

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL

Jefferson Drezett

Doutor em Ginecologia. Professor Assistente do Curso de Especialização em Ginecologia e Obstetrícia e Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Atenção ao Abuso e Violência Sexual do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros. Consultor de Políticas de Ipas - Brasil. Consultor em Violência Sexual da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Assessor Médico do Pacto São Paulo Contra a Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Member of the International Society for System Science in Health Care.

Introdução

A violência contra a mulher pode ser entendida como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em desigualdade. Consiste na maneira pela qual os homens exercem controle e poder sobre as mulheres, castigando-as e socializando-as dentro de uma categoria inferior e subordinada ¹¹. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero ^{49,53}. Por *gênero* compreende-se o conjunto de papéis que a sociedade atribuí, em cada cultura, para homens e mulheres. Dessa forma, o *sexo* feminino destina para a mulher a menstruação, a gravidez, o parto e a amamentação. Mas é o *gênero* feminino que define que a mulher seja a responsável pelas trocas de fraldas e pelos cuidados cotidianos com a criança. Enquanto o *sexo* determina condições estritamente biológicas, o *gênero* constrói comportamentos não biológicos, muitos deles nocivos e virulentos com a mulher ²².

A verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, acreditando-se ser essa uma das condições de maior subnotificação e subregistro. A exemplo, calcula-se que apenas 16% das violações são comunicadas às autoridades nos EUA. Em casos de incesto, estes percentuais não chegam aos 5% ⁴⁶. Acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixa por constrangimento e humilhação, somados ao medo da reação do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Também é comum que o agressor formule ameaças à integridade física da vítima ou de algum familiar, caso revele-se o ocorrido ¹⁷. No entanto, a mulher teme, principalmente, não ser acreditada. Esse sentimento, aparentemente infundado, de fato se justifica: são incontáveis os casos de discriminação, preconceito, humilhação e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual ^{19,22}.

Apesar do tímido percentual de denúncias, a agressão sexual é um crime cada vez mais reportado, acometendo 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo ⁵. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6 minutos e que uma em cada quatro mulheres experimentou um contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência ^{23,43}. O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center calcula que possam ter ocorrido 683 mil violações entre mulheres adultas nos EUA ⁴⁶. Estimativa semelhante é feita pelo US Department of Justice, na ordem de 500 mil crimes sexuais anuais ⁴³. O National Center for the Abused and Neglected Child avalia que cerca de 200 mil casos anuais de abuso sexual ocorram entre crianças americanas, a cada ano ⁴⁵. De fato, todos os estudos consistentes desnudam proporções assustadoras e inaceitáveis, remetendo a violência sexual à condição de complexo problema de saúde pública ³⁶.

Para refletir sobre o papel da contracepção de emergência em mulheres em situação de violência sexual é fundamental que se considere que a contracepção de emergência não é medida isolada, como ocorre em outras indicações. Ela deve estar contextualizada dentro de um atendimento mais amplo e integral, que agrega condições muito específicas, e onde outras ações preventivas são instituídas concomitantemente, como o uso de medicamentos para a profilaxia do HIV e das ETS ^{8,22}. Além disso, é necessário

que se compreenda a magnitude e a transcendência do fenômeno da violência, fator fundamental para diferenciar a simples execução de protocolos de atendimento das verdadeiras medidas de atenção e de respeito aos direitos humanos das mulheres.

Epidemiologia da violência sexual

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos ou privados, e em qualquer etapa da vida da mulher⁵³. Historicamente, os crimes sexuais têm sido utilizados como instrumento de perseguição política. As nações civilizadas não admitem a violência sexual, mas algumas a julgam admissível em caso de guerra. Apesar dessa prática ser considerada como grave violação de direitos humanos, a violência sexual ainda ocorre em conflitos armados contemporâneos, a exemplo da guerra da Bósnia-Herzegovina, da Croácia e do conflito civil da Libéria. A ONU estima que, na década de 90, foram estupradas entre 20 a 50 mil mulheres na antiga Iugoslávia, com a finalidade de promover uma “faxina étnica”⁴¹.

A violência sexual exerce grande impacto sobre a saúde. Para as mulheres adultas, implica na diminuição da percepção sobre o seu corpo, resultando em menores cuidados quanto à saúde sexual e reprodutiva^{29,40}. Pode-se acrescentar a isso diferentes níveis de seqüelas, causa importante de incapacidade e responsáveis por cerca de nove anos de vida saudáveis perdidos. Para a mulher, representa mais do que os anos de vida ceifados pelas guerras contemporâneas ou pelo câncer de colo uterino e da mama³⁶. As conseqüências biopsicossociais são mais difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e de suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Entre as crianças, o impacto pode produzir uma importante condição futura de vulnerabilidade, facilitando novos episódios de abuso sexual na adolescência ou na vida adulta. Nas formas mais severas e crônicas de violência, observa-se menor uso de contraceptivos e práticas sexuais menos seguras. Conseqüentemente, durante a adolescência, apresentam maior risco de gravidez inoportuna ou indesejada, de enfrentar o abortamento inseguro, e de contrair enfermidades transmissíveis sexualmente (ETS)^{29,40}.

A violência sexual poder ocorrer em qualquer etapa da vida da mulher. No entanto, a maioria dos registros existentes aponta para a predominância desses crimes entre as mais jovens, principalmente entre os 15 e 25 anos de idade^{10,19,29}. De fato, a adolescente apresenta risco quatro vezes maior de sofrer violência sexual que qualquer outro grupo etário⁵⁰. Acredita-se que a força física do agressor e a intimidação psicológica por ele aplicada, sejam os fatores determinantes para neutralizar a resistência da vítima. Em cerca de 30% dos casos é utilizado algum instrumento de ameaça, sendo o mais comum uma arma de fogo⁴⁸. A intimidação psicológica, sem uso de força física, parece ser a forma predominante de constrangimento²⁰. Adolescentes e mulheres adultas, quando abordadas por agressores desconhecidos, encontram-se no percurso do trabalho ou da escola, ou exercendo atividades simples e cotidianas em sua comunidade. Apesar da abordagem ocorrer em espaços públicos, a violência é praticada longe do testemunho de qualquer pessoa^{19,20}. Deve-se considerar o expressivo o número de casos de violência sexual entre portadoras de deficiência mental, importante fator de vulnerabilidade. Estima-se que 50% das deficientes mentais são sexualmente abusadas ao menos uma vez em suas vidas. Observa-se maior risco para que a condição se torne crônica, principalmente em portadoras de enfermidades mentais severas⁶¹.

Os estudos que tratam das características do agressor sexual também merecem destaque, na medida que influenciam fortemente os mecanismos envolvidos na violência sexual. No Japão, entre 796 mulheres entrevistadas, cerca de 75% referiram ter sido submetidas, em algum momento de suas vidas, a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro⁵⁹. Taxas igualmente preocupantes foram reportadas por mulheres em Porto Rico (58%); Nicarágua (52%); Bolívia (46%); Quênia (42%); Colômbia (40%); Brasil (38%); Canadá (29%); Chile (26%); Suíça e Nova Zelândia (20%)^{24,36}. Nas circunstâncias de violência sexual o fenômeno parece se repetir. De fato, acumulam-se indicadores de que o agressor sexual, na maioria dos casos, trata-se de alguém conhecido e próximo da vítima. A exemplo, na Cidade do México, estudando-se 531 mulheres adultas sexualmente violadas, constatou-se que 62% delas puderam identificar o agressor e que em 86% dos casos tratava-se de um parente ou pessoa amiga da família³³. De forma semelhante, na cidade de São Paulo, do total de agressores identificados pela mulher adulta, 53% se tratavam de moradores da comunidade, parceiros ou ex-parceiros sexuais¹⁹.

Na infância é fato incontestável que o abuso sexual é, geralmente, perpetrado por pessoas que a criança conhece e confia, sendo que em mais da metade dos casos o agressor é membro do núcleo familiar^{1,19,49,57}. Prevaecem agressores que, em tese, deveriam ser os principais responsáveis por sua proteção e pelo seu desenvolvimento. Amargamente, verifica-se que pais biológicos, padrastos, tios, avôs e outros parentes encabeçam as listas dos principais perpetradores, em qualquer parte do mundo. Em conseqüência, o risco de violência sexual entre crianças torna-se maior nos espaços privados, em especial nas residências, imposto pelo medo, ameaças, sedução, ou pelo temor reverencial. O abuso permanece por muito tempo oculto, cercado e protegido por um “pacto do silêncio”. Nesses casos, a penetração do pênis do agressor em vagina ou ânus da criança é geralmente substituída por carícias eróticas, masturbação, ou outros atos libidinosos. Essas nefastas ações poucas vezes podem ser comprovadas por elementos materiais. No entanto, causam profundo impacto e sofrimento emocional com severas conseqüências que podem acompanhar a mulher ao longo de toda sua vida^{1,20,22}.

Apesar da gravidade da situação, a maioria dos casos de violência sexual que são perpetrados por agressores identificáveis não procura pelos serviços de saúde. As estatísticas desses serviços apontam para a predominância de agressores desconhecidos em mais de 80% dos casos. Cabe salientar que os serviços de saúde captam apenas a ponta de um imenso *iceberg*, e os casos de violência sexual intrafamiliar, seguramente a forma mais freqüente de violência contra a mulher, ainda carecem de maior visibilidade.^{19,20} Apesar dos números e das conseqüências da violência sexual impressionarem por sua magnitude, os serviços de saúde ainda pouco conhecem sobre essas mulheres e sobre os mecanismos envolvidos em sua agressão. Muitas vezes, prevalecem estereótipos que dificultam a relação médico-paciente e que comprometem tanto os aspectos técnicos como os éticos do atendimento²².

Enfermidades transmissíveis sexualmente

A aquisição de uma ETS em decorrência da violência sexual pode implicar em severas conseqüências físicas e emocionais. Entre 28 a 60% das vítimas de violência sexual serão infectadas por uma ETS^{3,51}. A taxa de infecção por gonorréia pode variar entre 0,8 a 9,6%; entre 1,5 a 26% para a clamidiose; de 3,1 a 22% para a tricomoníase; de 12 a 50% para vaginose bacteriana; de até 1,6% para a sífilis; de 2 a 40% para o HPV; e de 3% para hepatite B^{3,25,30,34}. As ETS conseqüentes ao abuso sexual na infância apresentam números igualmente significativos. A taxa de infecção por gonorréia pode

variar entre 2,8 e 28%; entre 1,2 a 8% para clamidiose; de 1 a 6% para tricomoníase; de 0,1 a 1,5% para sífilis, de 0,1 a 0,5% para o vírus do herpes, e de 0,1 a 1,5% para o HPV^{4,39}.

Grande parte das ETS decorrentes do abuso sexual poderia ser evitada com o oferecimento de medicamentos específicos. Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase, donovanose e cancróide, entre outras, poderiam ser evitadas com uso de medicamentos de reconhecida eficácia, se administrados precocemente. No entanto, para enfermidades virais como a hepatite C, HPV e herpes genital não há, atualmente, agentes eficazes²¹. Lamentavelmente, pouco tem sido feito às vítimas de violência no sentido de protegê-las das ETS. É certo que grande parte das vítimas de abuso sexual não recorre aos serviços de saúde ou o faz tardiamente, por falta de informação ou constrangimento, o que impede o oferecimento de medidas protetoras. A maior parte das crianças, envolvidas com situações crônicas e prolongadas de abuso, geralmente chega aos serviços de saúde com doenças estabelecidas que, muitas vezes, encontram-se em adiantada evolução clínica. Para essas situações, cabe apenas o diagnóstico e tratamento apropriados, no sentido de se obter a cura ou a redução dos danos eventualmente presentes^{16,19}. Apesar disso, é expressivo o número de casos que recorre aos serviços de saúde em tempo hábil para o oferecimento de medidas protetoras. No entanto, menos de 5% das mulheres em nosso meio e 25% das americanas recebem alguma medida considerada efetiva para a profilaxia das ETS⁹.

Muitos autores questionam a validade do uso de medicamentos para a prevenção das ETS. De fato, muitos esquemas profiláticos são idênticos aos que se utilizam para o tratamento da doença estabelecida, argumentando-se que seria mais razoável o seu uso somente nos casos diagnosticados. No entanto, é preciso considerar que as vítimas de violência sexual constituem o grupo de maior dificuldade de acompanhamento, com taxas de perda de adesão entre 25 e 50%³⁴. Para essas mulheres, não há garantia de seguimento e investigação das ETS. Apesar de não haver consenso quanto aos medicamentos a serem utilizados, a maioria das mulheres provavelmente se beneficia dessa medida quando instituída nas primeiras 72 horas da violência (Quadro 1)^{8,16,19,27,35,47}.

QUADRO 1. REGIME COMBINADO DE PROFILAXIA PARA HEPATITE B E ENFERMIDADES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS			
Vacina contra hepatite B			
uso adulto:	1,0 ml	IM	deltóide
uso pediátrico:	0,5 ml	IM	vasto lateral da coxa
Ceftriaxone			
uso adulto:	1,0g	IM	dose única
uso pediátrico:	50 mg / kg	IM	dose única
Azitromicina			
uso adulto:	1,0g	VO	dose única
uso pediátrico:	< 15 Kg: 10 mg / Kg	VO	dose única diária, por 3 dias
	15 a 25 Kg: 5 ml (200 mg)	VO	dose única diária, por 3 dias
	25 a 35 Kg: 7,5 ml (300 mg)	VO	dose única diária, por 3 dias
	dias		
Metronidazol			
uso adulto:	1,6g	VO	dose única
uso pediátrico:	30 mg/kg/dia	VO	dose única

Infecção pelo HIV/Aids

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual ⁴⁶. Os poucos estudos bem conduzidos indicam a possibilidade de soroconversão para o HIV entre 0,8 e 2,7% ^{3,21}. Esse risco é comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição sexual única, receptiva ou insertiva, ou nos acidentes ocupacionais com trabalhadores da saúde. A interpretação deste dado deve ponderar os múltiplos fatores de risco para a infecção pelo HIV envolvidos nas situações de violência sexual: tipo de violência sofrida, número de agressores; ocorrência de traumatismos genitais; idade da vítima; condição himenal; presença de ETS ou úlcera genital prévia; e forma de constrangimento utilizada pelo agressor ^{18,21,35}.

Pouco se sabe, até o momento, sobre a prevenção da infecção pelo HIV com o uso de antiretrovirais. De fato, não há estudos consistentes que assegurem que a quimioprofilaxia antiretroviral proteja as vítimas de violência sexual. Da mesma forma, não existem estudos que afastem esta possibilidade. Contudo, é necessário que se considere o êxito desta medida na redução da transmissão materno-fetal e na proteção de cerca de 80% dos acidentes ocupacionais ^{18,21,35}.

A eficácia dos antiretrovirais para a profilaxia do HIV depende de seu início precoce, da rigorosidade de sua administração, e do tempo adequado de utilização. Os antiretrovirais podem ser oferecidos para mulheres adultas, adolescentes, crianças ou gestantes, nas condições de exposição ao sêmen, sangue e/ou outros fluidos, submetidas a violência sexual com penetração anal, oral ou vaginal (Quadros 2 e 3). Os medicamentos devem ser introduzidos no menor prazo possível, no máximo em 72 horas da violência sexual, e mantidos sem interrupção por período de 28 dias ^{18,21,47}.

QUADRO 2. ADMINISTRAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA ANTIRETROVIRAL PARA O HIV EM MULHERES ADULTAS E GESTANTES		
Zidovudina 300 mg + Lamivudine 150 mg	1cp VO pela manhã e 1 cp VO no jantar	(total = 2 cp por dia)
+		
Nelfinavir 250 mg	3cp VO de 8/8 horas	(total = 6 cp por dia)

Resultados preliminares de estudo multicêntrico comparativo conduzido em São Paulo, envolvendo oito instituições e mais de 1.600 vítimas de violência sexual, apresentam os primeiros apontamentos estatisticamente consistentes. A adesão completa e apropriada aos antiretrovirais pelas vítimas de violência sexual tem se mostrado surpreendente e efetiva, atingindo taxas de 77%. Esse indicador é semelhante ou mesmo superior aos melhores índices de adesão registrados em situação de acidentes ocupacionais entre os profissionais de saúde ¹⁸.

No entanto, o aspecto mais relevante do estudo trata da eficácia dos antiretrovirais na prevenção da infecção pelo HIV. No grupo de mulheres que utilizou os antiretrovirais nenhuma paciente apresentou controle sorológico positivo para o HIV. Por outro lado,

foram identificados quatro casos de soroconversão no grupo de comparação (2,7%), resultando em Teste de Fisher estatisticamente significativo. Este dado possivelmente signifique a primeira evidência de que os antiretrovirais podem, de fato, proteger as vítimas de violência sexual ²¹.

Apesar de animador, este dado ainda é insuficiente para esclarecer a questão e todos os seus aspectos obscuros. No entanto, acredita-se que isso não deva representar obstáculo para que se organizassem sistemas eficientes de proteção às vítimas de violência sexual. De fato, assim já o fizemos, recentemente, nos casos de acidente ocupacional. Muito antes de conhecer os resultados dos estudos de metanálise, definimos fluxos e critérios de gravidade, normatizamos esquemas terapêuticos, e aplicamos protocolos de assistência aos profissionais de saúde expostos acidentalmente ao HIV. As evidências exigem que se tenha o mesmo cuidado e respeito com as mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual ²¹.

QUADRO 3. ADMINISTRAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA ANTIRETROVIRAL PARA O HIV EM CRIANÇAS*		
Zidovudina 90 – 180 mg / M2 / dose	VO	cada 8 horas
Lamivudina 4 mg / Kg / dose	VO	cada 12 horas
Nelfinavir 30 mg /Kg/dose	VO	cada 8 horas

$$Sc(m2) = \frac{(\text{peso} \times 4) + 7}{\text{peso} + 90}$$

* idade acima de 13 anos ou peso maior que 30 Kg

Traumatismos genitais e extragenitais

Somente pequena parcela das vítimas de abuso sexual sofre traumas físicos severos. Há dados que sugerem que a ocorrência de traumas genitais é expressivamente maior entre virgens do que naquelas sexualmente ativas no momento do crime ^{6,37}. A resistência por parte da vítima é outro fator que deve ser considerado na etiologia desses traumatismos físicos, sendo que a vítima adulta tende a manifestar maior resistência contra o agressor ².

Nota-se uma grande discrepância nos dados da literatura sobre as taxas de diagnóstico de lesões físicas. As genitais variam entre 5 e 65%, e as extragenitais entre 10 a 80%. No entanto, há dados consistentes que apontam que achados físicos anormais não são comuns nos casos de abuso sexual entre crianças ^{6,7,12}. Em nossa experiência, temos constatado baixa ocorrência de danos físicos, genitais ou extragenitais, entre todas as faixas etárias analisadas (Tabelas 1 e 2) ^{19,20}. Apesar de não verificarmos a ocorrência de casos fatais ou traumas de severidade relevante, deve-se considerar que parte significativa dos crimes sexuais pode terminar em homicídio, principalmente por asfixia mecânica, expressão máxima de poder do agressor ¹³.

Nas crianças, é importante lembrar que a primeira hora pós-trauma é a mais crítica e pode ser vital para se instituir as medidas necessárias. Na suspeita de traumatismos, é fundamental a realização do exame físico completo e do exame ginecológico. Em alguns casos, pode ser necessária a realização do exame ginecológico sob analgesia ou anestesia. A observação da diurese, espontânea ou obtida por sondagem, pode alertar

quanto a existência de lesões do trato urinário. A ultra-sonografia do abdome e da pelve pode ser valiosa nos casos de suspeita de lesões intra-abdominais. Nas lesões vulvo-perineais superficiais sem sangramento, deve-se proceder com a rigorosa assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios de sutura delicados e absorvíveis, providos de agulhas atraumáticas. Nesses casos é recomendável, além da associação de antibióticos, a profilaxia para a infecção por tétano. Na presença de hematomas, a aplicação local de bolsa de gelo pode ser suficiente para o controle. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica e correção da hemorragia¹⁴.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS TRAUMAS GENITAIS CONSEQÜENTES AO CRIME SEXUAL, CONSOANTE AS FAIXAS ETÁRIAS ESTUDADAS.

TIPO DE TRAUMA	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SEM TRAUMA	65	91,6	532	97,5	554	96,9	1151	96,8
FISSURA PERIANAL	3	4,2	4	0,7	7	1,2	14	1,2
HEMATOMA DE VULVA	0	0	4	0,7	7	1,2	11	0,9
FISSURA DE FÚRCULA	0	0	5	0,9	3	0,5	8	0,7
ROTURA PERINEAL	3	4,2	1	0,2	0	0	4	0,3
ROTURA DE CÚPULA VAGINAL	0	0	0	0	1	0,2	1	0,1
TOTAL	71	100	546	100	572	100	1189	100

Fonte: Drezett, J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

O atendimento aos eventuais traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, não constitui o ponto principal do problema da assistência de urgência para as vítimas de violência sexual. De fato, a maioria das vítimas recebe tratamento adequado para essas condições²². No entanto, há evidente resistência dos serviços de saúde em examinar e cuidar daquelas que não apresentem lesões físicas. Para agravar a situação, há indicadores consistentes de que mulheres que apresentam danos físicos decorrentes da violência recebem melhor atenção nos serviços de saúde, nos departamentos médico-legais, e nas delegacias de polícia, sendo a elas atribuído o esteriótipo de “vítimas ideais”⁴⁴. Nesses casos, as marcas da violência garantem menor risco de ter sua história questionada ou duvidada, e maior oportunidade de ter seu direito de atenção a saúde preservado²². Paradoxalmente, temos exigido que, além de violada, a mulher se apresente brutalmente ferida para ser acreditada e respeitada^{20,44}.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS TRAUMAS EXTRAGENITAIS CONSEQÜENTES AO CRIME SEXUAL, CONSOANTE AS FAIXAS ETÁRIAS ESTUDADAS.

TIPO DE TRAUMA	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SEM TRAUMA	71	100	486	89,0	490	85,6	1047	88,0
HEMATOMA	0	0	19	3,5	39	6,8	58	4,9
ESCORIAÇÃO	0	0	17	3,1	17	3,1	34	2,9
MORDEDURA	0	0	10	1,8	11	1,9	21	1,8
FERIMENTO CORTO-CONTUSO	0	0	11	2,0	8	1,4	19	1,6
QUEIMADURA	0	0	2	0,4	2	0,3	4	0,3
OUTRO	0	0	1	0,2	5	0,9	6	0,5
TOTAL	71	100	546	100	572	100	1189	100

Fonte: Drezett, J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

A modificação dessa postura, desumana e ineficiente, tem passado pela ampla discussão entre profissionais do direito e da saúde, integrantes dos movimentos de mulheres, e

pesquisadores de outras áreas do conhecimento. Na última década, um grande esforço tem sido feito para encontrar soluções que pudessem corrigir ou atenuar o problema. Ao mesmo tempo, acumulam-se iniciativas que asseguram a atenção apropriada a essas mulheres, como o desenvolvimento da contracepção de emergência, da profilaxia das ETS, e da prevenção contra a infecção pelo HIV/Aids ²².

O novo paradigma exige que a atenção médica seja prioritária e oferecida a frente de qualquer outra medida. Essa conduta não representa uma simples escolha, pois a eficiência dessas intervenções depende, principalmente, da precocidade com que elas forem instituídas, a exemplo da profilaxia da infecção pelo HIV e da contracepção de emergência. As medidas legais, sem dúvida da maior importância, podem e devem aguardar pela atenção ao ser humano nos cuidados à sua saúde ²².

Gravidez decorrente da violência sexual e contracepção de emergência

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante período reprodutivo da vida da mulher ¹⁷. A taxa de gravidez decorrente do estupro varia entre 1 e 5%, estimando-se algo como 32.000 gestações decorrentes de violência sexual, a cada ano, apenas nos EUA ³⁸. As legislações sobre interrupção de gravidez que atualmente estão em vigor na maioria dos países da América Latina e do Caribe estão entre as mais restritivas de todos os continentes ¹⁵. Grávida do agressor, a mulher poderá submeter-se ao decretado pela legislação de seu país ou recorrer ao abortamento clandestino. Apesar de cerca de metade desses países permitir o abortamento nesses casos, o exato destino dessas gestações ainda é pouco conhecido (Figura 1) ^{15,22,26}.

País	Por Pedido da Mulher	Por Motivo Social ou Econômico	Por Motivos de Saúde	Por Violência Sexual	Para Salvar a Vida da Mulher	Proibido sem Exceções
Argentina				X (1)	X	
Barbados	X	X	X	X	X	
Bolívia			X (2)	X	X	
Brasil				X	X	
Chile						X
Colômbia						X
Costa Rica			X (2)		X	
Cuba	X	X	X	X	X	
El Salvador						X
Equador			X (2)	X (1)	X	
Guiana	X (3)	X	X	X	X	
Haiti					X	
Honduras						X
Jamaica			X (4)		X	
México		X (5)	X (5)	X	X	
Nicarágua					X	
Panamá			X	X		
Paraguai					X	
Peru			X (2)		X	
Porto Rico	X	X	X	X	X	
Rep. Dominicana						X
Suriname					X	
Trinidad e Tobago			X			
Uruguai		X	X	X		
Venezuela					X	

Figura 1. Situação da legislação quanto a interrupção de gravidez em países da América Latina e Caribe

Fonte: Dossiê Aborto Inseguro. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Brasil, 1998.

- | | |
|---|--|
| (1) estupro de mulher portadora de deficiência mental | (2) somente em casos de risco para a saúde da mulher |
| (3) até a 8ª semana de gestação | (4) inclui saúde mental |
| (5) em alguns estados do país | |

No entanto, é necessário destacar que apesar da existência de legislações que permitem, em tese, a interrupção da gravidez nesses casos, parte expressiva delas não garante, na prática, o direito ao abortamento dessas mulheres. A realização desses abortamentos tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde^{22,26}. A maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o procedimento, alegando os mais diferentes motivos^{26,27}. Com seus direitos desrespeitados, mas convencidas de praticar o abortamento, grande parte dessas mulheres recorre aos serviços clandestinos. Para aquelas com menores recursos econômicos, resta o abortamento em condições inseguras. As desastrosas consequências, embora jamais possam ser devidamente mensuradas, certamente tomaram a vida de milhares de mulheres e comprometeram o futuro reprodutivo de tantas outras²².

No Brasil, entendendo-se a gravidade dessa situação, um enorme esforço gerou os primeiros serviços interdisciplinares para atender esses casos. As ações foram fundamentadas em bases epidemiológicas disponíveis e protocolos cuidadosos de intervenção e acompanhamento foram definidos. Com o apoio e atuação de entidades representativas médicas, do movimento organizado de mulheres, e de outras áreas do conhecimento, novas iniciativas foram implantadas na última década. Atualmente, quase todos os estados brasileiros contam com ao menos um serviço que ofereça a possibilidade do abortamento previsto pela lei^{8,22,26,27,28}.

No entanto, é fundamental que esteja claro que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. Ela deve sempre ser esclarecida de suas opções, considerando-se a possibilidade de manter a gestação. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados a atender a mulher dentro de suas necessidades e expectativas^{26,28}. A decisão final, sempre difícil e complexa, cabe a cada uma delas. Ao médico cabe o respeito a sua autonomia de decidir, atuando como agente que garanta que essa decisão seja tomada de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada²².

Embora os limites legais e éticos do abortamento sejam cada vez mais conhecidos pelos médicos, ainda são poucos aqueles que o realizam. Pesquisa de opinião realizada pela Organização Não Governamental Ipas Brasil entre mais de 500 ginecologistas revelou uma importante mudança de postura. A maioria dos entrevistados concorda com a realização do abortamento nesses casos e parcela significativa deles afirma que estaria disposto a realizá-lo. O fato, é que os médicos cada vez mais se debruçam atentamente sobre esta questão, na medida que passam a entender a importância do problema e a perceber a responsabilidade que lhes cabe em garantir os direitos da mulher²².

Apesar dessa mudança crítica de postura ser fundamental, ela ainda não atinge em igual proporção a prática médica cotidiana. Muitos médicos necessitam transpor uma série de desafios, muitos deles de caráter pessoal, para poder concretizar suas convicções. A medicina sempre orientou pela defesa da vida e a obstetrícia, em particular, pela preservação do feto. Não é tarefa fácil mudar séculos de educação cartesiana e hipocrática, ainda que essa atitude esteja plenamente respaldada na Lei, nos princípios da bioética, e nos códigos de ética profissional²².

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que determina. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres ²⁶. No entanto, é no campo da contracepção de emergência que as dificuldades, na prática, se acumulam. Menos de 10% das mulheres em situação de violência sexual, atendidas nos serviços públicos de emergência, recebem proteção contra a gravidez indesejada ⁹. Essa medida, muitas vezes, é substituída pela prescrição de um tranqüilizante ou de um antiinflamatório, cuja finalidade real carece de entendimento ²².

A contracepção de emergência constitui uma metodologia contraceptiva ética e alternativa, de caráter excepcional, que pode ser utilizada em situações especiais. A exemplo, o método está indicado após a relação sexual desprotegida, falha presumida de contraceptivos (rompimento de preservativo ou deslocamento do diafragma), uso inadequado de contraceptivos, ou na violência sexual ³². Apesar de ser exaustivamente estudado e registrado, lamentavelmente o método ainda apresenta uso muito restrito. Entre os principais fatores que limitam o seu uso, destaca-se o prazo para início do método, dificuldade de acesso, baixa disponibilidade, poucas possibilidades de escolha, desconhecimento de médicos e usuárias, e a crença de efeito abortivo ^{54,56}.

Os princípios da contracepção de emergência são conhecidos de longa data. Os hebreus aconselhavam diversas medidas pós-coito como andar, correr e fazer movimentos bruscos, no sentido de eliminar o ejaculado e reduzir o risco de gravidez. Procedimentos semelhantes foram descritos por Lucrecius (98-55 AC), Sorano (99-138 DC), Rhazes (Século IX), Avicenna (980-1037) e Thomas de Aquino (1225). Formulações magistrais ou caseiras, aplicadas ao meio vaginal, também são descritas no Egito e na Índia há 1550 AC. Somente em 1939 aparecem os primeiros estudos com as duchas vaginais, método bastante popularizado a partir do século XVII. Na década de 60 se iniciam os estudos utilizando esteróides sexuais, principalmente o dietilestilbestrol. Desde então, muitas substâncias esteróides e não esteróides têm sido utilizadas com a finalidade de prevenir a gravidez pós-coito ^{32,54}. Atualmente, entre os principais métodos de contracepção de emergência estão o método de Yuzpe, o levonorgestrel, e o DIU ^{17,322}.

É preciso destacar que a contracepção de emergência é um direito da mulher. Porém, ainda persiste, para uma parcela dos médicos e provedores de saúde, a falsa convicção de que a contracepção de emergência é método abortivo. A literatura médica tem acumulado evidências científicas consistentes e suficientes que apontam em contrário ²². O mecanismo de ação se baseia na inibição ou postergação da ovulação, na disfunção do corpo lúteo (fenômeno semelhante ao produzido durante a amamentação), e na alteração da função e da capacitação dos espermatozóides. Não há qualquer evidência científica de que a contracepção de emergência hormonal possa atuar sobre o processo de implantação e resultar em abortamento ^{17,31,55,58,60}. Frente a essas condições, resta refletir sobre as conseqüências éticas e legais da recusa infundada de prescrever a contracepção de emergência, principalmente nos casos em que resulte em gravidez do agressor ²².

O atendimento médico à vítima de estupro deve sempre considerar e avaliar o risco de gravidez, oferecendo medidas contraceptivas de emergência eficientes. A contracepção de emergência hormonal constitui método de eleição devido seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações absolutas ^{17,55,58}. Atualmente, a utilização de progestágenos tem mostrado melhores resultados. Estudo duplo-cego randomizado, conduzido pela força-tarefa sobre métodos pós-ovulatórios de regulação da fertilidade, comparando o regime de Yuzpe com o levonorgestrel, verificou que o levonorgestrel foi melhor tolerado e mais eficaz ³¹. Além disso, nos casos de violência sexual em que se utilizam antiretrovirais, a exemplo do indinavir, deve-se considerar a

possibilidade de interação farmacológica com o etinil-estradiol, comprometendo a eficácia do regime de Yuzpe^{8,21}.

A contracepção de emergência deveria ser oferecida para todas as mulheres expostas a gravidez através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa, e que não utilizavam método contraceptivo no momento da violência. Deve ser iniciada em até 72 horas com o uso de 1,5 mg de levonorgestrel, dividido em duas doses (Quadro 4)^{8,17,26,27,28,31,58}.

QUADRO 4. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL PELO REGIME DE YUZPE OU COM O USO DE PROGESTÁGENOS

Regime de Yuzpe (200 µg de etinil-estradiol e 1 mg de levonorgestrel, dividido em duas doses)

Progestágenos (1,5 mg de levonorgestrel, dividido em duas doses)

O DIU de cobre pode ser utilizado se a mulher se encontrar no período entre 72 horas e cinco dias da violência sexual. As contra-indicações e precauções são, em geral, as mesmas para a inserção do DIU em situações cotidianas. Entretanto, nos casos de violência sexual, deve-se considerar as condições psicológicas e clínicas da mulher para poder realizar a inserção, bem como o risco elevado do desenvolvimento de ETS. Sendo o DIU a única alternativa, sua inserção deve ser acompanhada da administração profilática de antibióticos. Embora muito menos empregado, a eficácia do DIU é superior ao método de Yuzpe e ao uso de progestágenos, com falha de 0,04% por ciclo-mulher^{17,42}.

Considerações finais

Os profissionais e provedores de saúde deveriam estar adequadamente capacitados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual. Os riscos envolvidos em cada caso deveriam ser cuidadosamente avaliados, oferecendo-se a contracepção de emergência, a profilaxia para a hepatite B, proteção medicamentosa contra as EST não virais, e a quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV. Além disso, as vítimas deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos e esclarecimentos quanto aos efeitos possíveis da agressão sexual para sua saúde reprodutiva. A negligência com esses aspectos, particularmente os psicológicos, tende a resultar em severos danos, incluindo-se o processo de “revitimização”. Em se tratando de ocorrências durante a infância, a preocupação é ainda maior, exigindo do profissional de saúde, disponibilidade, paciência e experiência^{19,22}.

No entanto, ainda persiste um enorme abismo entre a reflexão da sociedade sobre os crimes sexuais e o que ela realmente promove quando se depara frente a eles. A expectativa dos profissionais de saúde, legistas, autoridades policiais e magistrados de poder contar com provas materiais do abuso é freqüentemente frustrada e, muitas vezes, entendida de forma distorcida como falsa alegação ou inexistência do crime sexual. Para as crianças, raras portadoras de marcas físicas da violência, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor. Tendemos a considerar seus relatos fantasiosos e mentirosos, incapazes de diferenciar o lúdico do real. As privamos de seus direitos simplesmente por serem crianças, protegendo, incompreensivelmente, o agressor^{20,22}.

Em relação aos danos e agravos da violência sexual para a saúde sexual e reprodutiva o fenômeno se repete. Muito pouco, efetivamente, tem sido feito para garantir proteção contra esses danos. A contracepção de emergência, elemento fundamental para proteger a mulher da dolorosa e impiedosa experiência de engravidar do agressor, é esquecida pelos profissionais de saúde. Países com as leis penais mais restritivas sobre o aborto ou aqueles que menos tem feito para garantir o direito legal ao abortamento dessas mulheres, são os mesmos que colocam as mais incompreensíveis barreiras e restrições ao uso da contracepção de emergência. Pautados em uma falsa moralidade, atendem pressões de setores conservadores e fundamentalistas da sociedade, cujo único interesse é o controle da sexualidade feminina e a condição da mulher como cidadã de segunda categoria.

Entendemos que a mudança dessa realidade passa, necessariamente, pela transformação de toda a sociedade e por profundas mudanças nas relações de gênero. Até lá, a violência sexual continuará presente no cotidiano, com prevalência insuportável e inadmissível. As vítimas da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber uma atenção digna, respeitosa e acolhedora. E que possamos as proteger da revitimização. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

Referências Bibliográficas

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA). **Abuso sexual: mitos e realidade**. Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997. 39p.
2. Atekson BM, Calhoun KS, Morris KT. Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics, and situational factors. **Arch Sex Behav**, **18**: 497-507, 1989.
3. Baldacini I, Drezett J, Miranda SD, Ribeiro RM, Pinotti JA. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em vítimas de violência sexual. In: Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmision Sexual, 11; Conferencia Panamericana de Sida, 5, Lima, 1997. **Libro de Resumenes**. Lima, Union Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmision Sexual (ULACETS), 1997. p.181. (PCS392).
4. Beck-Sague C & Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. **Clin Infect Dis**, **1**:74-83, 1999.
5. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. **J Miss State Assoc**, **39**:366-9, 1998.
6. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. **CMAJ**, **159**:33-7, 1998.
7. Bowyer L & Dalton ME. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. **Adolescence**, **32**:361-6, 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. - **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 32p. (Norma Técnica)
9. Caballero M, Drezett J, Namura IBB, Tonon EMP, Carnevali C, Pinotti JA. Programa de interrupção legal da gravidez consequente ao estupro: avaliação de 34 casos. In: Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Região Sudeste da Febrasgo, 3, São Paulo, 1996. **Anais**. São Paulo, 1996. p.33 (Resumo, 19).
10. Chaudhry S, Sangani B, Ojwang SB, Khan KS. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. **East Afr Med J**, **72**:200-2, 1995.
11. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1984. p.25-62.
12. Cohen C & Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Rev Paulista Med**, **109**:157-64, 1991.

13. Deming JE, Mittleman RE, Wetli CV. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. **J Forensic Sci**, **28**:572-6, 1983.
14. Diêgoli CA, Diêgoli MSC, Lerner T, Ramos LO. Abuso sexual na infância e adolescência. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, **7**:81-5. 1996.
15. Dossiê Aborto Inseguro - Brasil, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1998. 14p.
16. Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmão A, Hegg R, Pinotti JA. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescentes e adultas sexualmente vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. **Revista do Centro de Referência**, **1**: 23-8, 1996.
17. Drezett J, Baldacini I, Freitas GC, Pinotti JA. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. **Revista do Centro de Referência**, **3**:29-33, 1998.
18. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. **RBGO**, **21**: 539-44, 1999.
19. Drezett J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo, 2000. (Tese - Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil).
20. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J Pediatr**, 2001; **77**(5):413-9.
21. Drezett J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, 4. Rio de Janeiro, 2002. **Livro de Resumos**. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p20-2.
22. Drezett J. Violência sexual e aspectos éticos. In: **Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002.
23. Dupre AR, Hampton HL, Morrison H, Meeks GR. Sexual assault. **Obstet Gynecol Surv**, **48**:640-8, 1993.
24. Elu MC, Pruneda ES, Santiago RV, Monreal LMA, Pérez RC, Rivera M, Acha M. **Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia**. Mexico. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en Mexico. 2000. 34p.
25. Estreich S, Forster GE, Robinsom A. Sexually transmitted diseases in rape victims. **Genitourin Med**, **66**:433-8, 1990.
26. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. **Femina**, **25**:1-8, 1997.
27. Faúndes, A.; Oliveira, G.; Andalaft Neto, J.A.; Lopez, J.R.C. - II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, **26**:134-8, 1998.
28. Faúndes A, Andalaft Neto JA, Freitas F, Drezett J, Pinto e Silva J, Mello J, Bedone AJ. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, **27**:317-21, 1999.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. **Child Abuse Negl**, **21**:789-803, 1997.
30. Forster GE, Pritchard J, Munday PE, Goldmeier D. Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984. **Genitourin Med**, **62**:267-9, 1986.
31. Força-Tarefa sobre métodos pós-ovulatórios de regulação da fertilidade. Estudo controlado randomizado de levonorgestrel versus o regime de Yuzpe de contraceptivos orais associados para contracepção de emergência. **The Lancet**, **352**(9126):428-33, 1998.
32. Formiga-Filho JFN. Anticoncepção de Emergência. **FEMINA**, **25**(4):301-10, 1997.
33. Garza-Aguilar J & Diaz-Michel E. Elementos para el estudio de la violacion sexual. **Salud Publica Mex**, **36**:36-45, 1994.
34. Glaser JB, Hammerschlag MR, McCormack WM. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. **J Infect Dis**, **11**:246-54, 1989.
35. Gostin OL, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, **271**:1436-4, 1994.
36. Heise L, Pitanguy J, Germain A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255p.
37. Hicks DJ. Rape: sexual assault. **Am J Obstet Gynecol**, **137**:931-5, 1980.

38. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. **Am J Obstet Gynecol**, **175**:320-4, 1996.
39. Kaplan KM, Fleisher GR, Paradise SE, Friedman HN. Social relevance of genital herpes simplex in children. **Am J Dis Child**, **138**:872-4, 1984.
40. Kenney JW, Reinholtz C, Angelini PJ. Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, **27**:54-63, 1998.
41. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. **Am J Orthopsychiatry**, **65**:428-33, 1995.
42. Kubba AA & Guillebaud J. Failure of Post Coital Contraception After Insertion of an Intrauterine Device. **Br J Obstet Gynecol**, **91**:596-7, 1984.
43. Lathrope A. Pregnancy resulting from rape. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, **27**:25-31, 1998.
44. Lourenço MBR. **Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa**. São Paulo, 2001. (Tese - Doutorado – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
45. Mrazek PB. Sexual abuse of children. **J Child Psychol Psychiatry**, **21**:348-9, 1980.
46. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. **Rape in America: A Report to the Nation**. South Carolina, Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992. 287p.
47. Ozaki PE, Drezett J, Bagnoli VR, Pinotti JA. Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. **RBM - Ginecologia e Obstetrícia**, **9**:185-92, 1998.
48. Peipert JF & Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. **Obstet Gynecol**, **84**:867-71, 1994.
49. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarijan V. **Estupro: crime ou “cortesia”? - abordagem sociojurídica de gênero**. Porto Alegre, SAFE, 1998. 288p.
50. Rickert VI, & Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, **11**:167-75, 1998.
51. Ross JD, Scott GR, Busuttill A. Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine. **J R Soc Med**, **84**:657-9, 1991.
52. Russel D. **The secret trauma: incest in the lives of girls and women**. New York, Basic Books, 1986. 464p.
53. Saffioti HIB & Almeida SS. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 218p.
54. The Population Council. **Relatório final da I oficina brasileira sobre a anticoncepção de emergência**. Campinas, 1996.
55. Trussell J & Raymond EG. Statical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. **Obstet Gynecol**, **93**:872-6, 1999.
56. Van Look PFA. Contracepção de emergência: um futuro mais radioso? **Entre Nous**, **39**:4-5, 1998.
57. Westcott DL. Sexual abuse of children: a hospital-based study. **S Afr Med**, **65**:895-7, 1984.
58. World Health Organization. **Emergency contraception: a guide for service delivery**. Geneve, 1998. 59p.
59. Yoshihama M & Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan. **Violence Vict**, **9**:63-77, 1994.
60. Yuzpe A, Percival-Smith R, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. **Fertility and Sterility**, **37**:508-13, 1982.
61. Zanzarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. **J Nerv Ment Dis**, **187**:65-71, 1999.