

ISABELLE VERA VICHR NISIDA

**Cuidado integral a vítimas de violência sexual em
serviço de referência de São Paulo: caracterização
de usuários atendidos em até 72 horas após a
agressão, adesão à profilaxia pós-exposição da
infecção por HIV e retenção no cuidado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Augusto Cotrim
Segurado

**SÃO PAULO
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nisida, Isabelle Vera Vichr

Cuidado integral a vítimas de violência sexual em
serviço de referência de São Paulo : caracterização
de usuários admitidos em até 72 horas após o agravo,
adesão à profilaxia pós-exposição da infecção por HIV e
retenção no cuidado / Isabelle Vera Vichr Nisida. --
São Paulo, 2018.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientador: Aluísio Augusto Cotrim Segurado.

Descritores: 1.Delitos sexuais 2.Estupro 3.HIV
4.Profilaxia pós-exposição 5.Cooperação e aderência ao
tratamento 6.Doenças sexualmente transmissíveis

USP/FM/DBD-477/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*A Antônio, meu parceiro de todas as horas,
por me incentivar nesta jornada de tanto
aprendizado.*

*Aos meus filhos, por entenderem a
importância deste momento e me apoiarem
com tanto amadurecimento.*

*Aos meus pais, por terem persistido e
sobrevivido a tantas adversidades com
determinação e alegria.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Aluísio Augusto Cotrim Segurado, por me apoiar e me direcionar nesta caminhada de aprendizado com tanto profissionalismo e clareza.

À Profa. Maria Ivete Castro Boulos, companheira de tantos anos, praticamente a única escuta sobre relatos do NAVIS, que idealizou este serviço com tanto carinho e mantém-se alerta, numa luta constante para sua manutenção e progresso.

À equipe NAVIS, de tantos anos de convivência, em especial a Marisa do Nascimento, Silmara Alberguini, Lia Maria Brito da Silva, Dalva de Mello Ferreira, Dr. Fábio Atui, Dr. Carlos Alberto Diegoli, Dra. Juliana Yamashiro e Dra. Carolina Lazari, com quem dividi tantos momentos e histórias.

Aos professores e doutores Lilia Blima Schraiber, Iara Morenos Linhares, Maria Amélia de Sousa Mascena Veras e Marco de Tubino Scanavino pelas preciosas contribuições durante a etapa de qualificação da pesquisa.

À Prof. Dra. Vivian Helena Iida Avelino Silva, pela análise estatística e apoio neste estudo.

Ao Prof. Philippe Mayaud, pelas importantes contribuições neste trabalho e no manuscrito.

À querida equipe do AISEP, que acolheu os pacientes do NAVIS, para um melhor entendimento da saúde mental diante de tanto sofrimento. Às amigas Luiza Santana do Amaral, Sirlene Caramello Reis e Bruna Messina.

Ao Hospital Nove de Julho, pela concessão do programa de escore de Trauma, em especial ao Dr. Carlos Eduardo Nassif Moreira, Prof. Dr. Renato Poggetti, Prof. Dr. Almerindo Lourenço de Souza Junior e Profa. Dra. Regina Tranchesì. Também meus sinceros agradecimentos a todos meus queridos colegas de trabalho intensivistas.

Às Bibliotecas da Faculdade de Medicina e do Instituto de Psiquiatria, por me dar a oportunidade de conseguir preciosidades sobre meu tema.

A todos os Colegas da DMIP, por me apoiarem em todos os momentos.

A todos os Funcionários da DMIP, em especial à Delsa Nagata, Ester de Aquino, Luiza Vieira, Roseli dos Santos e Veronica Fortunato, por estar sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Aos todos Funcionários e Médicos do Pronto Socorro do HCFMUSP e da DMIP, que recebem os pacientes do NAVIS com tanto carinho e profissionalismo.

Às amigas Claudia Beltran do Valle, Talita Minervino, Silvana Lagnado Hucke e Rosaly Cardoso, pela escuta com ternura e paciência.

Aos cientistas matemáticos e estatísticos, por conseguirem nos ensinar a traduzir em números sofrimentos incalculáveis.

Por fim, mas não menos importante, a todos os pacientes que dividiram conosco seus sofrimentos. Saibam que esse não foi em vão. Cada história nos suscitou um movimento de reflexão que fortaleceu nossos instintos de reação em prol de respostas e parcerias para as pessoas que são e serão vítimas. Sou grata pelas devolutivas positivas e afeto.

Já que nós ainda não somos capazes de acabar com as violências, vamos pouco a pouco nos fortalecendo como também aqueles que estão ao nosso entorno para que possamos ter dias melhores.

“Minha colcha de retalhos sempre terá um cantinho para ser agregado. Todas as cores, texturas, combinações e reforços são bem-vindos.”

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.
Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentações; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Definições.....	4
1.2 Histórico	9
1.3 Epidemiologia	16
1.3.1 Violência sexual no sexo feminino	20
1.3.2 Violência sexual em crianças e adolescentes	24
1.3.3 Violência sexual no sexo masculino.....	29
1.3.4 Outras vulnerabilidades.....	31
1.3.4.1 Uso de álcool e substâncias psicoativas.....	31
1.3.4.2 Deficiência física ou mental	32
1.3.4.3 Pessoas vivendo em situação de rua.....	33
1.3.4.4 Fatores étnicos e migrações	33
1.3.4.5 Orientação sexual e identidade de gênero.....	34
1.4 O perfil do perpetrador	36
1.5 Consequências da violência sexual.....	40
1.6 Oportunidades de intervenção após episódio de violência sexual	46
1.6.1 Anticoncepção de emergência e interrupção de gestação.....	46
1.6.2 Profilaxias pós-exposição para a infecção pelo HIV e outras IST.....	47
1.6.3 Adesão à nPEP após episódio de VS	51
1.6.4 Retenção no cuidado	54
2 OBJETIVOS	56
3 MÉTODOS	58
3.1 Desenho do estudo	59
3.2 População	59
3.3 Critério de inclusão.....	59
3.4 Critério de exclusão.....	59
3.5 Procedimentos do estudo.....	60
3.6 Variáveis de interesse	62
3.7 Aspectos estatísticos.....	64
3.8 Aspectos éticos	64
4 RESULTADOS.....	65
4.1 Características gerais da amostra e da VS conforme sexo e idade das vítimas.....	66
4.2 Adesão à profilaxia pós-exposição anti-HIV	75

4.3	Retenção no cuidado clínico-laboratorial.....	77
5	DISCUSSÃO	79
6	CONCLUSÕES	101
7	REFERÊNCIAS.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	- Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS/ISS	- <i>Abbreviated Injury Scale/Injury Severity Score</i>
AVP	- Atentado violento ao pudor
BO	- Boletins de ocorrência
CID-10	- Classificação Internacional das Doenças 10 ^a - edição
DMIP	- Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias
DSM-V	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5 ^a edição
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
EUA	- Estados Unidos da América
FBSP	- Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HC-FMUSP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	- Vírus da imunodeficiência humana
HSH	- Homens que fazem sexo com homens
IC95%	- Intervalos de confiança 95%
IML	- Instituto Médico Legal
IPEA	- Pesquisa Econômica Aplicada
IST	- Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTI	- Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros ou intersexuais
MS	- Ministério da Saúde
NISS	- Estratificação de gravidade
nPEP	- Profilaxia pós-exposição não ocupacional para infecção pelo HIV
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PS-ICHHC	- Pronto Socorro do Instituto Central
RTS	- <i>Revised Trauma Score</i>
SINAN NET	- Sistema de Informação de Agravos Notificação versão net

SINAN	- Sistema de Informação de Agravos Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TEPT	- Transtorno de estresse pós-traumático
TRISS	- <i>Trauma and Injury Severity Score</i>
Viva	- Vigilância de Violências e Acidentes
VS	- Violência sexual
VVS	- Vítimas de violência sexual

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas à admissão de 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013.....	69
Tabela 2 - Características do episódio de violência sexual referido por 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013.....	72
Tabela 3 - Achados de exame físico e intervenções prescritas para 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, segundo sexo e idade, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013.....	74
Tabela 4 - Análise univariada e multivariada de preditores de adesão à nPEP entre 160 vítimas de violência sexual que receberam prescrição dessa intervenção. HC-FMUSP, São Paulo, 2001- 2013.....	76
Tabela 5 - Análise univariada e multivariada de preditores de retenção de no cuidado entre 199 vítimas de violência sexual. HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013.....	78

RESUMO

Nisida IVV. *Cuidado integral a vítimas de violência sexual em serviço de referência de São Paulo*: caracterização de usuários admitidos em até 72 horas após o agravo, adesão à profilaxia pós-exposição da infecção por HIV e retenção no cuidado [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

O cuidado integral a vítimas de violência sexual (VVS) é política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estrutura-se no acolhimento das VVS em serviços de referência, onde recebem aconselhamento, intervenções para redução de danos à saúde mental, medicação para prevenção pós-exposição não ocupacional da infecção por HIV (nPEP) e medidas de prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da gestação não desejada. Embora se reconheça que a adesão à nPEP entre VVS e sua retenção no cuidado após o agravo representem desafios, os preditores de adesão e retenção nessas circunstâncias não foram esclarecidos. **Objetivos:** Este estudo visa caracterizar as VVS admitidas em serviço de referência da cidade de São Paulo em até 72 horas após o episódio de violência e identificar preditores de adesão à nPEP e de retenção no cuidado por seis meses. **Métodos:** Para esta coorte retrospectiva selecionaram-se VVS admitidas em até 72 horas após o episódio de violência no Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual (NAVIS) do principal hospital de referência em São Paulo, no período de 2001 a 2013 (156 meses). Os pacientes elegíveis receberam nPEP, profilaxia para IST bacterianas, bem como contracepção de emergência, quando aplicável. A triagem sorológica para infecção por HIV, hepatites B e C e sífilis foi realizada na admissão, e no 90º e 180º dias de seguimento. Com base em revisão de prontuários a amostra foi caracterizada no tocante às características do episódio de VS, achados clínicos à admissão no serviço e intervenções realizadas, de acordo com sexo e idade da vítima. Os preditores de adesão à nPEP por 28 dias e retenção no cuidado até 180 dias após a admissão foram investigados em análise univariada e multivariada por modelos de regressão logística. **Resultados:** Estudaram-se 199 episódios de VS, acometendo 197 vítimas. Destes, 167 foram elegíveis para indicação de nPEP e em 160 (96%) a medicação foi de fato prescrita. A coorte foi constituída predominantemente por vítimas do sexo feminino (160, 80%), autodeclaradas brancas (149, 75%), com mediana de idade de 22

anos (intervalo interquartis (IIQ) de 15-29) e escolaridade de 9 anos (IIQ, 6-11). As VVS do sexo masculino foram significativamente mais jovens que as do sexo feminino 23 (mediana de idade 17, IIQ 14-32 para homens *versus* 23, IIQ 17-29 para mulheres) ($p=0,002$). Os episódios de VS mais frequentemente ocorreram no trajeto da vítima ao trabalho ou escola ($n=110$, 55%), foram perpetrados por um só agressor ($n=180$, 90%) e sob coerção ($n=158$, 79%). O tempo mediano entre o episódio de VS e a admissão ao serviço foi de 1 dia (IIQ 0,5-1,5). Em 20% dos episódios havia sido lavrado boletim de ocorrência policial. Destaca-se que apenas 101 (51%) VVS apresentavam algum achado clínico genital ou extragenital à admissão no serviço. Entre vítimas com menos de 14 anos de idade, de ambos os sexos, o relato de VS por perpetrador conhecido (feminino $<0,001$; masculino $p=0,001$) e de agressão ocorrida no domicílio ou entorno (feminino $<0,001$; masculino $p=0,002$) foi mais frequente, em relação ao de vítimas com 14 anos ou mais. As VVS masculinas com 14 anos ou mais relataram mais frequentemente ter sido agredidas por mais de um perpetrador ($p<0,001$) e apresentaram maior intensidade de lesão física, medida pelos escores NISS ($p=0,0084$) e ISS ($p=0,0172$), quando comparadas às do sexo feminino da mesma faixa etária. Houve menor indicação de nPEP para VS menores de 14 anos (feminino $p<0,001$ e masculino $p=0,001$). As profilaxias para HIV e IST mostraram-se efetivas para as VVS retidas no cuidado por 180 dias. No que tange aos desfechos principais do estudo, 104/160 (65%, IC95% 57-72%) VVS apresentaram adesão à nPEP até 28 dias e 89/199 (45%, IC95% 38-52%) foram retidas no cuidado por 180 dias. À análise multivariada, verificou-se que ter realizado ao menos uma consulta psicológica ($n = 126$) foi preditor independente de adesão à nPEP (OR ajustado = 8,32; IC95% 3,0-23,03) e de retenção no cuidado (OR ajustado = 40,33; IC95% 8,33-195,3). **Conclusões:** O presente estudo aponta para características distintas da violência sexual entre VVS admitidas ao serviço em até 72 horas após o episódio, a depender do sexo e categoria etária da vítima (idade inferior a 14 anos *versus* 14 ou mais). Adicionalmente, o atendimento psicológico mostrou-se elemento essencial do manejo da VS, predizendo a adesão à nPEP e à retenção das vítimas no cuidado por seis meses.

Descritores: delitos sexuais; estupro; HIV; profilaxia pós-exposição; cooperação e aderência ao tratamento; doenças sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Nisida IVV. *Comprehensive care of sexual violence victims in a reference centre in São Paulo: characterization of patients admitted within 72 hours after the violence episode, adherence to HIV post-exposure prophylaxis and retention in care* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

Comprehensive care of sexual violence victims (SVV) is a public policy provided by the Brazilian Unified Health System (SUS). It is set up based on reception of SVV in reference centres, where they receive counselling, interventions to reduce mental health harm, medication for HIV non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) and prevention measures of other sexually-transmitted infections (STI) and unwanted pregnancies. Although studies have shown that adherence to nPEP among SVV and their retention in care after SV represent significant challenges, predictors of adherence and retention in these difficult circumstances remain unclear.

Objectives: This study aimed at characterizing SVV admitted to a reference centre in São Paulo within 72 hours after the violence episode and at identifying predictors of adherence to nPEP and of retention in care for 6-month follow-up among SVV. **Methods:** For this retrospective cohort study, we selected SVV admitted to the SV unit (NAVIS) of the main reference hospital in Sao Paulo within 72 hours after the SV episode from 2001 to 2013. Eligible patients received nPEP, screening, prevention and management for other STI, as well as emergency contraception, when applicable. Serological screening for HIV infection, hepatitis B and C, and syphilis was carried out at baseline and on days 90 and 180 of follow-up. Based on chart review we compared characteristics of the SV episode, clinical findings at admission and prescribed interventions according to victims' sex and age. Predictors of adherence to nPEP for 28 days and of retention in care until discharge at 180 days after admission were sought after by univariate and multivariate logistic regression analyses. **Results:** A total of 199 SV episodes in 197 victims were recorded over 156 months. Of those, 167 were eligible to receive nPEP and 160 (96%) actually received a prescription. Victims were predominantly female (160, 80%), self-reportedly white (149, 75%), with median age of 22 (interquartile range (IQR) 15-29) and 9 years of schooling (IQR, 6-11). Male victims were significantly younger than their female counterparts (17 years old, IQR 14-32 vs. 23, IQR 17-29)

($p=0.002$). The SV episodes most often occurred on the victims' way to work or school ($n=110$, 55%), were perpetrated by a single aggressor ($n=180$, 90%) and under coercion ($n=158$, 79%). Median time between the SV episode and admission to the unit was 1 day (IQR 0.5-1.5). Only 20% of episodes had been reported to police authorities. We highlight that clinical findings in the genital or extragenital areas were found in just 101 (51%) victims at admission. Victims aged under 14 of both sexes more often reported having been assaulted by a known aggressor (females, $p < 0.001$; males, $p=0.001$) and that the aggression occurred at or near home (females, $p < 0.001$; males, $p=0.002$). Male victims aged 14 or over more often reported having had more than one aggressor ($p < 0.001$) and presented more severe physical trauma at admission, assessed by the NISS ($p=0.0084$) and ISS ($p=0.0172$) scores, as compared to female victims of the same age category. Moreover, victims aged less than 14 were less likely to be prescribed nPEP (females $p < 0.001$; males $p=0.001$). Prophylaxis for HIV infection and other STI were shown effective for SVV who completed 180-day follow-up. Overall 104/160 (65%, 95CI% 57-72%) SVV were fully adherent to nPEP up to 28 days, whereas 89/199 (45%, 95%CI 38-52%) were retained in care for 180 days following admission. In multivariate analysis, patients undergoing at least one psychological consultation ($n=126$) were more likely to adhere to nPEP (adjusted OR=8.32; 95%CI: 3.0-23.3) and to be retained in care for 6 months (adjusted OR=44.76; 95%CI: 9.09-220.37), as compared to patients not having received psychological support. **Conclusions:** This study highlights significantly different features of SV depending on victims' gender and age category (under 14 vs 14 or over). In addition, provision of psychological consultation was shown an essential element in the management of SV, being associated with enhanced adherence to nPEP and to retention in care.

Descriptor: sex offenses; rape; HIV; post-exposure prophylaxis; treatment adherence and compliance; sexually transmitted diseases.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é um fenômeno global que afeta crianças, adolescentes e adultos de todas as etnias, independentemente de sexo, nível econômico e cultural. Faz parte do fenômeno de violência como um todo, grave problema de saúde pública, que inclui homicídios, violência física, psicológica e sexual, sendo mais comum o sexo masculino sofrer agressão fora de domicílio e as mulheres e crianças no peridomicílio por parentes ou conhecidos (Cerqueira *et al.*, 2018). Segundo Schraiber *et al.* (2005):

Pitanguy (2003) reitera análises que mostram que a violência varia por gênero na bipolaridade público/privado e quanto ao tipo de agressão sofrida: os homens adultos sofrem, sobretudo, violência física enquanto que as mulheres adultas, física e sexual. A referida bipolaridade faz com que os homens se envolvam mais na violência relacionada ao trabalho e ao crime, e as mulheres em conflitos domésticos.

A violência sexual é considerada uma violação dos direitos humanos, um grave problema de saúde da mulher e um crime hediondo pelos tratados internacionais da Organização das Nações Unidas (Krug *et al.*, 2002; Campbell, 2008; Du Mont *et al.*, 2013). A punição por este crime varia muito conforme a lei dos diversos países (Krug *et al.*, 2002). Segundo as leis brasileiras é um crime hediondo e inafiançável (Eluf, 1999) A partir da década de 1980, estudos de prevalência de VS em crianças e mulheres vem sendo conduzidos na tentativa de caracterizar e dimensionar o problema e suas consequências (Brownmiller, 1975; Finkelhor, 1981; Browne e Finkelhor,

1986; Azevedo e Guerra 1989; Tjaden e Thoennes, 1998; Spitzberg, 1999; Sapp e Vaneven, 2005; Campbell e Wasco, 2005; Abbey, 2005). Apesar de ser relatada há muitos séculos, a VS foi reconhecida como um agravo à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1994, associada ou não a outros tipos de violência (Brownmiller, 1975; Krug *et al.*, 2002; Brasil, 2012; Jewkes *et al.*, 2013). Desde então houve nos países desenvolvidos investimento em pesquisas relacionadas à estimativa da prevalência de VS, à caracterização de grupos de risco para esse agravo e à efetividade de possíveis intervenções em saúde para as vítimas (Finkelhor *et al.*, 1990; Finkelhor, 1994; Linden, 1999; Tjaden Thoennes 1998; Basile *et al.*, 2007). Já nos países em desenvolvimento, surgiram alguns dados demonstrando a subnotificação de episódios de VS e o descaso social com tal ocorrência (Finkelhor, 1994; Olsson *et al.*, 2000, Robertson, 2003). Atualmente, entende-se que a VS representa não apenas um problema no âmbito legal, mas que suscita interesse na sociedade de forma mais abrangente, cabendo particularmente aos profissionais de saúde propor estratégias para melhor enfrentamento da questão em termos de saúde pública.

Embora a VS possa ocorrer em qualquer contexto socioeconômico e cultural, sabe-se que predomina em grupos populacionais de maior vulnerabilidade: mulheres, crianças e adolescentes, pessoas com história de VS na infância ou adolescência (Humphrey White, 2000; Coid *et al.*, 2001), na presença de deficiência física e/ou afetiva/cognitiva (Nannini, 2006; Basile *et al.*, 2016; Cerqueira e Coelho, 2016; Cerqueira *et al.*, 2018), em condições de exposição a álcool ou outras substâncias (Kaysen *et al.*, 2006; Du Mont *et*

al., 2009), em indivíduos que habitam zonas de conflito, em locais de baixa renda e difícil acesso à educação e na ausência de sistema de proteção judiciário (Garcia-Moreno *et al.*, 2005 e 2006; Christian *et al.*, 2011).

Trata-se de um tema de difícil discussão no âmbito doméstico, social, judicial e acadêmico, o que dificulta sua delação por parte das vítimas e, conseqüentemente, limita o desenvolvimento de pesquisas sobre seu dimensionamento, enfrentamento e prevenção.

Não obstante, quanto mais compreendermos o tema, mais bem habilitados estaremos para definir os fatores de risco e grupos vulneráveis associados à VS, permitindo-se viabilizar de modo mais eficiente a formulação de intervenções voltadas a sua prevenção.

1.1 Definições

Diferentes definições de VS foram usadas ao longo da história, sendo que inicialmente apenas aspectos relacionados a achados físicos eram levados em consideração. Assim, a partir do início do século XIX, do ponto de vista legal ou forense, a definição de VS era limitada a busca de evidências de estupro, ou seja, a achados de exame físico que evidenciassem a conjunção carnal entre um homem e uma mulher (Powel, 1902; Packard, 1914; Sutherland, 1915; White e McLean, 2006; Kolsky, 2010). Há, contudo, de se esclarecer que na maioria dos casos de VS, principalmente quando vitimaram crianças ou mulheres com vida sexual ativa, não são encontradas evidências físicas da agressão (Grossin *et al.*, 2003; Drezett *et al.*, 2004; Aded *et al.*, 2007; Bechtel *et al.*, 2008; McLean *et*

al., 2011; Hariton, 2012; Lincoln *et al.*, 2013; Walker, 2015). Além disso, por muito tempo, a ausência de recursos tecnológicos que, ao contrário dos dias atuais, permitissem caracterizar marcadores moleculares (DNA do agressor), dificultava a identificação de evidências do estupro (Jänisch *et al.*, 2010; Astrup *et al.*, 2013; Kennedy, 2013).

Tornou-se então necessária a formulação de uma definição universal de VS, que incluísse tanto a coerção física quanto verbal, caracterização essa elaborada pela OMS no início dos anos 2000 (Krug *et al.*, 2002).

Qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou adiantamentos sexuais não desejados, ou atos para traficar, ou de outra forma direcionados, contra a sexualidade de uma pessoa, usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, incluindo, mas não se limitando ao domicílio e ao trabalho (Krug *et al.*, 2002).

Mais abrangente do que a definição legal, que se baseia em evidências físicas do abuso, a definição proposta pela OMS compreende situações anteriormente não valorizadas, tais como exposição explícita a sexo e carícias íntimas, que demonstraram ter consequências tão importantes quanto a conjunção carnal, propriamente dita, principalmente para crianças pré-púberes.

Segundo os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) Bireme (2009), em sua tradução para as línguas inglesa e espanhola (*rape/violación*), a palavra estupro era definida como intercurso sexual ilegal sem o consentimento da vítima, podendo ser utilizada para ambos os sexos, incluindo penetração oral e anal.

Já no DeCS Bireme (2017), encontrou-se uma definição para VS (delitos sexuais), a seguir explanada: “[...] *qualquer violação dos códigos*

legais ou morais estabelecidos a respeito do comportamento sexual". VS é definida, dessa forma, como "[...] o abuso de poder, no qual um indivíduo é usado para gratificação sexual de outro indivíduo, por meio da indução de práticas sexuais, com ou sem violação física."

No âmbito legal, até 2009, o artigo 213 do Código Penal Brasileiro definia estupro como o constrangimento de pessoas do sexo feminino ao coito vaginal, mediante violência ou grave ameaça (Brasil, 2009). Segundo as palavras de Oliveira *et al.*, (2005),

[...] o que era considerado criminoso é a agressão contra a sociedade perpetrada por meio do corpo feminino. É como se o homem (pai ou cônjuge) fosse acometido em sua integridade moral pela VS vivenciada pela mulher.

Em 7 de agosto de 2009 entraram em vigor as alterações do Código Penal relativas a crimes contra a liberdade sexual, que constituíram um importante avanço na legislação brasileira, ao se adotar uma definição de consenso internacional. O atentado violento ao pudor (AVP), antigo artigo 214, era caracterizado pelo constrangimento de pessoas de ambos os sexos, mediante violência e/ou grave ameaça, a prática de atos libidinosos diferentes do coito vaginal. Em condições excepcionais, mesmo não ocorrendo o uso de força ou de ameaça, podia-se igualmente caracterizar o crime sexual. Essas situações, denominadas violência presumida, incluíam pessoas menores de 14 anos, deficientes mentais ou aquelas que não podiam, por qualquer outra causa, oferecer resistência. O limite de idade de 14 anos era fundamentado, legalmente, na condição de *inocencia consilli*, traduzida pela completa falta de ciência em relação aos fatos sexuais entre indivíduos dessa faixa etária (Eluf, 1999).

No contexto das alterações mencionadas, o artigo 214, que tratava de atentado violento ao pudor, foi revogado, permanecendo em vigor somente o artigo 213 relativo a pessoas de ambos os sexos, a saber:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos (Brasil, 2009).

Outra modificação importante, que passou a vigorar a partir de agosto de 2009, foi a possibilidade de abertura de processo pelo Ministério Público se a vítima de violência sexual (VVS) for menor de 18 anos, independentemente da vontade por ela manifesta. Até então, a ação penal só poderia se iniciar se houvesse iniciativa particular da VVS, exceto em casos de agressão pelo pai, tutor ou padrasto.

A mudança da definição e a adoção de legislação mais abrangente para VS permitiu a caracterização da importância do problema no país e a comparação das estatísticas brasileiras com dados internacionais. Também possibilitou o estabelecimento de políticas públicas de saúde com metas de diminuição desse agravo. Apesar da implementação da notificação compulsória para violência (com ou sem cunho sexual) pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 2011, deve-se reconhecer que ainda existe subnotificação do agravo no país (Brasil, 2005a e 2015; Cerqueira e Coelho, 2016; Cesar e Arpini, 2017; Cerqueira *et al.*, 2018).

O conceito de consentimento sexual, por sua vez, foi retomado a partir da década de 1990 na tentativa de subsidiar a criação de programas educativos para diminuir a incidência de VS em campi universitários nos Estados Unidos da América (EUA). Define-se, assim, o consentimento pelo

acordo livremente dado para se envolver em atividade sexual (Hickman e Muehlenhard, 1999; Humphreys, 2007; Jozkowski e Peterson, 2013). Em outras palavras, para que o consentimento possa ser considerado legítimo, o indivíduo deve ter claro entendimento daquilo em que ele ou ela está consentindo. Do ponto de vista legal, o reconhecimento de consentimento para o ato sexual é de extrema importância, pois determina se a VS pode de fato ser configurada, implicando, portanto, a imputação e eventual condenação do acusado (Humphreys, 2007). Há de se considerar que, em muitas situações, os indivíduos não são considerados capazes de fornecer consentimento, tal como ocorre com crianças, deficientes mentais e físicos, e indivíduos sob efeitos de álcool e outras substâncias psicoativas (Du Mont *et al.*, 2009; Murphy e O'Callaghan, 2004; Eastgate, 2005, 2008 e 2011; Eastgate *et al.*, 2012).

Mais recentemente estudos têm sido conduzidos, utilizando escalas para melhor mensuração e interpretação do consentimento sexual, uma vez que esse quase sempre se mostra discordante ao se confrontarem os depoimentos das vítimas com os de seus agressores (Eastgate, 2005; Humphreys, 2007; Humphreys e Brousseau, 2010).

Tendo em vista as diversas alterações ocorridas na última década na conceituação de VS, optou-se para esta tese por adotar a definição de VS proposta pela OMS em 2002 (Krug *et al.*, 2002).

1.2 Histórico

Somente a partir do início do século XX o estupro, descrito como conjunção carnal entre um homem e uma mulher, começou a ser considerado um crime pela legislação, após a divulgação pela mídia de alguns casos de assassinatos em série, sendo até então esse um tema atinente apenas ao âmbito da Medicina forense. Antes disso, o estupro e a exploração sexual de adultos e crianças eram descritos em relatos históricos, sendo o agressor e a vítima punidos igualmente, geralmente com exclusão social e/ou morte (Brownmiller, 1975; Finkelhor, 1981). Segundo Finkelhor (1981), a partir dos anos 1970, dois movimentos sociais sincrônicos tiveram influência no reconhecimento do abuso sexual/estupro como problema social: o movimento feminista, a partir do fim dos séculos XIX e XX e o de proteção à infância, este último integrado em sua maioria por assistentes sociais com atuação no fim do século XX. Tais movimentos sociais desencadearam a discussão do tema e o estabelecimento de leis de proteção à mulher, à criança e ao adolescente, além da sua inclusão em políticas de saúde e prevenção (Blay, 2003; Rifiotis, 2004).

No Brasil, tentativas de superação de uma herança patriarcal caminham lentamente e vêm apresentando resultados nas últimas décadas. Segundo o Código Civil de 1916, o homem era considerado chefe de família e a mulher entendida como “relativamente incapaz”. Até o fim dos anos 1970, o Sistema Jurídico brasileiro ainda questionava se o marido poderia ser inocentado em defesa da honra ao assassinar a esposa após recusa ou resistência para conjunção carnal, uma vez que era dever do cônjuge ter relações sexuais. Cita-

se o caso emblemático de Doca Street, que foi absolvido após o assassinato de Ângela Diniz, o que motivou fortes protestos do movimento feminista à época (Blay, 2003; Cerqueira e Coelho, 2016). Em paralelo ao movimento feminista, a partir da Constituição Federal de 1988, a mulher passa a ocupar um papel de igualdade nas funções, no âmbito familiar.

Deve-se enfatizar que o crime de VS e estupro não trata de sexo, de afetividade ou intimidade, mas de uma demonstração de poder exercido pelo agressor (Brownmiller, 1975; Azevedo e Guerra 1989; Hickson *et al.*, 1994).

Assim, conforme traduzido do livro de Brownmiller (1975) por Cerqueira *et al.* (2017):

Trata, sim, conforme muito bem exposto por Brownmiller (1975), de uma relação de poder, em que os homens submetem as mulheres para que estas assumam determinados papéis na sociedade, e o caso extremo compreende a coisificação que extrai do indivíduo a sua condição de humanidade e, portanto, de sujeito de desejos e de direitos sobre o próprio corpo.

De fato, pesquisas recentes da OMS desenvolvidas por meio da aplicação de um questionário anônimo para homens na África e Ásia, revelaram que as motivações dos perpetradores para terem violentado mulheres ao longo da vida haviam sido: a) exercer seu direito sexual (sobre o corpo da mulher) em 70%; b) entretenimento em 60%; c) punição da mulher em 30% (Jewkes *et al.*, 2011 e 2013). A violência de gênero ainda é perpetuada em diferentes culturas pela ideia de se apropriar do corpo de outrem (Brownmiller, 1975; Linden, 1999).

Entre psicoterapeutas e psiquiatras, essa temática, já recorrente nos discursos dos pacientes com transtornos mentais, muitas vezes era rotulada como fantasias sexuais, endossadas pelas teorias de Freud e de Kinsey

(Brownmiller, 1975; Finkelhor, 1981). Em sua teoria do complexo de Édipo, Freud propôs que os relatos de experiências sexuais com adultos faziam parte da fantasia das crianças, invalidando, portanto, sua ocorrência como um fato real. Conforme afirma Brownmiller (1975):

O pai da psicanálise, que inventou o conceito da primazia do pênis, nunca foi motivado, até onde sabemos, a explorar o desdobramento real do pênis como arma. O que o mestre ignorou, os discípulos tenderam a ignorar também.

Ainda segundo a autora, Kinsey, que, por sua vez, estabeleceu que as experiências sexuais na infância são universais, também deu pouca importância para a possibilidade de ocorrência de VS (Brownmiller, 1975).

Embora se reconheça a grande contribuição desses pesquisadores para a compreensão da sexualidade normal, há de se refletir que a moralidade e o sexismo da época, ainda presentes entre nós, provavelmente não lhes permitiram evoluir no tema de VS frente à cultura ocidental vitoriana, levando à prejuízos para o sexo feminino e ao desenvolvimento normal da infância e adolescência. O reconhecimento da existência da VS, principalmente em crianças, pelos meios acadêmico e científicos, aconteceu tardiamente, após surgimento dos movimentos feminista e de proteção à infância, mais ao fim do século XX (Brownmiller, 1975; Finkelhor, 1981).

Durante o movimento de liberação sexual em favor do direito de escolha reprodutiva de sexo feminino, que incluiu o direito de escolha ao uso da pílula anticoncepcional e ao aborto, houve um movimento contrário dos moralistas justificando que haveria maior risco de VS com a liberação sexual (Kutchinsky, 1973). Não obstante, um estudo realizado na Dinamarca demonstrou que após o movimento de liberação sexual, a ocorrência de notificação de VS ao contrário,

diminuiu. Postulou-se a hipótese de que o exercício da sexualidade com liberdade e plenitude, de forma consensual, diminuiria a necessidade de exercer seu impulso sexual em vulneráveis (Finkelhor, 1981). A OMS legitima o exercício da sexualidade e reconhece-o como um dos quatro pilares da qualidade de vida: família, trabalho, lazer e sexo para ambos os sexos (WHO, 1975 e 1986; Few, 1997; Fleck *et al.*, 1999).

Ainda atualmente os papéis sexuais permanecem enraizados como sugerem os pesquisadores Jozkowski e Perterson (2013): o papel masculino de iniciar a atividade sexual, o feminino de guardiã, vindo o prazer masculino em primeiro lugar, podendo contribuir para manutenção e julgamento da VS. A banalização da VS e do estupro em diversas esferas do cotidiano e da mídia, também denominada de cultura do estupro, engloba tanto os crimes de estupro, quanto os abusos cotidianos e amplamente naturalizados que são sofridos por meninas e mulheres, situações em que aparece sempre a ideia da provocação por parte das vítimas (Engel, 2017).

Segundo Brownmiller (1975), autora do livro *Against Our Will* (1975, edição 2013), considerado um dos 100 livros com papel mais marcante do século XX pela Biblioteca Pública de New York, os movimentos sociais feministas da década de 1970 desencadearam três importantes estratégias de combate à VS, endossadas pela legislação: a) condenação do assédio sexual no ambiente de trabalho (nos EUA); b) reconhecimento do comportamento sexual abusivo dos padres da Igreja Católica Romana, por meio do movimento *Survivors Network of those Abused by Priests* - SNAP, ilustrado no filme “*Spotlight: segredos revelados*” de 2015; c) “tolerância

zero” frente a estupros contra militares de ambos os sexos nos EUA.

Também na medicina forense houve evolução na área, baseada no avanço tecnológico e também da psicologia forense, aprimorando-se a coleta de evidências do crime, a proteção das vítimas de VS e a condenação dos agressores (Grossin *et al.*, 2003; Drezett *et al.*, 2004; Bechtel *et al.*, 2008; McLean *et al.*, 2011; Hariton, 2012; Lincoln *et al.*, 2013; Walker, 2015).

No Brasil, o movimento social feminista reivindicou maior visibilidade à violência contra mulher, resultando na implementação das Delegacias da Mulher, sendo a primeira criada em 1985 em São Paulo (Rifiotis, 2004). A partir de então, iniciou-se a notificação crescente de casos de VS contra mulheres e crianças. Esses fenômenos também favoreceram pesquisas, geração de núcleos de atendimento de saúde e estabelecimento de políticas de saúde nacionais direcionadas ao atendimento às VVS (Brasil, 2005a; Loutfy *et al.*, 2008). Porém, somente em 2012, a partir da realização do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os dados brasileiros sobre violência, incluindo estupro, passaram a ser reunidos e compilados num anuário. Também a partir de 2011, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação da violência no Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN), permitindo a consolidação de dados nacionais mais acurados com representatividade de 74,6% de municípios brasileiros (Cerqueira *et al.*, 2018).

Previamente à década de 1990 não havia nenhuma diretriz que sistematizasse intervenções para o cuidado a VVS, exceto em caso de gravidez decorrente do estupro. No Brasil, a interrupção da gestação nessa condição foi facultada em lei desde 1941. Porém, só a partir da década de

1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) pode envolver-se na indicação da interrupção da gestação decorrente de estupro, para atender ao Decreto-Lei no. 2848 (Código Penal Brasileiro), artigo 128, que estabelece a exclusão de crime para o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro ou quando em risco a vida materna, independentemente de liberação judicial, acelerando assim o processo e evitando danos maternos (Drezett, 2004). Em outros países, a aprovação da interrupção de gestação nessas condições já ocorrera a partir da década de 1980, paralelamente às reivindicações dos movimentos feministas e de liberação sexual e direitos reprodutivos, (Brownmiller, 1975; Finkelhor, 1981). Nesse mesmo período, criaram-se em alguns países, serviços de saúde especializados para atendimento das VVS, que contribuíram para a aprofundamento da discussão que resultou no estabelecimento de diretrizes sistematizadas de profilaxia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de protocolos de atendimento a VVS, atualmente empregados em diferentes países (King, 1990, Gostin *et al.*, 1994; Drezett *et al.*, 1996, Holmes e Slap, 1998; Bamberger *et al.*, 1999; Drezett *et al.*, 1999; Linden, 1999; Wiebe *et al.*, 2000; Kim, 2000; Kim *et al.*, 2009; Fong, 2001; Drezett *et al.*, 2001; Limb *et al.*, 2002; Merchant *et al.*, 2004; Gilles *et al.*, 2010; Hwa *et al.*, 2010; Bjorklund e Boman 2017).

Concomitantemente à disseminação mundial da epidemia de infecção pelo HIV e à aprovação da interrupção legal de gestação por indicação médica na década de 1990, iniciou-se no Brasil o programa de profilaxia pós-exposição para VVS, nos moldes do estabelecido para a profilaxia

dessa infecção retroviral após acidentes ocupacionais perfurocortantes de profissionais de saúde (Cardo *et al.*, 1997). Cabe ressaltar que o Brasil foi um dos países pioneiros na indicação de profilaxia pós-exposição não ocupacional para infecção pelo HIV (nPEP) após VS (de Oliveira *et al.*, 2005). Após um caso índice de soroconversão para o HIV após estupro, ocorrida em 1992, propôs-se no Hospital Pérola Byington, serviço ligado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e localizado na capital paulista, incluir a estratégia de nPEP e de prevenção de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) ao protocolo de atendimento à VVS (Baldacini *et al.*, 1997a e 1977b; Oliva, 2000). A nova abordagem previa o emprego de quimioprofilaxias e de imunização passiva e ativa para prevenção de IST de etiologias bacterianas e virais.

Subsequentemente, o Decreto Federal n. 7.958 de 13 de março de 2013, estabeleceu diretrizes para o atendimento às VVS pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS e certificações internacionais de qualidade hospitalar, tais como a *Joint Commission International*, passaram a requerer que algoritmos para atendimento a VVS fossem utilizados em hospitais de saúde privados no território nacional (Brasil, 2013).

Pode-se dizer que o interesse pela violência sexual como relevante agravo à saúde, ultrapassou a dimensão assistencial, assumindo destaque, também, do ponto de vista acadêmico-científico. O despertar de pesquisas sobre o tema ocorreu mundialmente desde o final do século XX e início do século XXI, graças a incentivos e políticas de saúde frente à violência. No

Quadro 1, encontra-se descrita a produção médico-científica sobre o tema a partir de 1900, recuperada da base de dados PubMed, usando-se os descritores “estupro” e “violência sexual”.

Quadro 1 - Número de publicações científicas identificadas pelos os descritores estupro (estupro/rape) e VS (violência sexual/sexual violence). Base de dados bibliográficos PubMed, 1900-2018

Período/Descritor	Estupro	Violência sexual (VS)	Estupro sexo masculino	VS sexo masculino
1900-1949	18	17	-	-
1950-1959	34	61	1	2
1960-1969	131	201	40	90
1970-1979	542	779	237	448
1980-1989	1044	2253	477	1237
1990-1999	2171	5884	813	2994
2000-2009	3004	8741	1309	5554
2010-2018	3465	11923	1213	6491

Dados atualizados até 10/09/2018.

1.3 Epidemiologia

As primeiras estimativas de ocorrência da VS relatadas na literatura foram baseadas em estudos conduzidos com diferentes amostras populacionais, em geral de conveniência, e em contextos sociais determinados. Assim sendo, deve-se considerar que as taxas observadas provavelmente não refletem a realidade de ocorrência desse agravo na população geral; tampouco refletem a situação real existente em diferentes culturas e etnias. A verdadeira dimensão da VS como problema de saúde pública é, portanto, desconhecida, levando-se em conta o fato de estar entre os agravos com as mais elevadas

taxas de subnotificação em todo o mundo. Apenas um pequeno percentual de denúncias de VS aparece nas estatísticas oficiais, sendo um tema em crescente debate, com o objetivo de aprimorar sua notificação (Darnall e Jewkes, 2013). Estima-se que acometa 12 milhões de pessoas a cada ano, em todo o mundo (Drezett, 2000). Em inquérito nacional nos EUA, estima-se que um episódio de VS perpetrado por parceiro íntimo ocorra a cada 6,4 minutos e que uma em cada cinco mulheres sofra algum contato sexual não consentido durante a vida (Black *et al.*, 2010). Entre as crianças, estima-se que um terço tenha sido submetido alguma vez a contato incestuoso (Finkelhor, 1981; Drezett, 2000; Black *et al.*, 2010).

Frente à constatação da relevância do problema em termos de saúde pública mundial, diversos esforços têm sido direcionados para a caracterização e correto dimensionamento da VS na infância e adolescência, com vistas ao aprofundamento do conhecimento sobre o tema em diferentes contextos socioculturais, com o propósito de subsidiar a implantação de políticas de saúde para prevenir sua ocorrência e mitigar as consequências físicas e mentais a ela relacionadas.

No Brasil, estima-se que a cada ano, ao menos 527 mil pessoas sejam estupradas, muito embora apenas 10% de tais ocorrências cheguem ao conhecimento da polícia (Cerqueira e Coelho, 2016). A partir de 2011 a notificação de VS tornou-se padronizada e compulsória, fazendo parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Em 2014, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014, com a nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Com isso, os casos de violência

sexual e tentativa de suicídio passaram a ser considerados agravos de notificação imediata (cuja informação deve ser transmitida pelo meio de comunicação mais rápido em até 24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde (Cerqueira *et al.*, 2017). Tal informação deve ser registrada por intermédio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, gerando um número único de SINAN para cada evento do sistema VIVA, versão net (SINAN NET), disponível em todos os municípios do país. Com base nesses dados, compilaram-se amostras nacionais, que totalizaram 12087 casos de estupro notificados em 2011 e 20085 em 2014 (Cerqueira e Coelho, 2016; Cerqueira *et al.*, 2017). Além disso, a partir de 2015, graças ao esforço do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), os dados policiais de 2014 foram reunidos, resultando no registro de 47646 casos de estupro no Brasil. Como se pode constatar, a notificação pelos sistemas de vigilância em saúde, apenas subestima a ocorrência de VS, se tais estatísticas são confrontadas com os dados obtidos de registros de ocorrências policiais.

De fato, os 12087 casos de estupro notificados pelo SINAN-Viva em 2012 corresponderam a apenas 23% das ocorrências registradas pela polícia no FBSP. Já em 2014, as notificações lançadas no SINAN-Viva corresponderam a 42,2% dos casos registrados pela polícia. Se, por um lado, o aumento de registro de casos pode ser interpretado como incremento real da incidência de VS, por outro pode ser atribuído a maior entendimento sobre VS entre a população e os órgãos responsáveis, a partir da alteração da Lei 12.015, “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual”, em 2009, que modificou e ampliou a definição de estupro. Contudo, apesar de se dispor de

instrumentos distintos para registro da VS, há de se ressaltar que os dados obtidos por meio das diferentes fontes de informação não são relacionados (Brasil, 2009a). A integração dos sistemas de informação certamente contribuiria para elevar a acurácia da notificação. A essas limitações, deve-se acrescentar o dado de que, segundo estimativas, em apenas 20% das ocorrências de estupro são lavrados boletins de ocorrência (BO) junto à autoridade policial (Cerqueira *et al.*, 2017). Em síntese, deve-se considerar que quaisquer que sejam as fontes de dados consultadas, as estatísticas de VS deverão continuar sendo entendidas como subestimativas.

Guardadas tais ressalvas, Winzer (2016), ao analisar indivíduos de ambos os sexos com idades acima de 14 anos em estudo de revisão sobre VS no Brasil que incluiu 41 artigos, em sua maioria publicados a partir do ano 2000, encontrou uma variação de VS sofrida ao longo da vida de 7% a 39% para mulheres e 5% a 16% para homens. Na mesma revisão, ao analisar seis estudos sobre violência sofrida no ano anterior, na maioria perpetrada pelo parceiro íntimo, a autora relatou taxas de 1% a 40 % das mulheres e 1% a 35% dos homens.

Entre universitários brasileiros as taxas encontradas variaram 38,5% para o sexo feminino e 34,5 % para o masculino (Winzer, 2016). Há de se considerar que neste último caso os questionários aplicados foram considerados mais sensíveis por conterem questões mais abrangentes quanto à VS sofrida. Segundo outros inquéritos conduzidos em vários países dos cinco continentes as taxas de VS entre universitários atingem até 70% dos entrevistados (Hines, 2007; Chan *et al.*, 2008, D'Abreu *et al.*, 2013;

Flake *et al.*, 2013). Analogamente, elevadas taxas de relato de vitimização, variando de 56,4% para o sexo feminino e 85,5% para o masculino, são descritas no Brasil entre indivíduos que apresentam comportamento sexual não convencional, como fetichismo, voyeurismo, incesto, sexo grupal, exibicionismo e sadomasoquismo (Winzer, 2016).

Sem dúvida, o sexo feminino apresenta a maior vulnerabilidade à vitimização. As mulheres representam a grande maioria das VVS, fenômeno este explicado pela violência de gênero em nosso país e no mundo. Ademais, é importante ter-se em conta que, em muitas ocasiões, a violência doméstica e a VS contra a mulher e a criança geralmente são concomitantes. Em núcleos familiares onde ocorre VS da esposa, as crianças também são vitimadas (Kaplan e Sadock, 2005).

De forma didática, serão demonstradas as ocorrências de VS, segundo subgrupos populacionais de maior vulnerabilidade.

3.3.1 Violência sexual no sexo feminino

A violência sexual é uma violência de gênero. O sexo feminino em qualquer idade é o mais atingido pela VS, levando a uma série de repercussões físicas, de saúde sexual e mental (Humphrey e White, 2000; Krug *et al.*, 2002; Larsen *et al.*, 2015). A VS atinge, em sua maioria, as mulheres jovens, em idade reprodutiva, repercutindo em sua própria saúde e na de membros de sua família. Estudos mais recentes distinguem, com propósito didático, a VS sofrida por mulheres em idades acima de 14 anos entre as ocorrências perpetradas pelo parceiro íntimo e aquelas não relacionadas ao parceiro, podendo nesses

casos o agressor ser caracterizado como desconhecido, par, colega de trabalho, vizinho, professor ou outro. Deve-se, contudo, perceber a VS como apenas um aspecto da violência de gênero, que, frequentemente incide no contexto de outras formas de violência. Independentemente da VS ser perpetrada por parceiro íntimo ou não, ela é geralmente traumática para a vítima, embora o padrão, grau e efeito da violência possam diferir, dependendo do perpetrador. De modo geral, a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é mais duradoura e habitualmente ocorre acompanhada de violência doméstica de ordem física e psicológica, que nem sempre é reconhecida pela própria vítima (Schraiber e d'Oliveira, 2003; Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Kaplan e Sadock, 2005; Schraiber *et al.*, 2005, 2007a e 2007b; Moura *et al.*, 2009; Schraiber *et al.*, 2010; Devries *et al.*, 2013; Ogunwale e Oshiname, 2017). Já a violência não relacionada ao parceiro pode ser episódica, mas mesmo assim traumática pela violência física e/ou psicológica que comporta (Perilloux *et al.*, 2012; Mason e Lodrick, 2013; Jewkes *et al.*, 2013; Abrahams *et al.*, 2014). O conhecimento sobre o tema vem avançando progressivamente, dando subsídios para um melhor entendimento, acolhimento e enfrentamento do problema (McGregor *et al.*, 2010).

Em revisão sistemática de estudos realizados entre 1998 e 2011, Abrahams *et al.* (2014) estimaram a prevalência mundial de VS ao longo da vida e não relacionada a parceiro íntimo em 7,2% (IC95% 5,2-9,1). As mais altas prevalências foram encontradas na região central da África, 21% (IC95% 4,5-37,5) e região do subsaariana do mesmo continente, 17% (IC95% 11,4-23,2), ao passo que taxas mais baixas foram encontradas na

Ásia, 3,3% (IC95% 0,0-8,3). Apesar da heterogeneidade das amostras estudadas e de diferenças socioeconômicas regionais, esses dados revelam níveis endêmicos de VS em alguns países, que preocupam as esferas de saúde e direitos humanos.

No Brasil, segundo levantamento baseado na ficha de notificação do SINAN entre 2011 e 2014, mais de 80% das VVS foram do sexo feminino, sendo que o agressor foi desconhecido em 30,6 a 37,6% dos casos entre adolescentes de 14 a 17 anos e entre 53,61 e 60,5 % dos casos entre adultas (Cerqueira *et al.*, 2017). Segundo Carvalho e Oliveira (2016), ao se basear nas estatísticas das capitais nordestinas, onde 2,42% mulheres relatam terem sido vítimas de violência sexual nos 12 meses precedentes à realização do estudo, poder-se-ia estimar que a cada ano cerca de 1.350 milhão de mulheres sejam acometidas por violência sexual no Brasil (Cerqueira *et al.*, 2017).

No que se refere especificamente à VS perpetrada por parceiro íntimo, descreve-se que as prevalências mais elevadas são encontradas nas regiões brasileiras economicamente mais carentes do país, como as regiões Norte e Nordeste, onde se verificam taxas de 10,4%, em contraste à de 1,4% em São Paulo (Schraiber *et al.*, 2005). De fato, em amostras populacionais representativas de mulheres entre 15 e 49 anos, Schraiber *et al.* (2007a e 2007b) verificaram taxas de VS perpetrada pelo parceiro íntimo de 10,1% para mulheres residentes na zona urbana da cidade de São Paulo e de 14,3% por residentes na Zona da Mata de Pernambuco. Quando avaliada no contexto de outras formas de violência, na região metropolitana de São Paulo a prevalência de violência física e/ou sexual ao longo da vida

foi de 45,3% (IC95% 43,5-47,1) pelo parceiro íntimo e de 25,7% (IC95% 25,0-26,5) por outros agressores (Schraiber *et al.*, 2007a).

A caracterização da demanda de atenção à saúde em decorrência de VS, por sua vez, pode ser analisada a partir da avaliação de VVS atendidas em serviços de referência para esse agravo. Na cidade de São Paulo, por exemplo, estudo retrospectivo que estudou 1118 pacientes atendidas em um centro de referência para vítimas de estupro entre agosto de 1994 a dezembro de 2000, mostrou ser essa população composta por mulheres com média de idade de 21 anos (\pm 5,8 anos) (Blake *et al.*, 2014). Segundo relato de tais pacientes, perpetradores parentais foram mais frequentes nas agressões sofridas por adolescentes, enquanto parceiros íntimos predominaram quando as vítimas eram mulheres adultas. Em Campinas, no período de 1999 a 2002, das 166 mulheres atendidas em centro de referência para VS, metade era menor de vinte anos de idade e as agressões foram perpetradas por desconhecidos em 80% dos episódios (Oshikata *et al.*, 2005).

Melhor caracterização epidemiológica pode ser efetuada com análise de dados desagregados. Assim, em relação à cor da pele/raça das vítimas, dados das notificações de VS do SINAN de 2014, para todo o Brasil, apresentados como taxas de ocorrência por 100 mil mulheres, revelam taxa de 42,9 estupros por 100 mil mulheres para a população indígena, seguida da população amarela (20,4), negra (17,5) e branca (12,5), por 100.000 mulheres, respectivamente (Cerqueira *et al.*, 2017). Segundo o mesmo documento, de acordo com a região estudada, as vítimas de estupro estudadas se autorrelatam pardas 41% a 45%, brancas em 34% a 38%, negras em 8,5% a 10%, indígenas em 0,6% a 1,0 % e não informado/ignorado em 10% a 12%.

Conforme previamente informado nesta tese, vários estudos apontam as estudantes universitárias como vulneráveis à VS, tanto por parceiros não relacionados como por múltiplos agressores. Nessas circunstâncias, porém, deve-se ressaltar que a estratégia de indução de VS por álcool e/ou substâncias psicoativas é muito frequente (Sable *et al.*, 2006; D'Abreu *et al.*, 2013; Larsen *et al.*, 2015; Nasta *et al.*, 2015; Winzer, 2016).

A VS dificilmente ocorre isoladamente, fazendo parte do fenômeno violência como um todo, contra as mulheres e crianças, e pode compreender violências física, psíquica e negligência, de forma associada. No Brasil, entrevistas com 322 mulheres entre 15 e 49 anos revelaram que 69,6% já haviam sofrido violência física, psíquica ou sexual durante a vida, sendo 85% dos casos por um agressor familiar (Schraiber *et al.*, 2003). Analogamente, segundo estudo realizado no México e EUA, a violência física por parceiro íntimo ocorreu em 42% a 52% das vezes, associada frequentemente a VS (Krug *et al.*, 2002).

1.3.2 Violência sexual em crianças e adolescentes

Segundo revisão consagrada de Finkelhor (1994), a ocorrência de VS na infância em diferentes países variou entre 7% e 36% para mulheres e entre 3% e 29% para homens. Mais recentemente, todavia, Johnson (2004) estimou uma prevalência mundial de VS na infância de 2% a 62% para as meninas e 3% a 16% para os meninos. Essa grande variação pode ser explicada por emprego de diferentes metodologias, incluindo a definição de VS, a seleção da população estudada e a forma de coleta de dados (Ferguson, 1997).

Cabe ressaltar que as estimativas de VS na infância e adolescência são difíceis de serem obtidas, face à invisibilidade geralmente associada a esse tipo de agressão. Sua ocorrência, entretanto, pode ser identificada mesmo quando mulheres adultas são entrevistadas. Assim, em inquérito nacional conduzido nos EUA por Black *et al.* (2010), a maioria das mulheres vítimas de VS (79,6%) informou que o primeiro episódio de VS ocorreu antes dos 25 anos de idade e para 42,2% ocorreu antes de completarem 18 anos de idade.

Em revisão sistemática seguida de metanálise sobre o tema (Stoltenborgh *et al.*, 2011), com avaliação de 331 trabalhos selecionados representando episódios de VS ocorridos nos cinco continentes entre os anos de 1980 a 2008, a prevalência global de VS na infância e adolescência foi estimada como sendo de 20% entre meninas e de 8% entre meninos, com taxas mais baixas de violência sendo observadas na Ásia.

A distribuição de casos de VS entre menores de idade segundo o sexo da vítima parece, contudo, variar em diferentes estudos. Em inquérito sobre episódios de VS ocorridos antes dos 18 anos de idade, diferentes padrões foram relatados por vítimas de 13 a 24 anos recrutadas em sete países. A depender da região de onde procediam, a participação do sexo masculino entre as VVS que variou de 5% no Camboja a 40% na Suazilândia (Sumner *et al.*, 2015b e 2016).

Ao lado disso, em alguns artigos mais recentes a VS na infância têm sido revelados, em proporções inquietantes, para crianças abaixo de 10 anos de idade de ambos os sexos. É possível que a conscientização dos adultos

sobre o conceito de VS nas últimas duas décadas tenha levado a incremento da taxa de denúncia frente a queixa de uma criança vitimada, contribuindo para a redução da invisibilidade desse crime e de suas consequências.

Nesse contexto, vale ressaltar que tal invisibilidade pode, ainda, ter viés de gênero. Assim, contrariando as estatísticas globais sumarizadas na revisão de Stoltenborgh *et al.* (2011), anteriormente mencionada, alguns estudos descrevem taxas de VS na infância superiores para meninos, em relação às observadas em meninas. No Egito, por exemplo, Elgendy e Hassan (2013) descreveram em amostra de 1823 VVS com idades inferiores a 18 anos, atendidas entre 2001 a 2005, que 57,9% era do sexo masculino, sendo 71,8% de meninos da faixa etária entre 6 e 12 anos. Analogamente, em uma clínica pediátrica de emergência no Marrocos, encontrou-se uma proporção de dois meninos para cada menina VVS, na faixa etária entre 6 e 10 anos; nessa amostra 68% das VVS até 16 anos eram do sexo masculino (Essabar *et al.*, 2015). Na África do Sul, por sua vez, Andersson e Ho-Foster (2008) destacaram que, somente a partir de 2007, se passou a considerar a VS em meninos, validando a equidade no reconhecimento da VS para vítimas ambos os sexos. Com isso, revendo a literatura mais recente sobre VS da África do Sul, também se encontrou predomínio de vítimas do sexo masculino (70,5%) na faixa etária até 14 anos (Janssen *et al.*, 2013).

De modo semelhante ao anteriormente exposto em relação às mulheres vítimas de VS, segundo inquérito nacional nos EUA, 27,8% das vítimas masculinas de estupro relataram ter sofrido sua primeira violência sexual quando tinham 10 anos de idade ou menos (Black *et al.* 2010).

No Brasil, um inquérito sobre VS sofrida na infância, realizado no Rio Grande do Sul com indivíduos maiores de 14 anos de idade, mostrou que 5,6% das mulheres e 1,6% dos homens haviam sido VVS, relatando agressões ocorridas em 60% dos casos antes dos 12 anos de idade (Bassani *et al.*, 2009).

Cerqueira *et al.* (2017) ao analisarem as estatísticas brasileiras globais, destacaram que as crianças e adolescentes correspondem a 70% das vítimas dos estupros notificados no SINAN, sendo que vítimas do sexo feminino estão envolvidas em 89% dos casos. Deve-se, porém, ressaltar que a notificação de VS perpetrada a vítimas menores de 18 anos de idade é compulsória. Em metade dessas ocorrências há histórico de VS prévia, sendo o agressor o pai ou padrasto em 24,1%, ou ainda amigo ou conhecido da vítima em 32%. Na faixa etária até 13 anos, a proporção de vítimas do sexo masculino é de 18,8%. Os autores enfatizam o caráter alarmante do dado e as potenciais consequências para o processo de formação da autoestima e futuros relacionamentos sociais desses indivíduos (Ribeiro *et al.*, 2004). Além disso, sabe-se que ter sofrido VVS na infância é um preditor de vulnerabilidade para ser perpetrador de VS na vida adulta (Sumner *et al.*, 2015a).

Uma particularidade da VS na infância e adolescência é o tempo para que seja revelada a agressão. Em diferentes países, como, por exemplo, nos EUA e Egito, o tempo para revelação da VS pelas vítimas variou entre 24 meses e 12 anos após o episódio (Smith *et al.*, 2000; Sable *et al.*, 2006; Essabar *et al.*, 2015). Reconhece-se que muitos adultos ocultam e negam a ocorrência desse tipo de agressão com o propósito de não rotular e

estigmatizar a criança frente à comunidade em que vive (Stoltenborgh *et al.*, 2011). Como exemplo disso, cita-se a virgindade, pelo valor cultural que ainda conserva para as mulheres em alguns países (Brownmiller, 1975). Por outro lado, entre os meninos ter sido VVS pode remeter a falta de masculinidade, fraqueza ou, mesmo ser supostamente associado a homossexualismo (Stoltenborgh *et al.*, 2011).

Tal condição pode ser ilustrada pelo relato de uma mãe durante uma consulta no Núcleo de Atenção a Vítimas de Violência Sexual (NAVIS), ambulatório especializado no cuidado integral a VVS, da Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Ao trazer seu filho de 16 anos pela primeira vez ao serviço, relatou ter sido o garoto VVS por várias vezes desde os 6 anos de idade, sempre perpetradas por um adulto conhecido, na casa onde o menor permanecia enquanto a mãe trabalhava:

“Eu e meu marido aceitamos que ele seja gay, mas o irmão mais velho não aceita. Meu filho se isola e fala em não viver mais.”

Em síntese, os trabalhos sobre a VS na infância e adolescência parecem convergir para um padrão semelhante: a grande maioria das vítimas é do sexo feminino, o agressor é parente ou conhecido da vítima, a perpetração da agressão ocorre mais frequentemente no domicílio ou no entorno, na maioria das vezes é recorrente e resulta em revelação tardia do episódio de violência (Drezett *et al.*, 2001; Danielson e Holmes 2004; Ribeiro *et al.*, 2004; Aded *et al.*, 2007; Black *et al.*, 2010; Sudupe Moreno, 2013). Ademais, as crianças e adolescentes recebem menos frequentemente anticoncepção de emergência e intervenções profiláticas para infecções

sexualmente transmissíveis (IST) (Collings *et al.*, 2008; Marc *et al.*, 2013). Apenas 38% das indicações de aborto após estupro no Brasil são efetuadas para meninas em idade inferior a 19 anos (Madeiro e Diniz, 2016). Embora adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros ou intersexuais (LGBTI) possam ser desproporcionalmente vulneráveis à VS por causa da discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero, esses subgrupos de vítimas ainda carecem de mais pesquisas para a correta caracterização de sua vulnerabilidade específica (WHO, 2017).

1.3.3 Violência sexual no sexo masculino

A partir da década de 1990 começaram a ser descritos relatos de casos de VS em homens (Myers, 1989; Mezey e King 1989; King, 1990, Lacey e Roberts, 1991; Hickson *et al.*, 1994; Coxell *et al.*, 1999), sendo que desde 2010, houve aumento crescente nas pesquisas com foco em vítimas do sexo masculino e suas vulnerabilidades (Krug *et al.* 2002; Krug *et al.*, 2002; Schraiber *et al.*, 2012). A menor frequência de descrição de VS no sexo masculino pode decorrer de ser essa uma ocorrência verdadeiramente infrequente, como também ser consequência de subnotificação por motivos culturais, explicados, em parte, pelos mitos do estupro colocando em cheque a masculinidade e a baixa procura do sistema de saúde por parte das vítimas (Ellis, 2002; Starzynski *et al.*, 2005; Chapleau *et al.*, 2008, Larsen e Hilden, 2016; Hiquet e Gromb-Monnoyeur, 2013).

Para esse grupo, parece haver maior vulnerabilidade em idades inferiores a 10 anos, entre adolescentes, para homens em situação de

agrupamento (conflito ou privação de liberdade) e também entre indivíduos que apresentam orientação sexual homossexual e/ou bissexual (Winzer, 2016).

Estudos de prevalência de VS no sexo masculino têm revelado taxas significativas de relato dessa ocorrência entre escolares e universitários (2% a 11%) (Lodico *et al.*, 1996; Halpérin *et al.*, 1996; Ackard *et al.*, 2001; Polanczyk *et al.*, 2003; Banyard *et al.*, 2007; Winzer e Hines, 2007; Winzer *et al.*, 2013; Flake *et al.*, 2013; D'Abreu *et al.*, 2013), militares (7% a 15%) (Martin *et al.*, 1998; Merrill *et al.*, 1998 e 2001; Zinzow *et al.*, 2008, Turchik e Wilson, 2010); clientes de clínicas de atendimento urológico/IST (14%) (Keane *et al.*, 1995; Coxell *et al.*, 2000); indivíduos privados de liberdade (7% a 21%) (Robertson, 2003; Struckman-Johnson e Struckman-Johnson, 2006; Wolff *et al.*, 2007); homens em situação de conflito bélico (7,4% a 23,6%) (Oosterhoff *et al.*, 2004; Loncar *et al.*, 2010; Loko Roka *et al.*, 2014; Ba e Bophal, 2017), entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (17% a 37%) (Hickson *et al.*, 1994; Joy *et al.*, 1994; Bartholow *et al.*, 1994; Stermac *et al.*, 2004; Bogart *et al.*, 2005) e em homens vivendo com HIV/AIDS (24% a 35%) (Kalichman *et al.*, 2002; Segurado *et al.*, 2008).

No concerne às características das vítimas, Larsen e Hilden (2016), ao avaliarem 55 VVS do sexo masculino que procuraram o setor de emergência até 72 horas após o estupro na Dinamarca, destacaram que a idade das vítimas variou entre 12 e 58 anos (sendo 53% entre 15 e 24 anos), 25% dos episódios envolveram mais de um agressor e apenas 42% das vítimas haviam registrado a ocorrência à autoridade policial (em contraste com 70% das vítimas do sexo feminino atendidas no mesmo serviço).

Deve-se, contudo, ressaltar que a ocorrência de VS entre homens é habitualmente subestimada nos estudos de prevalência, em função da falha de informação da agressão por parte das vítimas. Ao serem assistidos por profissionais de saúde para atendimento de emergência, poucos homens relatam ter sofrido VS, mesmo em situações extremas como após tortura em situação de guerra (Goyer e Eddleman, 1984; Pesola *et al.*, 1999; Oosterhoff *et al.*, 2004). Além disso, sabe-se que muitas vezes o episódio de VS a homens é pouco valorizado pelas vítimas. Segundo Artime *et al.* (2014), a percepção negativa de homens quanto à experiência de vitimização somente é explicitada em 15% a 39% dos casos, em geral quando o agressor é muito mais forte e houve lesão corporal importante.

1.3.4 Outras vulnerabilidades

1.3.4.1 Uso de álcool e substâncias psicoativas

A violência sexual tem sido associada ao uso de álcool e substâncias psicoativas, voluntariamente ou por indução. O fato de um indivíduo usar álcool ou outras substâncias com ação sobre o sistema nervoso central antes da violência pode aumentar sua vulnerabilidade.

Na verdade, tal atitude é reconhecida como uma estratégia de estupro: o perpetrador de VS escolhe como vítimas indivíduos que estão sob o efeito de álcool ou substâncias psicoativas ou as induz a usá-los. Tal consumo pode ser considerado facilitador da agressão, uma vez que contribui para reduzir a percepção da vítima de ter sofrido episódio de VS, em decorrência da amnésia que pode provocar (Abbey *et al.*, 1996; Acierno

et al., 1999; Du Mont *et al.*, 2009; Abbey, 2011; Zinzow *et al.*, 2012b; Larsen *et al.* 2015; Walsh *et al.*, 2016; Bird *et al.*, 2016).

Para o presente estudo será adotado o termo VS induzida por álcool ou substâncias para nos referir a situações em que houve uso desses, antes, durante ou após o episódio de VS.

1.3.4.2 Deficiência física ou mental

Independentemente da idade e sexo da vítima, a condição de deficiência física ou mental vem sendo apontada como uma causa *per se* de vulnerabilidade para a VS. Em um levantamento nacional realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fórum Nacional de Segurança Pública (Cerqueira *et al.*, 2018), com base nas notificações do SINAN, Cerqueira *et al.* (2018) apontam que além da baixa idade das vítimas, mais de 10% delas apresentava alguma deficiência de ordem mental ou física e histórico de VS recorrente.

Analogamente, segundo Basile *et al.* (2016), homens e mulheres com alguma deficiência física ou mental nos EUA tem maior chance de sofrer VS sem penetração; entre estes, as mulheres tem 3,3 vezes a chance de ter sofrido violência nos 12 meses precedentes, quando comparadas à população geral. Tal condição de vulnerabilidade foi também relatada em outros países, estimando-se que as pessoas deficientes até três vezes a chance de ser VVS, quando comparadas a indivíduos sem deficiência (Casteel *et al.*, 2008; Lin *et al.*, 2009; Embregts *et al.*, 2010; Eastgate, 2008; Eastgate *et al.*, 2012). Desses dados, depreende-se que as pessoas com

deficiências/transtornos intelectuais ou físicos, que necessitam ter a prática de sua sexualidade respeitada, devem também ter atendidas suas necessidades de informação acerca de e acesso à contracepção, gerenciamento de higiene, educação sexual, prevenção de IST e de violência sexual (Conod e Servais, 2008).

1.3.4.3 Pessoas vivendo em situação de rua

Viver em situação de rua é também considerado fator de vulnerabilidade pela literatura que aborda a VS, ressaltando-se que tal condição é provavelmente subnotificada (Wenzel *et al.*, 2000). Segundo revisão sistemática com metanálise de Heerde *et al.* (2015), que incluiu trabalhos em sua maioria dos EUA e Canadá, as mulheres correspondem à maioria das VVS nessa situação, devendo-se destacar que, com frequência, a população feminina em situação de rua também se envolve em comportamentos sexuais de risco, tais como como prostituição e no uso de álcool e substâncias psicoativas.

1.3.4.4 Fatores étnicos e migrações

Em geral, entre os estudos sobre VVS recente ou crônica não há consenso quanto à existência de maior vulnerabilidade em relação à etnia. Ao que parece, a maior vulnerabilidade à VS está associada à situação socioeconômica do indivíduo do que à sua etnia propriamente dita. Em estudo conduzido por Schraiber *et al.* (2005) na cidade de São Paulo,

observou-se maior vulnerabilidade das mulheres negras a VS perpetrada por parceiro íntimo.

Também se descreve que migrantes, afastados de seu país de origem, em situação de ilegalidade, ou habitando áreas de conflito bélico apresentam maior vulnerabilidade para VS (Peres, 2011; Castiglione, 2018). Assim, Vu *et al.* (2014), em revisão sistemática com metanálise de estudos conduzidos em 19 países de diversos continentes, verificaram que uma em cada cinco mulheres, vivendo em campos de refugiados, descreveram ter sofrido VS.

Além disso, sabe-se que a condição de imigrante em situação não regular associa-se a menor acesso a serviços de saúde e ao sistema de segurança pública. Em São Paulo, por exemplo, Santos *et al.* (2015) identificaram que 21% das migrantes bolivianas VVS atendidas em serviço público de referência para abortamento legal haviam procurado o serviço tardiamente para a realização da interrupção da gestação (após a 23ª semana) e apenas 53% informou ter notificado o episódio de VS a autoridades policiais.

1.3.4.5 Orientação sexual e identidade de gênero

Em raros estudos descreve-se a orientação sexual das VVS, dado que tal informação é habitualmente difícil de se obter na abordagem realizada após um episódio agudo de VS.

Além disso, os escassos relatos a esse respeito, em geral, não aportam resultados totalmente concludentes. Assim, por exemplo, King e Woollett (1997) descreveram que 75% das 115 VVS do sexo masculino, avaliadas entre 1993 e

1994 em centro de aconselhamento de Londres, relataram ser heterossexuais. Tal informação, contudo, é antiga e limitada a um único serviço. Em contraste, há evidência mais robusta e recente que suporta a hipótese de que a população de homens e mulheres homossexuais estariam sob risco acrescido de VS. Enquanto inquérito nacional realizado nos EUA revelou que 18,3% das mulheres e 1,4% dos homens relatam ter sofrido VS durante suas vidas (Black *et al.*, 2010), em amostras de base populacional ou de conveniência, do mesmo país, Rothman *et al.* (2011) destacaram as prevalências bem mais elevadas de VS ao longo da vida referidas por mulheres lésbicas e bissexuais e por homens homo e bissexuais, variando de 15,6% a 85,0% e de 11,8% a 54,0%, respectivamente. Em alguns países como Botsuana, Namíbia, África do Sul, Zimbábue, Uganda e Jamaica são descritos episódios de VS em mulheres lésbicas sob a crença de ser essa ocorrência “corretiva da orientação sexual” (Sandfort *et al.*, 2015; Brown, 2012).

No Brasil, segundo um inquérito de Sabidó *et al.* (2015), aplicado em 10 cidades, entre 2008 e 2009, a taxa observada de VS sofrida ao longo da vida entre homens que fazem sexo com homens foi de 15,6% (596/3745), bem acima do relatado por Schraiber *et al.* (2008), em amostra de conveniência de 789 homens heterossexuais, obtida em unidade de saúde, grupo em que 6,1% informaram ter sofrido VS ao longo da vida.

Segundo Winzer (2016), apesar da heterogeneidade dos métodos utilizados em diferentes estudos, as mulheres e os homens homossexuais apresentam oito vezes maior chance de sofrer VS quando comparados a heterossexuais masculinos.

Já entre mulheres transgênero, um estudo conduzido na Suécia concluiu ser frequente a ocorrência de VS, uma vez que 30% das entrevistadas relataram ter sido vítimas ao longo da vida (Bjorklund e Boman, 2017).

Pelo exposto anteriormente, pode-se afirmar que, em alguns contextos epidemiológicos, foi identificada maior vulnerabilidade à VS entre lésbicas, homens gays e bissexuais e entre mulheres transgênero. Tal fato pode estar relacionado à condição social vivida por membros desses grupos em ambientes onde sofrem discriminação, por conta de sua orientação sexual e identidade de gênero (Hickson *et al.*, 1994; Sabidó *et al.*, 2015; WHO, 2017; Winzer, 2016). Porém, dados conflitantes também foram apresentados, o que justifica a recomendação de Rothman *et al.* (2011) da necessidade de mais inquéritos a esse respeito, preferencialmente de base populacional.

1.4 O perfil do perpetrador

A caracterização dos agressores sexuais só é possível quando há ocorrência policial de flagrante delito. Mesmo assim, para conhecer seu perfil biopsicossocial, é necessária a colaboração do criminoso. Alguns métodos indiretos tentam caracterizá-los com questionários anônimos e por descrição das vítimas sobreviventes, que geralmente relatam o comportamento de agressor conhecido (do núcleo social ou familiar). É importante destacar que nem sempre é possível enquadrar o perpetrador num transtorno mental e/ou de sexualidade classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-V, 2015) e pela Classificação Internacional das Doenças 10ª - edição (CID-10).

Os agressores sexuais podem ser eventuais ou agir de forma recorrente, sendo os pedófilos o exemplo mais estudado, dentre estes últimos.

Segundo a definição de crime sexual adotada pela psiquiatria forense, podem-se caracterizar os seguintes tipos de perpetradores quanto à frequência dos crimes (Duque, 2004):

- a) Criminoso sexual situacional - algumas pessoas sem transtorno psiquiátrico, em situações de tensão intensa e continuada, ou que lhes confirmam poder absoluto sobre o outro, podem ter dificuldade de controlar impulsos que seriam mantidos adormecidos. É o caso da vida em encarceramento, das guerras (onde se desfruta de poder absoluto sobre os prisioneiros) ou, de forma mais corriqueira, das babás que abusam sexualmente de crianças por as terem inteiramente a sua mercê e para sentir a emoção de algo diferente e proibido. Na maioria dos casos, não há outros antecedentes criminais associados e o comportamento não persiste.
- b) Criminoso sexual preferencial - indivíduos que, de maneira preferencial e continuada, nas condições de vida habitual e contando com a possibilidade de satisfação sexual dentro da legalidade, optam pelo comportamento criminoso.

Os agressores podem ainda ser caracterizados em relação a suas vítimas preferenciais. Reconhece-se que as mulheres adultas jovens são as

principais vítimas de estupro em estatísticas oficiais (Tjaden e Thoennes, 1998). Não obstante, em menor frequência os perpetradores podem ter preferência por vítimas de outras faixas etárias: idosos (perpetrador gerontófilo) ou menores de 18 anos. Define-se pedofilia para perpetradores maiores de 16 anos (DSM-V) quando a preferência sexual é por crianças pré-pubescentes (geralmente com idade inferior a 13 anos), seja em fantasias ou na realidade. O pedófilo pode ter atração por meninas, meninos ou ambos (Duque, 2004; Burgess e Hartman, 2005). Sabe-se que a VS de menores é um crime praticado mais frequentemente por perpetradores do sexo masculino. Os perpetradores de VS a menores, por vezes, exercem a função paterna (pais biológicos, padrasto ou outro vínculo familiar) para suas vítimas e nessas circunstâncias, a violência ocorre, valendo-se de sua condição para exercer coerção do menor (Drezett *et al.*, 1996 e 2001). O perpetrador pode, também, ter vinculação institucional, situação em que exerce abuso de poder, determinando coerção de menores ou adultos, fato relatado em instituições carcerárias, de recuperação de menores, religiosas ou educacionais (Robertson, 2003; Beck *et al.*, 2008).

Em geral o perpetrador do sexo masculino é descrito pela vítima como heterossexual. Pode ser parceiro íntimo ou desconhecido, quando ocorre maior probabilidade de múltiplos agressores.

Analisando a prevalência de perpetração de VS por indivíduos do sexo masculino e a motivação da agressão, pesquisas recentes com dados populacionais mostram, por exemplo, que em três regiões da África do Sul 27,6% (466/1686) dos homens de 18 a 49 anos declararam ter perpetrado VS a parceiros íntimos ou pessoas desconhecidas (Jewkes *et al.*, 2011),

sendo que em 87% dos episódios as vítimas eram do sexo feminino. Já na Ásia e Pacífico, os mesmos autores observaram entre homens de mesma faixa etária prevalência de perpetração de VS variando de 2,4% na zona rural de Bangladesh a 26,6% Papua-Nova Guiné (Jewkes *et al.*, 2013). No mesmo estudo os agressores justificaram seus atos como sendo um direito sexual, mas também motivado por diversão ou para punir a vítima, confirmando que as práticas de gênero associadas à dominação sexual são especialmente importantes nestas regiões (Jewkes *et al.*, 2013).

Adicionalmente, foram identificados como preditores da perpetração de VS, a pobreza, ter sofrido ele próprio VS ou coerção por um homem, ter sido vítima de homofobia, possuir múltiplos parceiros sexuais ou estar envolvido em sexo comercial, gangues e uso de drogas no ano precedente (Jewkes *et al.*, 2013). O conhecimento sobre os fatores preditores de agressão é importante para adoção de medidas preventivas dirigidas a populações de agressores em potencial.

Poucos estudos descrevem a perpetradora de VS do sexo feminino; nesses se constata que tais ocorrências correspondem a apenas de 5% a 15% dos casos de VS (Sarrel e Masters, 1982; Coxell *et al.*, 2000; Olsson *et al.*, 2000; Kelly *et al.*, 2002). Em 2002, um inquérito aplicado a estudantes de 11 a 19 anos que frequentavam 1191 escolas da África do Sul revelou que 13915 (9%) escolares haviam sofrido VS, com maior risco de vitimização entre alunos de escolas da zona rural. A agressão foi perpetrada nesses casos, por adultos não familiares, do sexo masculino (em 32% das vezes), feminino (41%) ou por agressores de ambos os sexos (27%) (Andersson e Ho-Foster, 2008).

Deve se acrescentar que nem sempre o adolescente do sexo masculino reconhece o sexo feminino como perpetrador, muitas vezes não conseguindo enxergar a experiência sexual como abusiva (Holmes e Slap, 1998; Coxell *et al.*, 2000). Embora pouco relatados, os crimes sexuais praticados por mulheres, são descritos como de grande impacto na saúde de mental de meninos, particularmente quando se trata de incesto materno (Krug, 1989; Lawson, 1993; Coxell *et al.*, 1999, Fisher e Pina, 2013; Merotte *et al.*, 2014). Em casos de VS perpetrada por mulheres, geralmente as agressoras pertencem ao núcleo familiar, escolar ou social da vítima, que pode ser seu filho, enteado ou adulto deficiente físico, mental ou idoso (Duque, 2004).

1.5 Consequências da violência sexual

As consequências da VS são bem conhecidas e repercutem sobre a saúde física e mental das vítimas, bem como em suas relações socioafetivas e produtividade, tanto a curto como a longo prazo. No período imediato após uma VS, Resnick *et al.* (2000) referem que cerca da metade das vítimas do sexo feminino apresenta evidência de trauma físico, mais de 30% contraem uma IST e 5% engravidam.

As consequências da VS para vítimas do sexo feminino têm sido objeto de vários estudos e ensejado diretrizes abrangentes, visando a proteção integral das vítimas, elaboradas por grupos multidisciplinares, com contribuição de autoridades governamentais, estudiosos acadêmicos e participação da sociedade civil organizada, por meio da atuação de

organizações não governamentais (Schraiber *et al.*, 2003; Brasil, 2005b; WHO, 2017).

Dentre as consequências danosas da VS, descrevem-se em vários estudos os agravos físicos dela consequentes: a) gravidez, aborto legal ou ilegal com complicações e óbito decorrente (Santos *et al.*, 2015; Madeiro e Diniz 2016); b) politrauma, que pode levar a óbito (Pesola *et al.*, 1999; Feldhaus *et al.*, 2000; Riggs *et al.*, 2000; Weinsheimer *et al.*, 2005; Wu *et al.*, 2010; Rothman *et al.*, 2011; Peterson *et al.*, 2011); c) lesão genitais com sequelas (Packard, 1914; Ba e Bophal, 2017); d) gravidez não planejada antes dos 18 anos e casamento forçado (Zierler *et al.*, 1991; Jina e Thomas, 2013; Madeiro e Diniz, 2016); e) aquisição de diversas ISTs, tais como infecção por clamídia, gonococo, papilomavírus humano, herpesvírus, tricomonas, vírus da hepatite B, *Gardenerella* e outras (Jenny *et al.*, 1990; Baldacini *et al.*, 1997b; Cacaes *et al.*, 2000; Resnick *et al.*, 2000; Coxell *et al.*, 2000; Conard e Blythe, 2003; Senn *et al.*, 2006; Girardet *et al.*, 2009; Michelete *et al.*, 2012; Drezett *et al.*, 2013) e f) aquisição da infecção pelo HIV (Zierler *et al.*, 1991; Bartholow *et al.* 1994; Drezett *et al.*, 1996; Baldacini *et al.*, 1997b; Beck-Sagué e Solomon, 1999; Drezett *et al.*, 2001; Dilorio *et al.*, 2002; Menick e Ngoh, 2003; O'Leary *et al.*, 2003; Robertson, 2003; Galvan *et al.*, 2004; Kalichman *et al.*, 2004).

As consequências da VS em homens, embora descritas a partir de relatos isolados de caso ou de amostras limitadas, não parecem diferir das que incidem em VVS do sexo feminino (Walker *et al.*, 2005; Ullman e Filipas, 2005; Zinzow *et al.*, 2008; McLean, 2013).

Particularmente no que concerne às infecções, diversos autores apontam para risco acrescido de aquisição de uma das IST mais prevalentes na população, ou mesmo de infecção pelo vírus da hepatite C às vítimas após episódios de VS (Drezett, 2000; von Sternberg *et al.*, 2012). Ao estudar agressores sexuais no sistema prisional da Grécia, Giotakos *et al.* (2003) evidenciaram que a população privada de liberdade apresenta maior prevalência de infecção pelos vírus das hepatites B e C, em decorrência do uso de drogas ilícitas e de comportamento sexual de risco. Em consequência disso, eleva-se o risco de transmissão dessas infecções quando da ocorrência de VS. Mesmo fora do ambiente prisional, sabe-se que as prevalências de infecção pelo HIV, de outras IST e de hepatites B e C na população de perpetradores é mais elevada do que as encontradas na população geral, o que justifica, em parte, a indicação de intervenções profiláticas visando redução do risco de aquisição de IST e das infecções pelo vírus da hepatite B e pelo HIV após estupro perpetrado por agressor desconhecido (Gore *et al.*, 1997; Reynolds *et al.*, 2000; Giotakos *et al.*, 2003; Coelho *et al.*, 2007; Segurado *et al.*, 2008). Tais intervenções serão abordadas, em detalhe, mais adiante no texto desta tese.

Além disso, vivências destrutivas como a VS apresentam consequências desastrosas para o bom desenvolvimento psicossocial. Reconhece-se que a VS quase sempre deixa marcas indeléveis, constituindo uma experiência emocional destruidora envolvendo mais um ato de força do que um ato de sexualidade (Cavalcanti e Cavalcanti, 2006). Todavia, nem sempre a repercussão dos danos é proporcional à agressão

física sofrida, como, por exemplo, num politraumatizado. Parece estar, sim, associada à violência emocional sofrida, à coerção havida durante o ato, ao número de perpetradores (Finkelhor, 1981), à idade precoce e ao tempo de exposição, à sua associação a um agressor conhecido da vítima e à ausência de apoio sócioafetivo após a agressão (Resnick *et al.*, 2000; Bassani *et al.*, 2009; Zinzow *et al.*, 2012a; Crane, 2013; Morgan *et al.*, 2015). Vale destacar que os estudos forenses demonstram que em episódios de agressão sexual as evidências físicas médico-legais de VS são identificadas em até no máximo 50% dos casos relatados, o que dificulta o raciocínio do sistema judiciário e a condenação do perpetrador (Campbell, 2008; White, 2013; Draughon *et al.*, 2015). Nesse contexto não se deve jamais subestimar ou negligenciar o fato de a vítima não apresentar evidências físicas de violência; esta sempre deverá receber a atenção e cuidados da equipe multiprofissional de modo a buscar mitigar o dano causado pela agressão (Johnson, 2004; Hornor *et al.*, 2012; Price *et al.*, 2013; Porta *et al.*, 2018).

Do ponto de vista da saúde mental, por sua vez, diversos transtornos têm sido associados à VS. Destes, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é seguramente o mais estudado. Estima-se que incida em 43% a 70% das vítimas após um episódio de VS (Bownes *et al.*, 1991; Krug *et al.*, 2002; Ullman e Brecklin, 2002; Grassi-Oliveira e Stein, 2008; Mason e Lodrick 2013; Jina e Thomas, 2013; Morof *et al.*, 2014; Yildirim *et al.*, 2016; Amone-P'Olak *et al.*, 2018). Outros transtornos psiquiátricos e sexuais também foram descritos, tais como depressão/ansiedade (National Victim Center, 1992; Nelson *et al.*, 2002; Kaplan e Sadock, 2005; Chen *et al.*,

2010), psicoses (Fisher *et al.*, 2009; Gayer-Anderson *et al.*, 2015; Jangam *et al.*, 2016) transtornos alimentares (mais comumente entre vítimas adolescentes do sexo masculino) (Laws e Golding, 1996; Ackard *et al.*, 2001; Ackard e Neumark-Sztainer, 2002), abuso de álcool/substâncias (Epstein *et al.*, 1998; Strazza *et al.*, 2000; Freeman *et al.*, 2002; Du Mont *et al.*, 2009; Ullman, 2016), dor pélvica crônica de origem psicogênica e outras somatizações (Schraiber *et al.*, 2010; Larsen *et al.*, 2016); baixo rendimento escolar e laboral (Johnson, 2004); ideação suicida (risco 3 vezes maior para adolescentes masculinos) (Martin *et al.*, 2004; Johnson, 2004; Eisenberg *et al.*, 2007; Masho e Anderson, 2009); comportamento sexual de risco para infecção por HIV, impulso sexual (Cunningham *et al.*, 1994; Carballo-Diequez e Dolezal, 1995; Dilorio *et al.*, 2002; Salter *et al.*, 2003; Arreola *et al.*, 2005; Scanavino, 2009; Mimiaga *et al.*, 2009), prostituição (Zierler *et al.*, 1991), disfunções sexuais e vulnerabilidade a revitimização (Campbell e Raja, 1999; Humphrey e White, 2000; Coid *et al.*, 2001; Holmes e Slap, 1998; Ullman *et al.*, 2016); baixa autoestima (Johnson, 2004), alteração do desenvolvimento psicoafetivo normal, do bem estar e da imagem corporal em crianças e adolescentes (Hanson, 2002; Ackard *et al.*, 2007), conflitos quanto à orientação sexual, pedofilia, e, finalmente, incremento do risco da vítima tornar-se perpetrador de VS no futuro (mais frequentemente observada entre vítimas do sexo masculino) (Rentoul e Appleboom, 1997; Ratner *et al.*, 2003; Jespersen *et al.*, 2009).

Sabe-se que a revelação da VS sofrida pode demorar muito tempo, de 2 a 5 anos, impedindo a adoção de medidas profiláticas para as

consequências negativas da agressão e podendo gerar conflitos por toda a vida da vítima (Smith *et al.*, 2000; Feldhaus *et al.*, 2000; Ellis, 2002; Ullman e Filipas, 2005; Mason e Lodrick, 2013; Essabar *et al.*, 2015; Sumner *et al.*, 2015b).

Dado o amplo espectro e danos relacionados à VS, entende-se que o cuidado às VVS deve ser considerado uma intervenção em saúde que não deve se restringir à dispensação de medicamentos, mas sim compreender o apropriado acolhimento das vítimas em ambiente terapêutico onde atue equipe multiprofissional, capaz de ofertar ao paciente e a seus familiares orientações, suporte social e atendimento integral em saúde, abrangendo os aspectos físicos e mentais da VS, com o objetivo de reduzir danos e para buscar alcançar o restabelecimento da saúde da vítima, tomando-se sua definição mais ampla, como proposto pela Organização Mundial da Saúde (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2017). Sabe-se que a recuperação psicológica das vítimas de VS parece estar relacionada à psicoterapia precoce, ao tipo de agressor e ao número de episódios de agressão, sexuais ou não (Kaplan e Sadock, 2005). Quando a violência ocorre sob ameaça de arma, é descrito que o paciente recebe melhor acolhimento pela equipe de profissionais de saúde e pelo meio social do que quando a vítima que foi ameaçada verbalmente e cronicamente por agressor conhecido (Campbell, 2008).

1.6 Oportunidades de intervenção após episódio de violência sexual

1.6.1 Anticoncepção de emergência e interrupção de gestação

O desfecho negativo mais conhecido e concreto após uma violência sexual é uma gestação não desejada. Até 1990 eram poucas as oportunidades concretas de realizar uma interrupção de gestação, legalmente prevista após estupro no Brasil, com base no disposto no Decreto-Lei de 1940 (Brasil, 2012). Somente a partir da década de 1990 foram criados em alguns estados do Brasil os serviços de referência, previamente previstos em lei para atendimento de VVS, de modo a propiciar o acolhimento da VVS e agilizar a facultada interrupção da gestação.

Como forma de reduzir os danos físicos e psicológicos de uma gestação e aborto pós-estupro, foi também instituída a oferta de anticoncepcional de emergência para as vítimas que chegavam aos serviços em até 5 dias após o evento de VS, na tentativa de prevenir uma gestação indesejada e, com isso, os danos à saúde da mulher a ele relacionados. Ressalta-se que diante de uma gestação após VS deve-se esclarecer à paciente sobre a continuidade ou interrupção da gestação.

Segundo Boulos, 2017:

Caso 2: Sexo feminino, 28 anos, procedente da República do Congo. Teve toda a família assassinada, e durante a fuga do seu país, sofreu três estupros em dias diferentes pelos soldados próximos a fronteira. Chegou ao nosso serviço com gestação de oito semanas.

Em seguimento ambulatorial, quando a mesma paciente soube da gestação e lhe foi esclarecido sobre a possibilidade interrupção ou não, ela declarou: *“Vi muito sofrimento e morte no meus país e não tenho coragem de fazê-lo [...].”*

A oferta de anticoncepção de emergência foi adequada ao longo dos anos aos esquemas de drogas oferecidas para a profilaxia de HIV/IST, considerando-se potenciais interações farmacológicas e a otimização dos esquemas medicamentosos para se evitarem efeitos colaterais da medicação (Brasil, 1999, 2005b e 2012).

1.6.2 Profilaxias pós-exposição para a infecção pelo HIV e outras IST

Adquirir a infecção por HIV é outro desfecho negativo temido por VVS de ambos os sexos. A probabilidade de transmissão do HIV após a VS depende da probabilidade de o perpetrador estar infectado por esse retrovírus, da carga viral plasmática de HIV do agressor, uma vez que essa se associa à intensidade da excreção genital do vírus, do contato com fluidos corporais durante o contato sexual e dos sítios de exposição corporal envolvidos, do número de contatos, do tipo e a gravidade do trauma físico sofrido e da presença de IST concomitantes, tanto no agressor quanto na vítima. Existem poucas estimativas da prevalência de infecção por HIV entre os autores de agressão sexual, o que impede corretas estimativas de risco após tal ocorrência (Bamberger *et al.*, 1999).

Diante dessa preocupação, recomendou-se a oferta de nPEP a VVS que apresentassem risco biológico, tomando-se por base a evidência de proteção conferida por medicação antirretroviral após episódio de exposição ocupacional de profissionais de saúde por acidentes perfurocortantes com material biológico potencialmente infectado, desde que o início da profilaxia medicamentosa se desse em até 72 horas após a exposição (Cardo *et al.*, 1997).

A evidência da eficácia da quimioprofilaxia da infecção por HIV adveio de estudo de caso-controle que demonstrou que os profissionais que usaram zidovudina tiveram menor chance de infectar-se por HIV do que aqueles que não tomaram a medicação após acidente (Cardo *et al.*, 1997). De modo análogo, estudo prévio acerca do uso de zidovudina profilática no período periparto havia revelado ser esse eficaz em reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV (Connor *et al.*, 1994). Desde então, nenhum outro estudo foi permitido eticamente para testar a eficácia da PEP sob diferentes modos de exposição ao HIV (exposição sexual acidental ou após a violência sexual) ou usando regimes antirretrovirais diferentes.

A adoção de nPEP deve ainda ser considerada do ponto de vista da economia em saúde (Pinkerton *et al.*, 2004). Segundo Wiebe *et al.* (2000), um caso de soroconversão para o HIV entre VVS a cada 140 prescrições de nPEP seria evitado na Colúmbia Britânica, Canadá, o que revela ser tal intervenção custo-efetiva em relação ao tratamento antirretroviral por toda a vida. O impacto econômico e social de um ou recorrentes episódios de VS é bem documentado (Max *et al.*, 2004; Arias e Corso, 2005; Jones *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2008; Bonomi *et al.*, 2009; Zinzow *et al.*, 2008). Estudos demonstram maior demanda por consultas médicas por queixas físicas, transtornos mentais, gravidez indesejada, infertilidade, baixa produtividade escolar e no trabalho, comportamento sexual de risco (prostituição, compulsão sexual) e uso de álcool e drogas (Zierler *et al.*, 1991; Carballo-Dieiguez e Dolezal, 1995; Lenderking *et al.*, 1997; Holmes e Slap, 1998; Krug *et al.*, 2002; Scanavino, 2009; Schraiber *et al.*, 2010; Kapur e Windish, 2011; Sumner *et al.*, 2015a).

No entanto, apesar de eficaz e custo-efetiva, a consolidação a recomendação de nPEP após VS na prática clínica somente ocorreu a partir da virada do milênio (CDC, 1998; Krug *et al.*, 2002; CDC, 2002; Roland, 2007; Rey *et al.*, 2000; Chacko *et al.*, 2012; Brasil, 2012; Seña *et al.*, 2015). Particularmente em nosso contexto, o Programa Brasileiro de atendimento a VVS foi instituído a partir de 1999, com o lançamento de Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes como parte do Programa Nacional do HIV/AIDS com acesso gratuito as medicações para IST e AIDS. As diretrizes propostas têm sofrido atualizações, encontrando-se já em sua terceira edição (Brasil, 1999, 2005b e 2012).

A recomendação de nPEP nas primeiras 72 horas após o episódio de VS e de contracepção de emergência, em diferentes regiões do mundo, inclusive no Brasil, a partir da década de 1990 parece ter estimulado as vítimas de VS a procurarem serviços médicos de emergência após um episódio de VS (Drezett *et al.*, 1996; Baldacini *et al.*, 1997a; Drezett *et al.*, 1999; Resnick *et al.*, 2000; Gibb *et al.*, 2003; Garcia *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2005; McCall-Hosenfeld *et al.*, 2009).

Cabe lembrar que as intervenções medicamentosas profiláticas recomendadas para VVS não se restringem à nPEP, devendo também abranger a profilaxia da aquisição de outros agentes capazes de causar IST. As IST de incidência mais elevada em mulheres VVS são as infecções por clamídia, a gonorreia, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Por ser a mulher jovem, em idade reprodutiva, a vítima mais acometida, a pesquisa e

o tratamento de IST tem importância adicional pelo potencial impacto dessas doenças sobre a fertilidade, além de outras consequências negativas para a saúde. Ao estudar 204 VVS atendidas até 72 horas após o episódio de VS em Seattle, nos EUA, Jenny *et al.* (1990) identificaram que 43% das vítimas apresentavam pelo menos uma IST à admissão ao serviço, a saber, vaginose bacteriana (35%), tricomoníase (15%); clamídia (10%), gonorreia (6%), herpes vírus (2%), sífilis (1%) e infecção por HIV (1%). Além disso, a coleta de material para diagnóstico de IST é uma importante ferramenta forense em crianças, sendo utilizada com evidência de contato sexual.

Apesar de controversa, por conta de evidência científica limitada de efetividade, a profilaxia de IST bacterianas justifica-se em casos de episódio recente de VS em virtude de se descrever maior ocorrência de IST nas VVS; além disso, deve-se levar em conta que na presença de IST o risco de infecção por HIV se eleva (Mayer e Venkatesh, 2011). Ao lado disso, a constatação de que em muitos contextos, onde a violência sexual é prevalente, há baixo acesso ao diagnóstico de IST por falta de infraestrutura e alto custo (WHO, 2017) e há baixa adesão ao seguimento ambulatorial das vítimas, reforça a indicação de quimioprofilaxia para esses agravos após episódios de VS. Recentemente a OMS padronizou esquema de profilaxia de IST bacterianas e imunizações para crianças e adolescentes VVS, com forte recomendação para uso da medicação sempre que houver contato com material biológico (oral, anal ou vaginal) (WHO, 2017).

1.6.3 Adesão à nPEP após episódio de VS

Deve-se reconhecer que a adesão à nPEP por 28 dias após um episódio de VS ainda representa um desafio. Em estudo de metanálise, comparou-se a adesão à nPEP entre vítimas residentes em países desenvolvidos ou em países em desenvolvimento, Chacko *et al.* (2012) descreveram uma média de 40% de adesão à nPEP entre VVS, sendo esta maior em vítimas de países em desenvolvimento (60%). Esses últimos justificaram tal achado pela hipótese de que há maior risco de aquisição do HIV em países em desenvolvimento (0,5% a 17,8%) do que se observa em países desenvolvidos (0,2% a 0,6%). Draughon e Sheridan (2012), por sua vez, descreveram taxas de adesão à nPEP que variaram de 0% a 63% em países industrializados das Américas e Europa. Como se pode depreender desses estudos, a adesão à nPEP após episódio de VS não é a ideal. Todavia, taxas análogas de adesão também se verificam entre indivíduos que recebem PEP após exposição acidental ocupacional, condição em que a adesão ao esquema antirretroviral pelo período total de 28 dias raramente excede 60% (Ford *et al.*, 2014).

Adicionalmente, comprovou-se que a adesão das VVS à nPEP é superior quando os antirretrovirais são dispensados no momento do atendimento inicial em esquema completo para os 28 dias de profilaxia, se comparada à observada com dispensação fracionada, situação em que a VVS recebe inicialmente medicação para 7 dias, sendo-lhe entregues os comprimidos restantes em consulta de seguimento ambulatorial (Ford *et al.*, 2015). Destaca-se que além da nPEP, a VVS deve receber prescrição de

analgésicos, antieméticos e outros sintomáticos, visando reduzir a frequência de eventuais efeitos adversos da medicação antirretroviral e, conseqüentemente, facilitar a adesão da vítima à nPEP (Vetten e Haffejee, 2008; Abrahams *et al.*, 2010; Procópio *et al.*, 2014; Arend *et al.*, 2013).

É de se notar que alguns países adotam a nPEP como política de saúde pública, ofertando os antirretrovirais às VVS, enquanto em outros, a medicação deve ser custeada pela vítima. Como se pode observar no Quadro 2 as taxas de adesão à nPEP são mais elevadas em países onde a medicação é ofertada sem ônus para as VVS, como, por exemplo, no Brasil e na África do Sul (Drezett *et al.*, 1999, Garcia *et al.*, 2005; Diniz *et al.*, 2007; Roland *et al.*, 2012).

Quadro 2 - Adesão à nPEP entre VVS, segundo o tipo de oferta da medicação antirretroviral: gratuita ou custeada pela vítima

Estudos*	Ano	País	Pacientes (N)	Adesão (%)
nPEP não gratuita				
Babl <i>et al.</i>	2000	EUA	5	24,52
Wiebe <i>et al.</i>	2000	Canadá	71	11,80
Schremmer <i>et al.</i>	2005	EUA	34	24,27
Linden <i>et al.</i>	2005	EUA	85	21,51
Olshen <i>et al.</i>	2006	EUA	86	15,51
Neu <i>et al.</i>	2007	EUA	33	27,93
Loutfy <i>et al.</i>	2008	Canadá	347	32,04
Griffith <i>et al.</i>	2010	EUA	151	24,67
Krause <i>et al.</i>	2014	EUA	124	27,4
Total			936	
nPEP gratuita				
Drezett <i>et al.</i>	1999	Brasil	62	75,80
Bani-Sadr <i>et al.</i>	2001	França	109	45,91
Limb <i>et al.</i>	2002	Reino Unido	8	61,18
Lacombe <i>et al.</i>	2006	França	5	58,46
Garcia <i>et al.</i>	2005	Brasil	169	60,75
Speight <i>et al.</i>	2006	Quênia	58	51,70
Diniz <i>et al.</i>	2007	Brasil	54	57,27
Rey <i>et al.</i>	2000	França	98	54,04
Collings <i>et al.</i>	2008	África do Sul	113	35,53
Du Mont <i>et al.</i>	2008	Canadá	131	33,60
Kim <i>et al.</i>	2009	África do Sul	36	58,11
Kim <i>et al.</i>	2009	África do Sul	15	21,79
Lunding <i>et al.</i>	2010	Dinamarca	32	41,00
Wong <i>et al.</i>	2010	Canadá	118	44,12
Roland <i>et al.</i>	2012	África do Sul	131	73,86
Masanzu <i>et al.</i>	2010	Reino Unido	77	51,96
Carries <i>et al.</i>	2007	África do Sul	198	57,00
Total			1523	

*Adaptado de Chacko *et al.* (2012).

1.6.4 Retenção no cuidado

As diretrizes de cuidado às VVS ressaltam a necessidade de acompanhamento clínico-laboratorial das vítimas por período superior ao de administração da quimioprofilaxia antirretroviral, com objetivo de diagnosticar infecções incidentes pelo HIV ou outros agentes causadores de IST. Tal seguimento habitualmente se faz em consultas ambulatoriais periódicas até 180 dias após o episódio de VS, momento em que se devem realizar testes sorológicos para diagnóstico de infecção por HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

Poucos estudos relatam as taxas de retenção de VVS ao cuidado até o 6º mês de seguimento. Segundo revisão de Draughon e Sheridan (2012), que avaliou a adesão a nPEP em países industrializados de 1999 a 2009, apenas cinco de 28 estudos relataram o cuidado até 6 meses, com taxas de retenção variando entre 0,5% a 62% (Draughon e Sheridan, 2012). Roland *et al.* (2012) conseguiram aumentar a adesão à nPEP por VVS, usando um protocolo de acompanhamento que incluía busca ativa de faltosos na Cidade do Cabo, África do Sul. Nessas condições não habituais lograram elevar a taxa de retenção no cuidado por 6 meses para 81% das VVS em acompanhamento.

De modo geral, diversas barreiras podem prejudicar tanto a adesão à nPEP como a retenção no cuidado de VVS, incluindo questões de ordem econômica e de infraestrutura: falta de políticas de saúde para VVS, dificuldades no acesso aos serviços especializados e às medicações, problemas com transporte, privação de alimentos e negligência aos cuidados infantis, além de dificuldades relacionadas a efeitos colaterais da medicação

antirretroviral. Também são citados falta de treinamento da equipe multidisciplinar (atitudes culturais negativas), falta de serviços de proteção a vítimas ameaçadas, medo de receber o diagnóstico de infecção por HIV, presunção de falta de confidencialidade ou de segurança das vítimas. Por fim, acrescentam-se as barreiras emocionais, como culpa, estigma, síndrome do estresse pós-traumático agudo (Bownes *et al.*, 1991; Wiebe *et al.*, 2000; Amone-P'Olak *et al.*, 2018), bem como ter medo do agressor (Killian *et al.*, 2007; Vetten e Haffejee, 2008; Ullman e Filipas, 2001; Abrahams *et al.*, 2010; Roland *et al.*, 2012; Du Monte e White, 2013; Marc *et al.*, 2013; Adefolalu, 2013; Procópio *et al.*, 2014; Arend *et al.*, 2013; Ullman e Peter-Hagene, 2014; Pietraszkiewicz *et al.*, 2014; Porta *et al.*, 2018).

Embora o cuidado integral a VVS seja política pública implementada no Brasil no âmbito do SUS e compreenda o acolhimento das vítimas, a provisão de nPEP para prevenção da infecção pelo HIV, a prevenção de outras IST e da gestação não desejada e intervenções de redução de danos à saúde mental das vítimas, pouco se sabe em relação a fatores preditores da adesão à nPEP e da retenção no cuidado pelo período recomendado de seguimento por 6 meses. Para melhor elucidação da questão, concebeu-se a realização deste estudo de caracterização dos usuários que procuram serviço especializado no cuidado a VVS na cidade de São Paulo em até 72 horas após episódio de violência.

2 OBJETIVOS

Com foco no cuidado oferecido a vítimas de violência sexual em serviço hospitalar da cidade de São Paulo (NAVIS-HCFMUSP), o presente estudo tem como objetivos:

- Comparar características da violência sexual e a prescrição de profilaxia pós-exposição da infecção pelo HIV entre VVS admitidas ao serviço em até 72 horas após o episódio de violência segundo a idade da vítima.
- Estimar a taxa de adesão à profilaxia pós-exposição da infecção pelo HIV entre vítimas de violência sexual admitidas ao serviço em até 72 horas após o episódio de violência.
- Estimar a taxa de retenção no cuidado por 180 dias dessas vítimas, com vistas ao seguimento clínico-laboratorial.
- Identificar fatores preditores da adesão à profilaxia pós-exposição da infecção pelo HIV e da retenção no cuidado.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo de coorte retrospectiva.

3.2 População

Pacientes atendidos no NAVIS-HCFMUSP entre janeiro de 2001 a dezembro de 2013.

3.3 Critério de inclusão

Vítimas de violência sexual atendidas no NAVIS-HCFMUSP no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2013 em até 72 horas após o episódio de VS.

3.4 Critério de exclusão

Prontuário médico incompleto ou indisponível.

3.5 Procedimentos do estudo

O Protocolo NAVIS foi formulado em 2000 visando o atendimento integral à vítima de violência sexual, do qual participa equipe multidisciplinar do HC-FMUSP. Em suas diretrizes clínicas, estabeleceu-se primeiramente que o protocolo seria adotado para atenção a todo(a) paciente com queixa de violência sexual ou com suspeita de lesão genital por estupro, que tenha procurado o serviço de emergência do HC-FMUSP por demanda espontânea ou após encaminhamento de outro serviço de atenção à saúde, independentemente da existência de avaliação por parte do Instituto Médico Legal (IML) ou de ter sido lavrado boletim de ocorrência policial.

A admissão da vítima de violência dá-se pelo Pronto Socorro do Instituto Central (PS-ICHC) ou pelo ambulatório da Divisão de Moléstias Infecciosas (DMIP). Quando admitida no setor de emergência, a vítima é inicialmente avaliada quanto à gravidade clínica pelos Serviços de Cirurgia Geral (sexo masculino/feminino) ou Ginecologia (sexo feminino); em seguida é encaminhada para a DMIP, onde é definida a necessidade de profilaxia de IST: tricomoníase (metronidazol 2 g, por via oral, em dose única), sífilis, gonorreia e infecção por clamídia (ceftriaxona 1 g, intramuscular e azitromicina 1 g, por via oral, em dose única), hepatite B (imunização passiva e ativa) e nPEP com base em terapia antirretroviral combinada [zidovudina e lamivudina associados a nelfinavir (até 2005) ou a lopinavir/ritonavir (entre 2005 e 2013)]. A recomendação de nPEP segue diretrizes do Ministério da Saúde, que estabelecem que tal intervenção profilática seja oferecida em casos de penetração vaginal e/ou anal nas

primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. Após um episódio de VS por penetração oral com ejaculação, cabe avaliação médica de risco e motivação da vítima para uso de nPEP, tendo em vista o menor risco de infecção (Brasil, 1999, 2005b e 2012).

Ao lado disso, o protocolo NAVIS inclui triagem sorológica para IST no primeiro atendimento (sorologias para infecção por HIV, hepatites B e C e sífilis), devendo tais testes ser repetidos durante o acompanhamento ambulatorial no 3º e 6º mês após o atendimento inicial. Os retornos ambulatoriais com o infectologista do NAVIS são marcados para os dias 7, 30, 90 e 180 dias após a admissão, ou conforme requeira o quadro clínico do paciente. Além do atendimento médico no NAVIS, o paciente e sua família recebem aconselhamento e seguimento clínico por profissionais de enfermagem, assistência social, psicologia e de outras especialidades médicas, tais como psiquiatria e proctologia. O atendimento da equipe multidisciplinar inclui o aconselhamento das VVS e de seu(s) cuidador(es) não infratores, o reforço pela equipe de enfermagem à adesão às intervenções médicas, sessões quinzenais de terapia psicodinâmica individual adaptadas de acordo com a idade para crianças, adolescentes ou adultos (agendadas entre 15 a 30 dias após a admissão). A avaliação de um assistente social inclui orientação jurídica, medidas de proteção e intervenções para eventuais necessidades sociais específicas.

3.6 Variáveis de interesse

Para atender aos objetivos do estudo, adotaram-se como variáveis dependentes:

a) Características da VS e prescrição de nPEP, exploradas conforme sexo e categoria de idade (<14 anos ou ≥14 anos) da vítima.

b) Adesão ao tratamento prescrito de nPEP por 28 dias. A profilaxia antirretroviral foi considerada completa com base no autorrelato do paciente de ter ingerido a medicação por 28 dias.

c) Retenção no cuidado por 180 dias, definida como ter recebido alta médica após realização dos exames sorológicos para HIV e sífilis no dia 180 de seguimento clínico-laboratorial, independentemente da alta do suporte de saúde mental.

As variáveis independentes incluídas na análise foram:

a) Dados sociodemográficos e clínicos (sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade em anos de estudo, ocupação, presença de deficiência física ou mental).

b) Características da VS: caráter crônico/recorrente; local da ocorrência; número de agressores; características do perpetrador (desconhecido ou conhecido); coerção durante a violência sexual (ameaça verbal, física, uso de arma branca ou de fogo); uso de álcool ou substâncias psicoativas antes/durante a VS; sítio anatômico (oral, anal ou vaginal; com penetração ou sem penetração); uso de preservativo e ejaculação pelo perpetrador; presença e gravidade de trauma genital e trauma físico geral. A estratificação da intensidade do trauma foi feita por meio da avaliação mista

Trauma and Injury Severity Score (TRISS): anatômica, com base no *Abbreviated Injury Scale/Injury Severity Score* (AIS/ISS) 2005, e fisiológica, por meio do *Revised Trauma Score* (RTS), que gera uma pontuação da estratificação de gravidade (NISS), indicador de risco de morte pelo trauma, validados em serviços de emergência (Whitaker *et al.*, 2003).

Os cálculos dos escores ISS e NISS foram obtidos com emprego do *software* traduzido para o idioma português e gentilmente fornecido pelo Hospital Nove de Julho, da cidade de São Paulo.

c) Informações sobre suporte familiar, atendimento pela equipe de psicologia do NAVIS HC-FMUSP e notificação para órgãos de Segurança Pública. O suporte familiar foi avaliado pela presença de familiares ou acompanhantes durante o atendimento e a partir de anotações das equipes de serviço social e psicologia do serviço. Para avaliação de atendimento pela equipe de psicologia, foi revisto o registro em prontuário específico de saúde mental, sendo considerados atendidos aqueles pacientes com pelo menos uma consulta no serviço de Psicologia NAVIS-HCFMUSP ou relato de consulta externa. Por fim, a notificação para órgãos de Segurança Pública foi avaliada com base em registro ou cópia do boletim de ocorrência no prontuário médico. Vale lembrar que, para maiores de 18 anos, o registro em delegacia por boletim de ocorrência não é compulsório; ao passo que para menores de 18 anos a notificação da suspeita ou ocorrência para a Vara da Infância e Juventude é mandatória.

Os dados de interesse foram coletados por meio de revisão de prontuários, utilizando-se um formulário eletrônico padronizado (Harris *et al.*, 2009).

3.7 Aspectos estatísticos

Características demográficas e clínicas, bem como da VS, foram descritas por meio de frequências, porcentagens, medianas e intervalos interquartis. Sexo e categoria de idade da VVS foram analisados como preditores de características da VS, utilizando-se os testes de qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme apropriado. Preditores de adesão à nPEP e de retenção no cuidado foram avaliados pelo cálculo de riscos relativos e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC95%). Além disso, utilizaram-se modelos de regressão logística multivariada para avaliar o efeito independente de preditores selecionados sobre os desfechos. Em todas as análises foi considerado um erro alfa bicaudal de 0,05 e utilizou-se o pacote estatístico STATA 15.1.

3.8 Aspectos éticos

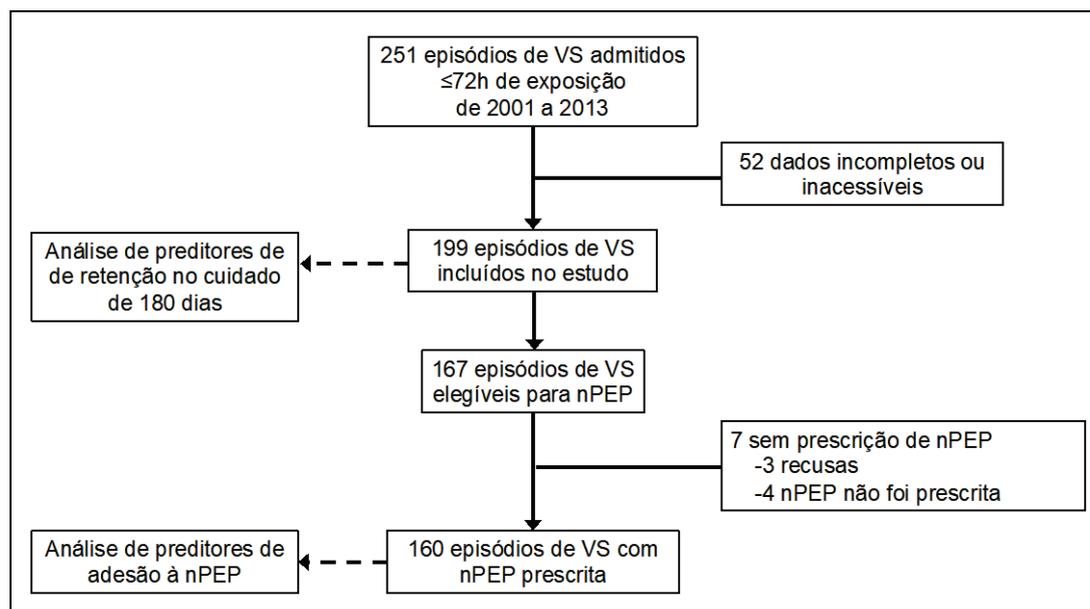
O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional (registro online nº 7413) e protocolo CAPPesq nº 0333/11, com isenção da obtenção de consentimento livre e esclarecido, pelo fato do estudo ser baseado apenas em dados secundários, colhidos de informações contidas em prontuários médicos. Todas as informações identificáveis foram mantidas sob anonimato e o gerenciamento de dados confidenciais garantido durante todo o estudo.

4 RESULTADOS

4.1 Características gerais da amostra e da VS conforme sexo e idade das vítimas

Foram identificadas 251 VVS atendidas no NAVIS-HCFMUSP até 72 horas após o episódio de VS no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2013. Na revisão de prontuários as informações foram consideradas incompletas para 52 indivíduos, resultando em uma amostra final de 199 episódios de VS em 197 indivíduos, dado que duas mulheres foram revitimizadas.

Entre as 199 vítimas de VS incluídas, 167 preencheram os critérios para nPEP, das quais 160 efetivamente receberam tal prescrição (três pacientes a recusaram e quatro não receberam prescrição da medicação profilática, apesar de indicada). Portanto, a análise do desfecho de adesão à nPEP compreendeu 160 VVS, enquanto, para avaliação do desfecho de retenção no cuidado, incluíram-se todas as 199 VVS assistidas no período de interesse (Figura 1).

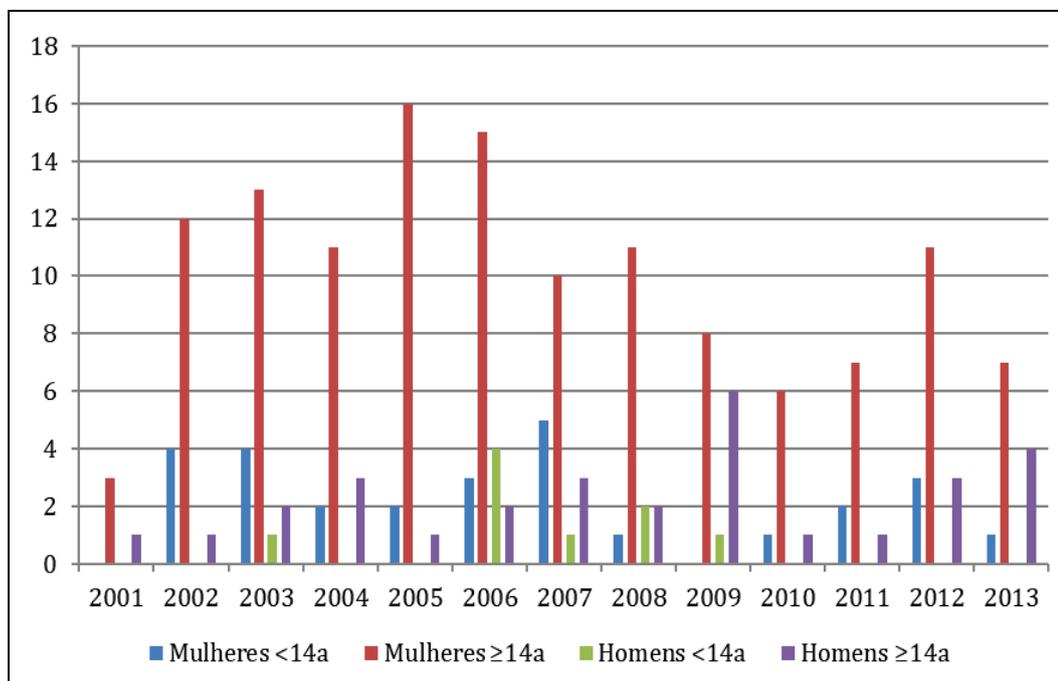


VS: Violência sexual; h: horas; nPEP: Profilaxia pós pós-exposição não ocupacional para infecção pelo HIV.

Figura 1 - Seleção da amostra de vítimas de violência sexual admitidas ao serviço em até 72 horas após o episódio de violência sexual, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

O Gráfico 1 demonstra a frequência de vítimas de violência sexual atendidas no NAVIS-HCFMUSP em até 72 horas após o episódio de violência, segundo ano de ocorrência, idade e sexo.

Gráfico 1 - Frequência de vítimas de violência sexual admitidas ao serviço em até 72 horas após o episódio de violência, segundo ano de atendimento, idade e sexo, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013



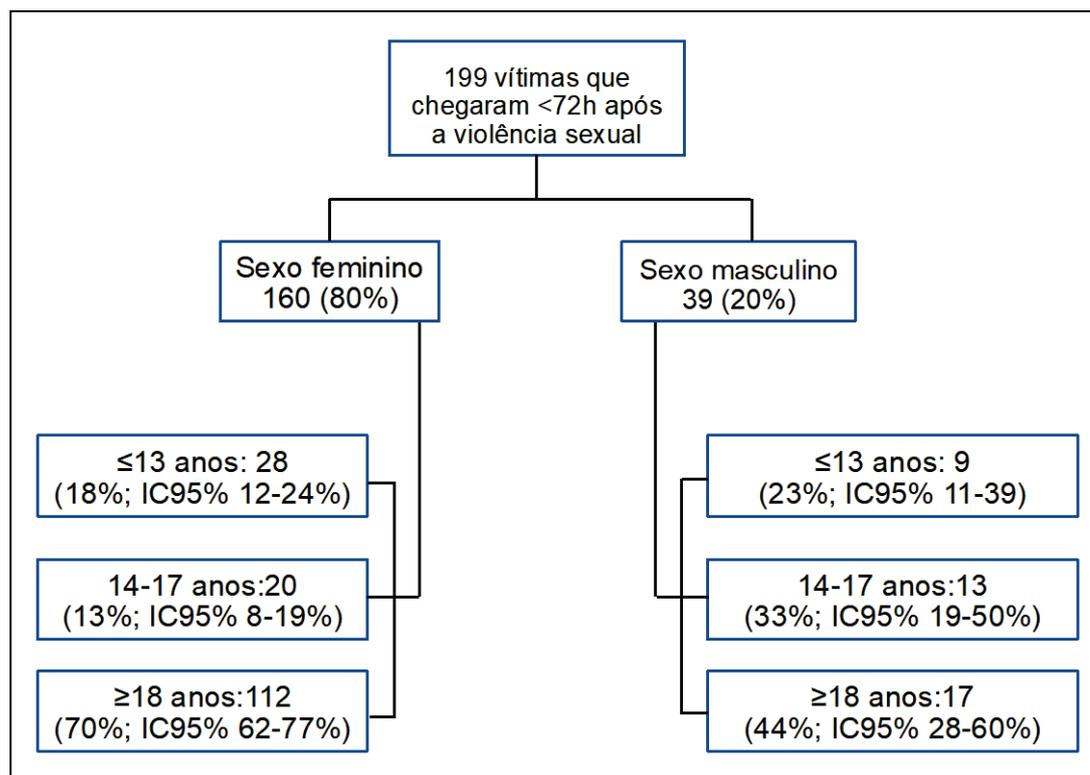
As características demográficas e clínicas de VVS incluídas no estudo estão apresentadas na Tabela 1. A amostra foi constituída predominantemente de mulheres brancas, com idades acima de 18 anos, mediana de 9 anos de estudo, estudantes ou profissionais, atuando em empregos qualificados e sem deficiência física ou mental.

Tabela 1 - Características sociodemográficas à admissão de 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

Características	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Sexo	199 (100)	160 (80)	39 (20)
Idade (anos)*	22 (15-29)	23 (17-29)	17 (14-32)
≤13	37 (19)	28 (17,5)	9 (23)
14-17	33 (17)	20 (12,5)	13 (33)
≥18	129 (65)	112 (70)	17 (44)
Cor da pele			
branco	149 (75)	118 (74)	31 (79)
negro/pardo	46 (23)	40 (25)	6 (15)
outros	4 (2)	2 (1)	2 (5)
Escolaridade (anos)*	9 (6-11)	10 (7-11)	8 (4-11)
Ocupação			
desempregado	5 (3)	12 (8)	1 (3)
estudante	92 (46)	69 (43)	23 (59)
trabalho não qualificado	22 (11)	21 (13)	1 (3)
trabalho qualificado	59 (30)	49 (31)	10 (26)
ignorado	3 (2)	9 (6)	4 (10)
Deficiência física ou mental	5 (3)	2 (1)	3 (8)

* As variáveis numéricas estão apresentadas como medianas e intervalos interquartis.

Na Figura 2, apresenta-se a distribuição geral de VVS por categorias de idade e sexo. Pode-se observar que as VVS do sexo masculino na idade adulta (maior de 18 anos) representaram apenas 44% do total, ao passo que 70% das VVS do sexo feminino eram adultas. Além disso, as VVS do sexo masculino foram significativamente mais jovens do que as VVS do sexo feminino ($p=0,002$).



IC95%: Intervalos de confiança 95%, h: horas.

Figura 2 - Distribuição por categoria de idade e sexo de 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

As características do episódio de violência sexual, no tocante à sua natureza (episódica ou recorrente), local de ocorrência, número e tipo de agressores, forma de coerção, relato de uso de álcool/substâncias, bem como tipo de contato sexual ocorrido são resumidas na Tabela 2. Como se pode observar, a maioria dos episódios ocorreram no trajeto ao trabalho ou à escola (110, ou 55%), por um só agressor (180, ou 90%) e sob coerção física (158, ou 79%).

É importante ressaltar que na amostra estudada, o relato de episódio de VS perpetrado por agressor conhecido foi mais frequente entre menores de 14 anos, para ambos os sexos (feminino $p < 0,001$; masculino $P = 0,001$). Entre vítimas com idade igual ou superior a 14 anos, de ambos os sexos,

mais frequentemente houve relato de perpetrador desconhecido (feminino, 85%; masculino, 83%). Também a VS relatada no domicílio ou entorno (feminino $p < 0,001$ e masculino $p = 0,002$) foi mais frequente em menores de 14 anos. Chama ainda atenção o fato de indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 14 anos relatarem mais frequentemente terem sido agredidos por mais de um perpetrador, comparados as vítimas do sexo feminino da mesma faixa etária ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Características do episódio de violência sexual referido por 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

Características	Total n=199 (%)	Sexo feminino		Sexo masculino	
		<14 anos n=28 (%)	≥14 anos n=132 (%)	<14 anos n=9 (%)	≥14 anos n=30 (%)
Violência recorrente	2 (1)	1 (4)	1 (1)	-	-
Local					
domicílio ou entorno	34 (17)	12 (43)	13 (10)	6 (67)	3 (10)
trajeto trabalho/Escola	110 (55)	6 (21)	85 (64)	-	19 (63)
local fechado outro	51 (26)	9 (32)	32 (24)	3 (33)	7 (23)
outros/Ignorado	4 (2)	1 (4)	2 (2)	-	1 (3)
>1 agressor*1	19 (10)	-	10 (8)	-	9 (30)
Agressor conhecido da vítima*2					
familiar	7 (4)	3 (11)	-	3 (33)	1 (3)
parceiro íntimo	6 (3)	-	5 (4)	-	1 (3)
outro	34 (17)	12 (43)	15 (11)	4 (44)	3 (10)
Coerção					
verbal	158 (79)	23 (82)	109 (83)	5 (56)	21 (70)
física	45 (23)	-	34 (26)	2 (22)	9 (30)
com arma fogo/branca					
Uso de álcool	24 (2)	-	20 (15)	-	4 (13)
Uso de substâncias*3	26 (14)	-	19 (15)	-	7 (25)
Tipo de violência sexual					
Penetração vaginal (n=160 feminino)	120 (75)	15 (54)	105 (80)		
com pênis	114 (71)	11 (39)	103 (78)		
com dedo ou objeto	6 (4)	4 (14)	2 (2)		
Penetração anal	72 (36)	8 (29)	32 (24)	7 (78)	25 (83)
com pênis	65 (33)	8 (29)	30 (23)	4 (44)	23 (77)
com dedo ou objeto	7 (4)	-	2 (2)	3 (33)	2 (7)
Penetração oral com pênis	49 (25)	2 (7)	43 (33)	-	4 (13)
Outro tipo de violência sexual	17 (9)	11 (39)	4 (3)	1 (11)	1 (3)
Ejaculação pelo perpetrador					
vaginal (n=160 feminino)	51 (32)	4 (14)	47 (36)		
anal	22 (11)	3 (11)	12 (9)	1 (11)	6 (20)
oral	11 (6)	1 (4)	10 (8)	-	-
Uso de preservativo pelo perpetrador *4	5 (3)	-	5 (4)	-	-

*1 dados ausentes para 13 pacientes; *2 dados ausentes para 10 pacientes; *3 dados ausentes para 14 pacientes; *4 dados ausentes para 48 pacientes.

Na Tabela 3 são apresentadas as características do exame físico das VVS. Um aspecto relevante do cuidado prestado a VVS diz respeito às condições clínicas no momento do atendimento de emergência. Assim, destaca-se que à admissão, havia algum achado clínico genital ou extragenital em aproximadamente metade das vítimas (51%). Aquelas com idade igual ou superior a 14 anos e do sexo masculino apresentaram maior intensidade de trauma físico, aferido pelos escores ISS ($p=0,0084$) e NISS ($p=0,0172$), quando comparadas às vítimas do sexo feminino de mesma faixa etária. Vinte (10%) VVS à admissão ao serviço apresentavam ambos os escores de trauma físico com valores iguais ou superiores a 5, evidenciando risco de morte elevado sendo que uma (menina de 5 anos de idade) evoluiu a óbito por trauma cranioencefálico associado à VS.

Houve, também, indicação menos frequente de nPEP entre as vítimas menores de 14 anos de ambos os sexos, quando comparadas às com idade igual ou superior a 14 anos (feminino $p<0,001$ e masculino $p=0,001$).

Chama a atenção o fato de que em apenas 20 (24%) episódios de VS lavrou-se boletim de ocorrência policial.

O tempo mediano entre o episódio de VS e a admissão ao serviço foi de 1 dia (IIQ 0,5-1,5). Das 199 vítimas, 160 (85%) receberam profilaxia para outras IST, incluindo ceftriaxona (85%), azitromicina (81%) e metronidazol (76%). A profilaxia da hepatite B com imunoglobulina e/ou vacinação foi realizada em 119 (60%) vítimas, não previamente imunizadas. A contracepção de emergência foi prescrita para 98/160 (61%) vítimas do sexo feminino. Uma mulher que não recebeu contracepção de emergência depois

de ter relatado apenas penetração anal, engravidou e sua gestação resultou em aborto espontâneo.

Tabela 3 - Achados de exame físico e intervenções prescritas para 199 vítimas de violência sexual atendidas em até 72 horas após o episódio de violência, segundo sexo e idade, HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

Características	Total n=199 (%)	Sexo feminino		Sexo masculino	
		<14 anos n=28 (%)	≥14 anos n=132 (%)	<14 anos n=9 (%)	≥14 anos n=30 (%)
Presença de trauma físico	101 (51)	17 (61)	65 (49)	3 (33)	16 (53)
Achados extragenitais					
cabeça	31 (16)	4 (14)	22 (17)	-	5 (17)
tórax	17 (9)	3 (11)	12 (9)	1 (11)	1 (3)
abdome	10 (5)	1 (4)	9 (7)	-	-
membros	23 (12)	4 (14)	18 (14)	-	1 (3)
Exame genital feminino (n=160)					
equimose/lesão mínima	34 (21)	11 (39)	23 (17)		
ruptura (incluindo a himenial recente)	21 (13)	6 (21)	15 (11)		
Exame genital masculino*1 (n=39)					
lesão anal	11 (28)			3 (33)	8 (31)
lesão peniana	1 (3)			-	1 (4)
ISS*2 (n=101)					
1	59 (58)	9 (53)	43 (66)	2 (67)	5 (31)
2-4	22 (22)	5 (29)	11 (17)	-	6 (38)
≥5	20 (20)	3 (18)	11 (17)	1 (33)	5 (31)
NISS*2 (n=101)					
1	46 (46)	8 (47)	33 (51)	1 (33)	4 (25)
2-4	34 (34)	6 (35)	20 (31)	1 (33)	7 (44)
≥5	21 (21)	3 (18)	12 (18)	1 (33)	5 (31)
Necessidade de internação	13 (7)	8 (29)	2 (2)	-	3 (10)
Necessidade de procedimento cirúrgico	13 (7)	6 (21)	2 (2)	-	5 (17)
Prescrição de nPEP	160 (80)	15 (54)	114 (86)	4 (44)	27 (90)
Prescrição de profilaxia para IST bacterianas*3	170 (85)	17 (61)	122 (92)	3 (33)	28 (93)
Prescrição contracepção de emergência (n=160)	98 (61)	3 (11)	95 (72)		
Boletim de ocorrência lavrado	20 (24)	2 (15)	13 (28)	1 (17)	4 (21)

ISS (*Injury Severity Score*): escore de gravidade do trauma; NISS (*New Injury Severity Score*): novo escore de gravidade do trauma; *1 dados ausentes para 6 pacientes; *2 Escore calculado na evidência de trauma físico; *3 dados ausentes para 20 pacientes.

As variáveis numéricas foram apresentadas como medianas e intervalos interquartis.

4.2 Adesão à profilaxia pós-exposição anti-HIV

No presente estudo, verificou-se que 104 das 160 VVS elegíveis para nPEP aderiram ao uso das medicações pelo prazo recomendado de 28 dias (65%; IC95% 57%-72%).

Quarenta vítimas foram perdidas do acompanhamento antes do dia 28 e 16 outras descontinuaram a nPEP, devido à má compreensão da posologia (13 casos) ou por efeitos colaterais da medicação (três casos). Entre os usuários da nPEP, pelo menos um efeito colateral foi relatado por 127 vítimas (79,4%) e, mais frequentemente, incluiu náuseas e vômitos (31,5%), diarreia (26,8%), distúrbios neurológicos (11,8%) e erupções cutâneas (2,4%). Devido aos efeitos colaterais, o esquema medicamentoso da nPEP foi modificado para 9 (8%) VVS durante o tratamento.

Na análise univariada buscando identificar variáveis preditoras de adesão à nPEP, não se observou diferença estatisticamente significativa na frequência do desfecho em relação ao sexo, idade, cor da pele ou escolaridade da vítima (Tabela 4). Analogamente, relato de penetração oral, vaginal ou anal, ou de ejaculação e presença de sinal de trauma físico à admissão não se mostraram associados de modo estatisticamente significativo com o desfecho. Tampouco o relato do tipo de agressão (por perpetrador conhecido ou desconhecido da vítima) modificou a probabilidade de adesão à nPEP.

A adesão aos 28 dias de nPEP foi significativamente superior entre vítimas que relataram terem recebido suporte social de familiares/amigos/colegas de trabalho (RR 1,52; IC95% 0,93-2,47; p=0,036).

Além disso, VVS que receberam atendimento psicológico tiveram melhor adesão à nPEP (RR 2,57; IC95% 1,76-3,75; $p < 0,001$), ao passo que VVS que sofreram violência sob indução de álcool/substâncias apresentaram menor adesão a essa intervenção (RR 0,68; IC95% 0,46-1,02; $p = 0,03$).

Na análise multivariada para investigação de preditores independentes do desfecho, que incluiu idade, sexo, uso de álcool/substâncias e suporte familiar, somente o atendimento psicológico se manteve significativamente associado à adesão à nPEP por 28 dias (OR 8,32; IC95% 3,00-23,03; $p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise univariada e multivariada de preditores de adesão à nPEP entre 160 vítimas de violência sexual que receberam prescrição dessa intervenção. HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

Preditores de adesão à nPEP	Análise univariada			Análise multivariada		
	RR	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Sexo masculino	0,99	0,74-1,32	0,950	0,92	0,31-2,71	0,880
Idade (acrécimo a cada 10 anos de aumento)	1,03	0,96-1,11	0,392	1,01	0,71-1,42	0,976
Cor de pele branca*	1,02	0,78-1,35	0,874			
Educação (por ano de aumento)	1,00	0,98-1,01	0,532			
Perpetrador conhecido	0,81	0,57-1,15	0,180			
Penetração oral	1,26	1,02-1,58	0,059			
Penetração vaginal	0,95	0,69-1,30	0,745			
Penetração anal	1,19	0,95-1,49	0,138			
Ejaculação (qualquer sítio anatômico)	1,02	0,78-1,32	0,875			
Suporte social#	1,52	0,93-2,47	0,036	1,41	0,40-4,99	0,598
Atendimento psicológico	2,57	1,76-3,75	<0,001	8,32	3,00-23,03	<0,001
Uso de álcool/substâncias	0,68	0,46-1,02	0,030	1,29	0,41-4,06	0,659

* Referente a categoria de cor de pele não branca

4.3 Retenção no cuidado clínico-laboratorial

A retenção no cuidado por 180 dias de seguimento foi observada para 89(45% IC95% 38-52%) pacientes.

Na análise univariada de preditores de retenção no cuidado com seguimento clínico-laboratorial por 180 dias, não se verificaram diferenças estatisticamente significantes em relação ao desfecho no tocante à idade, sexo, cor de pele, ou escolaridade da vítima (Tabela 5). Em relação às características da agressão, o relato de penetração oral durante o episódio de violência mostrou-se associado à retenção no cuidado (RR 1,48; IC95% 1,09-2,01; $p=0,019$), ao passo que informação referente a penetração vaginal, anal ou ejaculação não alteraram significativamente a ocorrência do desfecho. Houve menor retenção no seguimento ambulatorial entre vítimas que apresentaram algum sinal de trauma físico à admissão (RR 0,66; IC95% 0,48-0,91; $p=0,009$) e naquelas que sofreram violência sob uso de álcool/substâncias (RR 0,45; IC95% 0,24-0,85; $p=0,003$).

Nessa mesma análise, relatar suporte familiar (RR 2,01; IC95% 1,05-3,87, $p=0,011$) e ter recebido atendimento psicológico (RR 3,89; IC95% 2,22-6,81; $p<0,0001$) foram preditores de retenção no cuidado por 180 dias.

Tabela 5 - Análise univariada e multivariada de preditores de retenção de no cuidado entre 199 vítimas de violência sexual. HC-FMUSP, São Paulo, 2001-2013

Preditores de retenção no cuidado por 180 dias	Análise univariada			Análise multivariada		
	RR	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Sexo masculino	1,04	0,71-1,52	0,841	0,90	0,65-1,24	0,502
Idade (acrécimo a cada 10 anos de aumento)	0,99	0,88-1,11	0,860	0,89	0,26-3,1	0,855
Cor de pele branca*	1,32	0,88-1,99	0,152			
Educação (por ano de aumento)	1,00	0,71-1,31	0,813			
Penetração oral	1,48	1,09-2,01	0,019			
Penetração vaginal	1,03	0,70-1,52	0,885			
Penetração anal	1,10	0,80-1,52	0,558			
Penetração (qualquer)				1,04	0,25-4,5	0,952
Ejaculação (qualquer sítio anatômico)	1,09	0,78-1,52	0,623			
Suporte social#	2,01	1,05-3,87	0,011	1,53	0,36-6,44	0,565
Atendimento psicológico	3,89	2,22-6,81	<0,001	40,33	8,33-195,3	<0,001
Trauma físico	0,66	0,48-0,91	0,009	0,45	0,18-1,14	0,092
Uso de álcool/substâncias	0,45	0,24-0,85	0,003	0,69	0,64-2,90	0,613

* Referente a categoria de cor de pele não branca

inclui família, amigos e colegas de trabalho.

Finalmente, na análise multivariada para identificação de preditores independentes de retenção no cuidado, ter recebido atendimento psicológico manteve-se significativamente associado ao desfecho após ajuste para idade, sexo, relato de penetração em qualquer sítio anatômico, presença de sinal de trauma físico à admissão, uso de álcool ou outras substâncias e presença de suporte social (RR 40,33; IC95% 8,33-195,30; $p < 0,001$).

Cabe destacar que nenhum dos pacientes soronegativos ao início do estudo apresentou soroconversão para infecções por HIV, HBV ou hepatite C até o 180º dia de acompanhamento. Porém, foi detectada soroconversão para sífilis, baseada em teste treponêmico, em uma menina de 10 anos que, inadvertidamente, não recebeu profilaxia com ceftriaxona.

5 DISCUSSÃO

Nesta coorte de 199 VVS admitidas no NAVIS-HCFMUSP até 72 horas após o episódio de VS entre janeiro de 2001 e dezembro de 2013, a grande maioria tinha idade igual ou superior a 14 anos (82%), era do sexo feminino (80%), autodeclarada branca (75%), com mediana de idade de 22 (IIQ 15-29) anos, apresentava 9 (IIQ 6-11) anos de escolaridade e relatou ter sofrido VS por agressor desconhecido (76%). Destas, 167 VVS receberam prescrição de nPEP.

Alguns aspectos da amostra estudada merecem ser destacados. Embora a maioria de VVS tenha sido do sexo feminino, 20% da coorte foi composta por vítimas do sexo masculino e de idade mais jovem. Essas relataram VS mais frequentemente perpetrada por mais de um agressor e que resultou em maior intensidade de trauma físico, à avaliação por escores de trauma, em relação às VVS do sexo feminino, fato esse até o momento não relatado na literatura. Chamou-nos, ainda, a atenção o fato de que entre vítimas com menos de 14 anos de idade, de ambos os sexos, o relato de VS por perpetrador conhecido e de agressão ocorrida no domicílio ou entorno ter sido mais frequente. Além disso, a nPEP foi prescrita menos frequentemente para vítimas desse grupo, quando comparadas às de 14 anos ou mais.

Em relação aos desfechos principais do estudo, encontramos taxa de adesão à nPEP pelo prazo recomendado de 28 dias de 65% (IC95% 57-

72%) e de retenção no cuidado por 180 dias de 45% (IC95% 38-52%). Após regressão multivariada pode-se constatar que ter realizado atendimento psicológico foi um preditor independente de adesão à nPEP por 28 dias como também de retenção no cuidado por 180 dias.

No que tange à idade das VVS segundo sexo, os resultados desta coorte são concordantes com a literatura. Para vítimas do sexo feminino a mediana de idade por nós encontrada foi de 23 (IIQ 17-29) anos. Segundo inquéritos epidemiológicos retrospectivos e estudos médicos forenses, essa faixa etária é a de maior risco para o estupro ocasional perpetrados por desconhecidos, sendo o sexo feminino mais frequentemente vitimizado (Humphrey e White, 2000; Drezett *et al.*, 2001; Krug *et al.*, 2002; Jewkes *et al.*, 2002; Larsen *et al.*, 2015; Blake *et al.*, 2014). Para as vítimas do sexo masculino, por sua vez, foi encontrada a mediana de idade de 17 (IIQ 14-32) anos, resultado este semelhante ao descrito por outros autores (Du Mont *et al.*, 2013; Larsen e Hilden, 2016). A vulnerabilidade específica deste último grupo na América do Norte, segundo revisão de Holmes e Slap (1998), concentra-se entre jovens com idades abaixo dos 13 anos, de situação econômica desfavorável, cor de pele não branca e que não residem com os pais.

Todavia, a participação de VVS de faixa etária abaixo de 14 anos em nosso estudo (20%) se mostrou inferior à participação desse grupo etário em estatísticas oficiais brasileiras. As notificações do SINAN, sem considerar o tempo decorrido entre a agressão e o registro, demonstram que 50% dos episódios de VS envolvem vítimas com idade inferior a 14 anos (Cerqueira *et al.*, 2017). Tal discrepância pareceu-nos dependente dos critérios de

inclusão adotados. Neste estudo incluímos apenas VVS que foram atendidas até 72 horas após o episódio de agressão, caracterizando eventos agudos. Entretanto, entre vítimas de faixa etária inferior a 14 anos, tanto no Brasil com em outros contextos, a VS crônica é mais comum, acometida mais frequentemente por agressor conhecido e para essas vítimas o acesso aos serviços de saúde e proteção é mais difícil (Drezett *et al.*, 2001; Krug *et al.*, 2002; Drezett *et al.*, 2011; Grossin *et al.*, 2003; Drezett, 2004; Drezett *et al.*, 2004; Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Marc *et al.*, 2013; Sumner *et al.*, 2015b). Com base nesses dados evidencia-se como hipótese o fato que os menores de 14 anos possam estar sub-representados, pelo fato de termos recrutado VVS em serviço especializado e tendo em vista que vítimas dessa faixa etária usualmente não se apresentam precocemente. Corroborando nossa hipótese, Sumner *et al.* (2015b), em pesquisa sobre VS sofrida ao longo da vida, aplicada em sete países em desenvolvimento, mostraram que menos de 10% das crianças menores de 18 anos tiveram acesso a serviços de proteção da criança e do adolescente. Somada à maior vulnerabilidade, VVS dessa faixa etária geralmente apresentam pior entendimento sobre sua vitimização, habilidades de comunicação menos eficientes e menor frequência de lesões genitais e IST após a agressão, razões pelas quais são muitas vezes desacreditadas dentro de suas próprias famílias, por administradores escolares, profissionais de saúde ou autoridades forenses (Smith *et al.*, 2000; Drezett *et al.*, 2001 e 2004; Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Drezett *et al.*, 2011; Hornor *et al.*, 2012; Sudupe Moreno, 2013; Essabar *et al.*, 2015; Sumner *et al.*, 2015a e 2005b; Jewkes *et al.*, 2002).

Apesar dessas dificuldades, observa-se recentemente no Brasil tendência de aumento de procura por atenção especializada por parte de VVS menores de idade. Segundo dados nacionais compilados por Cerqueira *et al.* (2017) houve incremento de 66,1% no número de notificações de VS no Brasil entre os anos de 2011 e 2014, passando-se de 12087 a 20085 registros/ano. No mesmo período a contribuição das crianças e adolescentes nessa estatística permaneceu estável em 70%, resultando, portanto, em maior número de notificações de episódios envolvendo vítimas desse grupo. Tal incremento talvez seja decorrente das disposições contidas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e da mudança do artigo 213 do Código Penal Brasileiro (lei de 2009), que tornou compulsória a notificação e a proteção das vítimas dessa faixa etária. Adicionalmente, deve-se considerar a possibilidade da redução da invisibilidade da VS entre menores de idade corresponder a um avanço na sensibilização de tutores, educadores ou profissionais de saúde para que estejam mais atentos às queixas dessa população.

Diferenças de gênero também foram observadas na coorte de VVS atendidas no NAVIS-HCFMUSP. Assim, as vítimas do sexo feminino predominaram, o que está de acordo com a literatura (Krug *et al.*, 2002; Watts e Zimmerman, 2002; Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Abrahams *et al.*, 2014; Larsen *et al.*, 2015; Cerqueira *et al.*, 2017). Indubitavelmente o sexo feminino é o mais vulnerável para VS, considerando-se que uma em cada três mulheres relatam terem sofrido tal evento durante suas vidas, seja por agressor desconhecido ou, sobretudo, pelo parceiro íntimo (Krug *et al.*,

2002; Garcia-Moreno *et al.*, 2005; Black *et al.*, 2010). A VS em consequência de inequidades de gênero é considerada um problema de saúde pública global. Nesse contexto, a vulnerabilidade feminina aumenta ainda mais quando somada a outros fatores, tais como idade mais jovem, baixa condição socioeconômica e cultural, podendo, até mesmo, resultar em óbito em alguns casos (Krug *et al.*, 2002; Cerqueira *et al.*, 2018).

Sabe-se que a menor participação do sexo masculino nas estatísticas de VS pode estar condicionada à própria percepção masculina sobre a VS, a mitos culturais, ou mesmo a estigma, fazendo com que se retarde a procura pelo serviço de saúde (King, 1990; Davies e Rogers, 2006; Du Mont *et al.*, 2013; Artime *et al.*, 2014). Deve-se, contudo, apontar que o sexo masculino tem sido reconhecido como vítima de VS mais recentemente (Riggs *et al.*, 2000; Walker *et al.*, 2005; Masho e Anderson, 2009; Turchik e Wilson, 2010; Elgendy e Hassan, 2013; Sumner *et al.*, 2016). A redução da invisibilidade da VS em homens parece também depender das condições de acolhimento ofertado às vítimas de diferentes sexos. Poucos serviços de saúde são preparados para receber VVS do sexo masculino, tanto no Brasil como em outros países (Sarti *et al.*, 2006; Davies e Rogers, 2006). Assim por exemplo, Bjorklund e Boman (2017) descreveram que a fragmentação do cuidado segundo idade, sexualidade e partes do corpo dos usuários, ou mesmo a feminização da atenção a VVS, poderiam constituir obstáculos ao acesso por vítimas do sexo masculino. Considerando essa dificuldade, na Suécia criou-se um centro em 2015, desenhado para ofertar ambiente mais amigável para acolhimento de vítimas de VS, independentemente do sexo ou identidade de gênero.

Nesse aspecto, é importante ressaltar que o NAVIS-HCFMUSP apresenta, desde o início de suas atividades no ano 2000, características de acolhimento que não privilegiam sexo ou faixa etária das vítimas, seja na definição do espaço físico que ocupa dentro da estrutura do complexo hospitalar, seja na composição especializada de seus recursos humanos. Cabe, portanto, observar que a demanda de vítimas do sexo masculino no nosso serviço vem aumentando progressivamente desde 2001, atingindo neste estudo 20% das pessoas atendidas em até 72 horas após o episódio de VS.

As motivações de procura de atendimento médico especializado pelas VVS maiores que 14 anos parecem diferentes, a depender do sexo. Enquanto VVS do sexo feminino buscam a prevenção de gestação e de IST, mesmo na ausência de trauma físico (Jänisch *et al.*, 2010; Astrup *et al.*, 2013; Sudupe Moreno, 2013; Lincoln *et al.*, 2013; Walker, 2015), as do sexo masculino parecem chegar aos serviços somente em circunstâncias de trauma físico (Stermac *et al.*, 2004). Tal dado pode também ser observado em nosso estudo, ao se verificarem escores de intensidade de trauma (ISS/NISS) mais elevados nas VVS do sexo masculino quando comparados aos observados entre vítimas do sexo feminino.

Embora não se dispõe de informações sobre a renda das vítimas, ao ser considerada a escolaridade como *proxy* do nível socioeconômico, pode-se observar uma mediana de 9 (IIQ 6-11) anos de estudo. O maior grau de escolaridade das VVS pode representar um facilitador de busca/acesso a serviços de saúde, conforme recentemente descrito por Cerqueira *et al.*

(2018). Outros determinantes sociais devem, ainda, ser considerados, como, por exemplo, a cor da pele das vítimas. A presente coorte demonstrou maioria de VVS que se autodeclararam brancas (75%), como também relatado em outros estudos realizados no Brasil e em outras regiões do mundo ocidental (Gilles *et al.*, 2010; Facuri *et al.*, 2013; Du Mont *et al.*, 2013). Considerando-se que no Brasil, conforme dados do IBGE (2013), há paridade entre a população de brancos e a de não brancos e que, segundo dados do SINAN de 2011 a 2016 (Cerqueira *et al.*, 2018), apenas 37% dos episódios de VS notificados no país envolveram vítimas de cor branca, nossos achados parecem apontar para uma disparidade de acesso precoce (em até 72 horas após o episódio de agressão) a serviços de saúde pelas VVS de cor não branca.

No tocante a outras vulnerabilidades, foi encontrada uma parcela pequena de vítimas com deficiência física e/ou mental (3%) em nosso estudo, de forma semelhante ao descrito por outros autores, cujos estudos revelaram participação desse grupo vulnerável em taxas oscilando de 3,4% a 5,8% em serviços de atendimento de outros países a mais de 10% segundo dados do SINAN, independentemente do tempo decorrido entre a VS e a chegada aos serviços (Grossin *et al.*, 2003; Jänisch *et al.*, 2010; Hodroj *et al.*, 2016; Cerqueira *et al.*, 2018). Todavia, deve-se atentar para os fatores de maior vulnerabilidade à VS nesse grupo, que incluem, entre outros, depender de cuidados, estar institucionalizado ou apresentar dificuldade de comunicação (Essabar *et al.*, 2015). Frente às possíveis dificuldades de as VVS com deficiência acessarem precocemente os

serviços de saúde, sugere-se aprofundar a investigação sobre as barreiras de acesso ao cuidado que enfrentam e as características das vítimas deficientes que procuram serviços mais tardiamente, de modo a subsidiar a elaboração de políticas de facilitação de acesso aos serviços, tratamento e prevenção do agravo nessa população.

Em relação ao local de ocorrência do episódio de VS, em nossa amostra houve relato mais frequente de agressões (71,7%) durante o trajeto ao trabalho ou escola, o que vai ao encontro dos dados da literatura sobre VS perpetrada por agressor desconhecido (Drezett *et al.*, 2001; Oshikata *et al.*, 2005; Blake *et al.*, 2014). Já no que se refere aos agressores propriamente ditos, analogamente ao descrito por Oshikata *et al.* (2005) em Campinas, em nossa amostra de vítimas atendidas em até 72 horas após o episódio de VS, houve relato mais frequente de agressão por perpetrador desconhecido e do sexo masculino, independentemente do sexo e idade das VVS. Entretanto, tal achado pode depender do fato de que ter sofrido VS por desconhecido favorece a revelação da agressão por vítimas de qualquer idade (Smith *et al.*, 2000; Ullman e Filipas, 2005; Kaplan e Sadock, 2005), o acolhimento em serviço de saúde e segurança pública e o apoio da rede social, particularmente quando a agressão se dá sob ameaça armada (Campbell, 2008; McCall-Hosenfeld *et al.*, 2009; Essabar *et al.*, 2015). Em contraste, sabe-se que ter medo do perpetrador retarda o cuidado da vítima para além de 72 horas após a agressão e reduz o apoio social à vítima, em decorrência do estigma causado pela delação de parentes e conhecidos (Adefolalu, 2014).

No que concerne ao número, observou-se relato de perpetrador único na grande maioria dos casos, havendo apenas 12% de episódios envolvendo múltiplos agressores. De modo semelhante, este último tipo de agressão é referido na literatura em frequências que variam de 2% a 26% nos vários continentes (Riggs *et al.*, 2000; Horvath e Kelly, 2009; Jewkes *et al.*, 2013; Jina e Thomas, 2013). Em nosso estudo, o relato de agressão por múltiplos perpetradores foi mais frequente entre VVS com idade igual ou superior a 14 anos e do sexo masculino, achado também descrito por Larsen e Hilden (2016) em serviço de referência na Dinamarca.

No que se refere à VS cometida por múltiplos agressores, cabe comentar os relatos de VS dessa natureza no meio universitário dos EUA, também denominados de “*gang rape*” (Horvath e Kelly, 2009). O aspecto frequente e reiterado desses eventos motivou a proposição e implementação de programas de prevenção e educação nesses ambientes, com o propósito de contribuir para modificação do comportamento do corpo discente e prevenir a VS (Foubert, 2000; Foubert e Perry, 2007).

Um aspecto relevante da VS, seja do ponto de vista do cuidado clínico das vítimas, como da investigação forense, é a identificação da existência e a avaliação da gravidade da lesão corporal. Entre as VVS atendidas no NAVIS-HCFMUSP avaliadas neste estudo, 20 apresentaram ambos escores de trauma físico (ISS e NISS) com valores iguais ou superiores a 5, evidenciando trauma grave, sendo que um desses casos evoluiu a óbito. Contudo, é importante destacar que muitas vezes não há lesão genital ou extragenital após um episódio de VS. Assim, em nossa amostra, tais

achados foram encontrados em apenas metade das VVS. Sabe-se que a frequência de lesões genitais varia de 5% a 87%, dependendo do tempo decorrido entre o episódio de VS e o atendimento à vítima, da técnica de diagnóstico forense empregada e das próprias características da agressão, tais como o uso de álcool/drogas, o estado de consciência de vítima e a existência de múltiplos perpetradores (Grossin *et al.*, 2003; Jänisch *et al.*, 2010; Kennedy, 2013; Feeney *et al.*, 2017). As lesões extragenitais por sua vez, podem estar presentes em 6,3% a 82% das VVS, porém sua frequência é, também, dependente das características da VS e da técnica utilizada na avaliação forense (Alempijevic *et al.*, 2007; Kennedy, 2013; Lincoln *et al.*, 2013; Astrup *et al.*, 2013; Feeney *et al.*, 2017). Particularmente em crianças, há maior dificuldade de se comprovar a VS do ponto de vista forense e nessas vítimas descrevem-se lesões genitais após a agressão em até 35% dos casos (Drezett *et al.*, 2001; Danielson e Holmes 2004; White e McLean, 2006; Drezett *et al.*, 2011; Hariton, 2012; Hornor *et al.*, 2012; Elgendy e Hassan, 2013; Sudupe Moreno, 2013; Walker, 2015; Essabar *et al.*, 2015).

Entre as VVS atendidas no NAVIS-HCFMUSP e avaliadas neste estudo, as do sexo masculino com idade igual ou superior a 14 anos apresentaram escores de trauma (NISS/ISS) significativamente mais elevados, quando comparadas às do sexo feminino de mesma faixa etária. Tal associação pode evidenciar a agressão por múltiplos perpetradores. Estudos prévios, descrevendo VVS do sexo feminino, demonstraram maior frequência de trauma físico nos episódios perpetrados por vários agressores, quando comparados aos que envolveram um único perpetrador (Morgan *et al.*, 2015; Jina e Thomas, 2013).

Apesar das controvérsias havidas nos últimos sobre a indicação do nPEP após estupro, tendo em vista a grande variabilidade do risco de aquisição de HIV a depender da prevalência da infecção por HIV em diferentes países, os consensos recomendam essa prática (Krug *et al.*, 2002; Smith *et al.*, 2005; Du Mont *et al.*, 2011; Linden, 2011; Brasil, 2012, Chacko *et al.*, 2012; Draughon *et al.* (2014); CDC, 2016; Seña *et al.*, 2015, WHO, 2017). Uma vez adotada, torna-se muito importante avaliar a adesão a essa intervenção, de modo a garantir sua efetividade em saúde pública.

Na presente amostra encontrou-se adesão integral à nPEP em 65% dos episódios de VS avaliados, taxa semelhante à observada em estudos realizados em outros serviços brasileiros de atendimento a VVS (Drezett *et al.*, 1999; Garcia *et al.*, 2005; Diniz *et al.*, 2007), bem como em relatos referentes a acompanhamento de VVS em outros países (Ackermann *et al.*, 2006; Ford *et al.*, 2014). Em metanálise que comparou a adesão à nPEP em países desenvolvidos e em desenvolvimento, Chacko *et al.* (2012) relataram uma baixa adesão geral à intervenção (40%), embora essa tenha se mostrado maior entre vítimas de países em desenvolvimento (53,20%, IC95% 43,55-62,66), quando comparada à observada países desenvolvidos (33,26%, IC95% 25,96-40,56). Os autores formularam a hipótese que o menor risco de infecção por HIV em países desenvolvidos poderia ser um potencial direcionador de menor prescrição e adesão à nPEP (Chacko *et al.*, 2012; Draughon e Sheridan, 2012). Também é plausível que a disponibilidade de serviços especializados para VVS e o acesso gratuito ao nPEP em alguns países possa contribuir para taxas mais elevadas de

adesão. Vale apontar que as taxas de adesão à PEP anti-HIV no contexto de exposição ocupacional, após acidentes perfurocortantes com material biológico, não são muito diferentes, raramente excedendo 60% (Ford *et al.*, 2014).

Cabe ressaltar que as vítimas com idades inferiores a 14 anos da nossa amostra tiveram menor frequência de prescrição de profilaxia para a infecção por HIV. Este achado, aliado a menor frequência de prescrição de profilaxia de outras IST e de anticoncepção de emergência, já fora observado em outros estudos conduzidos em diferentes continentes (Babl *et al.*, 2000; Kawsar *et al.*, 2004; Marc *et al.*, 2013; Sumner *et al.*, 2015b; WHO, 2017). Acredita-se que tal fato pode ser atribuído às barreiras de entendimento e comunicação dos menores, que dificilmente conseguem descrever a ocorrência da VS de modo suficientemente claro para que o risco de exposição ao HIV, outras IST e de gestação seja identificado na ausência de evidência de VS recente ao exame físico (Drezett *et al.*, 2011). Sabe-se que as adolescentes do sexo feminino apresentam maior risco biológico de aquisição da infecção pelo HIV por apresentarem epitélio genital mais imaturo em consequência de hipoestrogenismo (WHO, 2017). A especial vulnerabilidade das VVS desse grupo etário pode ser exemplificada pelos achados de Kawsar *et al.* (2004) que encontraram prevalência de 24% de IST entre adolescentes do sexo feminino com antecedente de VS no Reino Unido. De fato, em nosso estudo uma criança de 10 anos que não recebeu intervenções de profilaxia medicamentosa, infectou-se com sífilis, salientando a necessidade de avaliação mais cuidadosa de casos dessa

faixa etária, de modo a evitar que o risco de aquisição de IST/HIV seja subestimado. Ao lado disso, dados nacionais de 2016 demonstraram que 38% das indicações de aborto após estupro no Brasil envolveram, como vítimas da agressão, meninas com idade inferior a 19 anos (Madeiro e Diniz, 2016).

Medidas para a mudança de conduta de profissionais de saúde devem, portanto, ser implementadas no tocante à indicação de profilaxias para infecção por HIV, IST e gestação indesejada após VS em crianças e adolescentes. A condução de um programa envolvendo atuação de enfermeiras forenses num serviço de atendimento de emergência pediátrica mostrou-se eficiente para aprimorar o diagnóstico de lesões anogenitais, gestação e de infecção por clamídia e gonococo entre VVS dessa faixa etária nos Estados Unidos (Honor *et al.*, 2012). Com base nessa fundamentação, a Organização Mundial de Saúde recomenda a profilaxia da infecção pelo HIV das IST e da gestação após VS em menores de idade após exposição biológica de risco, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a prevalência de infecção pelo HIV é mais elevada e o acesso a serviços de saúde e ao diagnóstico de IST são insuficientes.

Por outro lado, a taxa de retenção no cuidado pelo prazo recomendado de 180 dias em nossa coorte de apenas 45% das VVS deve ser considerada baixa, o que pode comprometer a avaliação plena da efetividade das intervenções profiláticas contra a infecção por HIV e outras IST, bem como a possibilidade de ofertar de modo mais efetivo a promoção à saúde e o bem-estar das vítimas.

Analogamente aos nossos achados, a retenção no cuidado entre vítimas de VS foi relatada como baixa em estudos prévios, descrevendo-se taxas que variam de 11% a 35,5% (Babl *et al.*, 2000; Garcia *et al.*, 2005; Oshikata *et al.*, 2005; Ackermann, *et al.*, 2006; Olshen *et al.*, 2006, Gilles *et al.*, 2010). No entanto, estratégias inovadoras, tais como um protocolo proativo de acompanhamento realizado na África do Sul, conseguiram aumentar a adesão ao nPEP para 74% e de retenção no cuidado para 81% (Roland *et al.*, 2012). O protocolo incluiu oferta de incentivos financeiros para alimentação e transporte das vítimas, além de visitas domiciliares, sendo também empregada estratégia de busca ativa às vítimas por meio de contatos telefônicos antes das consultas de acompanhamento e após falta às consultas agendadas (Roland *et al.*, 2012).

Nos Estados Unidos, Patel *et al.* (2013) relataram que apenas um quinto dos 582 serviços de emergência que atendem VVS naquele país cumpriram corretamente o protocolo de manejo clínico recomendado, composto por 26 itens, incluindo a oferta de nPEP, profilaxia de outras IST e da gestação, além da aconselhamento e triagem sorológica para infecção pelo HIV e IST, em seguimento ambulatorial pelo prazo de 6 meses.

De modo inédito, buscou-se, ainda, neste estudo identificar preditores de adesão à nPEP e de retenção no cuidado para seguimento clínico-laboratorial por 180 dias. Em análise univariada verificou-se que a existência de suporte social (por parte de familiares, amigos e/ou colegas de trabalho) e ter recebido atendimento psicológico associaram-se a maior adesão à intervenção pelo prazo recomendado de 28 dias e à retenção no cuidado por

180 dias. Inversamente, o uso de álcool ou substâncias psicoativas antes ou durante o episódio de VS, relatado por 26 (16%) vítimas de VS com idade igual ou superior a 14 anos em nosso estudo, reduziu em 32% a adesão à nPEP e em 55% a retenção no cuidado. Entretanto, após controle para outras variáveis, somente ter recebido atendimento psicológico revelou-se preditor associado a ambos os desfechos do nosso estudo à análise multivariada.

O consumo de álcool e/ou de substâncias psicoativas durante o episódio de VS é descrito na literatura numa proporção de 28% a 60% dos casos, sendo considerado uma tática desse tipo de agressão (Grossin *et al.*, 2003; Ingemann-Hansen *et al.*, 2009; Larsen e Hilden, 2016; Zinzow *et al.*, 2012b; Walsh *et al.*, 2016). Em nosso estudo foi relatado por 26 (16%) vítimas com idade igual ou superior a 14 anos e mostrou-se associado a menor adesão à nPEP e à retenção no cuidado na análise univariada. No entanto, tal associação não pôde ser demonstrada em modelo multivariado. Nossos critérios de inclusão (admissão não superior a 72 horas após o episódio de SV) podem ter contribuído para reduzir o número de VVS que sofreram o episódio sob efeito de álcool/ substâncias em nossa coorte. De fato, Larsen e Hilden (2016) e Walsh *et al.* (2016) destacaram que esses indivíduos menos frequentemente buscam atendimento médico e policial após a VS.

Por outro lado, sabe-se que o reconhecimento por parte da vítima do episódio de VS sofrido é um importante preditor para busca de cuidado e que as VVS sob efeito de álcool/substâncias são mais propensas a se

sentirem culpadas ou a negarem o incidente (Zinzow *et al.*, 2012b; Mason e Lodrick 2013; Cohn *et al.*, 2013), o que faz com que menos frequentemente busquem atenção médica ou reportem a agressão à autoridade policial (Cohn *et al.*, 2013; Larsen *et al.*, 2015; Walsh *et al.*, 2016). Além disso, reconhece-se que as VVS induzido pelo consumo de álcool/substâncias apresentam maior risco de manter ou até mesmo aumentar o abuso de álcool após o episódio de VS, o que representa um desafio adicional para sua retenção nos cuidados (Zinzow *et al.*, 2012b; Ullman, 2016; Walsh *et al.*, 2016). Acredita-se, portanto, que mais estudos sejam necessários para esclarecer se a exposição ao álcool/substância antes ou durante o episódio de VS provoca retardo na busca de atendimento médico em nosso contexto e/ou impacta a adesão das VVS às intervenções propostas.

Na presente coorte de VVS foi observada associação significativa entre exposição sexual oral durante o episódio de VS e maior probabilidade de retenção no cuidado por 180 dias na análise univariada, em oposição ao descrito por Lacombe *et al.* (2006) para adesão à nPEP. Neste último, ao acompanharem 140 indivíduos que procuraram serviço especializado parisiense após exposição sexual de risco para infecção pelo HIV, os autores verificaram menor adesão à intervenção por 28 dias entre os pacientes que relataram sexo oral desprotegido e justificaram tal achado pelo menor risco de aquisição da infecção por HIV nessa forma de contato sexual, quando comparado ao envolvido na exposição anal ou vaginal (Lacombe *et al.*, 2006). Pode-se conjecturar que nessa condição a vítima se sentiria desmotivada para aderir à nPEP e a se manter em seguimento

clínico-laboratorial, em função do risco de infecção pelo HIV ter sido pouco valorizado pelo profissional.

Os achados do presente estudo apontaram para maior retenção no cuidado após a exposição sexual oral. Pode-se ter como hipótese, assim, que haja maior estimulação sensorial na exposição ao sexo oral indesejado, envolvendo a audição, o olfato, a visão, o gosto e o tato, conjunto de sensações esse que pode perpetuar a memória do episódio de VS. Além de interpretar o evento como uma situação humilhante, a VVS pode de ter a percepção de participação no episódio e sentir-se culpada por isso.

A boca é o primeiro aparelho de sentidos e de relação com o mundo.

Segundo ilustra Sampaio (1994):

A boca é o ponto de origem de necessidade vital primária (a de nutrição) e que dá apoio essencial às funções secundárias de toda postura humana. Tente não ranger os dentes de raiva, não bater os dentes de frio ou medo, não secar a boca de nervoso, não molhar a boca de prazer ou cortar com uma tesoura cega e não movimentar a mandíbula [...].

Embora a exposição sexual oral não tenha se mantido associada à retenção no cuidado em nossa análise multivariada, acredita-se valer a pena aprofundar mais essa questão em estudos posteriores. Pesquisas qualitativas poderão ser úteis para desvelar o sentido de um episódio de VS que envolve sexo oral para as vítimas.

O achado mais relevante deste estudo é a identificação do atendimento psicológico como preditor independente dos dois desfechos de interesse, a adesão completa à nPEP e a retenção no cuidado por 180 dias. Verificou-se que as VVS que receberam atendimento psicológico tiveram oito vezes a chance de aderirem à nPEP e 40 vezes a chance de

completarem o seguimento clínico-laboratorial pelo período recomendado de 180 dias, quando comparadas às que não tiveram tal intervenção. Dado que 39% a 70% das vítimas de VS desenvolvem TEPT os benefícios potenciais do atendimento psicológico após a VS são em realidade esperados (Bownes *et al.*, 1991; Wiebe *et al.*, 2000; Padilha e Gomide, 2004; Walsh *et al.*, 2012; Jina e Thomas, 2013; Tiihonen-Möller *et al.*, 2014; Fletcher *et al.*, 2017; Bramsen *et al.*, 2006).

De fato, a psicoterapia tem-se mostrado capaz de reduzir os sintomas de TEPT, quando aplicada precocemente após VS em áreas de conflito armado (Bass *et al.*, 2013). Isso pode ser devido ao fato de que o transtorno de estresse agudo é reconhecido como um preditor de sintomas de TEPT após a VS e a intervenção precoce pode diminuir sua incidência (Tiihonen-Möller *et al.*, 2014). Todavia, ainda não há consenso sobre qual seria a abordagem psicoterápica mais eficiente para VVS. A terapia cognitivo-comportamental parece ser mais adequada para mulheres adultas, mas para VVS na infância e adolescência mais estudos são necessários (Mason e Lodrick, 2013; Tiihonen-Mölonen *et al.*, 2014; WHO, 2017). Além da terapia comportamental existem outras propostas de intervenção psicoterápicas e educacionais, individuais ou em grupo (Brecklin e Forde, 2001; Bryant-Davis, 2004; Padilha e Gomide, 2004; Costa, 2005; Amstadter *et al.*, 2007; Glucksman, 2013; Fletcher *et al.*, 2017).

A relevância da implementação de serviços eficazes para responder às necessidades complexas das vítimas de SV em todos os contextos, incluindo o atendimento psicológico, é inquestionável.

Este é o primeiro estudo que mostra que o atendimento psicológico é preditor de adesão de VVS à nPEP e retenção no cuidado. Todavia, a associação significativa entre o atendimento psicológico e ambos os desfechos do estudo não levou em conta o número de atendimentos psicoterápicos realizados e tampouco houve quantificação do estresse pós-traumático das VVS. Ademais, não se pode descartar a existência de outros fatores de confusão que porventura não foram corretamente avaliados, como, por exemplo, a possibilidade de que vítimas submetidas a pelo menos uma consulta psicológica sejam justamente os pacientes que apresentam melhor engajamento geral com o cuidado.

Nosso estudo sobre vítimas que buscaram o NAVIS-HCMUSP até 72 horas após o episódio de VS apresenta limitações intrínsecas a seu desenho de coorte retrospectiva, conduzido em um único serviço de cuidado especializado, afiliado a hospital universitário de referência da cidade de São Paulo. Assim, por exemplo, a coleta de informações dependeu de dados secundários extraídos de prontuários médicos, cujo preenchimento pode ter sido não completamente sistematizado e cuja completude pode ter sido falha, resultando em perda de algumas informações na análise de prontuários. Ao lado disso, as características da VS foram definidas com base no relato das vítimas ou de seus tutores no caso de menores de idade, durante o atendimento clínico, na ausência de avaliação forense. Por outro lado, pelo fato de o estudo ter sido realizado num único serviço especializado impedem que nossos resultados possam ser amplamente generalizados.

Apesar dessas limitações, pode-se dizer que o presente estudo contribuiu para a caracterização da demanda de usuários que buscaram o NAVIS-HCMUSP até 72 horas após o episódio de VS, com foco no cuidado oferecido a VVS, seguindo protocolo de atendimento que não estabelece qualquer restrição de acolhimento em relação à idade, identidade de gênero ou orientação sexual das vítimas. Nesse contexto, nossos resultados puderam identificar diferenças significativas em características da VS, de acordo com o sexo e grupo etário das vítimas. Ao lado disso, caracterizou-se o atendimento psicológico como elemento relevante da atenção a VVS, sendo preditor da adesão à nPEP e da retenção no cuidado pelo prazo recomendado de 180 dias de seguimento.

Programas de atendimento efetivos às VVS, incluindo o suporte psicológico das vítimas, são essenciais para prevenir a gravidez indesejada, a infertilidade, problemas de saúde mental, disfunção sexual, abuso de álcool/substâncias e incapacidade para o trabalho (Krug *et al.*, 2002; Campbell e Wasco, 2005; Walsh *et al.*, 2016; WHO, 2017). O melhor conhecimento acerca dos preditores de melhores desfechos no cuidado a VVS pode auxiliar os profissionais de saúde no planejamento das intervenções, permitindo alocar mais recursos às vítimas de maior vulnerabilidade e, com isso, aprimorar a qualidade do cuidado, contribuindo para mitigar o sofrimento físico e mental de vítimas de violência sexual.

A continuidade de nossa linha de pesquisa sobre o cuidado a VVS envolverá, como exemplo, a análise dos fatores associados ao retardo em procurar serviços de saúde, a partir da avaliação das vítimas admitidas ao

NAVIS-HCFMUSP mais de 72 horas após a agressão. O melhor conhecimento sobre as barreiras de acesso aos serviços especializados poderá contribuir para sua superação e, conseqüentemente, estender o benefício das intervenções recomendadas em diretrizes assistenciais a mais VVS.

6 CONCLUSÕES

Com base no presente estudo com foco no cuidado oferecido a vítimas de violência sexual admitidos em serviço hospital da cidade de São Paulo (NAVIS-HCFMUSP) até 72 horas após o episódio de violência, pode-se concluir que:

- Houve diferenças significativas nas características da VS de acordo com o sexo e grupo etário das vítimas: o relato de VS perpetrado por agressor conhecido foi mais frequente entre VVS de ambos os sexos com idade inferior a 14 anos e, nesse grupo, o episódio de violência mais frequentemente ocorreu no domicílio ou entorno. As vítimas com idade igual ou superior a 14 anos, de ambos os sexos, informaram mais frequentemente ter sido agredidas por perpetrador desconhecido. Entre VVS do sexo masculino com idade igual ou superior a 14 anos foi mais frequente a agressão por mais de um perpetrador e constatou-se trauma físico de maior intensidade à admissão ao serviço.

- O atendimento psicológico foi preditor independente de adesão à nPEP e de retenção no cuidado entre vítimas de VS.

7 REFERÊNCIAS

Abbey A, Ross L T, McDuffie D, McAusland P. Alcohol and dating risk factors for sexual assault among college women. *Psychol Women Q.* 1996;20(1):147-69.

Abbey A. Alcohol and Dating risk factors for sexual assault: double standards are still alive and well entrenched. *Psychol Women Q.* 2011 35(2): 362-368.

Abbey A. Lessons learned and unanswered questions about sexual assault perpetration. *J Interpers Violence.* 2005;20(1):39-42.

Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, García-Moreno C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet.* 2014;383(9929):1648-54.

Abrahams N, Jewkes R, Lombard C, Mathews S, Campbell J, Meel B. Impact of telephonic psycho-social support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS Care.* 2010;22(10):1173-81.

Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord.* 1999;13(6):541-63.

Ackard DM, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. *J Pediatr*. 2007;151(5):476-81.

Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M. Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the commonwealth fund survey. *Child Abuse Negl*. 2001;25(6):771-85.

Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescent: associations with disordered behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl*. 2002; 26(5):455-73.

Ackermann DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(6):1653-9.

Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*, 2007;23(8):1971-75.

Adefolalu AO. Prevalence of HIV infection among survivors of sexual assault at presentation in hospital. *Trop Doct*. 2013;43(3):106-7.

Alempijevic D, Savic S, Pavlekic S, Jecmenica D. Severity of injuries among sexual assault victims. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(5):266-9.

- Amone-P'Olak K, Elklit A, Dokkedahl SB. PTSD, mental illness, and care among survivors of sexual violence in Northern Uganda: findings from the WAYS study. *Psychol Trauma*. 2018;10(3):282-9.
- Amstadter AB, McCart MR, Ruggiero KJ. Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Prof Psychol Res Pr*. 2007; 38(6):640-51.
- Andersson N, Ho-Foster A. 13,915 reasons for equity in sexual offences legislation: A national school-based survey in South Africa. *Int J Equity Health*. 2008; 7:20.
- Arend E, Maw A, de Swardt C, Denny LA, Roland M. South african sexual assault survivors' experiences of post-exposure prophylaxis and individualized nursing care: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(2):154-65.
- Arias I, Corso P. Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women. *Violence Vict*. 2005;20(4):379-91.
- Arreola SG, Neilands TB, Pollack LM, Paul JP, Catania JA. Higher prevalence of childhood sexual abuse among latino men who have sex with men than non-latino. *Child Abuse Negl*. 2005;29(3):285-90.
- Artime TM, McCallum EB, Peterson ZD. Men's acknowledgment of their sexual victimization experiences. *Psychol Men Masc*. 2014;15(3): 313-23.

Astrup BS, Ravn P, Thomsen JL, Lauritsen J. Patterned genital injury in cases of rape--a case-control study. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(5):525-9.

Azevedo MA, Guerra VNA. Vítimas e vitimização: questões conceituais. In: Azevedo MA, Guerra VN. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.* São Paulo: Iglu, 1989. p. 25-47, Cap. I.

Ba I, Bhopal RS. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981-2014). *Public Health.* 2017;142:121-35.

Babl Fe, Cooper ER, Damon, Louie T, Kharash S, Harris JA. HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents. *Am J Emerg Med.* 2000;18(3):282-7.

Baldacini I, Drezett J, Miranda S D, Nisida IVV, Caballero M, Barros ACSD, Pinotti JA. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres vítimas de violência sexual: um modelo de profilaxia. In: *Anais do Congresso Latino-Americano de Enfermedades de Transmission Sexual;* 1997a, Lima, 1997, p. 90.

Baldacini I, Drezett J, Miranda SD, Nisida IVV, Caballero M, Barros ACSD, Pinotti JA. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres vítimas de violência sexual. In: *Anais do Congresso Latino-Americano de Enfermedades de Transmission Sexual;* 1997, Lima, 1997b, p. 181.

Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med.* 1999;106(3):323-6.

Bani-Sadr F, Teissiere F, Curie I, Bernard L, Melchior JC, Brion F, Durigon M, Perronne C, de Truchis P. Anti-infection prophylaxis after sexual assault. Experience of the Raymond Poincare-Garches Hospital. *Presse Med.* 2001;30:253-8.

Banyard VL, Ward S, Cohn ES, Plante EG, Moorhead C, Walsh W. Unwanted sexual contact on campus: a comparison of women's and men's experiences. *Violence Vict.* 2007;22(1):52-70.

Bartholow BN, Doll LS, Joy D, Douglas JM Jr, Bolan G, Harrison JS, Moss PM, McKirnan D. Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse Negl.* 1994;18(9):747-61.

Basile KC, Breiding MJ, Smith SG. Disability and Risk of Recent Sexual Violence in the United States. *Am J Public Health.* 2016;106(5):928-33.

Basile KC, Chen J, Black MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among U.S. adults, 2001-2003. *Violence Vict.* 2007;22(4):437-48.

Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, Wachter K, Murray LK, Bolton PA. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *N Engl J Med.* 2013;368(23):2182-91.

Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU, Gigante LP, Figueiredo AC, Aerts DR, Raymann BC. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health.* 2009;9:133.

Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(7):442-7.

Beck AJ, Adams DB, Guerino P. *Sexual violence reported by juvenile correctional authorities. 2005-6. US Department of Justice* [internet]. 2008 [citado em 2017 ago 5]. Disponível em: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/svrjca0506.pdf>

Beck-Sagué CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Infect Dis*. 1999;28(Suppl 1):S74-83.

Bird ER, Gilmore AK, George WH, Lewis MA. The role of social drinking factors in the relationship between incapacitated sexual assault and drinking before sexual activity. *Addict Behav*. 2016;52:28-33.

Bjorklund I, Boman S. *Men subjected to sexual abuse. Experiences from psychotherapeutic work*. Stockholm: RFSU, 2017.

Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, Chen J, Stevens MR. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Blake M de T, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, Viana JM, Pedroso D, de Abreu LC. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*. 2014;14:15.

Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*. 2003;17(49):87-98.

Bogart LM, Collins RL, Cunningham W, Beckman R, Golinelli D, Eisenman D, Bird CE. The association of partner abuse with risky sexual behaviors among woman an men with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*. 2005;9(3):325-33.

Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res*. 2009;44(3):1052-67.

Boulos MIC. Atendimento na violência sexual. In: Oliveira RA, Prates NEVB, Nazareth JC (Orgs). *Bioética e a violência contra a mulher*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017. p107-114.

Bownes IT, O'Gorman EC, Sayers A. Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83(1):27-30.

Bramsen R, Elklit A, Nielsen, LH. A Danish Model for Treating Victims of Rape and Sexual Assault. The Multidisciplinary Public Approach. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2006;18(8):886-905.

Brasil. Código penal, 2009. Código penal. 11. ed. São Paulo: RT; 2009.

Brasil. Decreto n. 7.958 de 13 de março de 2013. *Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde* [internet]. 2013 [citado em 2018 jul 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm.

Brasil. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. *Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores* [internet]. 2009a [citado em 2018 out 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. *Nota: estupros em mulheres* [internet]. 2016 [citado em 2017 jul 3]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/notificacao-violencia-interpessoal-e-autoprovocada.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 2a ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*, 3a ed. atual. e ampl. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brecklin LR, Forde DR. A meta-analysis of rape education programs. *Violence Vict.* 2001;16(3):303-21.

Brown DS, Finkelstein EA, Mercy JA. Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2008;23(12):1747-66.

Brown R. Corrective rape in South Africa: a continuing plight despite an International Human Rights Response. *Ann Surv Int'l & Comp L.* 2012;45:45-66.

Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull.* 1986;99(1):66-77.

Brownmiller S. *Against our will: men, women and rape*. 2013^a ed. Nova Iorque: Fawcett Columbine, 1975.

Bryant-Davis T. Rape is a media review for sexual assault psychoeducation. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(2):194-5.

Burgess AW, Hartman CR. Sexually motivated child abductors: forensic evaluation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2005;43(9):22-8.

Cacares CF, Marin BV, Hudes ES. Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru. *J Adolesc Health*. 2000; 27:361-67.

Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict*. 1999 Fall;14(3):261-75.

Campbell R, Wasco SM. Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. *J Interpers Violence*. 2005;20(1):127-31.

Campbell R. The psychological impact of rape victims experiences with legal, medical and mental health systems. *Am Psychol*. 2008;63(8):702-17.

Carballo-Diequez A, Dolezal C. Association between history of childhood sexual abuse and adult HIV-risk sexual behavior in Puerto Rico men who have sex with men. *Child Abuse Negl*. 1995;19(5):595-605.

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, Heptonstall J, Ippolito G, Lot F, McKibben PS, Bell DM. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.

Carries S, Muller F, Muller FJ, Morroni C, Wilson D. Characteristics, treatment, and antiretroviral prophylaxis adherence of South African rape survivors. *J Acquir Immune Defic Syndr* .2007;46:68e71.

Carvalho JR, Oliveira VH. *Prevalência da Violência Doméstica e o Impacto nas Novas Gerações. Relatório. Executivo I - Primeira Onda - 2016 da PCSVDFMulher* [internet]. 2016 [citado em 2018 out 18]. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-Nordeste_Sumario-Executivo.pdf.

Casteel C, Martin SL, Smith JB, Gurka KK, Kupper LL. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Inj Prev*. 2008;14(2):87-90.

Castiglione DP. Border policies and health of refugee populations. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):e00006018.

Cavalcanti R, Cavalcanti M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca; 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services. *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV* [internet], 2016 [citado em 2018 set 13]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Recomm Rep*. 1998;47(RR-1):1-111.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR Recomm Rep*. 2002 10;51(RR-6):1-7.

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) [Internet]. 2009 [citado em 2009 ago 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) [Internet]. 2017 [citado em 2017 jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Cerqueira D, Coelho D, Ferreira H. TD 2313 - Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Brasília, DF: IPEA; 2017.

Cerqueira D, Coelho DSC. *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde*. Brasília, DF: IPEA; 2014.

Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, Alves PP, Pinheiro M, Astolfi R, Marques D, Reis M, Merian F. Atlas da Violência, 2018 [internet]. 2018 [citado em 2018 out 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf

Cesar PK, Arpini DM. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicol Cienc Prof.* 2017;37(2):432-45.

Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2012;88(5):335-41.

Chan KL, Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung WC. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *J Midwifery Womens Health.* 2008;53(6):529-37.

Chapleau KM, Oswald DL, Russell BL. Male rape myths: the role of gender, violence, and sexism. *J Interpers Violence.* 2008;23(5):600-15.

Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-29.

Christian M, Safari O, Ramazani P, Burnham G, Glass N. Sexual and gender based violence against men in the Democratic Republic of Congo: effects on survivors, their families and the community. *Med Confl Surviv.* 2011;27(4):227-46.

Coelho HC, Perdoná GC, Neves FR, Passos AD. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cad Saude Publica.* 2007;23(9):2197-204.

Cohn AM, Zinzow HM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Correlates of reasons for not reporting rape to police: results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape. *J Interpers Violence*. 2013;28(3):455-73.

Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2001;358(9280):450-4.

Collings SJ, Bugwandeen SR, Wiles WA. HIV post-exposure prophylaxis for child rape survivors in KwaZulu-Natal, South Africa: who qualifies and who complies? *Child Abuse Negl*. 2008;32(4):477-83.

Conard LA, Blythe MJ. Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17(1):103-16.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*. 1994;331(18):1173-80.

Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica Mex*. 2008;50(Suppl 2):s230-8.

Costa LF, Pendo MA, Almeida TMC. O grupo multifamiliar como método da intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia USP*. 2005;n.i.:121-46.

Coxell A, King M, Mezey G, Gordon D. Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: cross sectional survey. *BMJ*. 1999;318(7187):846-50.

Coxell AW, King MB, Mezey GC, Kell P. Sexual molestation of men: interviews with 224 men attending a genitourinary medicine service. *Int J STD AIDS*. 2000;11(9):574-8.

Crane J. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):103-11.

Cunningham RM, Stiffman AR, Doré P, Earls F. The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: implications for public health. *Child Abuse Negl*. 1994;18(3):233-45.

D'Abreu LC, Krahé B, Bazon MR. Sexual aggression among Brazilian college students: prevalence of victimization and perpetration in men and women. *J Sex Res*. 2013;50:795-807.

Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004;16(5):383-8.

Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):3-13.

Davies M, Rogers P. Perceptions of male victims in depicted sexual assaults: A review of the literature. *Agress Vilent Behav*. 2006;11(4):367-77.

de Oliveira EM, Barbosa RM, de Moura AA, von Kossel K, Morelli K, Botelho LF, Stoianov M. The services for women victims of sexual violence: a qualitative study. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):376-82.

Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013;340: 1527-28.

Dilorio C, Harwell T, Hansen N. Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *Am J Public Health*. 2002;92(2):214-9.

Diniz NM, de Almeida LC, dos S Ribeiro BC, de Macêdo VG. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):7-12.

Draughon JE, Andersn JC, Hansen BR, Sheridan DJ. Sexual assault program HIV Non-occupational Post-Exposure Prophylaxis Practices: A Survey of Sexual Assault and Forensic Nurse Examiner Program Coordinators. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(1 0): S90-100.

Draughon JE, Hauda WE 2nd, Price B, Rotolo S, Austin KW, Sheridan DJ. Factors associated with forensic nurses offering HIV nPEP status post sexual assault. *West J Nurs Res*. 2015;37(9):1194-213.

Draughon JE, Sheridan DJ. Nonoccupational postexposure prophylaxis following sexual assault in industrialized low-HIV-prevalence countries: a review. *Psychol Health Med*. 2012;17(2):235-54.

Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *RBGO*, 1999;21(9):539-44.

Drezett J, Blake MT, Lira KSF, Pimentel RM, Adami F, Bessa MMM, Abreu LC. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. *Reprod Clim*. 2013;27(3):109-16.

Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JÁ, Fernandes CE. Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents. *J Pediatr. (Rio J.)* 2001;77(5):413-9.

Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, Campos FS, Leal MCP, Iannetta R. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. *Adolesc Saúde*. 2004;1(4):31-9.

Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo Jr. H, Ventamatti MAF, Pimentel RM, Abreu LC. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum*. 2011;21(2):189-97.

Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmao A, Hegg R, Pinotti JA. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescente e adultas sexualmente vitimizadas. Resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. *Rev Centro de Referência*. 1996;1:23-8.

Drezett J. *Estudo de fatores relacionados com violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas* [tese]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

Drezett J. Manejo integral da violência sexual pelos serviços públicos de saúde [internet]. 2004 [citado em 2018 out 24]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228449796_MANEJO_INTEGRAL_DA_VIOLENCIA_SEXUAL_PELOS_SERVICOS_PUBLICOS.

DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. DSM -5 [recurso eletrônico] (American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa do Nascimento et al]; revisão técnica Aristide Volpato Cordioli et al] 5-ed., Artmed: Porto Alegre, 2015.

Du Mont J, Macdonald S, Myhr T, Loutfy MR. Sustainability of an HIV PEP Program for Sexual Assault Survivors: "Lessons Learned" from Health Care Providers. *Open AIDS J*. 2011;5:102-12.

Du Mont J, Macdonald S, Rothard N, Asilani E, Bainbrigde D, Cohen MN. Factors associated with suspected drug-facilitates sexual assault. *CMAJ*;2009;180(5):513-9.

Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L. Male victims of adult sexual assault: a descriptive study of survivors' use of sexual assault treatment services. *J Interpers Violence*. 2013;28(13):2676-94.

Du Mont J, Myhr TL, Husson H, Macdonald S, Rachlis A, Loutfy MR. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex Transm Dis*. 2008;35(12):973-8.

Du Mont JD, White D. Barriers to the effective use of medico-legal findings in sexual assault cases worldwide. *Qual Health Res*. 2013;23(9):1228-39.

Duque C. Parafilias e crimes sexuais. In: Taborda JGV, Chalub ME, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed. 2004. p. 297-315, Cap. 18.

Eastgate G, Scheermeyer E, van Driel ML, Lennox N. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention - A study of family members and support workers. *Aust Fam Physician*. 2012;41(3):135-9.

Eastgate G. Sex and intellectual disability--dealing with sexual health issues. *Aust Fam Physician*. 2011;40(4):188-91.

Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. *Aust Fam Physician*. 2005;34(3):163-6.

Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud pública Méx*. 2008;50(2):S255-9.

Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick M. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *J Pediatr*. 2007;151:482-7.

Elgendy IS, Hassan NA. Medicolegal study of child sexual abuse in greater Cairo, Egypt, during a 7-year period: 2005-2011. *Am J Forensic Med Pathol*. 2013;34(4):335-41.

Ellis CD. Male rape-The silent victims. *Collegian*. 2002;9(4):34-9.

Eluf LN. *Crimes contra os costumes e assédio sexual*. Edição condensada. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

Embregts P, van den Bogaard K, Hendriks L, Heestermans M, Schuitemaker M, van Wouwe H. Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2010;31(3):760-7.

Engel CL. Texto para Discussão IPEA. As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil. Rio de Janeiro: IPES, out 2017.

Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl*. 1998;22(3):223-34.

Essabar L, Khalqallah A, Dakhama BS. Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. *Pan Afr Med J*. 2015;20:47.

Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade T, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo. Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.

Feeney H, Chiamonte D, Campbell R, Greeson MR, Fehler-Cabral G. Anogenital and Physical Injuries in Adolescent Sexual Assault Patients: The Role of Victim-Offender Relationship, Alcohol Use, and Memory Impairment. *J Forensic Nurs*. 2017;13(2):52-61.

Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R. Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population. *Ann Emerg Med.* 2000;36(1):23-7.

Ferguson AG. How good is the evidence relating to the frequency of childhood sexual abuse and the impact such abuse has on the lives of adult survivors? *Public Health.* 1997;111(6):387-91.

Few C. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? *J Adv Nurs.* 1997;25(3):615-25.

Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl.* 1990;14:19-28.

Finkelhor D. *Sexually victimized children.* New York: The Free Press Paperback; 1981.

Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994;18(5):409-17.

Fisher H, Morgan C, Dazzan P, Craig TK, Morgan K, Hutchinson G, Jones PB, Doody GA, Pariante C, McGuffin P, Murray RM, Leff J, Fearon P. Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):319-25.

Fisher LN, Pina A. An overview of the literature on female-perpetrated adult male sexual victimization. *Aggress Violent Behav.* 2013;18:54-61.

Flake TA, Barros C, Schraiber LB, Menezes PR. Intimate partner violence among undergraduate students of two universities of the state of Sao Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16:801-16.

Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saude Publica.* 1999;33(2):198-205.

Fletcher S, Elkit A, Shevlin M and Armour C. Predicting time spent in treatment in a sample of Danish survivors of Child sexual abuse. *J Child Sex Abuse.* 2017;26(5):535-52.

Fong C. Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: when is it indicated? *Emerg Med J.* 2001;18(4):242-5.

Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, Doherty M, Mills EJ, Calmy A. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *Aids.* 2014;28(18):2721-7.

Ford N, Venter F, Irvine C, Beanland RL, Shubber Z. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. *Clin Infect Dis.* 2015;60(Suppl 3):S182-6.

Foubert JD, Perry BC. Creating lasting attitude and behavior change in fraternity members and male students athletes. The quality impact of an empathy-based rape prevention program. *Violence Against Women*. 2007;13(1):70-86.

Foubert JD. The longitudinal effects of a rape-prevention program on fraternity men's attitudes, behavioral intent, and behavior. *J Am Coll Health*. 2000;48(4):158-63.

Freeman RC, Collier K, Parillo KM. Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28(1):109-31.

Galvan FH, Collins R, Kanouse DE et al. Abuse in the close relationships of people with HIV. *AIDS Behav*. 2004 8(4):441-51.

Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML et al. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):214-9.

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Geneva: World Health Organization, 2005.

Gayer-Anderson C, Fisher HL, Fearon P, Hutchinson G, Morgan K, Dazzan P, Boydell J, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Craig TK, Morgan C. Gender differences in the association between childhood physical and sexual abuse, social support and psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(10):1489-500.

Gibb AM, McManus T, Forster GE. Should we offer antibiotic prophylaxis post sexual assault? *Int J STD AIDS*. 2003;14(2):99-102.

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;151(2):185-9.

Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, Spandoni P, Stasinou S, Boulougouri D, Spirakou E. Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters. *Epidemiol Infect*. 2003;130(3):497-500.

Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, Lee F, Sautter RL, Greenwald E, Beck-Sagué CM, Hammerschlag MR, Black CM. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2009;124(1):79-86.

Glucksman ML. Case presentation: long-term treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2013 Fall;41(3):385-92.

Gore SM, Bird AG, Burns S, Ross AJ, Goldberg D. Anonymous HIV surveillance with risk-factor elicitation: at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland. *Int J STD AIDS*. 1997;8(3):166-75.

Gostin LO, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *JAMA*. 1994;271(18):1436-44.

Goyer PF, Eddleman HC. Same-sex rape of nonincarcerated men. *Am J Psychiatry*. 1984;141(4):576-9.

Grassi-Oliveira R, Stein LM. Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: the burden of neglect. *Child Abuse Negl*. 2008;32(12):1089-94.

Griffith WF, Ackerman GE, Zoellner CL, Sheffield JS. Sexual assault: a report on human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis. *Obstet Gynecol Int*. 2010;2010. pii: 196963.

Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int*. 2003;131(2-3):125-30.

Halpérin DS, Bouvier P, Jaffé PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J, Wicky HR, Astié F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ*. 1996 25;312(7042):1326-9.

Hanson RF. Adolescent dating violence: prevalence and psychological outcomes. *Child Abuse Negl.* 2002;26(5):449-53.

Hariton TN. Sexual assault in prepubertal girls: 'It is normal to be normal' - or is it? Evidence of vaginal penetration in prepubertal girls. *Med Sci Law.* 2012;52(4):193-7.

Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JGI. Research Electronic Data Capture (REDCap). A metadata driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377-81.

Heerde JA, Scholes-Balog KE, Hemphill SA. Associations between youth homelessness, sexual offenses, sexual victimization, and sexual risk behaviors: a systematic literature review. *Arch Sex Behav.* 2015;44(1):181-212.

Hickman SE, Muehlenhard CL. By the semi-mystical appearance of a condom: how young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *J Sex Res.* 1999;36:3, 258-72.

Hickson FC, Davies PM, Hunt AJ, Weatherburn P, McManus TJ, Coxon AP. Gay men as victims of nonconsensual sex. *Arch of Sexual Behavior.* 1994;23(3):281-94.

Hines DA. Predictors of sexual coercion against women and men: a multilevel, multinational study of university students. *Arch Sex Behav.* 2007; 36:403-22.

Hiquet J, Gromb-Monnoyeur S. Men victim of sexual assault of concern into the first Emergency Medical Unit for Victims of Assaults in France. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(7):836-41.

Hodroj FC SA, Sobreira LA, Nunes GZ, Bessa MM, Drezett J, Abreu LC. Caracterização do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes do sexo masculino atendidos em um serviço público de saúde de referência. Proceedings abstracts 7th International Meeting of Child and Adolescents. 2016. p. S232

Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA.* 1998;280(21):1855-62.

Honor G, Thackeray J, Scribano P, Curran S, Benzinger E. Pediatric sexual assault nurse examiner care: trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *J Forensic Nurs.* 2012;8(3):105-11.

Horvath MAH, Kelly L. Multiple perpetrator rape: naming an offence and initial research findings. *J Sex Aggress.* 2009,15(1):83-96.

Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health.* 2000;27(6):419-24.

Humphreys T. Perceptions of sexual consent: the impact of relationship history and gender. *J Sex Res.* 2007;44(4):307-15.

Humphreys TP, Brousseau MM. The sexual consent scale-revised: development, reliability, and preliminary validity. *J Sex Res.* 2010;47(5):420-8.

Hwa HL, Chen SC, Wu MZ et al. Analysis of cases of sexual assault presenting at a medical center in Taipei, Taiwan. *J Obstet Gynecol.* 2010;49(2):165-9.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2013 [citado em 2017 jan 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence--improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med.* 2009;16(4):182-8.

Jangam K, Devasthali G, Tansa KA, Raj A, Muralidharan K. Childhood abuse in adult women with unipolar depression compared to healthy women: Data from a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatr.* 2016;22:138-9.

Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* 2010;124(3):227-35.

Janssen TL, van Dijk M, Al Malki I, van As AB. Management of physical child abuse in South Africa: literature review and children's hospital data analysis. *Paediatr Int Child Health.* 2013;33(4):216-27.

Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, Kiviat N, Corey L, Stamm WE, Holmes KK. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med.* 1990;322(11):713-6.

Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2009;33(3):179-92.

Jewkes R, Fulu E, Roselli T, Garcia-Moreno C; UN Multi-country Cross-sectional Study on Men and Violence research team. Prevalence of and factors associated with non-partner rape perpetration: findings from the UN Multi-country Cross-sectional Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health.* 2013;1(4):e208-18

Jewkes R, Levin J, Mbananga N, Bradshaw D. Rape of girls in South Africa. *Lancet.* 2002;359(9303):319-20.

Jewkes R, Sikweyiya Y, Morrell R, Dunkle K. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. *PloS One.* 2011;6:e29590.

Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):15-26.

Johnson CF. Child sexual abuse. *J Lancet.* 2004;364(9432):462-70.

Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J, Kub J, O'Campo P, Gielen AC, Campbell JC. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Womens Health Issues.* 2006;16(5):252-61.

Joy D, Douglas JM, Bolan G, Harrison JS, Moss PM, McKirnan D. Emotional, behavioral and HIV risk associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse and Neglect.* 1994; 18(9):747-61.

Jozkowski KN, Peterson ZD. College students and sexual consent: unique insights. *J Sex Res.* 2013;50(6):517-23.

Kalichman SC, Gore-Felton C, Benotsch E et al. Trauma symptoms, sexual behaviors, and substance abuse: correlates of childhood sexual abuse and HIV risks among men who have sex with men. *J Child Sex Abus.* 2004;13(1):1-15.

Kalichman SC, Sikkema KJ, DiFonzo K, Luke W, Austin J. Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV-AIDS. *J Trauma Stress.* 2002;15(4):289-96.

Kaplan HI, Sadock BL. *Kaplan e Sadock's synopsis of psychiatry: behavior sciences and clinical psychiatry.* 8ª ed. Baltimore: Willian and Willian, 2005.

Kapur NA, Windish DM. Health care utilization and unhealthy behaviors among victims of sexual assault in Connecticut: results from a population-based sample. *J Gen Intern Med.* 2011;26(5):524-30.

Kawsar M, Anfield A, Walters E, Mc Cabe S, Forster GE. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. *Sex Transm Inf.* 2004; 80(2):138-41.

Kaysen D, Neighbors C, Martell J, et al. Incapacitated rape and alcohol use: A prospective analysis. *Addict Behav.* 2006; 31(10):1820-32.

Keane FEA, Young SM, Boyle HM, and Curry KM, Prior sexual assault reported by male attenders at a department of genitourinary medicine. *Int J STD AIDS*. 1995;6:95-100.

Kelly RJ, Wood JJ, Gonzalez LS et al. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl*. 2002;26(4):425-41.

Kennedy KM. Heterogeneity of existing research relating to sexual violence, sexual assault and rape precludes meta-analysis of injury data. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(5):447-59.

Killian S, Suliman S, Fakier N, Seedat S. Rape survivors and the provision of HIV post-exposure prophylaxis. *S Afr Med J*. 2007;97(8):585-6.

Kim JC, Askew I, Muvhango L, Dwane N, Abramsky T, Jan S, Ntlemo E, Chege J, Watts C. Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. *BMJ*. 2009;338:1559-62.

Kim JC. *Rape and HIV post-exposure prophylaxis: the relevance and the reality in South Africa* - Discussion Paper WHO Meeting on Violence Against Women and HIV/AIDS: setting the research agenda. Geneva: WHO; 2000.

King M, Woollett E. Sexually assaulted males: 115 men consulting a counseling service. *Arch Sex Behav*. 1997;26(6):579-88.

King MB. Male rape. *BMJ*. 1990;301(6765):1345-6.

Kolsky E. The Rule of Colonial Indifference: Rape on Trial in Early Colonial India, 1805-57. *The Journal of Asian Studies* Vol, 69, No, 4 (November) 2010: 1093-1117.

Krause KH, Lewis-O'Connor A, Berger A, Votto T, Yawetz S, Pallin DJ, Baden LR. Current practice of HIV postexposure prophylaxis treatment for sexual assault patients in an emergency department. *Womens Health Issues*. 2014;24(4):407-12.

Krug EG, Dahlsberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Sexual violence. In: WHO. *World health report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002, p. 147-181. Cap. 6.

Krug RS. Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: case descriptions, motivations and long-term consequences. *Child Abuse Negl*. 1989;13(1):111-9.

Kutchinsky B. The effect of easy availability of pornography on the incidence of sex crimes: The Danish experience. *J Soc Issues*. 1973;29:163-81.

Lacey HB, Roberts R. Sexual assault on men. *Int J STD AIDS*. 1991;2:258-60.

Lacombe K, Dagueneil-Nguyen A, Lebeau V, Fonquernie L, Girard PM, Meyohas MC. Determinants of adherence to non-occupational post HIV exposure prophylaxis. *AIDS* 2006;20:291-4.

Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG*. 2015;122(4):577-84.

Larsen ML, Hilden M, Skovlund CW, Lidegaard Ø. Somatic health of 2500 women examined at a sexual assault center over 10 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(8):872-8.

Larsen ML, Hilden M. Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Center. *J Forensic Leg Med*. 2016;43:8-11.

Laws A, Golding JM. Sexual assault history and eating disorder symptoms among white, hispanic, and african-american women and men. *Am J Public Health*. 1996;86(4): 579-82.

Lawson C. Mother-son sexual abuse: rare or underreported? A critique of the research. *Child Abuse Negl*. 1993;17(2):261-9.

Lenderking WR, Wold C, Mayer KH et al. Childhood sexual abuse among homosexual men. Prevalence and association with unsafe sex. *J Gen Intern Med*. 1997;12(4):250-3.

Limb S, Kawsar M, Forster GE. HIV post-exposure prophylaxis after sexual assault: the experience of a sexual assault service in London. *Int J STD AIDS*. 2002;13(9):602-5.

Lin LP, Yen CF, Kuo FY, Wu JL, Lin JD. Sexual assault of people with disabilities: results of a 2002-2007 national report in Taiwan. *Res Dev Disabil*. 2009;30(5):969-75.

Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginalpenetration: a prospective comparison study. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(7):884-901.

Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, McCabe KK, LaBelle C. HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital. *Acad Emerg Med*. 2005;12(7):640-6.

Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med*. 2011;365(9):834-41

Linden JA. Sexual assault. *Emerg Med Clin North Am*. 1999;17(3):685-97, vii.

Lodico MA, Gruber E, DiClemente RJ. Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *J Adolesc Health*. 1996;18(3):211-7.

Loko Roka J, Van den Bergh R, Au S, De Plecker E, Zachariah R, Manzi M, Lambert V, Abi-Aad E, Nanan-N'Zeth K, Nzuya S, Omba B, Shako C, MuishaBaroki D, Basimuoneye JP, Moke DA, Lampaert E, Masangu L, De Weggheleire A. One size fits all? Standardised provision of care for survivors of sexual violence in conflict and post-conflict areas in the Democratic Republic of Congo. *PLoS One*. 2014 20;9(10):e111096.

Loncar M, Henigsberg N, Hrabac P. Mental health consequences in men exposed to sexual abuse during the war in Croatia and Bosnia. *J Interpers Violence*. 2010;25(2):191-203.

Loutfy MR, Macdonald S, Myhr T, Husson H, Du Mont J, Balla S, Antoniou T, Rachlis A. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antivir Ther*. 2008;13(1):87-95.

Lunding S, Katzenstein TL, Kronborg G, Lindberg JA, Jensen J, Nielsen HI, Pedersen C, Jørgensen LB. The Danish PEP registry: experience with the use of postexposure prophylaxis (PEP) following sexual exposure to HIV from 1998 to 2006. *Sex Transm Dis*. 2010;37(1):49-52.

Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil--a national study. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):563-72.

Marc L, Honoré JG, Néjuste P, Setaruddin M, Lamothe NN, Thimothé G, Cornely JR. Uptake to HIV post-exposure prophylaxis in Haiti: opportunities to align sexual violence, HIV PEP and mental health. *Am J Reprod Immunol*. 2013;69(Suppl 1):132-41.

Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl*. 2004;28(5):491-503.

Martin L, Rosen LN, Durand DB, Stretch RH, Knudson KH. Prevalence and timing of sexual assaults in a sample of male and female U.S. Army soldiers. *Mil Med*. 1998;163(4):213-6.

Masanzu R, Ajayi C, Sibly E, Forster G. Post-exposure prophylaxis following sexual assault. *HIV Med*. 2010;11(Suppl. 1):53

Masho SW, Anderson L. Sexual assault in men: a population-based study of Virginia. *Violence Vict*. 2009;24(1):98-110.

Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):27-37.

Max W, Rice DP, Finkelstein E, Bardwell RA, Leadbetter S. The economic toll of intimate partner violence against women in the United States. *Violence Vict.* 2004;19(3):259-72.

Mayer KH, Venkatesh KK. Interactions of HIV, other sexually transmitted diseases, and genital tract inflammation facilitating local pathogen transmission and acquisition. *Am J Reprod Immunol.* 2011;65(3):308-16.

McCall-Hosenfeld JS, Liebschutz JM, Spiro A, Seaver MR. Sexual assault in the military and its impact on sexual satisfaction in women veterans: a proposed model. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(6):901-9.

McGregor K, Glover M, Gautam J, Jülich S. Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women Health.* 2010;50(8):737-55.

McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int.* 2011;204(1-3):27-33.

McLean IA. The male victim of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):39-46.

Menick DM, Ngoh F. Seroprevalence of HIV infection in sexually abused children in Cameroon. *Med Trop (Mars).* 2003;63(2):155-8.

Merchant RC, Keshavarz R, Low C. HIV post-exposure prophylaxis provided at an urban paediatric emergency department to female adolescents after sexual assault. *Emerg Med J.* 2004;21(4):449-51.

Merotte L, Schiza G, Thomas P. Les femmes incarcérées pour violence sexuelle dans le Nord-Pas-de-Calais. Données sociodémographiques et caractéristiques psychopathologiques. *Ann Med Psychol*. 2014;172: 432-6.

Merrill LL, Newell CE, Milner JS, Koss MP, Hervig LK, Gold SR, Rosswork SG, Thornton SR. Prevalence of premilitary adult sexual victimization and aggression in a Navy recruit sample. *Mil Med*. 1998;163(4):209-12.

Merrill LL, Thomsen CJ, Gold SR, Milner JS. Childhood abuse and premilitary sexual assault in male Navy recruits. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(2):252-61.

Mezey G, King M. The effects of sexual assault on men: a survey of 22 victims. *Psychol Med*. 1989;19(1):205-9.

Michelete LZ, Dias MMB, Silva ACF, Cabral CS, Abreu LC, Drezett J. Infection with Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents and adult victims of sexual violence .in the metropolitan region of São Paulo. *Reprod Clim*. 2012; 27(2):58-64

Mimiaga MJ, Noonan E, Donnell D, Safren SA, Koenen KC, Gortmaker S, O'Cleirigh C, Chesney MA, Coates TJ, Koblin BA, Mayer KH. Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 1;51(3):340-8.

Morgan L, Brittain B, Welch J. Medical care following multiple perpetrator sexual assault: a retrospective review. *Int J STD AIDS*. 2015;26(2):86-92

Morof DF, Sami S, Mangeni M, Blanton C, Cardozo BL, Tomczyk B. A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. *Morof Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127(2):138-43.

Moura LB, Gandolfi L, Vasconcelos AM, Pratesi R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Saude Publica.* 2009;43(6):944-53.

Murphy GH, O'Callaghan A. Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychol Med.* 2004;34(7):1347-57.

Myers MF. Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Arch Sex Behav.* 1989;18(3):203-15.

Nannini A. Sexual assault patterns among women with and without disabilities seeking survivor services. *Womens Health Issues.* 2006;16(6):372-9.

Nasta A, Shah B, Brahmanandam S, Richman K, Wittels K, Allsworth J, Boardman L. Sexual victimization: incidence, knowledge and resource use among a population of college women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005;18(2):91-6.

National Victim Center. *Crime Victims Research and Treatment Center, Rape in America: a report to the nation.* Charleston: Medical University of South Carolina, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences; 1992.

Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ, Martin NG. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(2):139-45.

Neu N, Heffernan-Vacca S, Millery M, Stimell M, Brown J. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observational study in an urban medical center. *Sex Transm Dis*. 2007;34:65-8.

O'Leary A, Purcell D, Remien RH, Gomez C. Childhood sexual abuse and sexual transmission risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care*. 2003;15(1):17-26.

Ogunwale AO, Oshiname FO. A Qualitative Exploration of Date Rape Survivors' Physical and Psycho-Social Experiences in a Nigerian University. *J Interpers Violence*. 2017;32(2):227-248.

Oliva L. Profilaxia do vírus da imunodeficiência humana após violência sexual. *J Bras Aids*. 2002;3(1):39-43.

Olshen E, Hsu K, Woods ER, Harper M, Harnisch B, Samples CL. Use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in adolescent sexual assault victims. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:674-80.

Olsson A, Ellsberg M, Berglund S, Herrera A, Zelaya E, Peña R, Zelaya F, Persson LA. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse Negl*. 2000;24(12):1579-89.

Oosterhoff P, Zwanikken P, Ketting E. Sexual torture of men in Croatia and other conflict situations: an open secret. *Reprod Health Matters*. 2004;12(23):68-77.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six-month post-aggression follow-up. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):192-9.

Packard H. VII. Eversion of bladder: as a late sequel of mutilation caused by rape in early childhood. *Ann Surg*. 1914;59(4):555-7.

Padilha MGS e Gomide PIC. Descrição de um processo terapêutico em grupos para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*. 2004;9(1):53-61.

Patel A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D, Keith L. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(1):24-8.

Peres ACS. Campos de estupro: as mulheres e a guerra na Bósnia. *Cad Pagu*. 2011; (37):117-62.

Perilloux C, Duntley JD, Buss DM. The costs of rape. *Arch Sex Behav*. 2012;41(5):1099-106.

Pesola GR, Westfal RE, Kuffner CA. Emergency department characteristics of male sexual assault. *Acad Emerg Med*. 1999;6(8):792-8.

Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(1):1-24.

Pietraszkiewicz E, Firlag-Burkacka E, Horban A, Kowalska JD. The suspected unexpected and serious adverse events of antiretroviral drugs used as HIV prophylaxis in HIV uninfected persons. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(4 Suppl 3):19733

Pinkerton SD, Martin JN, Roland ME, Katz MH, Coates TJ, Kahn JO. Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus. *Arch Intern Med.* 2004;164:46-54.

Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zencker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública,* 2003;37(1):8-14.

Porta CM, Johnson E, Finn C. Male Help-Seeking After Sexual Assault: A Series of Case Studies Informing Sexual Assault Nurse Examiner Practice. *J Forensic Nurs.* 2018;14(2):106-111.

Powell A. Medical examination in cases of rape. *Ind Med Gaz.* 1902;37(6):230-34.

Price M, Davidson TM, Ruggiero KJ, Acierno R, Resnick HS. Predictors of using mental health services after sexual assault. *J Trauma Stress.* 2014;27(3):331-7.

Procópio EV, Feliciano CG, Silva KV, Katz CR. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1961-9.

Ratner PA, Johnson JL, Shoveller JA, Chan K, Martindale SL, Schilder AJ, Botnick MR, Hogg RS. Non-consensual sex experienced by men who have sex with men: prevalence and association with mental health. *Patient Educ Couns*. 2003;49(1):67-74.

Rentoul L, Appleboom N. Understanding the psychological impact of rape and serious sexual assault of men: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1997;4(4):267-74.

Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, Saunders BE. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):214-9.

Rey D, Bendiane MK, Bouhnik AD, Almeda J, Moatti JP, Carrieri MP. Physicians' and patients' adherence to antiretroviral prophylaxis after sexual exposure to HIV: results from South-Eastern France. *AIDS Care*. 2008;20(5):537-41.

Rey D, Bendiane MK, Moatti JP, Wellings K, Danziger R, MacDowall W; European Study Group on HIV Testing Policies and Practices in Europe. Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. *AIDS Care*. 2000;12(6):695-701.

Reynolds MW, Peipert JF, Collins B. Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55(1):51-7.

Ribeiro MA, Ferriani MD, Reis JN. Sexual abuse of children and adolescents: characteristics of sexual victimization in family relations. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):456-64.

Rifiotis T. As Delegacias Especiais de Proteção à Mulher no Brasil e a “judicialização” dos conflitos conjugais. *Sociedade e Estado Brasília.* 2004;19(1):53-84.

Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000;35(4):358-62.

Robertson JD. Rape among incarcerated men: sex, coercion and STDs. *AIDS Patient Care.* 2003;17(8), 423-30.

Roland ME, Myer L, Martin LJ, Maw A, Batra P, Arend E, Coates TJ, Denny LA. Preventing human immunodeficiency virus infection among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS Behav.* 2012;16(4):990-8.

Roland ME. Postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. *Curr Opin Infect Dis.* 2007;20(1):39-46.

Rothman EF, Exner D, Baughman AL. The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2011;12(2):55-66.

Sabido M, Kerr LR, Mota RS, Benzaken AS, de A Pinho A, Guimaraes MD, Dourado I, Merchan-Hamman E, Kendall C. Sexual Violence Against Men Who Have Sex with Men in Brazil: A Respondent-Driven Sampling Survey. *AIDS Behav.* 2015;19(9):1630-41.

Sable MR, Danis F, Mauzy DL, Gallagher SK. Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspectives of college students. *J Am Coll Health.* 2006;55(3):157-62.

Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, Hastings R, Stevenson J, Skuse D. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet.* 2003;361(9356):471-6.

Sampaio MA *Odontologia holística. A natureza, os dentes e a saúde.* São Paulo: DCI. 1994. p.152-3.

Sandfort T, Frazer MS, Matebeni Z, Reddy V, Southey-Swartz I; Southern African Lesbian and Bisexual Women Research Team. Histories of forced sex and health outcomes among Southern African lesbian and bisexual women: a cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2015;15:22.

Santos J, Drezett J, A de Loiola Alves. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil. 2002-2014. *Reprod Clim.* 2015;30(1):25-32.

Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17(2):258-64.

- Sarrel PM, Masters WH. Sexual molestation of men by women. *Arch Sex Behav.* 1982;11(2):117-31.
- Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e Gênero: vítimas demarcadas. *Rev Saúde Coletiva.* 2006;16(2):167-83.
- Scanavino MT. Violência sexual na infância/adolescência e risco para HIV/AIDS na vida adulta. *Diagn Trat.* 2009;14(4):165-7.
- Schraiber L, d'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Durand J, Pinho A. Violence experienced: the nameless pain. *Interface (Botucatu).* 2003;7(12):41-54.
- Schraiber L, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(1):7-17.
- Schraiber LB, Barros CR, Couto MT, Figueiredo WS, de Albuquerque FP. Men, masculinity and violence: a study in primary health care services. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(4):790-803.
- Schraiber LB, Barros CRS, Castilho. Violence against women by intimate partners: use of health services. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):237-45.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007a;41(3):359-67.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008;42(Suppl 1):127-37.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. *O que devem saber os para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica* [internet]. 2. ed. 2003 [citado em 2018 jun 3]. Disponível em: <http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Cartilha-Sa%C3%BAde-das-Mulheres-Viol-Dom%C3%A9stica.pdf>

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007b;41(5):797-807.

Schremmer RD, Swanson D, Kraly K. Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis in child and adolescent victims of sexual assault. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21:502-6.

Segurado AC, Batistella E, Nascimento V, Braga PE, Filipe E, Santos N, Paiva V. Sexual abuse victimisation and perpetration in a cohort of men living with HIV/AIDS who have sex with women from São Paulo, Brazil. *AIDS Care*. 2008;20(1):15-20.

Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, Griffith W, Marchant A, Jenny C, Hammerschlag Mr. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015;61 Suppl 8:S856-64.

Senn TE, Carey MP, Vanable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):720-31.

Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, Cheever L, Johnson M, Paxton LA, Onorato IM, Greenberg AE; U.S. Department of Health and Human Services. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep*. 2005;54(RR-2):1-20.

Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl*. 2000;24(2):273-87.

Speight CG, Klufio A, Kilonzo SN, Mbugua C, Kuria E, Bunn JE, Taegtmeier M. Piloting post-exposure prophylaxis in Kenya raises specific concerns for the management of childhood rape. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100:14-18.

Spitzberg BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict*. 1999;14(3):241-60.

Starzynski LL, Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM. Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence Vict*. 2005;20(4):417-32.

Stermac L, Del Bove G, Addison M. Stranger and acquaintance sexual assault of adult males. *J Interpers Violence*. 2004 Aug;19(8):901-15.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79-101.

Strazza L, Azevedo RS, Goto F, Carvalho HB, Burattini MN, Massad E. *Comparison of sexual behavior and drug use between adolescents from a private an a public primary schoolin São Paulo, Brazil, 2000*. In: XIII International AIDS Conference- Durban- South Africa- 9-14 July- Oral Poster, 2000.

Struckman-Johnson C, Struckman-Johnson D. A comparison of sexual coercion experiences reported by men and women in prison. *J Interpers Violence*. 2006 Dec;21(12):1591-615.

Sudupe Moreno A. Age differences among victims of sexual assault: a comparison between children, adolescents and adults. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(5):465-70.

Sumner SA, Marcelin LH, Cela T, Mercy JA, Lea V, Kress H, Hillis SD. Sentinel events predicting later unwanted sex among girls: A national survey in Haiti, 2012. *Child Abuse Negl*. 2015a;50:49-55.

Sumner SA, Mercy AA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, Marcelin LH, Lina H, Shawa M, Moloney-Kitts M, Kilbane T, Sommarin C, Ligiero DP, Brookmeyer K, Chiang L, Lea V, Lee J, Kress H, Hillis SD;

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of sexual violence against children and use of social services - Seven countries, 2007-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015b;64(21):565-9.

Sumner SA, Mercy JA, Buluma R, Mwangi MW, Marcelin LH, Kheam T, Lea V, Brookmeyer K, Kress H, Hillis SD. Childhood Sexual Violence Against Boys: A Study in 3 Countries. *Pediatrics*. 2016;137(5). pii: e20153386.

Sutherland WD. Charges of rape. *Ind Med Gaz*. 1915;50(5):171-2.

Tiihonen-Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One*. 2014;9(10):e111136.

Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey [internet]. *Research in Brief*. nov 1998 [citado em 2018 10 out]. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>.

Turchik JA, Wilson SM. Sexual assault in the U.S. military: A review of the literature and recommendations for the future. *Aggress Violent Behav*. 2010;15:267-77.

Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *J Com Psyc*. 2002;30(3):261-79.

Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl.* 2005;29(7):767-82.

Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress.* 2001;14(2):369-89.

Ullman SE, Peter-Hagene L. Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims. *J Community Psychol.* 2014;42(4):495-508.

Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal relationships of social reactions, PTSD, and Revictimization in sexual assault survivors. *J Interpers Violence.* 2016;31(6):1074-94.

Ullman SE. Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addict Behav.* 2016;53:7-10.

Vetten L, Haffejee S. Supporting rape survivors in adhering to post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection: the importance of psychosocial counselling and support. *South Afr J HIV Med.* 2008;9(3):24-31.

von Sternberg K, Cardoso JB, Jun J, Learman J, Velasquez MM. An examination of the path between recent sexual violence and sexually transmitted infections. *Womens Health Issues.* 2012;22(3):e283-92.

Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr.* 2014;6. pii: ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

Walker G. The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault. *J Forensic Leg Med.* 2015;34:173-8.

Walker J, Archer J, Davies M. Effects of rape on men: a descriptive analysis. *Arch Sex Behav.* 2005;34(1):69-80.

Walsh K, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *W Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(9):935-42.

Walsh K, Zinzow HM, Badour CL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, Resnick HS. Understanding Disparities in Service Seeking Following Forcible Versus Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape. *J Interpers Violence.* 2016;31(14):2475-91.

Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002;359(9313):1232-7.

Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma.* 2005;58(1):22-9.

Wenzel SL, Leake BD, Gelberg L. Health of homeless women with recent experience of rape. *J Gen Intern Med.* 2000;15:265-8.

Whitaker IY, Gennari TD, Whitaker AL. The difference between ISS and NISS in a series of trauma patients in Brazil. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med.* 2003;47:301-9.

White C, McLean I. Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med.* 2006;13(4):172-80.

White C. Genital injuries in adults. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):113-30.

Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *CMAJ.* 2000;162(5):641-5.

Winzer Flake TA, Barros C, Schraiber LB, Menezes PR. Intimate partner violence among undergraduate students of two universities of the state of Sao Paulo. Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16:801-16.

Winzer Hines DA. Predictors of sexual coercion against women and men: a multilevel, multinational study of university students. *Arch Sex Behav.* 2007;36:403-22.

Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad Saude Publica.* 2016;32(7). pii: S0102-311X2016000702001.

Wolff N, Blitz CL, Shi J. Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2007;58(8):1087-94.

Wong K, Hughes CA, Plitt S, Foisy M, MacDonald J, Johnson M, Singh AE. HIV non-occupational postexposure prophylaxis in a Canadian province: treatment completion and follow-up testing. *Int J STD AIDS.* 2010;21:617e21.

World Health Organization, Meeting on Education and Treatment in Human Sexuality. *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting (held in Geneva from 6 to 12 February 1974)* [internet]. 1975 [citado em 2018 set 13]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/38247>

World Health Organization. *Concepts for sexual health - EUR/IGP/MCH521.* Geneva: WHO; 1986.

World Health Organization. *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines.* Geneva: WHO; 2017.

Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2010;11(2):71-82.

Yildirim MH, Güvenç R. Assessment of the assault characteristics and psychiatric symptoms of sexual assault victims who reported to criminal justice system. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2016;18:1-9.

Zierler S, Feingold L, Laufer D, Velentgas P, Kantrowitz-Gordon I, Mayer K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health*. 1991;81(5):572-5.

Zinzow HHM, Grubaugh AL, Frueh BC, Magruder KM. Sexual assault, mental health, and service use among male and female veterans seen in Veterans Affairs primary care clinics: a multi-site study. *Psychiatry Res*. 2008;159(1-2):226-36.

Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *Am J Prev Med*. 2012a;43(2):183-7.

Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012b;47(6):893-902.