

# Violência sexual contra a mulher – revisão de condutas

## *Sexual violence against women – a review of conduct*

Mírian Santana Barbosa<sup>1</sup>, Paolo Victor Fernandes Tótolá<sup>1</sup>, Tadeu Wilker Nunes<sup>1</sup>, Thiago Costa e Silva Conde<sup>1</sup>, Marilene Vale de Castro Monteiro<sup>2</sup>

### RESUMO

<sup>1</sup> Acadêmicos do décimo período da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

<sup>2</sup> Professora adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu caráter endêmico, tornando-se problema de saúde pública em muitos países. Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação diante do problema da violência contra a mulher, já que o atendimento no sistema de saúde público é, frequentemente, a primeira oportunidade de revelação da situação de violência. Compete ao médico planejado fornecer pronta e adequada assistência à vítima de abuso sexual, com empatia e solidariedade. De modo geral, é difícil estabelecer definitivamente a prevalência de violência sexual, pois muitas mulheres relutam em denunciar a agressão e o agressor, sendo que menos de 20% desses crimes são denunciados às autoridades. A abordagem da mulher vítima de violência sexual requer prevenir os agravos e a gravidez; certificar-se da necessidade de medidas de proteção; orientar quanto aos aspectos legais e planejar a continuidade de seu acompanhamento no serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Violência; Mulheres; Violência Sexual; Saúde da Mulher.

### ABSTRACT

*Violence against women is a universal event that affects all social classes, ethnicities, religions and cultures. The violence, because of the number of victims and the magnitude of physical and psychological sequelae produced, acquired an endemic and has become a public health problem in many countries. Health professionals are in a strategic position for the diagnosis and action on the problem of violence against women, since the health care network is often the first opportunity for disclosure of an abusive situation. It is for the physician on hospital to provide prompt and adequate assistance to victims of sexual abuse, demanding professional exercise of empathy, solidarity and hospitality. In general, it is difficult to establish conclusively the prevalence of sexual violence because many women are reluctant to denounce the aggression and the aggressor, with less than 20% of these crimes are reported to authorities. The approach to the victim of sexual abuse requires the prevention against diseases and pregnancy, certification of protection measures, orientation about the legal aspects and the planning of the follow up for these patients.*

**Key words:** Violence; Women; Sexual Violence; Women's Health.

*Instituição:*  
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade  
de Medicina da UFMG  
Rua: Professor Alfredo Balena, nº 190  
Bairro: Santa Efigênia  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
Cep: 30130-100  
E-mail: gob@medicina.ufmg.br

### INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.

## EPIDEMIOLOGIA

Em termos globais, as consequências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres, comparados com os anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, são maiores que as consequências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo.<sup>1,2</sup>

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem os frutos da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social.<sup>3</sup>

Mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências. As consequências vão além dos traumas óbvios das agressões físicas. A violência sexual tem sido associada com o aumento de diversos problemas como baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, queixas gastrointestinais.<sup>4</sup>

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação no problema da violência contra a mulher, uma vez que o atendimento na rede de saúde frequentemente é a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional que deve primeiramente escutar atentamente a demanda da mulher. É necessário que a situação enunciada seja acolhida, qualificada e tratada com respeito e sigilo estrito<sup>4</sup> e que o profissional mantenha uma postura ética diante do caso. As pacientes devem ser informadas sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.<sup>5</sup> No caso de crianças e adolescentes, o profissional e a instituição comunicam o ocorrido aos órgãos de proteção de menores e deve conscientizar a família da importância dessa notificação com o objetivo de retirar a criança de situações de risco ou abuso crônico. O atendimento deve ser voltado para uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) criando uma rede integrada de atenção à mulher vítima de violência.<sup>6</sup>

No Brasil, a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. No entanto, esses dados não correspondem à situação real da violência sexual no Brasil e dificulta a avaliação epidemiológica recente dos casos no Brasil. De um modo geral, é difícil estabelecer conclusivamente a prevalência de violência sexual, pois muitas mulheres relutam em denunciar a agressão e o agressor, sendo que menos de 20% desses crimes são denunciados às autoridades.<sup>7</sup> Apesar de tudo, o número de casos notificados no Brasil aumentou em 164% de 2008 para 2009.

Desde a promulgação da Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009, a definição de estupro ficou mais ampla e as penas mais severas. Segundo essa lei estupro é constringer alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Espera-se que mais casos sejam denunciados e que os agressores sintam-se mais intimidados em continuar realizando tal crime.

Em estudo realizado em 2006 na Casa de Saúde da Mulher Professor Domingos Delascio<sup>8</sup>, da Universidade de São Paulo, demonstrou-se que, em cinco anos, foram atendidos 366 casos de violência sexual na Casa da Mulher. Desses, o estupro foi referido em 95% dos casos. Em 40% dos casos, havia história anterior de algum tipo de violência do mesmo agressor. O ato de violência foi praticado por desconhecidos em 45% dos casos e o restante (55%) por familiares (pais, tios, irmãos, cunhados), amigos ou namorados.

O mesmo estudo demonstra que, em 30% dos casos, houve gestação e em 63% delas ocorreu interrupção. Nos casos em que a gravidez evoluiu, 75% dos recém-nascidos foram para adoção e 25% ficaram com as mães. Houve adesão de 75% das mulheres aos procedimentos propostos. O estudo não cita se, nos casos em que a gravidez evoluiu, houve o uso dos contraceptivos de emergência. Apesar da amostra pequena, possivelmente esses resultados refletem as estatísticas no país.

### Adultos X Crianças/ Adolescentes:

Estudo realizado na Universidade de Michigan<sup>9</sup> comparou a presença ou não de lesões entre as vítimas jovens e as adultas: em um total de 775 casos, lesões anais e/ou genitais foram documentadas em 273

(83%) das pacientes menores avaliadas no pronto-socorro. Em comparação, 280 (64%) das adultas tinham documentado o mesmo tipo de trauma. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ( $P < 0,0001$ ).

As crianças têm maior risco de contrair uma DST por abuso sexual<sup>10</sup>: o abuso de crianças é frequentemente associado a múltiplos episódios de agressão e pode resultar em maiores traumas da mucosa.

## CONDUTAS

O acolhimento da vítima de violência sexual geralmente se dá nos serviços de urgência e a equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para dar a assistência adequada.<sup>1</sup> A assistência psicológica é essencial nesse momento.

No atendimento à mulher que sofreu violência sexual, devem ser tomadas medidas de urgência (prevenção contra agravos e gravidez). Deve-se avaliar a necessidade de medidas de proteção, fazer notificação compulsória<sup>11</sup>, esclarecer sobre a realização do Boletim de Ocorrência Policial e do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, comunicar ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude em caso de crianças e adolescentes<sup>12</sup>, agendar consultas médicas e psicológicas ambulatoriais para acompanhamento a longo prazo.<sup>1</sup>

Compete ao médico plantonista fornecer pronta e adequada assistência à vítima de abuso sexual, o que exige empatia, solidariedade e acolhimento. Sob essas prerrogativas, o médico estará autorizado a iniciar o desgastante, porém imprescindível, processo de profilaxia. A taxa de sucesso dessa conduta foi alvo de alguns estudos recentes, demonstrando a dificuldade em oferecer o esquema ideal em diversos países.<sup>13-15</sup> Tais resultados justificam a tentativa de padronizar esse atendimento, o que tem sido feito principalmente por entidades governamentais.

## EXAMES COMPLEMENTARES

Testes laboratoriais para sífilis, hepatite B e C, HIV, Chlamydia, Gonorreia, Trichomonas e HPV e para o diagnóstico de gravidez devem ser feitos na admissão (antes de iniciar a profilaxia) e repetidos durante o seguimento. Ocasionalmente podem estar indicados exames radiográficos, tomografia ou ultrassonografia. A realização de hemograma e transaminases é

necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com antirretrovirais.

## ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Um dos principais objetivos da conduta médica nos casos de abuso sexual é a anticoncepção de emergência (AE). Deve ser prescrita para todas as mulheres que estejam na menárque, quando ocorrer contato, certo ou duvidoso, com sêmen. Teoricamente, a AE é desnecessária se houver relato de uso regular de método anticoncepcivo eficaz no momento da violência.

A AE poderá ser realizada por dois esquemas distintos. O primeiro, conhecido como método de *Yuzpe*, compreende a administração combinada de um estrogênio e de um progestágeno sintético, e sua formulação mais utilizada é a que contém 200µg de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais a cada período de 12 horas, ou administradas em dose única. A segunda forma de oferecer a AE consiste no uso exclusivo do levonorgestrel na dose total de 1,5mg, dividida em dois comprimidos iguais de 0,75mg, a cada período de 12 horas, ou dois comprimidos de 0,75mg juntos (1,5mg), em dose única. Essa alternativa vem sendo preferida devido a sua maior eficácia e tolerabilidade e por não apresentar interação farmacocinética com alguns dos antirretrovirais utilizados para a profilaxia do HIV. Ainda, mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa, ou diabetes com complicações vasculares devem receber preferencialmente o levonorgestrel. O prazo clássico para a instituição da primeira dose é de 72 horas mas estudos demonstram efeitos protetores até cinco dias após a agressão.

Os efeitos adversos mais importantes são náusea (40 a 50%) e vômito (15 a 20%), além de cefaleia, dor mamária e vertigens. Se vômito ocorrer nas primeiras duas horas, recomenda-se repetir a dose. Caso os episódios eméticos ocorram, deve-se considerar o uso por via vaginal.

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

A importância da profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (DST) pode ser evidenciada pela elevada taxa de infecção associada a essas situ-

ações – 16% a 58% segundo alguns estudos – com riscos variáveis para cada agente.<sup>1</sup> Essa profilaxia visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Casos de exposição crônica, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou de uso de preservativo durante todo o crime sexual, dispensam a profilaxia. Recomenda-se que seja iniciada o mais rapidamente possível, ainda que eventualmente possa ser postergada, como em casos de má adesão da mulher ou intolerância gástrica.

No Brasil, as patologias visadas são sífilis, gonorreia, clamidiose, tricomoníase e cancro mole. Tais objetivos são similares aos considerados em outros países e se justificam pela considerável prevalência dessas doenças no país. A prevalência de infecção por clamídia relatada por estudos realizados no Brasil, mostram números que vão de 4,7% a 12,2%.<sup>1,17</sup> A taxa predominante de gonorreia é aproximadamente de 2%, de acordo com outros estudos brasileiros.<sup>17,18</sup> Taxa semelhante é considerada para a sífilis, no Brasil, segundo dados do Programa DST/AIDS. Esses números devem ser repensados quando se considera a população agressora, na qual essas taxas certamente são maiores. Tais dados são, portanto, suficientes para justificar o emprego de esquema completo de profilaxia nos casos de abuso sexual.

Os fármacos de primeira escolha para cada agente patológico se encontram na tabela 1.

Caso haja história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, deve-se utilizar um esquema alternativo. Para casos de sensibilidade à penicilina, utiliza-se a eritromicina na dose de 500mg (50mg/kg/dia para crianças) VO a cada período de seis horas, durante 15 dias. No caso de adultas não gestantes, a azitromicina (clamidiose e cancro mole) pode ser substituída pelo mesmo esquema da eritromicina. Como alternativa à ofloxacina (gonorreia), a ceftriaxona IM deverá ser utilizada, na dose única de 500mg para adultas e 250mg para crianças e gestantes.

**Tabela 1** - Esquema profilático para DST: não virais em mulheres e adolescentes não gestantes, com mais de 45kg

Doença	Fármaco	Dose	
Gonorreia	Ofloxacina	400mg	VO, dose única
Sífilis	Penicilina G Benzatina	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM, dose única
Clamidiose	Azitromicina	1g	VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol	2g	VO, dose única

Tal esquema é utilizado como primeira escolha em vários países, o que demonstra sua eficácia. O metronidazol (tricomoníase) pode ser substituído pelo secnidazol ou tinidazol.

## PREVENÇÃO DE HEPATITE B

A profilaxia da hepatite pelo vírus B está indicada para todas as vítimas de violência sexual que tenham contato com o sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor e que desconheçam ou tenham dúvidas sobre o seu status vacinal ou quando o esquema de vacina anti- HBV estiver incompleto. Devem ser feitos exames para conhecer a situação sorológica da vítima. Contudo, por motivo de tempo, a decisão de prescrever a profilaxia não deve estar condicionada a esses resultados.

A indução da imunidade ocorre em 90% a 95% dos casos em que se faz a administração do esquema vacinal completo.<sup>1</sup> As vítimas com esquema vacinal incompleto devem receber as doses remanescentes recomendadas. Aquelas que desconheçam seu status vacinal ou que não sejam imunizadas devem receber a primeira dose da vacina e, posteriormente, completar o esquema com um e seis meses. Além das vacinas, também é preconizada, pelo Manual do Ministério da Saúde, a administração da Imunoglobulina Humana Anti- Hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/kg, IM, em dose única. Deve ser aplicada em sítio diferente da vacina e, caso a dose ultrapasse os 5 ml, deve ser dividida em dois sítios de aplicação. Apesar de estudos indicarem o uso de IGHAHB somente quando o agressor sabidamente apresentar hepatite B em fase aguda, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) recomendam o uso de IGHAHB em todas as mulheres não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto, devido à dificuldade prática de se comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual. A vacina anti- HBV deve ser aplicada no músculo deltoide, já que sua aplicação em região glútea diminui a imunogenicidade.<sup>1</sup>

As vítimas com esquema vacinal completo não necessitam do reforço ou do uso da IGHAHB. Também não necessitam da imunoprofilaxia as vítimas de violência sexual crônica e repetida pelo mesmo agressor, assim como os casos de abuso em que ocorrer o uso de preservativo, masculino ou feminino, ou quando o agressor for sabidamente imunizado contra hepatite B.

**Tabela 2** - Esquema de imunoprofilaxia da hepatite B.<sup>1</sup>

Agente	Aplicação	Imunização
Vacina anti-hepatite B	IM em deltoide; 0, 1 e 6 meses após o crime.	Ativa
IGHAHB*	IM em glúteo; 0,06 ml/kg, dose única.	Passiva

\*Deve ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas após o ocorrido. A IGHABH está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE.

## PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

A maioria das mulheres vítimas de violência sexual apresenta grande preocupação acerca da possibilidade de se infectarem com HIV. Apesar de estudos sobre a eficácia da profilaxia com antirretrovirais após o crime sexual serem escassos e os resultados ainda incertos, a medida é preconizada pelo Ministério da Saúde. Um estudo realizado no Brasil mostra que 180 mulheres que receberam a profilaxia dentro de 72 horas após o abuso permaneceram soronegativas, enquanto quatro (2,7%) pacientes em 145 que não foram tratadas apresentaram a soroconversão.<sup>19</sup>

O risco da contaminação depende de muitos fatores. Dentre eles figuram o tipo de exposição sexual (vaginal, anal, oral), o número de agressores, a suscetibilidade da mulher, o contato com secreções e/ou sangue, a ocorrência de lesões durante a agressão, a existência prévia de DST e/ou lesões na vagina, a ruptura do hímen e a carga viral do agressor. Os estudos existentes indicam que o risco de infecção está entre 0,8% e 2,7%.<sup>19</sup>, números até mesmo superiores aos encontrados em relações heterossexuais ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde.

A profilaxia do HIV não deve ser prescrita de maneira indiscriminada a todas as vítimas de violência sexual. Exige avaliação dos riscos de se contrair o vírus de acordo com as circunstâncias do ocorrido e a discussão com a paciente sobre sua motivação e os benefícios da adesão ao tratamento. Segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde, o tratamento deve ser indicado para mulheres, crianças e adolescentes vítimas de penetração vaginal e/ou anal, com ou sem penetração oral concomitante, quando não se pode conhecer o estado sorológico do agressor em tempo hábil. Se houver a possibilidade de investigar a sorologia do agressor, pode-se utilizar o teste rápido para HIV dentro das 72 horas de viabilidade da medida profilática. Se for negativo, a profilaxia está contra-indicada. Mesmo após o iní-

cio da quimioterapia, a oportunidade de se realizar o exame anti-HIV no agressor deve ser aproveitada, com o objetivo de suspender o tratamento no caso de um resultado negativo. Não existem evidências para assegurar a indicação da profilaxia nos casos em que houver a exposição oral exclusiva; nesses casos, os riscos e os benefícios devem ser ponderados. Assim como na prevenção pós-violência sexual de outras DST, as medidas contra a infecção pelo HIV devem ser contra-indicadas para vítimas de abusos crônicos e repetidos pelo mesmo agressor. Também está descartado o uso dos antirretrovirais quando ocorrer o uso de preservativos durante todo o crime sexual.

Há casos descritos na literatura de soroconversão para HIV cujo único fator de risco conhecido foi um ataque sexual ou abuso sexual, mas a frequência dessa ocorrência é provavelmente baixa: no sexo consensual, o risco de transmissão do HIV no coito vaginal é de 0,1% a 0,2% e, para o intercurso retal receptivo, 0,5% a 3%.<sup>1</sup> O risco de transmissão do HIV através do sexo oral é substancialmente menor.<sup>17</sup> Entretanto, as circunstâncias específicas de um abuso podem aumentar o risco de transmissão do HIV (por exemplo, trauma, incluindo hemorragias)<sup>17</sup> e essas taxas podem ser ligeiramente maiores.

Terapia com Zidovudina pós-exposição foi associada com uma redução do risco de contrair o HIV em um estudo de profissionais de saúde que tiveram exposições percutâneas com sangue infectado com HIV.<sup>18</sup> Com base nesses resultados, essa terapia foi extrapolada para outros tipos de exposição ao HIV, incluindo abuso sexual.<sup>20</sup>

A tabela 3 mostra o esquema de profilaxia do HIV para mulheres adultas, adolescentes com mais de 45 kg e gestantes.

**Tabela 3** - Esquema de anti-retrovirais para a profilaxia do HIV

Zidovudina (AZT) 300mg	VO	A cada 12 horas (café e jantar)
Lamivudina (3TC) 150mg	VO	A cada 12 horas (café e jantar)
Nelfinavir (NFV) ou Indinavir (IDV)		
750mg (NFV) ou 800mg (IDV) ou	VO	A cada 8 horas (café, almoço e jantar) ou
1250mg (NFV)	VO	A cada 12 horas (café e jantar)

O Indinavir pode ser associado com um quarto medicamento, o Ritonavir (RTV), como adjuvante farmacológico; IDV 800mg + RTV 100-200mg a cada 12 horas. Deve-se lembrar que o RTV interage de forma importante com o Metronidazol e seus substitutos,

utilizados como parte da profilaxia de DST não virais. Deve-se preferir o NFV ou suspender o Metronidazol quando o RTV for indispensável. Em gestantes, o esquema preferencial deve considerar a associação de AZT, 3TC e NFV nas mesmas doses acima indicadas

Para crianças e adolescentes com menos de 45 kg, o esquema consiste na associação de AZT e 3TC, com a possibilidade de escolha da terceira droga entre o NFV e o RTV. A dose de AZT é de 90 a 180mg/m<sup>2</sup> a cada oito horas (máximo de 600mg/dia). Para o 3TC, a dose é de 4mg/kg a cada 12 horas (máximo de 150mg a cada 12 horas). O NFV deve ser usado na dose de 30mg/kg a cada oito horas (dose máxima de 750mg a cada 8 horas). O RTV é usado de 350 a 400mg/m<sup>2</sup> a cada 12 horas (dose máxima de 600mg a cada 12 horas).

## CONCLUSÃO

Apesar do abuso sexual ser um agravamento de notificação compulsória desde 2003 a indisponibilidade pública dos dados dificulta análises recentes da situação desse agravamento no país. Contudo, há perspectiva de maior número de notificações devido a maior capacitação das unidades de atendimento, maior esclarecimento da população sobre como reconhecer e denunciar casos de violência, maior número de delegacias de mulheres, maior divulgação dos casos de condenação por estupro e maior conhecimento das sequelas dessa violência entre adultas, crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. [Citado em 2010 set 26]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01023-1X1994000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023-1X1994000500010&lng=pt&nrm=iso).
3. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(1). [Citado em 2010 set 26]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso).
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. Interface. 1999 ago; 3(5). [Citado em 2010 set 26]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-3283199900200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283199900200003&lng=pt&nrm=iso).
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. Art. 5
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev Saúde Pública. 2006 Aug; 40. [Citado em 2010 set 26]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso).
7. American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG. ACOG practice patterns: emergency oral contraception. Int J Gyn Obstet. 1997; 56:290-7.
8. Mattar R. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):459-64.
9. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. Acad Emerg Med. 2003 Aug; 10(8):872-7.
10. Center for Disease Control and Prevention-CDC. Sexually transmitted diseases: Treatment Guidelines 2006. MMWR. 2006 Aug 4; 55(No. RR—11). [Cited 2010 sep. 26]. Available from: [http://depts.washington.edu/npptc/online\\_training/2006%20STD%20Treatment%20Guidelines.pdf](http://depts.washington.edu/npptc/online_training/2006%20STD%20Treatment%20Guidelines.pdf)
11. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 10.778, de 24 nov. 2003. [Citado em 2010 sep. 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm)
12. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Citado em 2010 sep. 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
13. Gilles C, Van Loo C, Rozenberg S. Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Aug; 151(2):185-9. Epub 2010 Apr 7.
14. Straight JD, Heaton PC. Emergency department care for victims of sexual offense. Am J Health-Syst Pharm. 2007; 64:1845-50.
15. Amey AL, Bishai D. Measuring the quality of medical care for women who experience sexual assault with data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Ann Emerg Med. 2002; 39:631-8.
16. Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. Sex Transm Dis. 2004; 31:542-6.
17. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(7):349-54.
18. Drezett J. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: International Conference on HIV Infection in Women and Children, IV. Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, Rio de Janeiro, Brazil, 2002.
19. Gonçalves AA, Paes e Alcântara MF, Silva LA. Incidência de gonorréia em população previdenciária da Baixada Santista. Rev Bras Patol Clin. 1984; 20(2):47-52.