

MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLÊNCIA SEXUAL: ADHESIÓN A LA QUIMIOPROFILAXIA DEL HIV¹

Normélia Maria Freire Diniz²

Lílian Conceição Guimarães de Almeida³

Bárbara Cristina dos S. Ribeiro⁴

Valéria Góes de Macêdo⁵

La finalidad de este estudio fue investigar si las mujeres víctimas de violencia sexual adhieren o no al uso de medicamentos para prevención del HIV. Fue realizado un estudio cuantitativo en un servicio de atención a personas sexualmente violentadas, ubicado en Salvador (Bahía, Brasil). Participaron del estudio 172 mujeres. Los datos fueron recopilados a través de entrevistas dirigidas y consulta a los archivos. Los resultados demostraron que el 45.4% de las mujeres víctimas de violencia eran adolescentes y que el 40.7% de las mujeres asistidas fueron violadas. Sólo el 54% de las mujeres fue aconsejado a usar medicamentos antiretrovirales para prevención del VIH, El 57.4% de ellas adhirió al tratamiento y el 42.6% no lo continuó. Aquellas que no adhirieron al tratamiento alegaron disturbios psicológico y/o emocional o no comprensión del tratamiento instituido. Por lo tanto, es necesaria una mirada atenta de los profesionales para percibir las condiciones que implican un aumento en la vulnerabilidad de las mujeres a la infección.

DESCRIPTORES: mujeres; violencia; quimioprevención

WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE: ADHERENCE TO CHEMOPREVENTION OF HIV

This study aimed to investigate the adherence of women victims of sexual violence, to AIDS chemoprevention treatment. A quantitative study was carried out at a care service to victims of sexual violence in Salvador (Bahia, Brazil). Study participants were 172 women. Data were collected through interviews with forms and consultation of patient files. The results showed that 45.4% of the abused women were teenagers and 40.7% of the attended women were raped. Only 54% of the women were advised to use antiretrovirals to prevent HIV. Adherence to treatment occurred in 57.4% of cases and discontinuity corresponded to 42.6%. Non-adherence to treatment was attributed to psychological or emotional disorders and non-understanding of the established treatment. Therefore, it is important that professionals pay careful attention in order to perceive the conditions that might increase women's vulnerability to the infection.

DESCRIPTORS: women; violence; chemoprevention

MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA DO HIV

O estudo teve como objetivo avaliar a adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao tratamento de quimioprofilaxia do HIV. É um estudo quantitativo que teve como lócus o Serviço de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual em Salvador (Bahia). Participaram do estudo 172 mulheres. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com formulário e consulta aos prontuários. Os resultados mostraram que 45,4% das mulheres violentadas eram adolescentes e o estupro acometeu 40,7% das atendidas. Apenas 54% das mulheres tinham indicação para o uso de anti-retrovirais para a prevenção do HIV. Houve adesão ao tratamento de 57,4% e a taxa de descontinuidade correspondeu a 42,6%. A não-adesão foi atribuída aos transtornos psíquicos e/ou emocionais e à não compreensão do tratamento instituído. Portanto, há necessidade de um olhar atento dos profissionais a fim de perceber as condições que implicarão no aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção.

DESCRIPTORES: mulheres; violência; quimioprevenção

¹ Trabajo extraído de la Disertación de Maestría, Financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico-CNPq/PIBIC; ² Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, e-mail: lillian.enfermagem@bol.com.br; ³ Maestra en Enfermería, Profesor de la Facultad de Tecnología y Ciencias; ⁴ Alumna del Curso de Pregrado en Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, becista del PIBIC; ⁵ Médica del Servicio de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual - VIVER

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual desconoce barreras culturales, clases sociales, niveles socioeconómicos y limitaciones individuales. Puede ocurrir tanto en espacios privados como en públicos y afecta a personas de ambos sexos y de todos los grupos étnicos, siendo las mujeres sus mayores víctimas.

La violencia contra las mujeres, denominada violencia de género, representa una grave violación a los derechos humanos y es capaz de provocar innumerables problemas de salud, de los cuales podemos citar: el miedo, la falta de credibilidad en el sistema legal y el silencio; lo que genera que las víctimas se conviertan en cómplices de sus agresores.

Se destaca que los registros de violencia no revelan la realidad de esta situación, pues en el Brasil no existen datos globales al respecto: se estima que menos del 10% de los casos son denunciados en las comisarías⁽¹⁾.

Durante mucho tiempo, la violencia fue considerada un problema político. Actualmente, por la extensión alcanzada, pasó a ser un problema de salud pública. La mujer que vive en situación de violencia tiene problemas serios de salud. Podemos citar por ejemplo, los trastornos psicológicos, pesadillas repetidas, angustia, fuga; evitando recordar el trauma, sea en conversaciones, pensamientos, lugares, personas; aceleración de la excitación emocional, ira, falta de concentración, estado de alerta, facilidad para asustarse y nerviosismo⁽²⁾.

Con respecto a los aspectos físicos, citamos las lesiones de piel, el embarazo, el aborto, las infecciones sexuales, las laceraciones y la contaminación por HIV. Así mismo, son considerados efectos de la agresión a los dolores crónicos y el uso de drogas.

De este modo, la violencia sexual es capaz de provocar, trastornos psicológicos por el trauma, enfermedades de tipo física (como lesiones corporales), enfermedades sexualmente transmisibles y Sida.

El Ministerio de Salud del Brasil, atento a los daños y repercusiones de la violencia sexual para la salud de las personas, lanzó en 1999, un manual, con la intención de protocolizar la atención. Entre las conductas a ser tomadas por el Ministerio de Salud se encuentra el uso de anti-retrovirales para prevenir la infección por HIV.

Las medidas aún precarias en cuanto a la divulgación y el conocimiento de esta práctica, sea

por parte de los servicios de salud como de la población. Sin embargo, ya desde 2001 existe en Salvador, un centro de referencia para la atención a las personas que sufren de violencia sexual y para brindar quimioprofilaxis.

Su importancia epidemiológica y social justifica este estudio, considerando que este aflora aspectos aún poco estudiados y que requiere de mayores reflexiones, al revelar o mostrar la violencia en el espacio de relaciones familiares o ambiente doméstico, generalmente considerado un lugar que brinda afecto y amor, sin embargo que es usado como espacio donde ocurren atrocidades y agresiones.

En este contexto, esta investigación tuvo como objetivo general evaluar la adhesión por parte de las mujeres víctimas de violencia sexual, al tratamiento de quimioprofilaxis para HIV. Siendo el objetivo específico identificar los factores que influyen en la no adhesión del tratamiento de quimioprofilaxis para HIV por las mujeres víctimas de violencia sexual.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y de naturaleza cuantitativa, que tuvo como espacio un Servicio de Atención a las Personas en Situación de Violencia Sexual, en Salvador (BA). La selección de la muestra fue de forma sistemática, ejecutada entre los meses de octubre y diciembre de 2003. Todas las niñas, adolescentes y adultas de sexo femenino atendidas en el periodo citado constituyeron nuestro objeto de estudio, totalizando 172 mujeres (niñas, adolescentes y adultas) víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio, siendo que 60 de ellas sufrieron Atentado Violento contra el Pudor (AVP) y 112, estupro, asociados o no al AVP.

La violencia sexual se entiende como un acto que obliga a una persona a tener contacto sexual, físico o verbal o a participar de otras relaciones sexuales usando la fuerza, intimidación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal⁽³⁾.

De acuerdo con el Código Penal Brasileiro, esta coacción puede ser expresada de diversas formas sea, estupro, intento de estupro, seducción, atentado violento al pudor y acto obsceno⁽³⁾.

Fue utilizada como técnica de recolección de datos el análisis documental y la entrevista, esta última realizada apenas con mujeres que no aceptaron el tratamiento.

Los datos fueron obtenidos por medio de los libros de registro de la institución, permitiendo identificar las fichas y posibilitando la verificación de datos como identificación personal de las víctimas de violencia sexual, del agresor y de la adhesión al tratamiento de quimioprofilaxis para HIV.

Fueron considerados los aspectos éticos y legales, determinados por la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽⁴⁾, siendo el proyecto aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Profesor Edgar Santos.

Como variables dependientes, escogimos la violencia sexual, la adhesión o no a la quimioprofilaxis y como independientes, los datos socio-demográficos y la historia ginecológica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio de violencia requiere la integración de los sectores, considerando que la complejidad involucrada no permite ser tratada como una simple disciplina. La violencia es antes que todo, un problema social, y como tal, no es solo objeto de estudio del área de la salud, constituyéndose en un tema que también es estudiado por otras áreas, por ser de consecuencias perjudiciales para la calidad de vida de las mujeres.

Se puede constatar ciertas particularidades a través de las características de la muestra. Por ejemplo, que existe un gran número de casos de violencia sexual entre niñas y adolescentes de sexo femenino dentro del ambiente doméstico.

La privacidad dentro del ambiente doméstico se refiere al hecho de mantener cosas que deben ser ocultadas a los ojos humanos: el distinguir entre lo que debe ser público o privado se establece por la diferencia entre lo que debe exigirse y debe ocultarse⁽⁵⁾.

Así, muchos niños, adolescentes y adultos son agredidos, sin embargo los datos a seguir no muestran la totalidad de casos de violencia vivida dentro del seno familiar en esta ciudad, se infiere que los datos encontrados no revelan la real magnitud de la violencia, no obstante, dan a conocer un panorama preocupante.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno que tiene raíces culturales dentro de la historia de las civilizaciones, siendo cada vez mas explorado, obteniendo mayor destaque a partir de la década de los 90, cuando se constituye en un campo para la construcción del estudio teórico y práctico⁽⁶⁾.

Características de la muestra

Fue utilizado el criterio de división por grupos etéreos establecido por el Estatuto del Niño y Adolescente, considerando niño aquella persona con edad inferior a 12 años, adolescente de 12 a 18 años y adulto a partir de los 19 años.

Los resultados muestran que el grupo etéreo mas violentado sexualmente es de 12 a 18 (45,4%). Seguido de niñas (32,6%) y adultas (22%).

Otros estudios mencionan la relación entre la vivencia de la violencia y la corta edad. Utilizando el mismo criterio de clasificación en nuestra investigación, la violencia sexual ocurrió en 37,7% de niñas, 31,3% de adolescentes y 31% adultas. Estos datos confirman que existen grupos de personas que son mas vulnerables a la violencia, entre los cuales se encuentran las mujeres jóvenes⁽⁷⁻⁸⁾.

La vulnerabilidad se justifica a partir de las posibles relaciones de confianza y protección, siendo muchas veces utilizadas como un apoyo para actuar violentamente. De esta forma en la mayoría de veces, los niños y adolescentes que viven situaciones violentas construyen dentro del ambiente doméstico, una identidad social que se reproduce por varias generaciones.

La violencia es discutida como un fenómeno que se presenta en diferentes niveles sociales, es decir, existe un alto nivel de igualdad entre las víctimas de violencia sexual, lo cual se repite por generaciones dentro de una familia, lo que es llamado de transgeneracionalidad⁽⁶⁾.

Con respecto a la variable color de piel, la consideramos relevante dentro de esta temática, pues a pesar de haber distinción entre los colores negro y pardo, siguiendo el criterio de las fichas de clasificación del servicio; el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) establece que el término "población negra" abarca tanto las poblaciones negra y parda en su conjunto, de acuerdo con los términos adoptados para nombrar las razas/etnias que componen la población brasileira⁽⁹⁾. Basados en estos criterio, verificamos que 77,3% (39,5% negra; 37,8% parda) de las mujeres violentadas pertenecían a la raza negra.

No obstante, estos datos no impiden afirmar que la mayor frecuencia de violencia sexual fue entre las mujeres negras, pues estas, además de ser mujeres, son negras, por lo cual, sufren mayor discriminación, desvalorización, viviendo en condiciones desiguales de género y en situación de violencia.

Un estudio realizado en Salvador (BA), observó que 46,5% de las mujeres que sufrían algún tipo de violencia eran de raza negra⁽¹⁰⁾. Sin embargo, una investigación realizada en São Paulo, muestra que 47,8% de las mujeres eran blancas, diferencia que podría justificarse por las características étnicas regionales⁽¹¹⁾.

En relación a la variable ginecológica, se observó la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres atendidas en el servicio, quienes ya había iniciado una vida sexual anterior a la violencia sexual.

Se destaca que 18,7% de las mujeres eran vírgenes, siendo por tanto su primer contacto sexual. Este dato incrementa la posibilidad de ocurrir ruptura y laceraciones de piel, lo que aumenta el riesgo de infección por HIV, siendo importante la necesidad de implementar conductas que disminuyan este riesgo. Por tanto se justifica de alguna forma, el uso de anticonceptivo, una vez que estas mujeres no había iniciado su vida sexual.

La violencia sexual sufrida por mujeres vírgenes trae consigo además de otros problemas, el riesgo de contaminación por HIV, considerando que la lesión del himen rompe la integridad de la mucosa genital⁽¹²⁾.

Entre las mujeres que fueron agredidas 70% no utilizaban ningún método anticonceptivo: lo que muestra la vulnerabilidad al embarazo a la cual estaban expuestas.

No obstante, a pesar de algunas mujeres, que siguieron la orientación del Ministerio de Salud, para hacer uso de anticonceptivos de emergencia, algunas de ellas se embarazaron, considerando que la eficacia no es del 100%, recordamos que muchas se acercaron al servicio posterior a las 72 horas, es decir, posterior al plazo estipulado para que sea realizada la administración del anticonceptivo.

En los casos de embarazo, las mujeres tiene dos caminos: aceptar el embarazo producto del estupro y convivir con el sufrimiento u optar por el aborto, el cual es ofrecido en los servicios de salud, no encontrándose aún bien estructurado, lo que puede causar algún tipo de sufrimiento.

Violencia Sexual

Referente a la variable violencia sexual, percibimos que, en determinados momentos, ella surge asociada a otras formas, tales como Atentado Violento al Pudor con coito Oral (AVPO); Atentado

Violento al Pudor con coito Anal (AVPA) y ambos además del estupro.

Tabla 1 - Distribución de casos de violencia sexual según grupos etáreos

Crimen Sexual	Niña		Adolescente		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Estupro	7	12,5	41	60,3	22	45,8	70	40,7
Estupro + AVPA	3	5,4	5	7,3	4	8,4	12	7,0
Estupro + AVPO	-	-	4	5,9	11	22,9	15	8,7
Estupro+ AVPA + AVPO	-	-	4	5,9	11	22,9	15	8,7
AVP	46	82,1	14	20,6	-	-	60	34,9
Total	56	100	68	100	48	100	172	100

La Tabla 1, muestra que el estupro fue la forma como la violencia sexual se presentó, siendo en 40,7% de las mujeres de diversos grupos etáreos, el 60,3% correspondió a adolescentes, 45,8% adultas y 12,5% niñas. En algunos momentos, esta agresión vino asociada a otras formas, como AVPO en 22,9% de las mujeres con edad superior a 18 años; AVPA en 8,4% del mismo grupo y las tres formas juntas en 22,9% del total de mujeres.

El AVP tuvo mayor frecuencia entre niñas con un porcentaje de 82,1% y 20,6% de adolescentes. No fueron registrados casos de AVP entre mujeres adultas. Este estudio confirma que el estupro predomina entre mujeres adultas y adolescentes, no obstante el AVP prevalecen entre las niñas.

El estudio de Drezett mostró la prevalencia de AVP entre niñas víctimas de violencia sexual con 70,4%⁽¹³⁾. En lo que se refiere a la distribución de los agresores de acuerdo con los grupos etáreos de las víctimas, identificamos que los individuos que mas violentaban sexualmente a las niñas fueron vecinos (32,1%), persona conocida (17,9%), padre (14,4%) y padrastro (12,5%).

Entre las adolescente, 27,9% de los casos de violencia son practicados por un conocido, 19,1% por un desconocido y 13,2% por el padrastro. En las mujeres adultas, 60,4% de los casos de violencia sexual tuvieron como agresor un desconocido. Lo que muestra que las niñas y adolescentes son mas vulnerables a la violencia familiar.

Es importante destacar que en los casos de estupro identificados, la mujer agredida tenia un gran riesgo de infección por HIV, considerando que en un estudio realizado en un ambulatorio de un hospital/ escuela del municipio de São Paulo se evidenció que las relaciones heterosexuales son la principal forma de exposición entre las mujeres con HIV/SIDA, lo que representa 83,5% de los casos⁽¹⁴⁾.

En relación al número de agresores, el estudio mostró que la violencia sexual fue practicada por un único agresor en 89% de los casos. Los datos indican que las secuelas psicológicas son más severas cuando el abuso sexual es practicado por varios agresores, así mismo cuando mayor es el número de agresores, mayor es el riesgo de contraer DST y HIV⁽¹³⁾.

La violencia sexual, tanto en el caso de niñas como adolescentes, ocurrió en el área física y simbólica de la estructura familiar, en donde el hombre prácticamente ejerce dominio total. La distribución de la violencia sexual según el local de ocurrencia evidenció que la residencia del agresor fue el local de preferencia (29,6%), seguido por la residencia de la víctima (16,2%) y 13,4% en matorrales, entre otros espacios públicos; es decir, la violencia puede darse en todos los locales sean ellos públicos o privados.

En el ambiente doméstico, por un proceso de dominio y poder establecido por las reglas sociales, los agresores con lazos de consanguinidad o parentesco practican la violencia sexual que es llamada violencia intrafamiliar⁽¹⁵⁾. La seguridad del hogar permite al agresor ejercer poder en territorio conocido, donde el dominio y la delimitación del espacio son características que permiten la violencia, por lo cual la denuncia se torna una decisión difícil para ser tomada. Al caracterizar a los agresores, observamos que en el grupo etéreo de los 20 a los 40 años se encuentra la mayor incidencia, lo cual califica a los individuos adultos como practicantes de la violencia sexual.

El uso de alcohol por parte de los agresores al ser comparados con otros estudios del mismo género, mostró pocos casos. Sin embargo fue constatado que 57,3% de los agresores no había ingerido bebida alcohólica en el momento en que cometieron la violencia. No obstante, es común que las víctimas asocien la violencia sexual al uso de drogas, siendo el alcohol una droga permitida está considerada para este caso. Un estudio con 150 mujeres, estudiantes universitaria que fueron víctima de estupro, demostró que 84% afirmaron conocer al agresor y 73% afirmaron que estaban bajo la influencia de drogas o de alcohol⁽¹⁶⁾.

Adhesión a la quimioprofilaxis

Al considerar la variable adhesión a la quimioprofilaxis para HIV, verificamos que de las mujeres que se presentaron en el servicio, apenas 54% tuvieron indicación para el uso antirretrovirales

como preventivo del HIV⁽¹⁷⁾. Entre los criterios analizados se encuentran el tipo y grado de riesgo de la agresión; si fue un estupro o atentado violento al pudor, si hubo lesiones y fisuras genitales. Si fueron utilizados materiales cortantes, jeringas, etc; el tipo de sexo realizado (si fue oral con eyaculación, anal o vaginal); si la víctima reaccionó o no a la violencia; considerando que algunos de estos factores pueden incrementar el riesgo de infección.

En este sentido, 46% de las mujeres no utilizaron quimioprofilaxis, por no haber atendido a los criterios mencionado, así como no fue administrada la anticoncepción de emergencia.

Entre las mujeres que iniciaron el tratamiento, la adhesión fue del 57,4%. Es decir, no hubo adhesión de 42,6% de mujeres que iniciaron la terapia.

Tabla 2 - Distribución según la adhesión frente al uso de quimioprofilaxis por grupo etéreo

Tratamiento	Niña		Adolescente		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Adhesión	-	-	6	46,1	25	64,1	31	57,4
No-adhesión	2	100	07	53,9	14	35,9	23	42,6
Total	2	100	13	100	39	100	54	100

* Hubo 6 casos de tratamiento suspendido por orden médica

Comparando con el estudio realizado por Drezett, en el cual 75,8% de las mujeres utilizaban el tratamiento, con una tasa de discontinuidad de 24,2%⁽¹³⁾, los datos obtenidos en la Tabla 2 muestran que, en el presente estudio, la participación fue considerada baja. Entre los motivos que llevaron a la no participación se encuentran los trastornos psíquicos y/o emocionales (40%), falta de comprensión para el uso correcto de medicamentos (30%), efectos colaterales secundarios (20%) y 10% por la falta de recursos financieros para ir a la institución a recoger sus medicamentos. Se destaca que no se consiguió contactar al 56,6% de las mujeres quienes discontinuaban el tratamiento, para saber cual fue el motivo que las llevó al abandono.

El fortalecimiento de la relación entre profesionales y pacientes es una excelente alternativa para mejorar la participación en el tratamiento, considerando que todos los motivos mencionados por las mujeres como justificación para abandonar el tratamiento podría haber sido analizado por el equipo.

Las Políticas Públicas deben ser responsables de contribuir con recursos financieros con la finalidad de asegurar la continuidad del tratamiento, por lo menos

brindando pases de transporte para que las mujeres puedan retornar al servicio para recibir su tratamiento.

El estudio de Drezett muestra como principal causa en la discontinuidad del tratamiento la intolerancia gástrica (80%) y apenas un caso por falta de comprensión del tratamiento (6,7%)⁽¹²⁾.

Por lo tanto, la interacción entre los profesionales de la salud y las personas que sufren violencia sexual es imprescindible para aumentar la participación en la quimioprofilaxis para HIV. Siendo así, una evaluación continua de la asistencia prestada debe ser establecida con la finalidad de identificar periódicamente casos de abandono, buscando alternativas viables para reducir el riesgo de infección por HIV.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados muestran que la violencia sexual afecta a mujeres de diversos grupos étnicos, existiendo una incidencia elevada entre las adolescentes.

Estudios de violencia reflejan que la raza negra es el foco principal de las agresiones. Las mujeres negras tuvieron participación significativa en la muestra. Factores étnicos, socioeconómicos, culturales y de género no puede ser excluidos cuando discutimos sobre violencia.

El uso de la fuerza para agredir es una forma de práctica común, así mismo la violencia sexual se presentó bajo la forma de estupro, atentado violento

al pudor, atentado violento al pudor con coito oral y atentado violento al pudor con coito anal, siendo generalmente el agresor un adulto, quien en algunos de los casos era, conocido por la víctima o un familiar (sea padre, padrastro, tío o hermano), lo que caracterizó la violencia intrafamiliar.

La participación al tratamiento de quimioprofilaxis para HIV fue baja, considerando que todas las mujeres deberían participar en el esquema terapéutico con la finalidad de reducir el riesgo de infección por HIV.

El abandono del tratamiento puede justificarse por innumerables situaciones: la ingestión de un comprimido para prevenir el HIV, viene acompañado de una serie de situaciones como, recordar la violencia sufrida o hacer público algo que era privado. La dificultad económica para buscar el tratamiento y la falta de comprensión en el tratamiento son razones que justifican para que las mujeres no participen del tratamiento.

Estos motivos deben ser analizados por el equipo y evaluados periódicamente con la finalidad de mejorar los índices de adhesión.

Este estudio contribuye con el proceso educativo de trabajo con las familias en la medida que demuestra que la violencia intrafamiliar, es parte de las relaciones que se establecen entre las generaciones, las cuales son construidas socialmente de forma natural. Así, es que profesionales de diversas disciplinas pueden percibir de forma distinta la asistencia a sujetos y familias en situaciones de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Faúndes A, Andalaf J Neto, Freitas F. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei. *Feminina* 1998; 26(2):134-8.
2. Universidad Veracruzana [homepage en la internet]. Méjico: El síndrome de estrés postraumático y las víctimas de violación. [Acceso en 28 de marzo de 2004]. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/nimero_12/Rmanero.html.
3. Código Penal. 14 ed. São Paulo (SP): Saraiva; 1999.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2):15-25.
5. Arendt H. A condição humana. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2004.
6. Vecina TCC. Reflexões sobre a construção dos papéis de vítima, vitimizador e não protetor nas situações de violência intrafamiliar. In: Silva HO, Silva JS, organizadores. Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil. São Paulo (SP): Global; 2005. p. 161-78.

7. Reis J, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não genitais. *Cad Saúde Pública* 2004 março-abril; 20(2):465-73.
8. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(suppl1):7-18.
9. Yannoulas SC. Dossiê: Políticas Públicas e relações de gênero no mercado de trabalho. Brasília (DF): CFEMEA; 2002.
10. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2):263-72.
11. Scharaiber LB. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interfaces - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003; 10(6):41-54.
12. Drezett J, Baldacini I, Nísida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *Rev Bras Ginecol Obste* 1999; 21(9):539-44.
13. Drezett J. Aspectos Biopsicossociais da violência sexual. *J Redesaúde* 2000 novembro; 22:9-12.

14. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil Epidemiológico dos clientes HIV/AIDS da unidade ambulatorial do hospital escola de grande porte - município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):509-13.
15. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo (SP): Perspectiva; 1999.
16. Warshaw R. Eu nem imaginava que era estupro. Rio de Janeiro (RJ): Records: Rosa dos Tempos; 1996.
17. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Coordenação-Geral de documentação e Informação; 2001.