas sexuais não parceiras violência: uma revisão sistemática*. Lanceta; 383(9929): 1648-1654.
- Cerqueira, D. R. & Coelho, D. de S. C. (2014). *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)*. IPEA - Nota Técnica nº 11.
- Cividanes, G. C. & Mello, A. F. & Mello, M. F. (2019) *Revictimization as a high-risk factor for development of posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature*. Braz. J. Psychiatry, 41(1):82-9.
- Gil, A. C. (2008) *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4a ed). Atlas.
- Krug, E. G. et al. (2002) *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- Leite, F. M. C. et al. (2017) *Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil*. Rev Saúde Pública, 51:1-12.
- Lesko, Barbara. (1996) *The Remarkable Women of Ancient Egypt*. Scribe.
- Noblecourt, C. (1994) *A Mulher no Tempo dos Faraós*. Papirus Editora. <https://www.skoob.com.br/livro/pdf/a-mulher-no-tempo-dos-faraos/livro:23340/edicao:25358>
- Pincolini, A. M. F.; Hutz, C. S. (2014) *Abusadores Sexuais Adultos e Adolescentes no Sul do Brasil: Pesquisa em Denúncias e Sentenças Judiciais*. *Temas em Psicol.* 22(2):301-11. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2014000200004
- Roiz, D. da S. (2011). *A história das relações de gênero, histórias em construção*. *Rev Estud Fem.* 19(3):1012-3. <https://www.scielo.br/j/ref/a/XTK8RZd7YtfVXkqQRGhgFfn/?lang=pt>
- Santarem, M. D. et al. (2020). *Epidemiological Profile of the Victims of Sexual Violence Treated at a Referral Center in Southern Brazil*. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 42(9):547-554. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/kNq6sZrZZjxz4XmMtDyD6SL/?lang=en>
- Silva, T. R. da. (2012). *A senhora da casa ou a dona da casa? Construções sobre gênero e alimentação no Egito Antigo*. *Cadernos Pagu*, ;(39):55-86. <https://www.scielo.br/j/cpa/a/Xt3dpGsspdn3VYNPFjWrByb/abstract/?lang=pt>
- Silva, A. C. L. G. Da, Coelho, E. B. S. & Moretti-Pires, R. O. (2014). *O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: Uma revisão sistemática*. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 35(4):278-283.
- Stearns, P. N. (2007). *História das relações de gênero*. Tradução de Mirna Pinsky. Contexto.
- World Health Organization. (1996). *Violence: a public health priority: Consultation on Violence and Health*. Geneva.