



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Maria Teresa Ferreira Côrtes

***“Ser mulher é viver com medo”*: características
sociodemográficas e sofrimento mental de mulheres que
buscaram atendimento no CAISM-UNICAMP após violência
sexual entre 2011 e 2018.**

Campinas

2024

Maria Teresa Ferreira Côrtes

***“Ser mulher é viver com medo”*: características sociodemográficas e sofrimento mental de mulheres que buscaram atendimento no CAISM-UNICAMP após violência sexual entre 2011 e 2018.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Ciências na área de concentração Saúde Mental.

Orientadora: Professora Doutora Renata Cruz Soares de Azevedo

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA MARIA TERESA FERREIRA CÔRTEZ E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

Campinas

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C818s Côrtes, Maria Teresa Ferreira, 1992-
"Ser mulher é viver com medo" : características sociodemográficas e sofrimento mental de mulheres que buscaram atendimento no CAISM-UNICAMP após violência sexual entre 2011 e 2018 / Maria Teresa Ferreira Côrtes. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher. 3. Estupro. 4. Adolescentes. 5. Saúde mental. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: "Being a woman means living in fear : sociodemographic characteristics and mental distress of women who sought care at CAISM-UNICAMP after sexual violence between 2011 and 2018

Palavras-chave em inglês:

Sexual violence

Violence against women

Rape

Adolescents

Mental health

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Eloisa Helena Rubelo Valler Celeri

Luisa Shiguemi Sugaya

Data de defesa: 23-08-2024

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-2611-6434>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6680364894260424>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARIA TERESA FERREIRA CÔRTEZ

ORIENTADORA: PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

MEMBROS:

- 1. PROFA. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO**
- 2. PROFA. DRA. ELOISA HELENA RUBELO VALLER CELERI**
- 3. DRA. LUISA SHIGUEMI SUGAYA**

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - área de Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/ Sistema de Fluxo de Dissertação e na Secretaria do Programa da Unidade.

DATA DA DEFESA: 23/08/2024

DEDICATÓRIA

À Márcia e Côrtes, meus primeiros e maiores exemplos.

A todas nós, mulheres, na esperança de que nunca deixemos de lutar por um mundo mais justo, no qual ser mulher não mais signifique viver com medo.

AGRADECIMENTOS

À Márcia Conceição Pardal Côrtes e Jonival Ferreira Côrtes, meus pais, pelo amor, apoio e esforço incondicional na realização de meus sonhos.

À Ana Maria Ferreira Côrtes, minha irmã, pois, das muitas sortes que tive na vida, uma das maiores foi ter nascido sua irmã.

À Ivonne Bertagna Pardal, minha avó, por ser abrigo em bons e maus momentos.

À João Gomes Pardal, meu avô, pois nenhuma distância jamais será capaz de se sobrepor à sua presença.

À Renata Cruz Soares de Azevedo, minha orientadora, não apenas pelos ensinamentos e conselhos, mas também pela confiança, generosidade e inúmeras oportunidades ao longo dos últimos anos.

À Arlete Maria dos Santos Fernandes, docente coordenadora do Ambulatório de Atendimento Especial, por permitir e apoiar a realização desta pesquisa, bem como por valorizar o cuidado em saúde mental a vítimas de violência sexual.

À Letícia Roberta Rodrigues, Gabrielle Dutra Kodama e Alexandre Gimenez Júnior, meus amigos, pela amizade, apoio, cafés e risadas, que tornam a vida muito mais leve.

À Maitê Manicardi pelo auxílio na realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

“Em perigo, a holotúria se divide em duas:
com uma metade se entrega à voracidade do mundo,
com a outra foge.

Desintegra-se violentamente em ruína e salvação,
em multa e prêmio, no que foi e no que será.

No meio do corpo da holotúria se abre um abismo
com duas margens subitamente estranhas.

Em uma margem a morte, na outra a vida.
Aqui o desespero, lá o alento.

Se existe uma balança, os pratos não oscilam.
Se existe justiça, é esta.

Morrer só o necessário, sem exceder a medida.
Regenerar quanto for preciso da parte que restou.

Também nós, é verdade, sabemos nos dividir.
Mas somente em corpo e sussurro interrompido.
Em corpo e poesia.

De um lado a garganta, do outro o riso,
leve, logo sufocado.

Aqui o coração pesado, lá *non omnis moriar*,
três palavrinhas apenas como três penas em voo.

O abismo não nos divide.
O abismo nos circunda.”

(Wisława Szymborska)

RESUMO

Introdução: A violência sexual (VS) contra as mulheres é um problema de saúde pública global, com prevalência estimada de 30% e 7,2% ao longo da vida, perpetrada por parceiros e não parceiros, respectivamente. É importante causa de morbidade na vida da mulher, causando impactos físicos, mentais e sociais. O surgimento de sintomas psiquiátricos traz intenso sofrimento e prejuízos às vítimas, destacam-se os diagnósticos de Transtornos Depressivo, de Ajustamento e do Estresse Pós-traumático. **Objetivos:** Apresentar características sociodemográficas, relacionadas ao evento e sintomas psicopatológicos de mulheres atendidas por VS no Ambulatório de Atendimento Especial do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AE-CAISM)/UNICAMP no período de 1/1/2011 a 31/12/2018. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo. Foram avaliados os prontuários de todas as mulheres atendidas por VS no CAISM no período citado, usando uma ficha de coleta já validada para este fim. Os dados foram posteriormente transpostos para o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 11.5) para análise estatística. Os dados foram analisados de forma descritiva e comparativa em relação à faixa etária, adesão ambulatorial e quadriênio de atendimento. Foram realizadas análises de associação através do teste Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis (nível de significância 5%; $P < 0.05$). **Resultados:** Foram avaliados os dados de 1133 mulheres atendidas entre 2011 e 2018, após terem sofrido VS. Eram majoritariamente jovens (mediana de 20 anos de idade), 2/3 se identificou como branca, solteiras (81,4%), sem filhos (73,7%), 42,4% tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade, possuíam uma ocupação regular e 75% chegaram a tempo de profilaxia. A maioria das VS ocorreu fora de casa (64,9%), perpetrada por agressor desconhecido (58,9%), por via vaginal (85,7%), com uso de intimidação e 26% referiram apagamento. 65,5% realizaram avaliação psiquiátrica, metade apresentou sintomas ansiosos e depressivos, 22,3% foram diagnosticadas com transtorno de estresse agudo ou de estresse pós-traumático, 16,1% transtorno de adaptação e 10,1% episódio depressivo. Houve diferenças psicopatológicas entre adolescentes e adultas. A análise temporal revelou diminuição da busca precoce por atendimento e da taxa de comparecimento para avaliação ambulatorial. **Conclusão:** Os dados reforçaram a vulnerabilidade de adolescentes e jovens adultas, bem como apontaram para um preocupante aumento nas taxas de busca tardia por atendimento e diminuição na adesão ao acompanhamento

ambulatorial, colocando em risco a realização de medidas profiláticas e acompanhamento em saúde mental. Desta forma, destaca-se a necessidade de políticas públicas que garantam prevenção, detecção precoce e adesão ao tratamento por vítimas de violência sexual, objetivando a diminuição de sofrimento e redução das consequências físicas e em saúde mental a curto e longo prazo.

Palavras-chave: Violência sexual; violência contra a mulher; estupro; adolescentes; saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence (SV) against women is a global public health problem, with an estimated lifetime prevalence of 30% and 7.2%, perpetrated by partners and non-partners, respectively. It is an important cause of morbidity in women's lives, causing physical, mental and social impacts. The emergence of psychiatric symptoms brings intense suffering and damage to the victims. Common diagnoses are Depressive Disorder, Adjustment Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder.

Objectives: To present the sociodemographic, event-related characteristics and psychopathological symptoms of women treated due to SV at the Special Care Program of the Hospital Professor Dr. Aristodemo Pinotti/Center for Comprehensive Attention to Women's Health from 1/1/2011 to 12/31/2018. **Method:** This was a descriptive, retrospective and quantitative study. The medical records of all women treated due to SV at CAISM in the mentioned period were evaluated, using a form previously validated for this purpose. The data were later transposed to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11.5) for statistical analysis. The data were analyzed in a descriptive and comparative manner in relation to age group, outpatient adherence and quadrennium of care. Association analyses were performed using the Chi-square test, Fisher's exact test and Kruskal-Wallis test (significance level 5%; $P < 0.05$). **Results:** Data from 1133 women treated between 2011 and 2018 after having suffered SV were evaluated. They were mostly young (median of 20 years of age), 2/3 identified themselves as white, single (81.4%), childless (73.7%), 42.4% had between 9 and 11 years of schooling, had a regular occupation and 75% arrived in time for prophylaxis. Most SV occurred outside the home (64.9%), perpetrated by an unknown aggressor (58.9%), vaginally (85.7%), with the use of intimidation and 26% reported blackout. 65.5% underwent psychiatric evaluation, half had anxiety and depressive symptoms. 22.3% were diagnosed with acute stress disorder or post-traumatic stress disorder, 16.1% with adjustment disorder and 10.1% with a depressive episode. There were psychopathological differences between adolescents and adults. The temporal analysis revealed a decrease in the early search for care and in the attendance rate for outpatient evaluation. **Conclusion:** The data reinforced the vulnerability of adolescents and young adults, as well as pointed to a worrying increase in the rates of late search for care and a decrease in adherence to outpatient follow-up, putting at risk the performance of prophylactic measures and mental health follow-up. In this way, the need for public policies that ensure prevention, early

detection, and adherence to treatment for victims of sexual violence is emphasized, aiming at reducing suffering and minimizing short and long-term physical and mental health consequences.

Keywords: sexual violence; violence against women; rape; adolescents; mental health.

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO-----	13
2- INTRODUÇÃO -----	15
3- JUSTIFICATIVA -----	25
4- OBJETIVOS-----	26
5- MÉTODO-----	27
6- RESULTADOS -----	33
7- DISCUSSÃO-----	62
8- CONCLUSÃO -----	80
9- BIBLIOGRAFIA-----	82
10- ANEXOS -----	94

1- APRESENTAÇÃO

Não sei ao certo quando nasceu o projeto que hoje compõe essa dissertação. Talvez o mais óbvio seria dizer que começou no dia em que a primeira versão submetida ao Comitê de Ética foi escrita ou quando primeiro foi discutida com minha orientadora. Essas respostas, no entanto, embora perfeitamente corretas, possivelmente não traduzam toda a realidade.

Talvez esse projeto, em sua versão mais rudimentar, tenha nascido quando compreendi o conceito de violência sexual. O dia exato não me lembro, pois, quando se é mulher, esse não é um conceito que se explica, é algo que simplesmente se sente. Em uma sociedade na qual as leis consuetudinárias garantem o desrespeito ao feminino, aprende-se desde muito cedo a estar alerta à possibilidade de “algo”. Este “algo” aos poucos se revela como a permanente ameaça de um comentário, aproximação indesejada ou mesmo um estupro, como confirmam os muitos exemplos que diariamente inundam livros, filmes, jornais, delegacias, hospitais e essa pesquisa.

Foi somente no segundo ano da faculdade de medicina, no entanto, que, ao participar de um grupo de estudos dedicado ao debate das diversas formas de violência e liderado pelo professor Mario Eduardo Costa Pereira, que passei a estudar essa temática de forma mais estruturada. Pouco tempo depois, em conjunto com duas colegas, foi criado um projeto de iniciação científica e, desta forma, cheguei ao Ambulatório de Atendimento Especial, onde conheci a professora Renata Cruz Soares de Azevedo, que aceitou o desafio de orientar uma aluna de terceiro ano.

Lembro-me com clareza da sensação que antecedeu minha primeira ida ao ambulatório e ela pode ser resumida em uma palavra: medo. Medo de errar, medo de não saber o que fazer, medo de não suportar. Para a minha imensa surpresa, fui recebida de forma afetuosa por uma equipe que me acolheu desde o princípio e me deixou segura. Foi no Ambulatório de Atendimento Especial que ouvi alguns dos relatos mais difíceis da minha vida profissional. Foi lá também que aprendi a potência do simples, e ao mesmo tempo complexo, ato de ser capaz de sustentar ouvir o sofrimento do outro, suportar a impotência e ofertar amparo, o que sem dúvida mudou minha trajetória profissional e muito influenciou na escolha de me tornar psiquiatra.

Foi uma escolha quase intuitiva, desta forma, que meu projeto de mestrado acontecesse neste ambulatório.

Entre a idealização e o final da execução, uma pandemia e a conclusão de duas residências médicas impuseram alguns desafios a esse projeto. Mas, sem dúvida nenhuma, um dos maiores desafios foi a leitura dos 1169 prontuários avaliados durante essa pesquisa, não pelo volume, como seria de se esperar, mas pelo significado que cada um deles carrega.

A experiência solitária na sala de pesquisa aos finais de semana trazia mais som à leitura de cada relato. Ao final de cada dia, uma sensação de indignação, de inquietação e de preocupação progressivamente me invadia. Uma sensação que eu não conseguia traduzir. Foi somente ao ouvir uma frase dita por uma paciente que todo esse barulho se organizou. “*Ser mulher é viver com medo*” ela disse. Essa frase simples me invadiu e me acompanhou durante a fase final de coleta de dados, reafirmando-se a cada prontuário lido. Sim, ser mulher é viver com medo.

Os dados apresentados a seguir são, desta forma, uma tentativa de produzir conhecimento sobre uma temática necessária e ainda extremamente negligenciada em nossa sociedade, bem como de dar voz às mulheres atendidas em nosso serviço e que, direta ou indiretamente, tanto me ensinaram.

2- INTRODUÇÃO

2.1- Violência sexual: conceituação

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência sexual (VS) pode ser definida como:

“qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho” ¹.

Em relação à legislação brasileira, o Decreto-Lei nº 12.015/2009 define estupro como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”². A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 dispõe sobre o atendimento às vítimas de violência sexual e estabelece que:

“os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” ³.

A Lei nº13.718, de 24 de setembro de 2018, trata especificamente do estupro coletivo (aquele que é praticado por dois ou mais agentes), estupro corretivo (aquele praticado com o intuito de controlar o comportamento sexual ou social da vítima) e da divulgação de cena de estupro ⁴. Em relação a esse último tópico estabelece que:

“fornecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio - inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática - fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia” é crime passível de pena de reclusão de 1 a 5 anos ⁴.

A supracitada lei estabelece também aumento de um a dois terços da pena nos casos em que o agressor mantém ou tenha mantido em algum momento relação íntima com a vítima, bem como quando ocorre gravidez ou transmissão de infecções sexualmente transmissíveis como consequência do estupro ⁴.

A última década foi um período de intensa transformação no entendimento da relevância da violência contra a mulher. Durante muitos séculos, essa foi entendida como uma forma de violência social menor, no entanto, graças aos esforços conjuntos de organizações internacionais defensoras dos direitos das mulheres, estudiosos e membros dos governos, mudanças nas políticas públicas têm ocorrido e a violência contra a mulher é hoje reconhecida como uma séria violação dos direitos humanos e como um problema de saúde pública, que diz respeito a todos os setores sociais ⁵.

2.2- Violência sexual: dados epidemiológicos

A OMS estima que a prevalência de violência sexual e física perpetrada por parceiros íntimos ao longo da vida seja de 30% no mundo, havendo variações importantes entre os continentes. Em regiões da África e da Ásia, 37% das mulheres relatam já ter sofrido violência por parte de seus parceiros em algum momento da vida. Esse número cai para cerca de 25% na Europa e países de alta renda das Américas ⁶.

Em relação às taxas de violência perpetrada por não parceiros, ainda segundo a OMS, 7,2% das mulheres do mundo referem já ter sofrido VS durante sua vida. Os valores chegam a 11,9% na África e 10,7% nas Américas ⁶. É importante ressaltar, no entanto, que, possivelmente, tais valores sejam subestimativas, pois grande parte dos casos de violência permanece oculta e nunca chega a ser reportada ⁶.

No Brasil, de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a taxa de estupro é de 48,1 para cada 100 mil mulheres, sendo que os maiores índices de ocorrência de estupro foram registrados nas regiões Norte e Sul, nas quais ocorrem, respectivamente, 71,9 e 68,8 casos para cada 100 mil mulheres. No Estado de São Paulo, a taxa reportada é inferior à média nacional e totaliza 43,8 casos para cada 100 mil mulheres ⁷.

Em relação à cidade de Campinas/SP (local onde foi realizado o presente estudo), o 16º Boletim do Sistema de Notificação de Violência (SISNOV), referente às ocorrências entre os anos de 2018 e 2022 (publicado em 2023), aponta 200 notificações de violência sexual no ano de 2022, maior número da série histórica. Destaca-se, ainda, que houve queda no número de registros, quando os anos de 2020 e 2021 são comparados ao ano de 2019, o que pode indicar uma importante subnotificação dos casos durante o período de maior restrição da pandemia de COVID-19 ⁸.

Em relação à faixa etária das vítimas, crianças e adolescentes constituem um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de violência sexual. Nesse sentido, um relatório recente do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontou a ocorrência, no Brasil, de 179.277 casos de estupro perpetrados contra crianças e adolescentes com idade entre zero e dezenove anos entre os anos de 2017 e 2020. Destaca-se que 81% das vítimas tinham idade de até 14 anos, revelando particular vulnerabilidade dos grupos mais jovens. Além disso, foi encontrada uma correlação positiva entre a idade das vítimas e a proporção de mulheres afetadas, isto é, quanto mais velha é a vítima, maior a chance de que seja do sexo feminino. Neste contexto, a maior parte dos crimes ocorre em ambiente doméstico e é perpetrado por agressor conhecido, caracterizando, em sua maioria, um padrão de violência doméstica ⁹.

2.3- Impactos da violência sexual

A violência sexual é uma importante causa de morbidade na vida da mulher e impacta sua vida nas esferas física, mental e social ⁶. Os principais danos à saúde física da mulher estão relacionados à ocorrência de gestação indesejada, infecções do trato reprodutivo, aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e distúrbios ginecológicos¹⁰, além de outras lesões decorrentes de agressões físicas.

O estupro gera também um importante impacto sobre a sexualidade feminina. A violência parece gerar um efeito deletério sobre o funcionamento sexual e costuma ocorrer diminuição do contato sexual, queda da satisfação sexual, dispareunia, inibição da excitação e disfunção na capacidade de sentir desejo¹¹.

A esfera mental merece especial atenção, uma vez que pode haver uma dupla relação entre estupro e sintomas psiquiátricos, isto é, o transtorno mental é tanto um

fator vulnerabilizador quanto uma consequência da violência. Nesse sentido, um estudo de revisão sistemática e metanálise realizado no ano de 2016¹² mostrou que pacientes com transtorno mental grave, definido no estudo como a presença de diagnóstico de transtorno psicótico (esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo bipolar ou transtorno depressivo com sintomas psicóticos) ou em acompanhamento em serviço de saúde mental de nível secundário, são mais vulneráveis à ocorrência de violência. A mediana da prevalência de violência sexual recente (nos últimos três anos) foi de 9,9% (variando entre 5,9% e 18,1% entre os estudos) entre as mulheres, sendo de cinco a dezessete vezes maior entre as pacientes com diagnóstico de transtorno mental grave, quando comparadas às pacientes sem transtorno mental grave.

Em sua discussão, o estudo afirma que 1/5 das mulheres acompanhadas em serviços de psiquiatria já sofreram violência sexual e 1/10 a sofreu recentemente. Em relação aos fatores de risco, encontrou-se que viver fora de um domicílio, uso de substâncias psicoativas e ter perpetrado algum tipo de violência se associaram fortemente ao risco de vitimização física ou sexual recente. Não houve associação estatisticamente significativa com características sociodemográficas ou diagnóstico específico¹². Destaca-se ainda o fato de que pessoas com transtorno mental têm 40% menos chance de terem os episódios de violência transformados em inquéritos policiais e/ou processos¹³.

Em relação ao transtorno mental como consequência da violência sexual, uma coorte prospectiva desenhada para avaliação de adolescentes que sofreram estupro na região metropolitana de Londres mostrou que, ao final de 15 meses, 80% das pacientes apresentava critérios diagnósticos para ao menos um transtorno mental e 55% para múltiplos transtornos¹⁴.

Estudos nacionais¹⁵ e internacionais¹⁶ acerca do impacto psíquico em mulheres que sofreram VS apontam que, dentre as vítimas que desenvolvem sintomas psiquiátricos severos, destacam-se os diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior (com taxas de prevalência que variam entre 13% e 51%), Transtorno de Ajustamento, Transtorno de Ansiedade Generalizada (12% a 40%) e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT). Pesquisas apontam que entre 17% e

80% das vítimas de violência sexual pode desenvolver os sintomas que caracterizam esse transtorno e que o estupro é a principal causa de TEPT entre as mulheres ^{16,17}.

Um estudo realizado na África do Sul com mulheres vítimas de VS apontou relação entre a ocorrência de dissociação peritraumática e TEPT, sendo a ocorrência de quadros dissociativos duas semanas após a violência um importante preditor de TEPT e depressão dois meses após a violência. Esse mesmo estudo relata que os principais fatores protetores para o desenvolvimento deste transtorno são a presença de suporte social favorável, suporte por parte dos pais, crenças religiosas, enfrentamento positivo e capacidade de transformação da experiência de violência¹⁸.

Além disso, vítimas de violência sexual, em algum momento da vida, apresentam um risco substancialmente aumentado para ideação suicida e tentativas de suicídio, sendo que tal risco aumenta ainda mais nas pacientes submetidas a violência crônica ou múltiplas agressões^{17,19}.

Mulheres que já sofreram VS apresentam, ainda, maior risco para o desenvolvimento de complicações durante o período gestacional. Tais complicações podem ser exemplificadas por uma maior incidência de abortos espontâneos, ansiedade, depressão, TEPT e abuso de substâncias durante a gestação²⁰.

Dentre as pacientes vítimas de violência sexual, destaca-se o grupo das mulheres que engravidam em decorrência da VS e que por vezes optam pela realização de interrupção legal de gestação decorrente do estupro. É importante ressaltar que as medidas de anticoncepção de emergência, quando administradas de forma correta, possuem altas taxas de eficácia na prevenção de uma gestação. Porém, muitas mulheres, após a violência, encontram-se de tal forma fragilizadas e desamparadas que não procuram o sistema de saúde ou, em uma parcela menor dos casos, o fazem, mas não recebem os cuidados preconizados. Como resultado, veem-se novamente vitimizadas pela presença de uma gestação indesejada e pela necessidade de optar ou não pela realização do procedimento de interrupção legal. Esse é um período particularmente sensível e propício ao desenvolvimento de sentimentos ambivalentes, bem como sintomas depressivos e ansiosos ²¹. O direito à interrupção legal, embora garantido pela Constituição Federal Brasileira, é frequentemente atacado por setores conservadores da sociedade, como

exemplificado pela recente proposição do Projeto de Lei 1904/2024²², que propõe a equiparação da penalidade pela realização de aborto, mesmo nos casos decorrentes de estupro, após 22 semanas de gestação, ao crime de homicídio simples. Tais tentativas de retrocesso, além de imorais e inconstitucionais, podem contribuir com a diminuição do acesso a serviços de referência e fragilizar ainda mais a mulher, amplificando assim os impactos da VS.

É importante pontuar que a vítima de estupro não sofre apenas danos à saúde física e mental, mas pode também sofrer consequências socioculturais. Faz-se mister compreender que a violência sexual não é um fenômeno dissociado dos valores sociais e culturais imperantes em nossa sociedade¹⁶.

A violência sexual contra a mulher classifica-se no padrão de violência de gênero, pois tem origem em princípios construídos culturalmente no que diz respeito à elaboração de valores distintos para o sexo feminino e para o sexo masculino. Em nossa sociedade, impera o discurso de culpabilização da vítima, sendo propagadas mensagens de que a mulher não apenas é responsável, mas também mereceu ser vitimizada, notadamente quando são julgadas por seu comportamento, modo de vestir, uso de bebidas alcoólicas ou outros elementos que alimentam a cultura do estupro¹⁶. Nesse sentido, entre um e três quartos das mulheres recebe algum tipo de reação negativa²³, o que enfraquece os laços sociais e pode agravar o sofrimento.

Ainda no que tange ao entendimento social sobre a violência sexual, sabe-se que vítimas de estupro perpetrado por agressor conhecido e desconhecido são vistas pela sociedade de formas distintas, isto é, quanto mais próxima é a relação da vítima com o agressor, maior é a culpa atribuída à primeira e menor no segundo caso²⁴.

A violência sexual gera também importantes impactos econômicos. Um estudo realizado nos Estados Unidos estima que o custo gerado por atendimentos médicos e perdas laborais ao longo da vida seja de US\$122.461,00 por vítima de estupro, gerando um custo total de 3,1 trilhões de dólares americanos se todas as vítimas do país fossem consideradas, o que representa um imenso gasto financeiro, além do intangível custo social e emocional²⁵.

Os dados aqui apresentados demonstram, de forma sucinta, a relevância epidemiológica, social, clínica e emocional da violência sexual. Em relação ao perfil

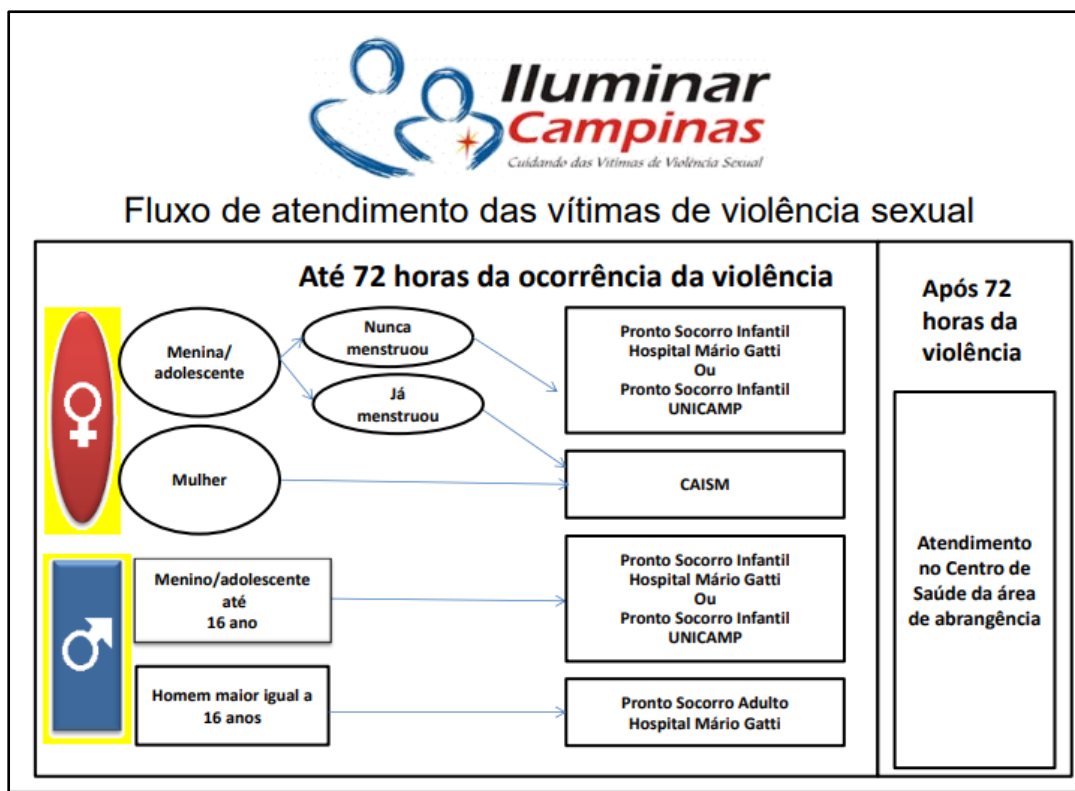
das mulheres vítimas de estupro no Brasil, estudos nacionais têm corroborado informações internacionais. Todavia, há, ainda, escassez de conhecimento acerca de repercussões psíquicas gerada pela violência em nosso contexto. Desta forma, o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área contribui para melhor compreensão de diferentes aspectos da violência sexual e embasa adequações do cuidado às necessidades da população atendida.

2.4- Cuidado em saúde a vítimas de violência sexual na cidade de Campinas e o Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM/UNICAMP

A cidade de Campinas conta com uma rede estruturada para cuidados às vítimas de violência sexual doméstica e urbana, o denominado Programa Iluminar Campinas, que engloba serviços dos setores de saúde, justiça, segurança pública, assistência social e educação²⁶.

Os serviços são divididos entre a rede de cuidados diretos (composta por Unidades Básicas de Saúde, serviços de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Municipal de Urgência, o Centro de Referência de DST/AIDS e os Centros de Atenção Psicossocial) e a rede de cuidados indiretos (escolas, creches, serviços municipais de assistência social e cidadania, Conselhos Tutelares, Instituto Médico Legal, Delegacias da Mulher e de Polícia, Guarda Municipal, Vara da Infância e Juventude, além de Organizações Não Governamentais que trabalham com mulheres, crianças e adolescentes)²⁶.

A partir das características da vítima são indicados os locais de atendimento, como revela o fluxograma a seguir (Fluxograma 1). De forma sucinta, o atendimento até 72 horas da ocorrência da violência de crianças e adolescentes do sexo feminino pré-púberes deve ser realizado no Pronto Socorro Infantil do Hospital Mario Gatti ou Pronto Socorro Infantil do HC da UNICAMP. Crianças e adolescentes do sexo feminino que já tenham apresentado menarca ou que tenham idade superior a treze anos, bem como mulheres adultas devem ser encaminhadas ao Serviço de Pronto Atendimento do CAISM UNICAMP²⁷.



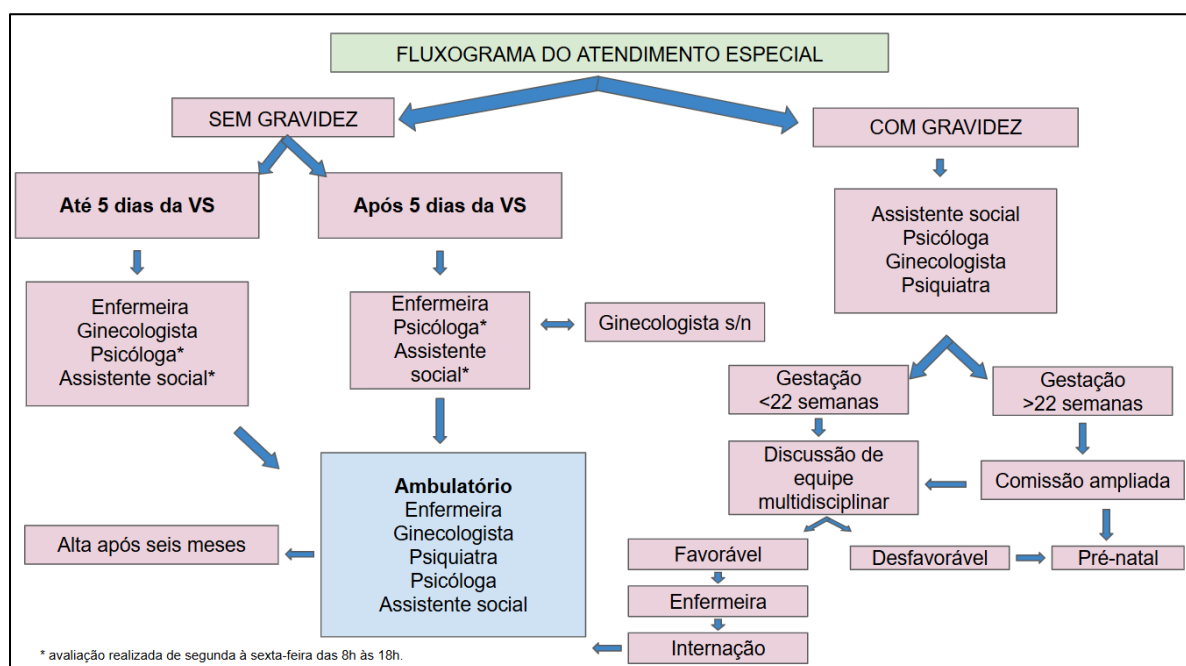
Fluxograma 1: Fluxo de atendimento das vítimas de violência sexual na rede de saúde da cidade de Campinas.

É nesse contexto que se insere o Hospital Professor Dr. José Aristodemo Pinotti/ Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Trata-se um hospital de referência no cuidado da mulher em seus diversos períodos do ciclo reprodutivo e faz parte dos serviços de saúde vinculados à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).

O Programa de Atendimento Especial do CAISM (AE-CAISM) foi criado em 4 de agosto de 1988, com o objetivo de oferecer atendimento multidisciplinar especializado a vítimas de violência sexual²⁸. É a referência local (município de Campinas) e regional para atendimento durante as 24 horas de mulheres vítimas de violência sexual (pós-púbere, menopausada e não-púbere maior que 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual), abrangendo, inclusive, assistência à gestação decorrente de estupro. O atendimento é composto pelo Atendimento de Emergência, que ocorre na enfermaria de ginecologia, por enfermeira/o, que realizará a triagem e os encaminhamentos de acordo com o tipo de violência. Caso a paciente não seja considerada caso de violência sexual, receberá orientações cabíveis e será

encaminhada para acompanhamento em serviço pertinente. No caso de identificação de um caso de violência sexual contra mulheres pós-púberes, menopausadas ou não púberes maiores de 14 anos, a paciente será avaliada por enfermeiro/a e médico/a ginecologista. A partir da avaliação, receberá orientação sobre os procedimentos que serão realizados e cuidados relacionados a risco de infecções sexualmente transmissíveis e possibilidade de gravidez. A partir da anamnese, classificar-se-ão as ocorrências em dois tipos segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde e indicadas as medicações pertinentes. A quimioprofilaxia com medicações antirretrovirais é indicada dentro do intervalo de 72 horas que segue o contato sexual, enquanto a anticoncepção de emergência pode ser realizada até o 5º dia após a violência. As pacientes são encaminhadas para atendimento ambulatorial após este primeiro contato.

Ainda dentro do referido programa, situa-se o Ambulatório de Atendimento Especial, um ambulatório multidisciplinar dedicado ao atendimento de vítimas de VS. A equipe é atualmente composta por profissionais das áreas de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, psicologia e serviço social, buscando oferecer às pacientes um atendimento amplo e integral (Fluxograma 2). Além disso, é campo de formação para alunos de graduação em medicina, médicos residentes de psiquiatria e ginecologia-obstetrícia e trainandos em psicologia e serviço social.



Fluxograma 2: Fluxo de atendimento do Programa de Atendimento Especial-

As pacientes são seguidas por um período de aproximadamente seis meses, usando como base o calendário de acompanhamento das sorologias para infecções sexualmente transmissíveis, e têm o número de atendimentos com cada equipe profissional determinado conforme as necessidades específicas.

Em relação ao atendimento psiquiátrico, um dos focos desta pesquisa, este tem início já no primeiro comparecimento ao ambulatório, é ofertado para todas as pacientes e é realizado por residentes do terceiro ano da residência médica em psiquiatria e residentes de especialização em psiquiatria da infância e adolescência, havendo sempre supervisão e discussão dos casos. Destaca-se, desta forma, que, a taxa de avaliação psiquiátrica se iguala à taxa de comparecimento ao seguimento ambulatorial. Caso após o período de seis meses no ambulatório seja necessária a continuidade do acompanhamento, as pacientes podem ser referenciadas para a rede básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou mesmo para algum ambulatório específico do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Em relação às pacientes com solicitação de interrupção legal, o fluxo é distinto, sendo o atendimento realizado diretamente pelos professores supervisores.

3- JUSTIFICATIVA

Considerando os dados apresentados, depreende-se que a violência sexual é uma realidade em todo o mundo, gera repercussões profundas na vida da mulher e impacta fortemente na Saúde pública. Apesar de ser um fenômeno global, sofre fortes interferências socioculturais e o entendimento das características da população atendida, e particularmente dos impactos à saúde mental, é fundamental para que o processo de cuidado se estruture de forma mais efetiva. Assim, este estudo pretende contribuir com informações sobre o perfil sociodemográfico, relacionadas ao evento, reações comportamentais e sintomas psíquicos de um número expressivo de mulheres atendidas em um serviço de referência em VS, visando contribuir para um corpo de conhecimentos que auxilie na constante adequação da linha de cuidado e minimização do sofrimento relacionado a esta vivência traumática.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral:

Apresentar as características sociais e psíquicas de mulheres atendidas por violência sexual no Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM-UNICAMP no período de 2011 a 2018.

4.2- Objetivos específicos:

- I. Descrever as características sociodemográficas da população estudada.
- II. Descrever as características relacionadas ao evento.
- III. Descrever as características do atendimento de emergência dispensado.
- IV. Descrever os resultados da primeira avaliação psiquiátrica ambulatorial efetuada.
- V. Comparar as vítimas segundo agrupamento por faixa etária (adolescentes e adultas), quanto às características sociodemográficas e à apresentação de sintomas após a agressão.
- VI. Avaliar possíveis mudanças temporais nas características das mulheres atendidas através da análise de um banco ampliado (2011 a 2018 + 2006 a 2010), contemplando 12 anos de seguimento, comparando os três quadriênios.
- VII. Avaliar a presença de novos fenômenos, como a interferência de aplicativos digitais, na população acompanhada no Ambulatório de Atendimento Especial.

5- MÉTODO

5.1- Local do estudo

O estudo foi realizado a partir de dados dos prontuários de todas as mulheres atendidas no serviço de emergência do Programa de Atendimento Especial do CAISM (AE-CAISM)/UNICAMP ao longo de oito anos.

5.2 - Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo.

5.3- População do estudo

Foram avaliados os prontuários de todas as mulheres atendidas por violência sexual no CAISM no período de 1/1/2011 a 31/12/2018, portanto, não houve realização de cálculo amostral, considerando que o n foi estabelecido por recorte temporal, incluindo todas as mulheres atendidas por VS neste período de 8 anos, totalizando 1169 pacientes.

5.4- Seleção de participantes

O levantamento dos casos foi realizado a partir da relação de todos os atendimentos de emergência por violência sexual do Hospital Professor Dr. José Aristodemo Pinotti/CAISM no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018, que constavam no sistema de informática do mesmo hospital.

Critérios de inclusão:

- Gênero feminino;
- Ter realizado ao menos um atendimento no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (atendimento imediato) em decorrência de VS.

Critérios de exclusão:

- Mulher que, pelos dados contidos no prontuário, embora tenha sido atendida no Atendimento Imediato ou no Ambulatório de Atendimento Especial, não tenha sofrido violência sexual.

5.5- Variáveis do estudo

As principais variáveis estudadas foram:

- Idade (em anos)
- Cor da pele (branca ou não branca)
- Estado civil (solteira, casada/amasiada, viúva/separada/divorciada ou outros)
- Número de filhos (não tem, tem filhos e, caso tenha filhos, o número)
- Escolaridade (inferior ou igual a oito anos, entre nove e onze anos, igual ou superior a doze anos)
- Situação profissional (empregada, desempregada, aposentada, em benefício, estudante, dona de casa ou outros)
- Religião (católica, evangélica, outras denominações religiosas, sem religião e não sabe)
- Havia tido relação sexual até o evento (não ou sim)
- Antecedente pessoal de violência sexual (não; sim, se sim: com que idade)
- Data do evento de violência (em dia, mês e ano)
- Horário do evento (em horas e minutos)
- Intervalo de horário (entre 00:00-07:00, 07:01-18:00 ou 18:01-23:59)
- Local da abordagem (em um ambiente domiciliar ou fora de um ambiente domiciliar)
- Tipo de agressor (desconhecido ou conhecido)
- Número de agressores (único ou múltiplos)
- Ocorrência de intimidação (não; sim, se sim: arma de fogo, arma branca, força física, ameaça verbal ou outros)
- Tipo de relação (vaginal, anal, oral ou outros)
- Apagamento (sim ou não)
- Envolvimento de mídias sociais com a violência (sim ou não)
- Uso de álcool pela vítima (sim ou não)
- Uso de substâncias psicoativas pela vítima (sim ou não)
- Tempo transcorrido entre o evento e chegar ao CAISM (até 24h, entre 24h e 72h, entre 72h e 5 dias ou mais que 5 dias)
- Classificação do atendimento em imediato (tempo de chegada em até 72h) e tardio (tempo de chegada superior a 72h)

- Horário do primeiro atendimento (08:00-17:00h ou 17:01-07:59h)
- Uso de TARV (não ou sim)
- Uso de anticoncepção de emergência (não ou sim)
- Uso de vacina/ imunoglobulina contra hepatite B (não ou sim)
- Uso de antibióticos para profilaxia de IST (não ou sim)
- Realização de avaliação psiquiátrica (não ou sim)
- Tempo transcorrido entre o evento e a avaliação psiquiátrica (em dias)
- Problemas/ reações/ mudanças relacionadas ao evento (não ou sim)
- Mudanças físicas (não; sim, se sim: alterações do sono, alterações de apetite)
- Mudanças psíquicas (não; sim, se sim: sintomas ansiosos, sintomas depressivos, pensamento de morte ou ideação suicida, planejamento suicida, medo de IST, medo de gestação, revivências, medo de repetição do evento)
- Mudanças sociais (não; sim, se sim: sentimento de vergonha, sentimento de culpa, evitação social)
- Relato da violência para outras pessoas (não; sim, se sim: cônjuge, mãe, pai, irmãos, amigos, polícia ou outros)
- Sensação de apoio (não, sim, parcialmente)
- Antecedente psiquiátrico pessoal (não; sim, se sim: com que idade em anos e tipo de transtorno)
- Tratamento psiquiátrico prévio e tipo de medicação (não; sim, se sim: uso de antidepressivo, ansiolítico, antipsicótico, estabilizador do humor ou outros)
- Tratamento psicoterápico prévio (não, sim ou outros)
- Diagnóstico psiquiátrico relacionado à violência (sem reação, sintomas leves, transtorno de adaptação, transtorno de estresse agudo ou transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno depressivo)
- Gravidade dos sintomas psiquiátricos (sem reação, sintomas leves e sintomas graves). A categoria sintomas graves foi composta por pacientes com diagnósticos de transtorno de adaptação, transtorno de estresse agudo ou transtorno de estresse pós-traumático e transtorno depressivo).
- Tratamento farmacológico proposto (não; sim, se sim: antidepressivo, ansiolítico, antipsicótico, estabilizador do humor e outros)

5.6- Instrumentos para a coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados foi a Ficha de coleta de dados (Anexo 1) desenvolvida por Cláudia de Oliveira Facuri e Renata Cruz Soares de Azevedo com o fim específico de avaliar os prontuários das pacientes do Ambulatório de Atendimento Especial e utilizada em pesquisas anteriores²⁹, mantida visando a comparabilidade dos dados. Cabe destacar que a referida ficha foi acrescida de informações pertinentes à contemporaneidade, como a participação de dispositivos digitais na ocorrência da VS.

5.7- Coleta de dados

Foi realizado, junto ao setor de informática, o levantamento de todos os atendimentos de emergência por violência sexual do Hospital Professor Dr. José Aristodemo Pinotti no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018. A listagem foi feita apenas por meio das iniciais de seus nomes e pelo número de registro hospitalar (HC), como um dos elementos de garantia de confidencialidade dos dados. Foi, então, realizada uma triagem para avaliar a compatibilidade com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa. Após a triagem, os casos selecionados tiveram seus dados coletados, utilizando-se uma ficha estruturada e que já se mostrou adequada para o levantamento das informações pretendidas em estudos anteriores, a partir de prontuários solicitados para o SAME.

A coleta de dados foi realizada no próprio SAME e os dados foram registrados em planilhas do programa Excel. Posteriormente, os dados foram transferidos ao programa de avaliação estatística.

5.8- Processamento e análise dos dados

Para a realização da análise estatística foi criado um banco de dados no programa Excel. Posteriormente, foi utilizado o software *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 9.4, para análise estatística das características gerais da amostra e comparação entre grupos etários e o software

Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11.5) para comparação da adesão ambulatorial.

Os dados foram apresentados de forma descritiva, tendo como objetivo a comparação das variáveis de interesse e buscando sua relação com as variáveis consideradas como independentes.

Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney (para 2 categorias) e o teste de Kruskal-Wallis (para 3 ou mais grupos), devido à ausência de distribuição normal das variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Como relatado nos objetivos, foi criado um banco de dados ampliado, que incluiu as mulheres atendidas entre 2011 e 2018 ($n=1169$) somado a um banco de estudo anterior com as mesmas variáveis com dados de 2006 a 2010 ($n=692$), totalizando 1861 mulheres atendidas por VS ao longo de 12 anos. Foram avaliados os dados sociodemográficos e da violência, comparados entre três quadriênios. Para a realização da análise estatística dos dois bancos foi criado um banco conjunto de dados no Excel, contendo os dados referentes aos anos de 2006-2018 e, utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 11.5) para análise estatística. A comparação entre os grupos foi realizada com a utilização de testes de Qui-quadrado ou exato de Fisher para variáveis categóricas e teste de Mann-Whitney/Kruskal - Wallis para variáveis numéricas. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

5.9- Aspectos éticos

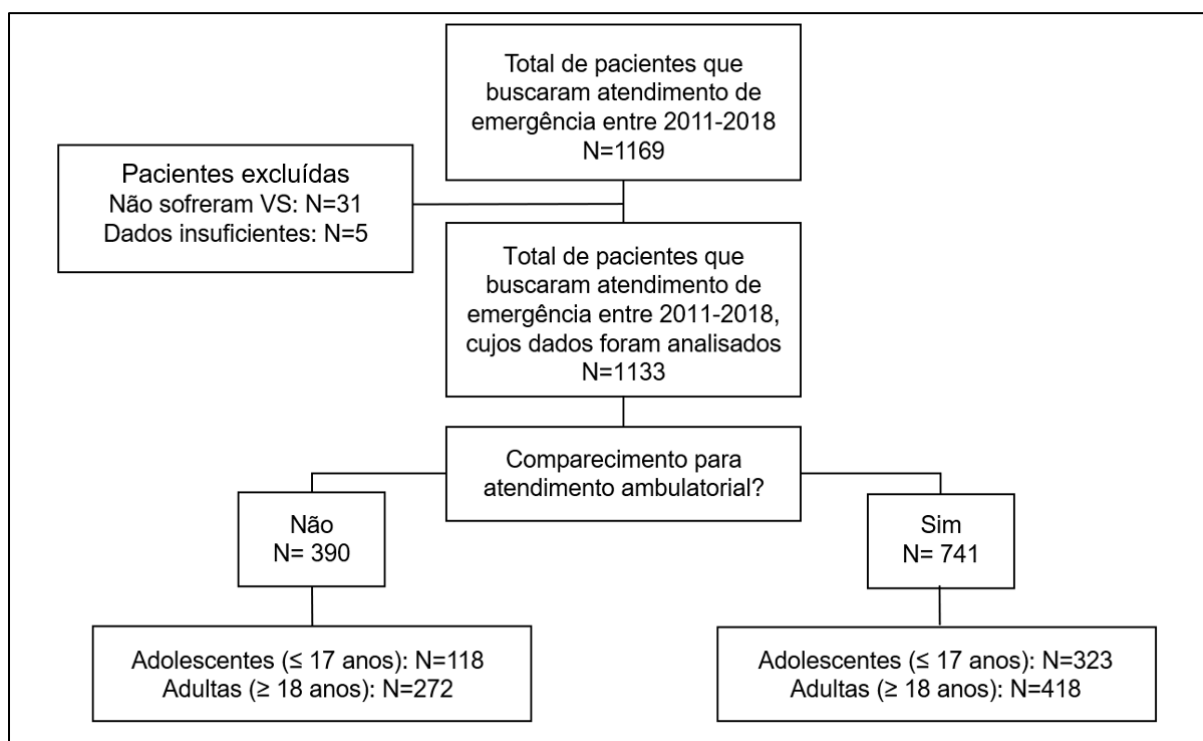
Durante a realização do presente projeto, não houve contato direto com nenhuma paciente e a coleta de dados se deu unicamente a partir dos prontuários. Contudo, as pesquisadoras declaram que conhecem e respeitaram os princípios éticos da Declaração de Helsinque (2013), bem como a Resolução 466/2012 do CNS.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob CAAE nº 38915520.3.0000.5404, bem como pela Comissão de Pesquisa do CAISM-UNICAMP (Anexo 2).

6- RESULTADOS

Após avaliação dos registros do serviço de emergência disponibilizados pelo setor de informática, 1169 pacientes foram incluídas na pesquisa para avaliação dos prontuários físicos.

Após a avaliação dos dados presentes no prontuário, 31 mulheres foram excluídas, pois, segundo o entendimento da equipe assistencial, não haviam sofrido violência sexual, o que constitui critério de exclusão do presente trabalho. Outras 5 pacientes foram excluídas, pois os registros mostraram-se insuficientes para a clara compreensão da violência sofrida e atendimento prestado. Estas exclusões representam 3,1% do n inicial. Desta forma, os dados de 1133 pacientes atendidas no período foram incluídos. O Fluxograma 3 apresenta as etapas e distribuição dos casos avaliados.



Fluxograma 3: Divisão das pacientes avaliadas no Programa de Atendimento Especial-CAISM/UNICAMP entre 2011-2018

6.1- Descrição geral da população estudada

A população foi composta por 1133 mulheres, sendo 39% (n=442) adolescentes, isto é, com idade igual ou inferior a 17 anos (em acordo com o conceito de menor de idade na legislação brasileira)³⁰ e 61% (n=691) adultas. A idade média da população estudada foi de 23,6 anos e a mediana 20 anos; idade mínima de 10 anos e máxima de 83 anos.

Em relação à cor da pele, 66,5% (n=752) das mulheres avaliadas se declarou branca. Quanto ao estado civil, 81,4% (n=900) das pacientes eram solteiras. A maioria, 73,7% (n=832), não possuía prole. Em relação à escolaridade, 34,6% (n=391) possuíam 8 ou menos anos de escolaridade, 42,4% (n=479) entre 9 e 11 anos e 21,2% (n=239) 12 ou mais anos de escolaridade. 31,3% (n=346) das mulheres referiram estar empregadas e 44,1% (n=487) eram estudantes. Demais dados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres atendidas no serviço de emergência após terem sofrido violência sexual

Variável	Porcentagem (%)	Número total (n=1133)
Faixa etária (em anos) (n=1133)		
Inferior ou igual a 14 anos	20,1%	228
Idade entre 15 e 17 anos	18,9%	214
Idade entre 18 e 25 anos	28,8%	326
Idade igual ou superior a 26 anos	32,2%	365
Adolescente (n=1133)		
Sim (idade inferior ou igual a 17 anos)	39,0%	442
Não (idade igual ou superior a 18 anos)	61,0%	691
Cor da pele (n=1130)		
Branca	66,5%	752
Não branca	33,5%	378
Estado civil (n=1106)		
Solteira	81,4%	900
Casada	16,4%	181
Divorciada ou viúva	2,0%	23
Outros	0,2%	2
Filhos (n=1129)		
Não	73,7%	832
Sim	26,3%	297
Escolaridade (em anos) (n=1129)		
Inferior ou igual a 8 anos	34,6%	391
Entre 9 e 11 anos	42,4%	479
Igual ou superior a 12 anos	21,2%	239
Não soube informar	1,8%	20
Situação profissional (n=1100)		
Empregada	31,3%	346
Desempregada	20,4%	225
Em benefício	0,2%	2
Aposentada	0,8%	4
Estudante	44,0%	487
Dona de casa	3,0%	34
Outros	0,2%	2
Religião (n=1079)		
Católica	31,7%	342
Evangélica	35,6%	384
Outras religiões	7,3%	79
Sem religião	22,3%	241
Não sabe	0,1%	33

A violência sexual foi a primeira experiência sexual para 39% (n=424) das pacientes. Pouco mais de um quinto das mulheres (20,4% ou 223 avaliadas) já haviam sofrido algum tipo de violência sexual anteriormente.

A maior parte das violências, 64,9% (n=717), ocorreu fora do ambiente doméstico, enquanto 35,1% (n=387) ocorreu em ambiente residencial. Em 58,9% (n=664) dos casos o agressor era desconhecido. Dentre os agressores conhecidos (41,1% ou 463), a maioria não pertencia ao núcleo familiar da vítima (63,1% ou 257). 13,9% (n=156) das violências foram perpetradas por agressores múltiplos. Adicionalmente, 5,4% (n=60) das violências foram de caráter crônico.

Houve algum tipo de intimidação em 88,3% (n=864) das abordagens, sendo o uso de força física a mais comum (55,9%, n=542). Em 85,7% (n=779) dos casos houve relação por via vaginal, em 26,4% (n=239) por via anal, em 27,2% (n= 246) por via oral e em 6,2% (n=56) dos casos ocorreram outros tipos de relação, como toques.

Aproximadamente uma em cada quatro mulheres (26%, n=289) referiu sofrer apagamento, isto é, ter perdido a consciência ou não se lembrar do momento da violência. Houve envolvimento de algum tipo de aplicativo digital (app de relacionamento ou transporte) em 3,4% (n=38) das violências, 20,5% (n=224) das vítimas declarou ter feito uso de álcool e 6,1% (n=66) de alguma outra substância psicoativa antes da ocorrência da violência. Dados disponíveis na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Características da violência sexual sofrida

Variável	Porcentagem (%)	Número total (n=1133)
Atividade sexual prévia (n=1115)		
Sim	61,0%	691
Não	39,0%	424
Antecedente pessoal de violência sexual (n=1092)		
Sim	20,4%	223
Não	79,6%	869
Classificação da violência (n=1116)		
Aguda	94,6%	1056
Crônica	5,4%	60
Local da abordagem (n=1104)		
Fora de um ambiente domiciliar	64,9%	717
Em um ambiente domiciliar	35,1%	387

Tipo de agressor (n=1127)		
Conhecido	41,1%	463
Desconhecido	58,9%	664
Tipo de agressor conhecido (n=404)		
Agressor intrafamiliar	36,4%	147
Agressor extrafamiliar	63,6%	257
Número de agressores (n=1125)		
Unico	86,1%	969
Múltiplo	13,9%	156
Intimidação (n=978)		
Sim	88,3%	864
Não	11,7%	114
Tipo de intimidação (n=1040)		
Intimidação por meio de ameaça verbal	20,2%	196
Intimidação por meio de uso de arma de fogo	17,0%	165
Intimidação por meio de uso de arma branca	14,1%	137
Intimidação por meio de uso de força física	55,9%	542
Tipo de relação sexual (n=1133)*		
Vaginal	85,7%	779
Anal	26,4%	239
Oral	27,2%	246
Apagamento (n=1110)		
Sim	26,0%	289
Não	74,0%	821
Envolvimento de mídias sociais (n=1108)		
Sim	3,4%	38
Não	96,6%	1070
Uso de álcool pela vítima (n=1094)		
Sim	20,5%	224
Não	79,5%	870
Uso de substâncias psicoativas ilícitas (n=1086)		
Sim	6,1%	66
Não	93,9%	1020

*permite mais de uma alternativa

Em relação ao atendimento dispensado, 64,1% (n=719) das pacientes realizou atendimento de emergência nas primeiras 24 horas após a violência, 13,8% (n=155) chegou entre 24 e 72 horas, 4,8% (n=54) entre 72 horas e 5 dias e 17,2% (n=193)

após cinco dias da ocorrência da violência. A partir desses dados, conclui-se que 78% (n=874) das pacientes realizou atendimento imediato (até três dias após a ocorrência da violência) e 22% (n=247) realizou atendimento de forma tardia (após três dias da ocorrência da violência). Dentre as pacientes atendidas, 73,8% (n=799) recebeu profilaxia com prescrição de medicação antirretroviral, 72,9% (n=790) recebeu anticoncepção de emergência, 72,5% (n=785) foi vacinada ou recebeu imunoglobulina contra hepatite B e 78,2% (n=779) recebeu terapia com antibióticos para profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, como apontado na Tabela 3.

Tabela 3 - Características do atendimento de emergência dispensado às pacientes atendidas

Variável	Porcentagem (%)	Número total (n=1133)
Horário do atendimento de emergência (n=1133)		
08:00-17:00	49,6%	562
17:01-07:59	50,4%	571
Tempo entre VS e atendimento de emergência (n=1121)		
≤24 horas	64,1%	719
>24 horas ≤72 horas	13,8%	155
>72 horas ≤5 dias	4,8%	54
>5 dias	17,2%	193
Classificação do atendimento (n=1121)		
Imediato	78,0%	874
Tardio	22,0%	247
Uso de antirretroviral (n=1083)		
Sim	73,8%	799
Não	26,2%	284
Anticoncepção de emergência (n=1084)		
Sim	72,9%	790
Não	27,1%	294
Vacinação contra hepatite B (n=1082)		
Sim	72,5%	785
Não	27,5%	297
Uso de antibióticos (n=996)		
Sim	78,2%	779
Não	21,8%	217

Dentre as pacientes que realizaram atendimento de emergência, 65,5% (n=741) compareceram ao ambulatório e passaram por avaliação psiquiátrica, sendo que o tempo médio entre a ocorrência da violência sexual e a primeira avaliação psiquiátrica foi de 26,16 dias (D.P.=26,02; tempo mínimo=0 dias; tempo máximo=285) e a mediana de 20 dias. Portanto, 390 mulheres (34,5%) não retornaram para realizar seguimento ambulatorial no serviço.

Conforme apresentado na Tabela 4, a seguir, entre as 741 mulheres que realizaram avaliação psiquiátrica, 88,8% (n=643) referiu algum problema/ sintoma relacionado à violência sexual, englobando as esferas física, emocional ou social. 64,5% (n=463) das pacientes referiram apresentar algum problema físico, 57% (n=409) referiam alterações de sono e 38,7% (n=277) referiram alterações de apetite. 76,9% (n=553) referiram apresentar sintomas psiquiátricos, 48,7% (n=349) referiram sintomas ansiosos, 55,8% (n=400) referiram sintomas depressivos, 20,6% (n=148) referiam pensamentos de morte ou ideação suicida, 4,2% (n=30) referiram planejamento suicida e 1,5% (n=11) realizaram tentativa de suicídio. Adicionalmente, 23,9% (n=171) referiam a presença de revivescências relacionadas ao evento traumático, 15,1% (n=108) referiam medo de contrair alguma infecção sexualmente transmissível, 4,6% (n=33) referiram medo de uma gestação decorrente da violência e 16,5% (n=118) referiram medo de repetição do evento traumático. Quanto à esfera social, 69,7% (n=495) contaram algum tipo de prejuízo social, 37,6% (n=266) referiu vergonha, 37,6% (n=266) referiu sentimento de culpa e 41,5% (n=292) referiu comportamento evitativo.

Das mulheres atendidas, 97% (n=689) contou sobre a violência para algum familiar, amigo, profissional de saúde ou membro do serviço policial e 91,7% (n=518) referiu se sentir apoiada.

Quando questionadas sobre o histórico de saúde mental, 33,6% (n=241) das pacientes possuía antecedente de algum transtorno mental, 18,1% (n=129) contava ter realizado algum tratamento psiquiátrico e 18,3% (n=131) acompanhamento psicoterápico anterior. Ainda, 9% (n=64) fazia uso de antidepressivo, 5,8% (n=41) de ansiolítico, 4,4% (n=31) de algum antipsicótico, 3,2% (n=23) de estabilizadores do humor e 1,3% (n=9) de outras medicações.

Em relação a presença de sintomas ou diagnósticos psiquiátricos após à violência, 19% (n=126) das pacientes atendidas não apresentou sintomas, 32,5% (n=216) apresentou sintomas leves, 16,1% (n=107) possuía critérios diagnósticos para transtorno de ajustamento, 22,3% (n=148) para transtorno de estresse agudo ou transtorno de estresse pós-traumático e 10,1% (n=67) para episódio depressivo como diagnóstico principal. Dentre as pacientes avaliadas, 43,3% (n=306) necessitaram de tratamento farmacológico após a primeira avaliação, sendo que 29,3% (n=207) receberam prescrição de antidepressivos, 21,4% (n=151) de ansiolíticos, 5,7% (n=40) de antipsicóticos e 2,4% (n=17) de estabilizadores do humor.

Tabela 4 - Características observadas a partir da avaliação psiquiátrica

Variável	Amostra: 741 (65,5% da amostra total)	
	Porcentagem (%)	Número de pacientes
Refere problema relacionado à violência sexual (n=643)	88,81	643
Presença de sintomas físicos relacionados à violência	64,5%	463
Presença de alterações de sono	57,0%	409
Presença de alterações de apetite	38,7%	277
Presença de sintomas psiquiátricos	76,9%	553
Presença de sintomas ansiosos	48,7%	349
Presença de sintomas depressivos	55,8%	400
Presença de pensamentos de morte ou ideação suicida	20,6%	148
Presença de planejamento suicida	4,2%	30
Realização de tentativa de suicídio	1,5%	11
Presença de revivescências	23,9%	171
Medo de contrair uma IST	15,1%	108
Medo de gestação	4,6%	33
Medo de repetição da violência	16,5%	188
Presença de problemas sociais	69,7%	495
Vergonha	37,6%	266
Culpa	37,6%	266
Evitação	41,5%	292
Contou sobre a violência para a rede de suporte	97,0%	689
Reportou a VS para autoridades policiais	69,2%	463
Tem antecedente pessoal de transtorno mental	33,6%	241
Tem antecedente de tratamento psiquiátrico	18,1%	129
Uso de medicações anterior à violência		
Uso de antidepressivos	9,0%	64
Uso de ansiolíticos	5,8%	41
Uso de antipsicóticos	4,4%	31
Uso de estabilizadores do humor	3,2%	23
Acompanhamento psicoterápico prévio à violência	18,3%	131
Diagnóstico psiquiátrico relacionado à violência		

Ausência de sintomas	19,0%	129
Presença de sintomas leves	32,5%	216
Transtorno de adaptação	16,1%	107
Transtorno de estresse agudo/ TEPT	23,3%	148
Episódio depressivo	10,1%	67
Diagnóstico quanto à gravidade dos sintomas		
Ausência de sintomas	19,0%	126
Sintomas leves	32,5%	216
Sintomas graves	48,5%	322
Necessidade de tratamento farmacológico		
Sim	43,3%	306
Não	58,6%	435
Prescrição de antidepressivos	29,3%	207
Prescrição de ansiolíticos	21,4%	151
Prescrição de antipsicóticos	5,7%	40
Prescrição de estabilizadores do humor	2,4%	17

6.2- Comparação entre adolescentes e adultas

Em uma segunda análise, a população estudada foi dividida em relação à faixa etária. Um dos grupos foi composto por adolescentes (n=442, ou 39% das mulheres), isto é, mulheres com idade inferior ou igual a 17 anos (menoridade), enquanto o outro foi constituído por adultas (n=691, ou 61% das mulheres) com idade igual ou superior a 18 anos (maioridade civil).

As principais diferenças encontradas decorrem, em sua maioria, da própria diferença etária, como a maior taxa de solteiras, sem filhos, escolaridade inferior ou igual a oito anos e entre 9 e 11 anos e estudantes no grupo das adolescentes. Todavia, algumas diferenças merecem ser destacadas: maior taxa de brancas entre as adultas, maior frequência de evangélicas entre as adolescentes e a elevada (30%) taxa de desempregadas entre as adultas (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação das características sociodemográficas das pacientes adolescentes e adultas atendidas no serviço de emergência após terem sofrido violência sexual

Variável	Adolescentes (N=442)		Adultas (N=691)		p-valor
	%	N	%	N	
Cor da pele (n=1130)					0.012 ^b
Branca	62,1%	274	69,4%	478	
Não branca	37,8%	167	30,2%	211	
Estado civil (n=1104)					
Solteira	95,6%	413	72,3%	487	<0.001 ^a
Casada	4,2%	18	24,2%	163	
Divorciada ou viúva	0,2%	1	3,3%	22	
Filhos (n=1129)					
Não	98,6%	434	57,7%	398	<0.001 ^b
Sim	1,4%	6	42,2%	291	
Escolaridade (em anos)(n=1129)					
Inferior ou igual a 8 anos	53,6%	237	22,4%	154	<0.001 ^b
Entre 9 e 11 anos	45,0%	199	40,7%	280	
Igual ou superior a 12 anos	0,9%	4	34,2%	235	
Não soube informar	0,4%	2	2,6%	18	
Situação profissional (n=1105)					<0.001 ^a
Empregada	3,5%	15	49,2%	331	
Desempregada	5,1%	22	30,1%	203	
Em benefício	0,0%	0	0,3%	2	
Aposentada	0,0%	0	1,3%	9	
Estudante	90,9%	393	13,9%	94	
Dona de casa	0,2%	1	4,9%	33	
Religião (n=1079)					0.006 ^b
Católica	29,9%	126	32,8%	216	
Evangélica	41,8%	176	31,6%	208	
Outras religiões	6,4%	27	7,9%	52	
Sem religião	18,3%	77	24,9%	164	
Não sabe	3,6%	15	2,7%	18	

(a) Teste exato de Fisher (b) Teste de qui-quadrado

Na avaliação das variáveis referentes à violência em relação à faixa etária, observam-se, como apresentado na Tabela 6 a seguir, algumas diferenças compatíveis com a faixa etária, como maiores taxas de ocorrência no período diurno (39,7% X 25,9%), ocorrência dentro de uma residência (42,7% X 30,2%; $p<0,001$), maiores taxas de agressores conhecidos (52,3% X 33,9%; $p<0,001$) e maiores de taxas de manipulação corporal (10,8% X 3,4%; $p<0,001$) entre as adolescentes. Todavia, algumas diferenças merecem ser destacadas. Embora já esperado em decorrência da diferença etária, destaca-se que a violência sexual foi a primeira experiência sexual para 66% das adolescentes em contraste com 19,7% das mulheres adultas. Adicionalmente, embora as pacientes adultas tenham apresentado maiores taxas de antecedente pessoal de violência sexual (24,6%), 13,9% das adolescentes já haviam sido vitimizadas no passado. Finalmente, foram encontradas maiores taxas de violências de caráter crônico (9,8% X 2,5%; $p<0,001$) entre as adolescentes.

Para ambos os grupos, nos casos nos quais o agressor era conhecido da vítima, houve preponderância da presença de agressores externos ao convívio íntimo da família. No entanto, ao compararmos os grupos, encontramos maiores taxas de agressores intrafamiliares entre as adolescentes (42,6% X 29,7%; $p=0,0007$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre grupos quanto a ocorrência de violência perpetrada por múltiplos agressores.

A utilização de algum tipo de intimidação pelo agressor foi mais comum entre as mulheres adultas (93,1% X 80,7%; $p<0,0001$). A utilização de ameaças verbais foi mais comum dentre as adolescentes (24,8% X 17,3%; $p<0,005$), enquanto cerca de um quinto das adultas foi intimidada com o uso de arma de fogo (21,0% X 10,7%; $p<0,001$) e 59,3% com o uso de força física (59,3% X 50,7%; $p<0,009$).

A violência por via vaginal foi a mais comum para ambos os grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa. As violências por via anal (30,9% X 18,9%. $p<0,001$) e oral (32,3% X 18,9%; $p<0,001$) foram mais frequentes no grupo de adultas.

Adolescentes apresentaram maiores taxas de envolvimento de aplicativos digitais (de relacionamento ou de transporte) na ocorrência de violência em comparação com adultas (5,8% X 1,9%; $p<0,001$).

Finalmente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre os grupos, assim como para a ocorrência de apagamento.

Tabela 6: Comparação das características da violência das pacientes adolescentes e adultas

Variável	Adolescentes N=442		Adultas N=691		p-valor
	%	N	%	N	
Atividade sexual prévia (n=1115)					
Sim	34,0%	150	80,8%	541	<0.001 ^b
Não	66,0%	291	19,7%	133	
Antecedente pessoal de violência sexual (n=1092)					
Sim	13,9%	60	24,6%	163	<0.001 ^b
Não	86,1%	370	75,4%	499	
Tipo de violência (n=1116)					<0.001 ^b
Aguda	90,2%	394	97,5%	662	
Crônica	9,8%	43	2,5%	17	
Horário de ocorrência da violência (n=1111)					p<0,001 ^b
00:00-07:00	29,7%	128	42,0%	286	
07:01-18:00	39,7%	171	25,9%	176	
18:01-23:59	30,6%	132	32,1%	218	
Local de abordagem (n=1104)					p<0,001 ^b
Em uma residência	42,7%	184	30,2%	203	
Fora do ambiente residencial	57,3%	247	69,8%	470	
Tipo de agressor (n=1127)					<0,0001 ^b
Conhecido	52,3%	231	33,9%	232	
Desconhecido	47,7%	211	66,1%	453	
Tipo de agressor conhecido (n=404)					0,0007 ^b
Intrafamiliar	42,6%	89	29,7%	58	

Extrafamiliar	57,4%	120	70,3%	137	
Número de agressores (n=1125)					0,521 ^b
Único	85,3%	377	86,7%	592	
Múltiplo	14,7%	65	13,3%	91	
Ocorrência de algum tipo de intimidação (n=978)					<0,001 ^b
Sim	80,7%	305	93,1%	559	
Não	19,3%	73	6,8%	41	
Presença de ameaça verbal (n=969)					0,005 ^b
Sim	24,8%	93	17,3%	103	
Não	75,2%	282	82,7%	491	
Uso de arma de fogo (n=969)					<0,001 ^b
Sim	10,7%	40	21,0%	125	
Não	89,3%	335	79,0%	469	
Uso de arma branca (n=969)					0,001 ^b
Sim	9,6%	36	17,0%	101	
Não	90,4%	339	83%	493	
Uso de força física (n=969)					0,009 ^b
Sim	50,7%	190	59,3%	352	
Não	49,3%	185	40,7%	242	
Outro tipo de intimidação (n=974)					0,974 ^b
Sim	11,8%	44	11,8%	71	
Não	88,2%	330	88,2%	529	
Relação por via vaginal (n=909)					0,969 ^b
Sim	85,8%	295	85,7%	484	
Não	14,2%	49	14,3%	81	
Relação anal (n=906)					<0,001 ^b
Sim	18,9%	65	30,9%	174	
Não	81,1%	278	69,1%	389	
Relação oral (n=904)					<0,001 ^b
Sim	18,9%	65	32,3%	181	
Não	81,1%	278	67,7%	380	
Outro tipo de relação (n=908)					<0,001 ^b
Sim	10,8%	37	3,4%	19	

Não	89,2%	307	96,6%	545	
Apagamento (n=1110)					0,859 ^b
Sim	26,3%	114	25,8%	175	
Não	73,7%	319	74,2%	502	
Envolvimento de aplicativos digitais (n=1108)					<0,001 ^b
Sim	5,8%	25	1,9%	13	
Não	94,2%	408	98,1%	662	
Uso de álcool pela vítima (n=1094)					0,090 ^b
Sim	17,9%	77	22,1%	147	
Não	82,1%	353	77,9%	517	
Uso de SPA ilícitas					0,809 ^b
Sim	6,3%	27	5,9%	39	
Não	93,7%	402	94,1%	618	

(a) Teste exato de Fisher (b) Teste de qui-quadrado

Em relação aos dados do atendimento imediato, e, conseqüentemente a possibilidade de realização de profilaxias, ao compararmos os grupos, as adolescentes apresentaram maior taxa de chegada para atendimento tardio (28,1% X 18,2%; $p < 0,001$), maiores taxas de chegada entre 72 horas e 5 dias (6,2% X 3,9%; $p < 0,001$) e após cinco dias da violência (21,9% X 14,2%; $p < 0,001$). (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre adolescentes e adultas quanto ao atendimento de emergência

Variável	Adolescentes N=442		Adultas N=691		p-valor
	%	N	%	N	
Horário do atendimento de emergência					0,171 ^b
08:00-17:00	47,1%	208	51,2%	354	
17:01-07:59	52,9%	234	48,8%	337	
Classificação do atendimento (n=1121)					<0,001 ^b
Imediato	71,9%	315	81,8%	559	
Tardio	28,1%	123	18,2%	124	
Tempo entre a violência e o atendimento de emergência (n=1121)					<0,001 ^b
≤ 24h	60,5%	265	66,5%	454	
>24 horas ≤72 horas	11,4%	50	15,4%	105	
>72 horas ≤5 dias	6,2%	27	3,9%	27	
>5 dias	21,9%	96	14,2%	97	
Uso de terapia antirretroviral (n=1183)					0,004 ^b
Sim	68,9%	288	76,8%	511	
Não	31,1%	130	23,1%	154	
Uso de anticoncepção de emergência (n=1084)					0,429 ^b
Sim	71,5%	299	73,7%	491	
Não	28,5%	119	26,3%	175	
Vacinação contra hepatite B (n=1082)					<0,001 ^b
Sim	66,7%	279	76,2%	506	
Não	33,3%	139	23,8%	158	
Uso de antibióticos					<0,001 ^b
Sim	71,8%	282	82,4%	497	
Não	28,2%	111	17,6%	106	

(a)Teste exato de Fisher (b)Teste de qui-quadrado

Ao compararmos os grupos, constatamos que uma maior proporção de adolescentes compareceu ao ambulatório e recebeu avaliação psiquiátrica (73,2% X 60,6%; $p<0,001$). Cabe destacar que quando as adolescentes não comparecem ao atendimento inicial no ambulatório para seguimento, é realizado, conforme exigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) contato com os seus responsáveis e realizado novo agendamento.

Em relação ao atendimento psiquiátrico dispensado, destaca-se que as pacientes adultas se apresentaram mais sintomáticas em todos os grupos de sintomas investigados: alterações de sono (65% X 47%; $p<0,001$), alterações de apetite (42,1% X 34,4%; $p=0,035$), sintomas ansiosos (58,4% X 36,5%; $p<0,001$), sintomas depressivos (59,4% X 51,2%. $p=0,029$) e evitação social (45,5% X 36,4%; $p=0,015$). Em contraste, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para ideação, planejamento e tentativa de suicídio.

A quase totalidade das pacientes relatou sobre a violência para, ao menos, um membro da rede de suporte. Uma maior taxa de adolescentes relatou sobre a violência para sua genitora (86,3% X 51,2%; $p<0,001$), enquanto uma maior proporção de adultas relatou sobre o evento para um amigo(a) (40,1% X 29,3%; $p=0,005$).

Dados detalhados nas Tabelas 8 e 9 a seguir.

Tabela 8 - Comparação entre adolescentes e adultas quanto a reações e psicopatologia

Variável	Adolescentes N=323		Adultas N=418		p-valor
	%	N	%	N	
Realização de avaliação psiquiátrica					$<0,001^b$
Sim	73,2%	323	60,6%	418	
Não	26,8%	118	39,4%	272	
Sintomas relacionados à violência (n=724)					0,014 ^b
Sim	85,6%	273	91,4%	370	
Não	14,4%	46	8,6%	35	
Sintomas físicos (n=719)					$<0,001^b$
Sim	54,4%	173	72,5%	290	

Não	45,6%	145	27,5%	111	
Alterações do sono (n=717)					<0,001 ^b
Sim	47,0%	149	65,0%	260	
Não	53,0%	168	35,0%	140	
Alterações de apetite (n=716)					0,035 ^b
Sim	34,4%	109	42,1%	168	
Não	65,6%	208	57,9%	231	
Sintomas psíquicos (n=719)					0,001 ^b
Sim	71,1%	227	81,5%	326	
Não	28,8%	92	18,5%	74	
Sintomas ansiosos (n=717)					<0,001 ^b
Sim	36,5%	116	58,4%	233	
Não	63,5%	202	41,6%	166	
Sintomas depressivos (n=717)					0,029 ^b
Sim	51,2%	163	59,4%	237	
Não	48,7%	155	40,6%	162	
Ideação suicida (n=717)					0,499 ^b
Sim	19,5%	62	21,5%	86	
Não	80,5%	256	78,5%	313	
Planejamento suicida (n=717)					0,909 ^b
Sim	4,1%	13	4,3%	17	
Não	95,9%	305	95,7%	382	
Tentativa de suicídio (n=717)					0,230 ^a
Sim	2,2%	7	1,0%	4	
Não	97,8%	311	99,0%	395	
Revivescências (n=715)					0,009 ^b
Sim	19,2%	61	27,6%	110	
Não	80,8%	256	72,4%	288	
Medo de IST (n=716)					0,703 ^b
Sim	14,5%	46	15,5%	62	
Não	85,5%	271	84,5%	337	

Medo de gestação (n=715)					0,227 ^b
Sim	5,7%	18	3,8%	15	
Não	94,3%	299	96,2%	383	
Medo de repetição (n=716)					0,303 ^b
Sim	14,9%	47	17,7%	71	
Não	85,1%	269	82,3%	329	
Problemas sociais (n=710)					0,457 ^b
Sim	68,3%	213	70,8%	282	
Não	31,7%	99	29,2%	116	
Sente vergonha (n=708)					0,818 ^b
Sim	37,1%	115	37,9%	151	
Não	92,9%	195	62,1%	247	
Sente culpa (n=707)					0,598 ^b
Sim	38,7%	120	36,8%	146	
Não	61,3%	190	63,2%	251	
Comportamento evitativo (n=704)					0,015 ^b
Sim	36,4%	112	45,5%	180	
Não	63,6%	196	54,5%	216	

(a) Teste exato de Fisher (b) Teste de qui-quadrado

Tabela 9 - Comparação entre adolescentes e adultas quanto a suporte e antecedentes

Variável	Adolescentes N=323		Adultas N=418		p-valor
	%	N	%	N	
Relatou sobre a violência para rede de suporte (n=710)					0,017 ^b
Sim	98,7%	313	95,7%	376	
Não	1,3%	4	4,3%	17	
Relatou sobre a violência para a mãe (n=641)					<0,001 ^b
Sim	86,3%	258	51,2%	175	
Não	13,7%	41	48,8%	167	
Relatou sobre a violência para amigo (n=645)					0,005 ^b
Sim	29,3%	86	40,1%	141	
Não	70,7%	207	59,9%	211	
Relatou VS para autoridades policiais (n=665)					0,047 ^b
Sim	73,5%	222	66,4%	241	
Não	26,5%	80	33,6%	122	
Antecedente pessoal de transtorno mental (n=718)					<0,001 ^b
Sim	21,7%	68	42,8%	173	
Não	78,3%	246	57,2%	231	
Acompanhamento psiquiátrico prévio (n=711)					<0,001 ^b
Sim	9,0%	28	25,3%	101	
Não	91,0%	283	74,7%	299	
Uso de antidepressivos (n=711)	4,8%	15	12,2%	43	<0,001 ^b
Uso de ansiolíticos (n=711)	1,3%	4	9,3%	37	<0,001 ^b
Uso de antipsicóticos (n=711)	2,2%	7	6,0%	24	0,015 ^b
Uso de estabilizadores do humor (n=711)	0,6%	2	5,2%	21	<0,001 ^b
Acompanhamento psicoterápico prévio à violência (n=716)					0,007 ^b
Sim	13,9%	44	21,7%	87	
Não	86,1%	272	78,3%	313	

(a) Teste exato de Fisher (b) Teste de qui-quadrado

Quando comparadas em relação ao diagnóstico psiquiátrico após a violência, as taxas de ausência de sintomas (24,9% X 14,4%; $p<0,001$) e sintomas leves (34,3% X 31,2%; $p<0,001$) foram maiores entre as adolescentes, enquanto transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático (26,9% X 16,3%; $p<0,001$) foram maiores entre o grupo de adultas.

Em consonância com a psicopatologia apresentada, a prescrição de tratamento farmacológico foi mais frequente entre as mulheres adultas (52,3% X 31,9%; $p<0,001$), havendo diferença estatisticamente significativa nas taxas de prescrição de antidepressivos (34,6% X 22,6%; $p<0,001$), ansiolíticos (29,8% X 10,7%), antipsicóticos (7,3% X 3,5%; $p<0,031$) e estabilizadores do humor (4,0% X 0,3%; $p=0,001$). Dados detalhados na Tabela 10 a seguir.

Tabela 10 - Comparação entre adolescentes e adultas quanto a avaliação psiquiátrica

Variável	Adolescentes N=323		Adultas N=418		p-valor
	%	N	%	N	
Diagnóstico em relação à violência (n=664)					<0,001 ^b
Sem sintomas	24,9%	72	14,4%	54	
Sintomas leves	34,3%	99	31,2%	117	
Transtorno de adaptação	15,2%	44	16,8%	63	
Transtorno de estresse agudo/ TEPT	16,3%	47	26,9%	101	
Transtorno depressivo	9,3%	27	10,7%	40	
Gravidade dos sintomas (n=664)					<0,001 ^b
Sem sintomas	24,9%	72	14,4%	54	
Sintomas leves	34,3%	99	31,2%	117	
Sintomas graves	40,8%	118	54,4%	204	
Indicação de tratamento farmacológico (n=706)					<0,001 ^b
Sim	31,9%	99	52,3%	207	
Não	68,1%	211	47,7%	189	
Prescrição de antidepressivos (n=706)	22,6%	70	34,6%	137	<0,001
Prescrição de ansiolíticos (n=706)	10,7%	33	29,8%	118	<0,001 ^b
Prescrição de antipsicóticos (n=706)	3,5%	11	7,3%	29	0,031 ^b
Prescrição de estabilizadores do humor (n=706)	0,3%	1	4,0%	16	0,001 ^b

6.3- Comparação entre as pacientes que compareceram ou não ao atendimento ambulatorial e realizaram avaliação psiquiátrica

Ao compararmos os grupos de mulheres que realizaram apenas o atendimento de emergência e o grupo que compareceu ao ambulatório e passou por avaliação psiquiátrica, encontramos diferenças estatisticamente significativas para os grupos etários, havendo maior proporção de adolescentes dentre as mulheres que passaram por avaliação psiquiátrica em comparação ao grupo que realizou unicamente o atendimento de emergência (43,7% X 30,2%; $p < 0,0001$).

Em relação à escolaridade, houve maior taxa de mulheres com 12 ou mais anos de estudo (24,7% X 19,1%; $p = 0,008$) entre o grupo que realizou apenas o atendimento de emergência.

O antecedente pessoal de violência sexual se associou a uma menor taxa de comparecimento para atendimento ambulatorial (24% X 18,1%; $p = 0,0217$).

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à classificação da violência em aguda ou crônica, ao local de abordagem, relação da vítima com o agressor e número de agressores.

No grupo que passou por avaliação psiquiátrica, encontramos uma maior taxa de mulheres que sofreram violência por via vaginal (88% X 81,3%; $p = 0,007$) e que referiu envolvimento de aplicativos digitais na ocorrência da violência (4,4% X 1,6%; $p = 0,015$), além de uma menor taxa de mulheres que referiram apagamento (23,7% X 30,6%; $p = 0,013$).

Finalmente, dentre as mulheres que não retornaram para avaliação ambulatorial, foi encontrada maior proporção de mulheres que declararam ter feito uso de álcool anteriormente a sofrer a VS (24,1% X 18,6%; $p = 0,034$). Não houve associação em relação ao uso de SPA ilícitas no contexto da violência e a taxa de comparecimento ambulatorial. Dados detalhados na Tabela 11 a seguir.

Tabela 11 - Comparação das características sociodemográficas e do atendimento de emergência dispensado de mulheres que compareceram ou não ao atendimento ambulatorial

Variável	Atendimento ambulatorial				p-valor*
	Não (N=391)		Sim (N=739)		
	%	N	%	N	
Adolescente					<0,001
Sim	30,2%	118	43,7%	323	
Não	69,8%	273	56,3%	416	
Cor da pele					
Branca	62,7%	244	68,5%	505	0,0500
Não branca	37,3%	145	31,5%	232	
Estado conjugal					0,2511
Solteira	79,7%	291	82,1%	607	
Casada	18,6%	68	15,3%	113	
Divorciada ou viúva	1,6%	6	2,6%	19	
Escolaridade					0,0008
Inferior ou igual a 8 anos	35,2%	137	34,3%	253	
Entre 9 e 11 anos	36,8%	143	45,6%	336	
Maior ou igual a 12 anos	24,7%	96	19,1%	141	
Não sabe ou outro	3,3%	13	0,9%	7	
Situação profissional					-
Empregada	29,3%	110	32,3%	235	
Desempregada	26,9%	101	17,1%	124	
Em benefício	0	0	0,3%	2	
Aposentada	1,1%	4	0,7%	5	
Estudante	38,3%	144	47,0%	342	
Dona de casa	4,5%	17	2,3%	17	
Outros	0	0	0,3%	2	
Antecedente pessoal de violência sexual					0,0217
Não	76,0%	282	81,9%	588	
Sim	24,0%	89	18,1%	130	
Classificação da violência					0,5689
Aguda	94,2%	355	95,0%	699	
Crônica	5,8%	22	5,0%	37	

Local da abordagem					0,4375
Fora de um ambiente domiciliar	66,6%	251	64,2%	465	
Em ambiente domiciliar	33,4%	126	35,8%	259	
Relação com o agressor					0,9971
Desconhecido	59,1%	228	59,1%	436	
Conhecido	40,9%	158	40,9%	302	
Número de agressores					0.2081
Único	84,4%	324	87,1%	642	
Múltiplo	15,6%	60	12,9%	95	
Presença de intimidação					0.8100
Não	12,5%	40	11,9%	78	
Sim	87,5%	281	88,1%	576	
Relação por via vaginal					0.0073
Não	18,7%	56	12,0%	73	
Sim	81,3%	244	88,0%	533	
Relação por via anal					0.1458
Não	76,7%	230	72,1%	435	
Sim	23,3%	70	27,9%	168	
Relação por via oral					
Não	73,5%	219	72,5%	437	0.7464
Sim	26,5%	79	27,5%	166	
Outro tipo de relação					0.0541
Não	91,6%	273	94,9%	576	
Sim	8,4%	25	5,1%	31	
Apagamento					0.0134
Não	69,4%	263	76,3%	556	
Sim	30,6%	116	23,7%	173	
Envolvimento de redes sociais					0.0159
Não	98,4%	370	95,6%	698	
Sim	1,6%	6	4,4%	32	
Uso de álcool					0.0340
Não	75,9%	280	81,4%	589	
Sim	24,1%	89	18,6%	135	
Uso de SPA ilícitas					0.1151

Não	92,3%	336	94,7%	683	
Sim	7,7%	28	5,3%	38	
Classificação do atendimento de emergência					0.143
Imediato	80,7%	306	76,9%	563	
Tardio	19,3%	73	23,1%	169	
Tempo entre violência sexual e o atendimento de emergência					0.245
≤24 horas	68,3%	259	62,3%	456	
>24 ≤72 horas	12,4%	47	14,6%	107	
>72 horas ≤5 dias	4,0%	15	5,3%	39	
>5 dias	15,3%	58	17,8%	130	

*Teste de qui-quadrado

6.4- Comparação dos atendimentos de emergência e psiquiátrico do Serviço de Atendimento Especial ao longo de 12 anos

Após a avaliação das pacientes atendidas entre os anos de 2011 e 2018, foi realizada a avaliação dos dados em conjunto com o banco de dados proveniente de estudo anterior²⁹, o que possibilitou a avaliação de uma série histórica de 12 anos de atendimento do Programa de Atendimento Especial, abarcando os anos de 2006 a 2018. A amostra foi dividida em três grupos, proporcionando a comparação de três quadriênios.

Dentre as principais diferenças encontradas, destaca-se o aumento de escolaridade das mulheres atendidas pelo serviço, havendo um aumento progressivo de mulheres com escolaridade igual ou superior a 12 anos (12,6% X 17,3% X 24,5%; $p < 0,001$), bem como um aumento das taxas de estudantes (39,4% X 40,1% X 47,2%; $p < 0,001$).

Destaca-se também, o atendimento de mais mulheres que relataram já ter sofrido um episódio de VS anteriormente ao episódio que motivou a busca de atendimento atual (16,4% X 17,2% X 22,4%; $p = 0,023$). Destaca-se também, um aumento nas taxas de atendimento de mulheres que sofreram VS dentro de uma residência (27,4% X 32,4% X 37,4%; $p = 0,002$) e que sofreram violência perpetrada por um agressor conhecido (30,3% X 39,2% X 42,2%; $p < 0,001$).

Cabe ressaltar, uma preocupante diminuição nas taxas de mulheres que buscaram atendimento nas primeiras 24 horas, após a ocorrência da violência (72,9% X 67,8% X 61,3%; $p=0,0002$) e um aumento nas taxas de atendimento tardio (15,5% X 21,5% X 22,2%; $p=0,005$). Houve, finalmente, uma acentuada queda nas taxas de comparecimento ambulatorial no último quadriênio (2015-2018) (69,6% X 70,3% X 61,4%; $p=0,001$).

Dados detalhados no Gráfico 1 e Tabela 12 a seguir.

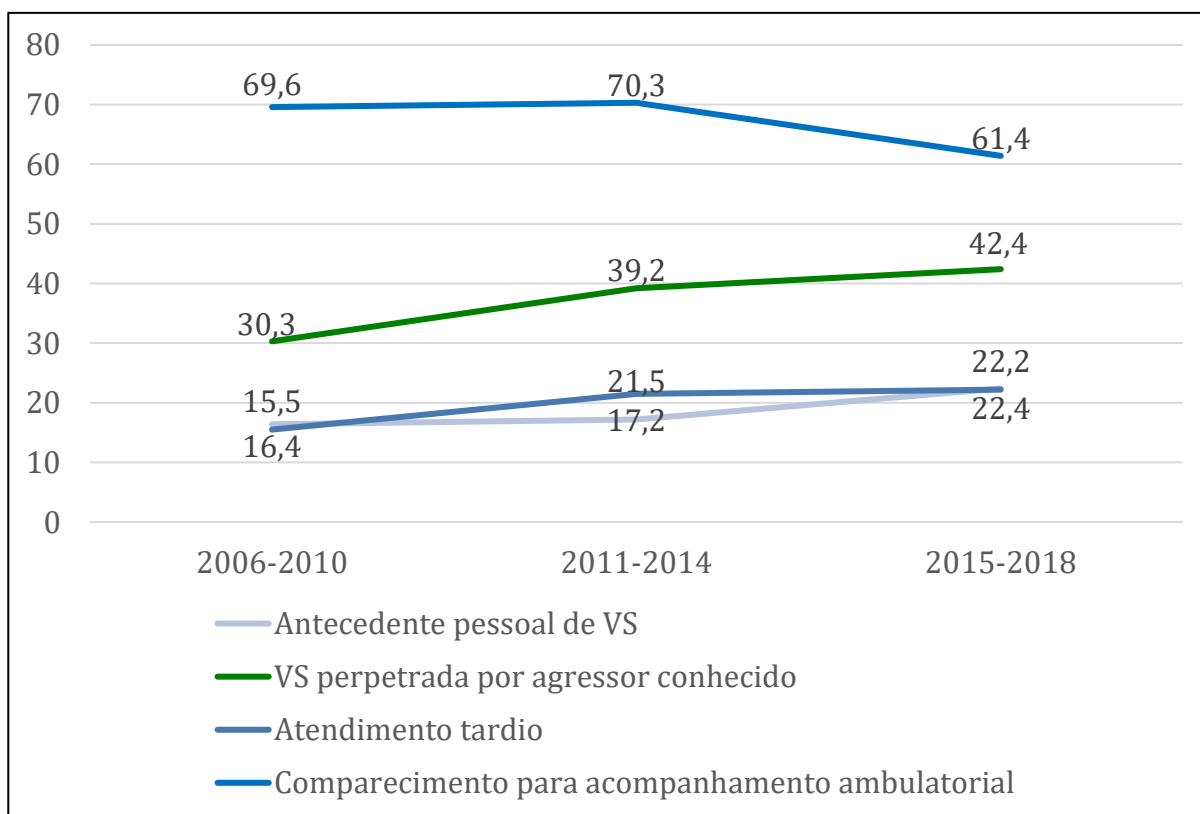


Gráfico 1: Comparação dos atendimentos de emergência e psiquiátrico entre 2006 e 2018.

Tabela 12 - Comparação das características sociodemográficas e da violência sofrida das pacientes atendidas no Programa de Atendimento Especial ao longo de 12 anos

Variável	Períodos avaliados						p-valor
	2006-2010 N=674		2011-2014 N=510		2015-2018 N=624		
	%	N	%	N	%	N	
Adolescente (n=1808)							0,201 ^b
Sim (idade<18 anos)	35,2%	237	40,2%	205	38,0%	237	
Não (idade=>18 anos)	64,8%	437	59,8%	305	62,0%	387	
Escolaridade (em anos) (n=1782)							<0,001 ^b
Inferior ou igual a 8 anos	44,5%	290	37,7%	192	32,0%	199	
Entre 9 e 11 anos	41,4%	270	43,6%	222	41,4%	257	
Igual ou superior a 12 anos	12,6%	82	17,3%	88	24,5%	152	
Não soube informar	1,5%	10	1,4%	7	2,1%	13	
Situação profissional (n=1758)							<0,001 ^a
Empregada	42,2%	275	34,3%	74	28,9%	176	
Desempregada	6,0%	39	20,4%	101	20,5%	125	
Em benefício	1,4%	9	0,4%	2	0	0	
Aposentada	0,2%	1	1,2%	6	0,5%	3	
Estudante	39,4%	257	40,1%	199	47,2%	288	
Dona de casa	8,1%	53	3,4%	17	2,8%	17	
Outros	2,8%	18	0,2%	1	0,2%	1	
Antecedente pessoal de VS (n=1526)							0,0234 ^b
Não	83,6%	363	82,8%	409	77,6%	464	
Sim	16,4%	71	17,2%	85	22,4%	134	

Local da abordagem (n=1612)							0,002 ^b
Fora de uma residência	72,6%	368	67,6%	340	62,6%	377	
Em uma residência	27,4%	139	32,4%	163	37,4%	225	
Tipo de agressor (n=1782)							<0,001 ^b
Desconhecido	69,7%	456	60,8%	310	57,6%	356	
Conhecido	30,3%	198	39,2%	200	42,4%	262	
Tempo entre VS e atendimento de emergência (n=1754)							0,0002 ^b
≤24 horas	72,9%	466	67,8%	341	61,3%	375	
>24 ≤72 horas	11,6%	74	10,7%	54	16,5%	101	
>72 horas ≤ 5 dias	4,5%	29	4,0%	20	5,6%	34	
> 5 dias	11,0%	70	17,5%	88	16,7%	102	
Classificação do atendimento (n=1754)							0,0049 ^c
Imediato	84,5%	540	78,5%	395	77,8%	476	
Tardio	15,5%	99	21,5%	108	22,2%	136	
Comparecimento para avaliação psiquiátrica (n=1805)							0,0013 ^b
Não	30,4%	205	29,7%	151	38,6%	240	
Sim	69,6%	469	70,3%	358	61,4%	382	

(a) Teste exato de Fisher (b) Teste de qui-quadrado (c) Teste de Kruskal-Wallis

7- DISCUSSÃO

A violência contra a mulher, em suas diversas formas, representa um grave e antigo problema social, largamente presente nas mais diversas culturas. Foi, no entanto, somente recentemente, em especial a partir da década de 1970, que a questão passou a ser mais amplamente discutida em nossa sociedade, havendo um papel fundamental do movimento feminista no reconhecimento e problematização de situações violentas, bem como na luta pela garantia de direitos e implementação de medidas de proteção³¹. Dentre as múltiplas formas de violência se insere a violência sexual, escopo desta pesquisa, que afeta milhões de mulheres do mundo e que segue sendo normalizada, a despeito dos inúmeros impactos à saúde física e mental das vítimas, além do potencial de danos sociais e transgeracionais envolvidos³².

Considerando, portanto, a relevância de informações que auxiliem a melhor compreender a população que busca atendimento após ter sofrido VS e contribuir com subsídios que ajudem a qualificar as políticas públicas de prevenção e cuidado às vítimas de VS é que foi realizada a presente pesquisa. Para isso, foram avaliados os dados de 1133 pacientes atendidas no Programa de Atendimento Especial do CAISM-UNICAMP entre os anos de 2011 e 2018, após terem sofrido violência sexual.

De forma similar ao encontrado em levantamento anterior no mesmo serviço²⁹, as mulheres que buscaram atendimento eram majoritariamente jovens (idade média de 23 e mediana de 20 anos), havendo 39% (n=442) de adolescentes, cerca de dois terços se identificou como branca, eram predominantemente solteiras (81,4%), sem filhos (73,7%), a maioria possuía entre 9 e 11 anos de escolaridade (42,4%) e aproximadamente três quartos possuía uma ocupação regular, isto é, identificou-se como empregada, dona de casa ou estudante. A maior parte das violências ocorreu fora de um ambiente doméstico (64,9%), teve característica aguda (94,6%), isto é, trata-se de um evento único, foi perpetrada por um agressor desconhecido (58,9%), por via vaginal (85,7%) e em 9 entre 10 casos houve uso de algum tipo de intimidação, destacando-se a presença de 17% de agressões com uso de arma de fogo e 14,1% com uso de arma branca,

Esses dados são similares aos encontrados em um levantamento com 444 pacientes atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, em

Ribeirão Preto, no qual a média etária foi de 24,1 anos, a maior parte das pacientes era branca, solteira, sofreu violências em espaços públicos e perpetrada por desconhecidos. No entanto, as taxas de agressão física relacionada à violência foram menores (38,2% na população estudada em Ribeirão Preto e 55,9% no presente estudo³³.

Em relação à faixa etária das vítimas de VS, estudos apontam maiores incidências de violência contra crianças e adolescentes e estima-se que cerca de 150 milhões de meninas com idade inferior a 18 anos sofram VS no mundo³⁴. Cabe destacar que o presente estudo foi realizado em centro de referência no atendimento de adolescentes e adultas, não, sendo, portanto, incluídas crianças impúberes. A despeito disso, a população até 17 anos representou 39% das vítimas e, por isso, este grupo etário será discutido de forma mais pormenorizada, realizando-se sempre um pareamento com os dados provenientes da análise da amostra geral.

A comparação entre adolescentes (n=442 ou 39% da amostra) e adultas (n=691 ou 61%) apresentou uma série de diferenças já esperadas, compatíveis com a faixa etária, como maiores taxas de mulheres solteiras, sem filhos, com menor escolaridade e estudantes entre as adolescentes, mas revelou algumas diferenças que serão abordadas a seguir.

Segundo dados do último censo brasileiro, promovido pelo Governo Federal e referente ao ano de 2022, 43,5% da população do país declarou ser branca³⁵. A distribuição de pessoas por cor ou raça é bastante irregular no território nacional, havendo maiores taxas nas regiões Sul e Sudeste, e a cidade de Campinas se encontra entre os dez município brasileiros com maior proporção de população branca (59,5%)³⁵. Na população estudada, encontramos taxas de mulheres brancas bastante superiores (66,5%) e discrepantes das taxas presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Governo Federal, que aponta uma variação de 34,3% a 37,7% de vítimas de estupro auto identificadas como brancas entres os anos de 2011 e 2014³⁶. Embora a cidade de Campinas apresenta uma população com maior concentração de indivíduos autodeclarados como brancos em relação à média nacional, tais números, possivelmente, revelam uma sub-representação de mulheres não brancas em nosso serviço, uma vez que se esperaria taxas que ao menos acompanhassem a distribuição demográfica nacional/regional ou

mesmo, apontassem uma maior representação de mulheres pretas e pardas, sabidamente mais atingidas pela interseccionalidade, ou sobreposição de vulnerabilidades sociais, de gênero e raça³⁷. Embora o registro dessa informação se dê durante o atendimento de emergência, momento no qual as pacientes se encontram muito vulneráveis e, possivelmente a informação seja inferida pelo atendente e nem sempre ativamente questionada à paciente, o que poderia acarretar um erro de classificação, gerando uma super-representação de mulheres brancas na amostra, este dado pode indicar um menor acesso ao serviço de mulheres pretas e pardas, devendo ser objeto de investigações futuras.

Destaca-se, também, que a VS foi a primeira experiência sexual para 66% (n=291) das adolescentes avaliadas. A primeira relação sexual é um marco importante do desenvolvimento sexual e, para a maior parte das mulheres, ocorre durante a adolescência ou início da idade adulta³⁸. Em nossa cultura, a iniciação sexual feminina geralmente se relaciona a um contexto de envolvimento amoroso³⁸ e as experiências de sexo forçado impõe um grande potencial de dano à sexualidade, que pode perdurar ao longo de toda a vida e resultar em maiores níveis de estresse, maior dificuldade em estabelecer relações de confiança, envolvimento em relacionamentos abusivos e comportamento sexual de risco^{39,40}.

Chama-nos a atenção, também, a agressividade relacionada às abordagens, que pode ser exemplificada não apenas pelas altas taxas de intimidação, uso de força física e arma de fogo, mas também pelo tipo de violência perpetrada. Embora a violência por via vaginal tenha sido a mais frequente, mais de um quarto das pacientes sofreu violência por via anal. Além disso, 13,9% das mulheres sofreram um estupro coletivo, isto é, foi violentada por mais de um agressor durante um mesmo episódio de violência. Esse número alarmante é compatível com a média brasileira e soma-se a estatísticas nacionais que apontam para um aumento nos casos de estupro coletivo de 13% para 15,8% entre os anos de 2011 e 2014³⁶. Para além da brutalidade dessa constatação, cabe enfatizar que abordagens por múltiplos agressores se correlacionam a maiores riscos de sintomas em saúde mental e maior chance de se contrair uma infecção sexualmente transmissível⁴¹.

A comparação entre pacientes adolescentes e adultas em relação às características da violência revelou que não houve diferença estatisticamente

significativa entre os grupos para a ocorrência de violência por via vaginal. As violências por via anal (30,9% X 18,9%. $p < 0,001$) e oral (32,3% X 18,9%; $p < 0,001$) foram mais comuns entre as adultas, enquanto as abordagens sem penetração, caracterizadas principalmente manipulação corporal, foram mais comuns entre as adolescentes avaliadas (10,8% X 3,4%; $p < 0,001$). Os resultados são similares aos encontrados em um levantamento realizado pelo Hospital Pérola Byington em São Paulo⁴², no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre adolescentes e adultas em relação a ocorrência de VS por via vaginal, sendo este o abuso mais comum (59,1% das adolescentes e 60,6% das pacientes adultas) e taxas cerca de cinco vezes maiores de VS sem penetração entre as adolescentes (3,5% das adolescentes e 0,7% das adultas), embora bastante inferiores em relação as taxas encontradas em nosso estudo.

Embora as violências sofridas pelas mulheres avaliadas em nosso estudo tenham sido majoritariamente perpetradas por um agressor desconhecido quando se avaliou a amostra total ($n=1133$), entre as adolescentes preponderam as violências perpetradas por agressores conhecidos (52,3% dos casos), algo comumente descrito na literatura para a faixa etária. Um estudo realizado na cidade de Milão (Itália) encontrou taxas ainda maiores de adolescentes violentadas por agressores conhecidos (76,4%) e superiores às encontradas entre adultos (68,9%)⁴³, mas esses dados devem ser comparados ao presente estudo com cautela, tendo em vista que a amostra geral do serviço era composta por pacientes que, em sua maioria, sofreram violência por conhecidos, o que difere do Ambulatório de Atendimento Especial. No já citado estudo do Hospital Pérola Byington, por sua vez, as violências foram majoritariamente perpetradas por agressores desconhecidos, mas as taxas de agressores conhecidos foram quase três vezes maiores no grupo de adolescentes em relação às adultas (27,6% X 11,9%)⁴². Adicionalmente, quando avaliamos apenas as VS nas quais o agressor era conhecido, embora os agressores extrafamiliares tenham sido mais comuns em ambos os grupos atendidos no CAISM-UNICAMP, a proporção de adolescentes abusadas por um membro do núcleo familiar foi maior em comparação com as adultas (42,6% X 29,7%), dado comparável ao encontrado no estudo na cidade de São Paulo (41,7% de familiares entre adolescentes X 13,2% entre adultas)⁴².

Este dado joga luz sobre um grave problema que é a violência intrafamiliar, que tem em si elementos agravadores à VS, entre eles a repercussão na família nuclear e ampliada, o impacto na relação de confiança com um membro familiar, a dependência econômica quando o agressor é provedor e a ambivalência emocional em relação ao abusador⁴⁴. Vítimas de VS intrafamiliar frequentemente possuem maior dificuldade para relatar sobre a violência a uma figura de cuidado e, quando o fazem, mais frequentemente recebem reações negativas ou apoio emocional inconsistente, o que se relaciona a repercussões psíquicas e atraso na busca por cuidado médico e legal^{44,45}. Estas são situações que requerem abordagens mais específicas, focadas na compreensão das dinâmicas familiares e articuladas em conjunto com ações do Serviço Social.

Como era de se esperar, tendo em vista as maiores taxas de agressores conhecidos, foram encontradas também maiores taxas de violência perpetrada em uma residência entre as adolescentes em comparação com adultas (42,7% X 30,2%), além de mais violências ocorridas entre às 7h e 18h (39,7% X 25,9%). Essas são características que muito comumente caminham em conjunto, compondo o cenário propício para a ocorrência da violência, isto é, em ambientes teoricamente seguros, onde transitam figuras de confiança e durante o período diurno, quando muitos familiares se direcionam a outras atividades, a vítima pode ficar mais exposta à ocorrência de VS pela ausência de vigilância e impossibilidade de pedir ajuda, destacando-se o maior risco associado aos casos nos quais as casas são habitadas por mais indivíduos, há convivência direta com membros da família não nuclear e pior qualidade na relação com os cuidadores⁴⁶. Isso aponta para a importância do ambiente escolar como espaço de informação, orientação e escuta para as adolescentes, promovendo um ambiente seguro que permita a observação das dinâmicas familiares e facilite o relato de situações de violência⁴⁷.

Cabe destacar que, apesar de se tratar de uma amostra extremamente jovem, como já relatado anteriormente, 1 em cada 5 mulheres já havia sofrido violência sexual em sua vida. Segundo dados do *The national intimate partner and sexual violence survey*, desenvolvido pelo *National Center for Injury Prevention and Control* (NCIPC) dos Estados Unidos (EUA), 80% das vítimas de estupro relataram que a primeira violência ocorreu antes dos 25 anos, 49% relataram ter sofrido VS antes dos

18 anos e 14% antes dos 10 anos de idade⁴⁸, o que mais uma vez reitera a vulnerabilidade de crianças e adolescentes.

A infância e adolescência são períodos cruciais do desenvolvimento e a exposição a maus-tratos, incluindo VS, especialmente durante os primeiros anos de vida, se correlaciona a prejuízos nos desenvolvimentos físico, psicológico, cognitivo e sexual^{49,50}. Nesse sentido, o conceito de estresse tóxico se relaciona às mudanças de arquitetura cerebral e demais sistemas decorrentes do estado sustentado de ativação a respostas dos sistemas de estresse, gerada por exposições intensas, prolongadas e frequentes a situações adversas^{50,51}. Desta forma, o histórico de violência é de grande relevância clínica, se constitui como um importante fator de risco para revitimização sexual⁵² e para o desenvolvimento de transtornos físicos e mentais durante toda a vida, destacando-se o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)⁵³. Na amostra estudada, 5,4% (n=60) das VS teve caráter crônico, sendo que a ocorrência entre adolescentes foi quase quatro vezes maior em comparação com as mulheres adultas (9,8% X 2,5%; $p<0,001$).

A maior parte das pacientes, 64,1% (n=719), buscou atendimento nas primeiras 24 horas após a violência e 78% (n=874) foi atendida nas primeiras 72 horas após a VS, permitindo a realização de profilaxias, quando indicadas. No entanto, esses dados revelam também que 1 em cada 5 mulheres foi atendida 3 ou mais dias após a violência e 17,5% (n=193) buscou atendimento 5 ou mais dias após ser violentada. Trata-se de um dado bastante relevante, pois o tempo de chegada ao serviço de atendimento se correlaciona à possibilidade de realização de profilaxias para gestação e infecções sexualmente transmissíveis. A informação sobre a agilidade em se chegar a um serviço e, portanto, ter a possibilidade de administração de medidas profiláticas é fundamental para a definição de condutas clínicas e para o planejamento de estratégias que garantam acesso de forma mais rápida. Nesse sentido, um levantamento realizado no estado de Santa Catarina e que avaliou dados de 1230 registros de violência constatou que a taxa de gestação decorrente de estupro foi de 14,2% entre as mulheres que não receberam atendimento nas primeiras 72 horas e não receberam anticoncepção de emergência, enquanto mulheres que receberam atendimento nas primeiras 72 horas e receberam

anticoncepção de emergência apresentaram taxas de ocorrência de 1,6%, isto é, quase nove vezes inferior⁵⁴.

Devemos nos atentar também que, embora a maior parte das pacientes tenha recebido atendimento imediato, as taxas de atendimento tardio são significativamente superiores entre as adolescentes (28,1% X 18,2%) e 21,9% das mulheres com idade inferior a 18 anos recebeu o primeiro atendimento cinco ou mais dias, após ter sofrido a VS, dados bastante alarmantes, embora inferiores aos encontrados por um serviço de referência italiano no qual 40,3% das adolescentes buscou atendimento após mais de sete dias da VS⁴³. Estudos apontam que a busca mais tardia entre adolescentes se relaciona a diversos fatores, entre eles, a menor percepção de VS e ao temor de revelar abusos que ocorrerem intrafamiliarmente^{44,55}.

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo brasileiro a registrar a relação entre o uso de mídias sociais e a ocorrência de VS. O termo violência sexual facilitada pelo uso de tecnologias é um termo guarda-chuva que abarca uma série de violências em meio digital ou iniciadas em ambiente virtual, como solicitações sexuais em ambiente digital, compartilhamento de conteúdo íntimo não autorizado, *stalking*, dentre outros⁵⁶. Em nosso estudo, 3,4% das pacientes (n=38) relatou ter iniciado contato com o agressor por meio de mídias sociais ou aplicativos e posteriormente ter sofrido um estupro. A comparação entre os grupos etários revelou uma desproporção entre adolescentes e adultas, com taxas quase três vezes maiores entre as adolescentes (5,8% x 1,9%; $p < 0,001$). Embora seja esperado que pacientes mais jovens possuam maior familiaridade com o uso de tecnologias, a maior parte das mídias sociais e, especialmente, aplicativos de relacionamento, estabelece a idade mínima de 18 anos para seus usuários. Os dados encontrados, no entanto, revelam não apenas o uso de aplicativos por adolescentes, mas apontam para a maior vulnerabilidade relacionada a tal uso. É necessário, desta forma, que se discuta mais amplamente o uso de tecnologias por crianças e adolescentes, bem como que se desenvolvam melhores estratégias para a promoção de segurança em ambiente virtual, incluindo orientação parental, aplicativos para controle do conteúdo acessado e cumprimento por parte das empresas gerenciadoras das regras estabelecidas. Apesar do crescente volume de estudos, a literatura ainda falha em distinguir as diversas formas de assédio, o que dificulta a comparabilidade dos dados

encontrados⁵⁶. Uma recente revisão sobre o tema, relata resultados de estudo holandês no qual 6,7% das mulheres adultas referiram ter recebido algum tipo de solicitação sexual em ambiente digital nos últimos seis meses, número três vezes inferior ao encontrado entre adolescentes do sexo feminino (19,1%)⁵⁶.

Em nosso estudo, 20,5% (n=224) das pacientes avaliadas relatou estar sob efeito de bebidas alcoólicas no contexto da violência e 6,1% (n=66) relatou ter feito uso de alguma SPA ilícita. O termo violência sexual facilitada pelo uso de drogas (VSFD) se refere a toda atividade sexual não consentida na qual, de forma voluntária ou involuntária, a vítima fez uso de SPA que causa incapacidade ou desinibição⁵⁷. Nos casos de VSFD oportunistas, os agressores se aproveitam da vulnerabilidade gerada pelo consumo voluntário de SPA, enquanto nos casos proativos ocorre a administração forçada ou mascarada de SPA que geram alterações de nível de consciência⁵⁷. O tipo mais comum de VSFD é o oportunista e frequentemente agressores se aproveitam da intoxicação gerada pelo consumo voluntário de álcool⁵⁷. Segundo dados do *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*, referente aos anos de 2016 e 2017, 12,2% das mulheres entrevistadas nos EUA relatam terem sofrido VSFD ao longo da vida e 1,1% relatam a ter sofrido no último ano⁴⁸.

Ainda em relação aos dados encontrados, chamou a atenção a ausência de diferença estatisticamente significativa entre adolescentes e adultas quanto ao uso de álcool, 17,9% e 22,1%, e SPA ilícitas, 6,3% e 5,9% respectivamente. Um estudo realizado do Centro *Soccorso Violenza Sessuale*, em Turin (Itália), entre 2003 e 2022, que avaliou 228 vítimas de VSFD com idade entre 13 e 24 anos encontrou que 22% das pacientes tinham idade entre 13 e 16 anos e 34% entre 17 e 19 anos, destacando-se que em 84% dos casos houve ingesta voluntária de álcool e 37% uso voluntário de alguma SPA ilícita. Adicionalmente, as maiores taxas de consumo de álcool e outras SPA foram observadas entre adolescentes com idade entre 13 e 16 anos⁵⁸. A adolescência é um estágio do desenvolvimento humano que agrega particular vulnerabilidade para o uso de SPA e, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE), 23,8% dos alunos de nono ano avaliados relatou já ter feito uso de álcool e pertencer ao sexo feminino foi apontado como um fator de risco para o uso⁵⁹. Adicionalmente, estudos internacionais e nacionais têm apontado o aumento do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas por meninas^{60,61,62}, que, em

comparação com meninos, apresentam vulnerabilidades específicas, entre elas diferenças metabólicas que aumentam as chances de intoxicação, evolução acelerada para dependência (efeito telescópio) e maiores consequências sociais relacionadas ao uso de SPA ⁶².

A relação entre VS e o uso de SPA é complexa, multifatorial e permeada por diversos estigmas. Pode-se entender que existe uma relação, minimamente, bidirecional em relação ao uso de SPA e a vitimização sexual, pois o antecedente de violência sexual, perpetrada por parceiros ou desconhecidos, se correlaciona ao maior risco de uso de álcool e outras SPA, bem como o uso de SPA se constitui como um importante vulnerabilizador, o que pode ser exemplificado pelas maiores taxas de VS entre mulheres dependentes de SPA em comparação com mulheres sem histórico de uso de SPA^{63,64,65}. Uma revisão sistemática recente revelou dados ainda inconsistentes em relação a abordagem de transtornos por uso de SPA em serviços de cuidado para vítimas de violência sexual. Segundo o estudo, as avaliações são feitas, em sua maioria, de forma pouco estruturada e sem a aplicação de instrumentos que permitam a mensuração dos achados, tornando-se muito dependentes da experiência da equipe em questão e da presença de especialistas em saúde mental⁶⁶. As abordagens para tratamento são também bastante variáveis e geralmente baseadas apenas em psicoeducação⁶⁶. Embora a maior parte dos indivíduos que faz uso de álcool e outras SPA não apresente dependência, a entrada em um serviço de saúde sempre representa uma janela de oportunidade para abordar questões de estilo de vida e eventuais padrões nocivos. É fundamental, desta forma, que serviços de atendimento para vítimas de violência estejam preparados para abordar de forma informativa, acolhedora e ampla questões relacionadas ao uso de SPA, propiciando psicoeducação, manejo inicial e encaminhamento a serviços especializados, quando necessário. Por outro lado, é também fundamental que serviços voltados a mulheres com Transtornos por Uso de Substâncias, estejam atentos ao risco de VS nessa população e estruturados para promover prevenção, orientação e cuidado, quando necessário.

Dentre as mulheres que retornaram para avaliação ambulatorial (65,5% das atendidas no serviço de emergência) e passaram, desta forma, por avaliação psiquiátrica, 9 em cada 10 referiu algum sintoma relacionado à violência, seja de

caráter físico, emocional ou social. Em relação aos aspectos físicos, quase 40% das pacientes relatou alteração do apetite. Destaca-se que este dado deve ser interpretado com cautela, pois, mulheres atendidas em tempo de realização de profilaxias, recebem a prescrição de terapia antirretroviral (TARV) por 28 dias. Náuseas e vômitos são sintomas frequentemente relatados durante o uso de antirretrovirais e associam-se fortemente com a diminuição de apetite. Desta forma, as queixas encontradas podem se relacionar, ao menos parcialmente, ao uso de medicações.

Estima-se que entre um quarto e um terço dos adultos no mundo apresentem alterações de sono, englobando aqui queixas não diagnósticas e distúrbios do sono com prejuízo clinicamente significativo, sendo o antecedente de violência um importante fator de risco⁶⁷. Estudos relatam que indivíduos que sofreram violência no último ano apresentaram de 7 a 8 vezes mais alterações de sono em comparação com indivíduos não expostos e que os sintomas tendem a ser mais exuberantes nas fases precoces após o evento traumático⁶⁷. Em nosso estudo, 57% das pacientes relataram algum sintoma relacionado ao sono, após ter sofrido VS, especialmente insônia inicial ou de manutenção.

Quatro em cada dez pacientes referiu sentir vergonha e/ou culpa, em decorrência da violência na amostra estudada. Embora frequentemente sejam abordadas em conjunto, culpa e vergonha, segundo alguns autores, devem ser entendidas como construtos separados, tendo em vista que a culpa se refere à desvalorização de um comportamento, enquanto a vergonha se relaciona à desvalorização do próprio indivíduo⁶⁸. Ambos os sentimentos são frequentemente encontrados em vítimas de VS, relacionam-se a maior sofrimento em saúde mental e podem se relacionar a maior dificuldade em reportar a VS⁴⁷. Os estudos divergem, no entanto, sobre o papel mediador de culpa e vergonha no desenvolvimento de sintomas depressivos e de estresse pós-traumático^{69,70}.

Sintomas psiquiátricos foram apresentados por 76,9% (n=553) das mulheres. Cerca de 50% das pacientes referiram algum tipo de sintoma ansioso e pouco mais da metade apresentou sintomas depressivos. Além disso, 1 em cada 5 mulheres apresentou ideação suicida, 4,2% (n=30) planejamento suicida e 11 mulheres (1,5%) realizaram uma tentativa de suicídio. Cabe ressaltar, que, embora as pacientes

adolescentes tenham se mostrado menos sintomáticas que as adultas para todos os agrupamentos de sintomas avaliados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a ocorrência de comportamentos suicidas (ideação, planejamento e tentativa de suicídio) entre os grupos.

Ideação suicida é um evento comum entre pacientes que sofreram VS, especialmente na fase aguda do evento traumático. Nesse sentido, um estudo norte americano encontrou uma taxa de 38,5% de ideação suicida entre pacientes que buscaram atendimento após VS e a ausência de uma residência, antecedente pessoal de internação psiquiátrica e gravidade de sintomas de TEPT se mostraram como fatores de risco associados à ideação suicida⁷¹. Destaca-se, ainda, que abuso sexual durante a infância é um importante fator de risco para tentativas de suicídio ao longo da vida⁷².

Destaca-se que um terço das pacientes referiu ter algum antecedente de transtorno mental, embora menos de 20% informasse já ter realizado acompanhamento psiquiátrico. A taxa de antecedente de transtorno mental entre as adultas foi de 42,8% (n=173), bastante superior à prevalência global de transtornos mentais comuns entre mulheres que se encontra em torno de 32,1% ao longo da vida⁷³, e de 21,7% (n=68) entre as adolescentes, taxa 1,5 vezes maior que a prevalência global de transtornos mentais entre crianças e adolescentes, estimada em 13,4%⁷⁴, dados que corroboram a maior vulnerabilidade de indivíduos com transtornos mentais à ocorrência de VS.

Nesse sentido, estudos apontam que os diferentes diagnósticos em saúde mental se associam de diferentes formas à vitimização sexual. Em relação aos transtornos do neurodesenvolvimento, resultados do *Child and Adolescents Twin Study in Sweden*, no qual foram avaliadas 256 meninas, mostraram que o diagnóstico de autismo entre 9 e 12 anos se associou com um risco quase 3 vezes maior de VS autorrelatada até os 18 anos e o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) se associou a um risco duas vezes maior de vitimização⁷⁵. Adicionalmente, estudo de coorte conduzido no Canadá, que acompanhou meninas com transtorno de linguagem ou comunicação, encontrou uma taxa 42,8% de violência sexual na infância e maior severidade de agressões entre meninas com transtornos de linguagem comparado a 15,6% entre controles sem alterações de

linguagem⁷⁶. Finalmente, metanálise recente apontou que 32,9% dos adultos com deficiência intelectual sofreram violência sexual durante a vida adulta⁷⁷. Já em relação a pacientes com transtorno mental grave (TMG), num levantamento britânico, 61% de mulheres com diagnóstico de TMG relatou ter sofrido VS na vida adulta em comparação com 21% das mulheres do grupo controle. Quando questionadas sobre a ocorrência de VS no último ano, novamente grandes discrepâncias se evidenciaram e, enquanto 10% das mulheres com TMG relatou VS nos últimos 12 meses, a taxa entre mulheres do grupo controle foi de 2%⁷⁸. Dados de levantamento norte americano com informações sobre 1136 pacientes com TMG encontrou que 45% da amostra identificava ter sofrido, ao menos, um episódio de VS ao longo da vida e 36,2% relataram que o abuso havia sido perpetrado por um membro da família, 33% relataram a ocorrência de VS crônica e 45,8% relatou a ocorrência de um segundo abuso perpetrado por outro agressor⁷⁹. Por fim, mulheres com TMG manifestam mais alterações psicossociais e mais frequentemente realizaram uma tentativa de suicídio⁷⁸. Os dados apresentados demonstram a vulnerabilidade para a ocorrência de VS associada a diferentes transtornos mentais em diversas fases do desenvolvimento da mulher. É fundamental, desta forma, que os distintos profissionais e serviços que compõem a rede de cuidado em saúde mental incorporem em sua rotina medidas de atenção à saúde sexual de seus usuários, incluindo o questionamento ativo sobre antecedente pessoal de VS, educação sexual para aumentar a percepção de risco a situações de abuso, investigação de infecções sexualmente transmissíveis e encaminhamento para serviços especializados em saúde sexual e reprodutiva.

Ao final da avaliação psiquiátrica, as pacientes foram categorizadas em relação a cinco apresentações principais, além do diagnóstico de comorbidades, quando presentes, sendo elas: ausência de sintomas relacionados à VS, presença de sintomas leves, transtorno de adaptação, transtorno de estresse agudo ou transtorno de estresse pós-traumático e transtorno depressivo maior. O Transtorno de Adaptação é um diagnóstico, reconhecido pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) e 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 11), caracterizado essencialmente por uma resposta exacerbada e mal adaptativa a um estressor conhecido⁸⁰. Segundo o DSM-5, os sintomas devem ter início em até três meses do evento estressor e podem durar até

seis meses, devendo existir sofrimento intenso e prejuízo marcado da funcionalidade⁸¹.

O Transtorno Depressivo Maior, por sua vez, é uma entidade nosológica reconhecida pelos principais manuais diagnósticos e se caracteriza pela presença de humor deprimido, anedonia, pensamentos de culpa ou desesperança, pensamentos de morte, fadiga, alterações de sono e apetite, que devem estar presentes por um período mínimo de duas semanas⁸¹. Trata-se de um transtorno mental comum, mas cuja incidência é elevada entre pessoas submetidas a eventos traumáticos, além de se relacionar com aumento da mortalidade por comorbidades clínicas e suicídio⁸².

Finalmente, o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) se caracteriza pelo desenvolvimento, após a exposição a um evento traumático ou situação ameaçadora à vida, de sintomas relacionados à contínua sensação de ameaça, humor negativo, re-experimentação do evento traumático e evitação de elementos relacionados ao trauma, gerando sofrimento e prejuízo funcional por um período de mais de 30 dias⁸¹. O diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo partilha de muitos dos sintomas presentes no TEPT, em especial alterações cognitivas, presença de reviviscências e alterações de humor, mas, por definição, o diagnóstico é feito para pacientes que preencham critérios por um período de três a 30 dias⁸¹.

É esperado que, nos primeiros dias após a ocorrência de um evento traumático, exista uma resposta mediada por aumento agudo dos níveis de estresse⁸³. A falha no retorno aos níveis basais de estresse, acompanhada pela exacerbação progressiva dos sintomas, se relaciona à evolução para o quadro de transtorno de estresse pós-traumático⁸³. Os sintomas de TEPT geralmente diminuem naturalmente ao longo do tempo e, cerca de 3 meses após o trauma, tendem a estabilizar⁸⁴. Um estudo holandês que acompanhou 51 vítimas de VS com idade entre 8 e 17 anos reportou que, 2 semanas após o estupro, 82,4% das pacientes apresentavam sintomas graves de TEPT, taxa que diminuiu para 70,6% 4 semanas após a VS, sendo que a maior parte das pacientes apresentou queda nos escores da *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13). Adicionalmente, sintomas mais severos nas primeiras duas semanas se associaram à evolução para TEPT em 4 semanas⁸⁴. De forma similar, a metanálise de 22 estudos revelou que 74,6% dos pacientes apresentam critérios diagnósticos para TEPT no primeiro mês e 41,5% 12

meses após a VS⁸⁵. Estudos apontam que cerca de um terço das vítimas de VS será diagnosticada com TEPT ao longo da vida⁵³.

Em nosso estudo, 19% (n=129) das pacientes não apresentou sintomas relacionados à VS, 32,5% (n=216) apresentou sintomas leves, 16,1% (n=107) recebeu o diagnóstico de transtorno de ajustamento, 23,3% (n=148) transtorno de estresse agudo ou TEPT e 10,1% de transtorno depressivo maior, taxa muito inferior aos demais estudos. Quando categorizadas quanto a gravidade dos sintomas, 48,5% das pacientes apresentaram sintomas graves relacionados à VS. A comparação entre adolescentes e adultas mostrou maiores taxas de sintomas graves entre as mulheres adultas (54,4% X 40,8%), bem como maiores taxas de TEPT (26,9% X 16,3%) na população com mais de 18 anos.

TEPT e transtorno depressivo são dois dos transtornos mentais mais comumente encontrados entre mulheres vítimas de VS, seja ela perpetrada por agressores conhecidos ou desconhecidos⁸³. Estudo que buscou investigar as repercussões psíquicas imediatas de VS revelou que, nos primeiros 60 dias após o abuso, 69,7% dos avaliados relatou sintomas depressivos em níveis clinicamente significativos (mensurados pela escala *Patient Health Questionnaire* - PHQ-9) e 55,1% dos indivíduos apresentava sintomas depressivos e sintomas de estresse agudo/TEPT (mensurados pela escala *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* - PCL-5)⁸⁶.

Em uma amostra sueca, seis meses após o estupro, 38,6% das pacientes fechavam critérios para TEPT e 47,5% apresentavam transtorno depressivo moderado ou grave. A comparação entre grupos (com ou sem evolução para TEPT) revelou, ainda, que as mulheres com diagnóstico de TEPT aos 6 meses, já na primeira avaliação (alguns dias após a VS) apresentavam sintomas depressivos mais graves e eram mais sintomáticas para todos os clusters de sintomas de TEPT questionados em comparação com as que não desenvolveram TEPT. Em relação às características sociodemográficas, mulheres desempregadas ou em afastamento laboral por doença mais frequentemente desenvolveram TEPT. Dentre as pacientes que desenvolveram TEPT, foram relatadas abordagens mais violentas, com mais ameaças, agressividade física, múltiplos atos sexuais e agressores múltiplos⁵³.

Estudos mostram que a ocorrência de transtorno de estresse agudo se associa à ocorrência de TEPT, embora este pareça um marcador de baixa especificidade a médio prazo (seis meses), isto é, uma grande parcela das pacientes que apresentam transtorno de estresse agudo não evolui para TEPT, apesar de pacientes com TEPT terem frequentemente fechado critérios para transtorno de estresse agudo⁵³.

A alta incidência de sintomas físicos e mentais que seguem um episódio de VS apontam para a necessidade de serviços de referência, que possam ser acessados de forma ágil e garantam atendimento especializado ⁸⁷. Nesse sentido, preconizam-se equipes multidisciplinares preparadas e com experiência no cuidado de vítimas de estupro, visando o atendimento amplo, apoiado em protocolos bem estabelecidos e que compreendam a evolução natural de eventos traumáticos, possibilitando uma vigilância para sinais de alarme em saúde mental e intervenções proporcionais à gravidade clínica apresentada^{87,88,89}.

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, um estudo conduzido na África do Sul apontou que ser solteira se associou a taxas mais elevadas de sintomas depressivos e TEPT, enquanto estar desempregada e o uso de armas durante o abuso se associou com maiores índices de sintomas depressivos⁹⁰.

Violência sexual durante a adolescência se associa a prejuízos na funcionalidade, piora do desempenho escolar, comportamento sexual de risco, uso de SPA e gestação precoce⁹¹. Um estudo longitudinal, que acompanhou 94 sobreviventes de VS com idade entre 13 e 17 anos na cidade de Londres (Inglaterra), identificou que na primeira avaliação, realizada até 6 semanas após a VS, 55% das pacientes apresentavam alguma queixa somática, havendo um aumento para 69% ao longo do seguimento de 5 meses, sendo que 24% das pacientes desenvolveram sintomas somáticos novos, após o abuso⁹². Além disso, durante o seguimento, as pacientes com queixas somáticas evoluíram com maiores taxas de diagnóstico de transtornos mentais, incluindo transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno depressivo maior, bem como maior prejuízo funcional ⁹². Estudo de coorte, desenvolvido na região metropolitana de Londres, encontrou que, ao longo do segmento de 4-5 meses, as adolescentes evoluíram com altos índices de sintomas ansiosos, depressivos e de estresse pós-traumático, sendo que 65% foram

diagnosticadas com transtornos ansiosos, 48% com TEPT e 40% com depressão. Deve-se levar em consideração, no entanto, que a amostra avaliada era composta por pacientes com maiores vulnerabilidades socioeconômicas e em saúde mental, sendo que 52% já havia tido contato prévio com o serviço de assistência social e mais da metade havia acessado serviços de saúde mental no ano anterior à VS¹⁴.

Em nossa amostra, 69,2% das pacientes referiram ter reportado a VS a uma autoridade policial e essa taxa foi significativamente superior entre as pacientes adolescentes avaliadas (73,5% X 66,4%). Embora mais de um terço das vítimas avaliadas tenha optado por não prestar queixas formais, a taxa se contrasta com estatísticas holandesas que apontam que apenas 11% das mulheres vítimas de estupro no país prestam queixa à polícia, o que torna a VS o crime menos reportado entre todos. Um estudo realizado em um centro de referência, encontrou que os dois principais fatores associados a não relatar a VS foram idade igual ou superior a 26 anos, havendo possivelmente um aspecto legal relacionado às maiores taxas de queixas entre adolescente e papel ativo dos pais, e ambivalência emocional, especialmente entre as pacientes que se culpavam ou temiam ser culpadas pela VS⁹³.

Ao compararmos as características das mulheres que compareceram ou não para atendimento ambulatorial, evidenciou-se que, entre as mulheres que não iniciaram o seguimento ambulatorial, encontramos maiores taxas de mulheres adultas (69,8% X 56,3%), com escolaridade maior ou igual a 12 anos (24,7% X 19,1%), sem antecedente de VS (24% X 18,1%), que não sofreram VS por via vaginal (18,7% X 12,0%), que sofreram apagamento (30,6% X 23,7%) e que negaram relação entre VS e mídias sociais (98,4% X 95,6%). Essas variáveis devem ser interpretadas com cautela, pois algumas diferenças, especialmente maior escolaridade e menor relação entre mídias sociais e ocorrência de VS, podem decorrer da diferença de faixa etária, uma vez que, como estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescentes, é realizada busca ativa das pacientes adolescentes pela equipe de assistência ambulatorial ou pelo Conselho Tutelar da região referência, de modo a garantir o comparecimento. Formulamos a hipótese de que o menor comparecimento de mulheres que sofreram apagamento, isto é, não se lembram total ou parcialmente da VS, possa decorrer da incerteza sobre a ocorrência ou ausência de vivência relacionada à violência. No entanto, os dados não são suficientes para conclusões e

é fundamental que estudos futuros se dediquem a compreender de forma mais pormenorizada os fatores relacionados à adesão ambulatorial no Ambulatório de Atendimento Especial.

A avaliação da série história dos atendimentos realizados entre os anos de 2006 e 2018 revelou que, apesar de não haver diferença significativa na distribuição da faixa etária entre os quadriênios, houve aumento progressivo de mulheres com escolaridade igual ou superior a 12 anos (12,6% X 17,3% X 24,5%; $p < 0,001$), bem como um aumento das taxas de estudantes (39,4% X 40,1% X 47,2%; $p < 0,001$).

Destaca-se, também, o aumento nas taxas de mulheres com antecedente pessoal de VS (16,4% X 17,2% X 22,4%; $p = 0,023$), aumento nas taxas de atendimento de mulheres que sofreram VS dentro de uma residência (27,4% X 32,4% X 37,4%; $p = 0,002$) e que sofreram violência perpetrada por um agressor conhecido (30,3% X 39,2% X 42,2%; $p < 0,0001$). A combinação desses dados levanta a hipótese de uma progressiva mudança do perfil das pacientes atendidas e levanta o questionamento sobre um possível aumento das taxas de violência crônica. Essa variável não foi avaliada, no entanto, pois tal informação não foi colhida para as pacientes atendidas entre os anos de 2006 e 2010. A continuidade da série histórica a partir dos dados de atendimentos realizados depois de 2018, particularmente mudanças ocorridas no período da pandemia de Covid-19, será fundamental para elucidar a hipótese levantada, bem como guiar as intervenções clínicas no Ambulatório de Atendimento Especial e em outros serviços similares.

Devemos também nos atentar para uma alarmante diminuição nas taxas de mulheres que buscaram atendimento nas primeiras 24 horas, após a ocorrência da violência (72,9% X 67,8% X 61,3%; $p = 0,0002$), o aumento nas taxas de atendimento tardio (15,5% X 21,5% X 22,2%; $p = 0,005$) e uma abrupta queda nas taxas de comparecimento ambulatorial, especialmente nos últimos 4 anos avaliados (2015-2018) (69,6% X 70,3% X 61,4%; $p = 0,001$). A combinação desses dados aponta para maiores dificuldades de acesso rápido ao serviço de emergência, bem como ao seguimento ambulatorial, o que compromete a oferta de medidas profiláticas, o seguimento sorológico e o suporte em saúde mental para as vítimas de VS. O não comparecimento ao atendimento ambulatorial, em especial, impede a oferta de atendimento psicológico e psiquiátrico, o que pode dificultar a recuperação emocional

das pacientes. Esses dados requerem aprofundamento a respeito dos possíveis fatores que contribuem para a redução da chegada em tempo de medidas profiláticas e as razões que levam à menor adesão ao seguimento ambulatorial.

Atualmente, o papel dos serviços de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, se concentra em prover cuidado às vítimas e ainda são escassas evidências relacionadas a medidas de prevenção primária⁹⁴, embora existam alguns modelos de sucesso principalmente baseados em programas de educação e empoderamento feminino centradas no indivíduo e em sua comunidade⁹⁵. O sistema de saúde tem, desta forma, um papel fundamental não apenas na oferta de cuidado direto, necessário para mitigar sofrimento e consequências relacionadas à VS, mas também um grande potencial na produção de dados que possam orientar políticas públicas, alocação de recursos e mudanças na legislação⁹⁵. Esperamos, desta forma, que os dados aqui apresentados se juntem ao conjunto de pesquisas nacionais e internacionais e contribuam com uma melhor compreensão sobre as características da violência, atendimento ofertado e sintomas de saúde mental de sobreviventes de violência sexual, culminando na melhor oferta de cuidado e garantia de direitos a mulheres vítimas de violência.

A despeito dos achados apresentados, cabe destacar limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o desenho retrospectivo pode conter ausência de informações e qualidade irregular dos registros de prontuários, incorrendo em algum grau de interpretação da informação colhida, o que pode macular a qualidade dos dados. O desenho transversal, por sua vez, não permite o estabelecimento de causalidade entre as associações encontradas, permitindo apenas o apontamento de correlações a serem analisadas em futuros estudos. O grande número de variáveis analisadas aumenta as chances do estabelecimento de associações estatisticamente significativas ao acaso e será fundamental a realização de análises posteriores, multivariadas e com ajustes para controle de possíveis confundidores. Por fim, embora o estudo tenha avaliado um robusto número de participantes e coberto um longo período de tempo, as informações se relacionam aos atendimentos realizados em um único serviço, não sendo possível, desta forma, a simples extrapolação para outras regiões do Brasil ou do mundo.

8- CONCLUSÕES

Após a avaliação dos atendimentos realizados no Programa de Atendimento Especial (CAISM-UNICAMP) ao longo de 8 anos, abarcando os dados de 1133 pacientes, pode-se concluir que a população atendida é composta majoritariamente por jovens, destacando-se uma grande proporção de adolescentes, em sua maioria brancas, predominantemente solteiras, sem filhos, a maioria possuía entre 9 e 11 anos de escolaridade e com ocupação regular.

A maior parte das violências ocorreu fora de um ambiente residencial, teve característica aguda, foi perpetrada por um agressor desconhecido, por via vaginal e com uso de intimidação.

A maior parte das pacientes buscou atendimento nas primeiras 72 horas, após ter sofrido a violência, mas cerca de 20% buscaram atendimento de forma tardia, isto é, mais de 3 dias após a violência, impossibilitando a realização de medidas profiláticas.

Aproximadamente um terço das pacientes atendidas no serviço de emergência não retornou para acompanhamento ambulatorial. Dentre as pacientes que realizaram avaliação psiquiátrica, 9 em cada 10 relatou algum sintoma relacionado à violência. Dentre os principais sintomas, metade das pacientes referiu sintomas ansiosos e mais da metade, sintomas depressivos. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, 22,3% foram diagnosticadas com transtorno de estresse agudo ou transtorno de estresse pós-traumático, 16,1% com transtorno de ajustamento e 10,1% com episódio depressivo.

A comparação entre grupos etários evidenciou maiores taxas de violências de caráter crônico, ocorridas durante o período diurno, em um ambiente domiciliar e mais frequentemente perpetradas por um agressor conhecido em adolescentes em comparação com mulheres adultas. Adolescentes se mostraram menos sintomáticas para todas as categorias de sintomas avaliadas, mas não houve diferença em relação às adultas quanto a comportamentos suicidas ou uso de SPA.

A análise de 12 anos de seguimento ambulatorial (2006-2018) revelou diminuição nas taxas de busca precoce para atendimento (primeiras 24 horas) e

queda nas taxas de comparecimento ambulatorial, gerando importantes preocupações quanto à possibilidade de administração de medidas profiláticas e seguimento em saúde mental.

Até onde pudemos investigar, este é o primeiro estudo brasileiro a registrar o envolvimento de mídias sociais/aplicativos e a ocorrência de estupro, destacando-se a vulnerabilidade de adolescentes.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Brasil, Decreto Lei nº 12.015/2009, de 7 de agosto de 2009. Dos crimes contra a dignidade sexual. Brasília, DF, agosto de 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em 27/03/2020.
3. Brasil, Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF, agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm Acesso em 29/3/2020.
4. Brasil, Lei nº13.718, de 24 de setembro de 2018. Crimes de importunação sexual e divulgação de cena de estupro. Brasília, DF, setembro de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm Acesso em 28/3/2020.
5. García-Moreno C, Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L. 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, 2014. ISBN 92 4 159358 X.
6. WHO. Department of Reproductive Health and Research. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2013. ISBN 978 92 4 156462 5. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=7134BA64F4421C99D36F872B5DB9A297?sequence=1. Acesso em: 18 maio 2020.
7. Observatório da mulher contra a violência. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.
8. Boletim SISNOV Nº16 - 2023: Disponível em: BOLETIM SISNOV Nº15 - 2021: Disponível em:

https://saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/boletins/sisnov/Boletim_SISNOV_n15_2021.pdf. Acesso em: 02 julho 2024.

9. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasil. Geneva: Disponível em: [panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf \(unicef.org\)](#) Acesso em: 24 outubro 2023.
10. Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade dos ST, Azevedo RC. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil [Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2013 May;29(5):889-98. Portuguese. PMID: 23702995.
11. Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Dec;52(4):702-11. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181bf4bfb. PMID: 20393422.
12. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2016 Oct;28(5):433-451. doi: 10.1080/09540261.2016.1223608. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27645197; PMCID: PMC5309869.
13. Brooker C, Tocque K. Mental health risk factors in sexual assault: What should Sexual Assault Referral Centre staff be aware of? *J Forensic Leg Med*. 2016 May; 40:28-33. doi: 10.1016/j.jflm.2016.01.028. Epub 2016 Feb 8. PMID: 26974877.
14. Khadr S, Clarke V, Wellings K, Villalta L, Goddard A, Welch J, et al. Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Sep;2(9):654-665. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30202-5. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30119759.
15. Facuri CO, Fernandes AM, Azevedo RC. Psychiatric evaluation of women who were assisted at a university referral center in Campinas, Brazil, following an experience of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Oct;127(1):60-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.04.020. Epub 2014 Jun 25. PMID: 25035092.
16. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*. 2009

- Jul;10(3):225-46. doi: 10.1177/1524838009334456. Epub 2009 May 10. PMID: 19433406.
17. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Aug; 56:65-81. doi: 10.1016/j.cpr.2017.06.002. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28689071; PMCID: PMC5576571.
 18. Nöthling J, Lammers K, Martin L, Seedat S. Traumatic dissociation as a predictor of posttraumatic stress disorder in South African female rape survivors. *Medicine (Baltimore).* 2015 Apr;94(16):e744. doi: 10.1097/MD.0000000000000744. PMID: 25906104; PMCID: PMC4602697.
 19. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav.* 2002 Summer;32(2):117-30. doi: 10.1521/suli.32.2.117.24398. PMID: 12079028.
 20. Munro ML, Foster Rietz M, Seng JS. Comprehensive care and pregnancy: the unmet care needs of pregnant women with a history of rape. *Issues Ment Health Nurs.* 2012 Dec;33(12):882-96. doi: 10.3109/01612840.2012.731136. PMID: 23215990; PMCID: PMC3763823.
 21. Machado CL, Fernandes AM, Osis MJ, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal [Rape-related pregnancy in Brazil: the experience of women seeking legal abortion]. *Cad Saude Publica.* 2015 Feb;31(2):345-53. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311x00051714. PMID: 25760168.
 22. Câmara dos Deputados, Gabinete do Deputado Federal Sóstenes Cavalcante Projeto de Lei nº 1904, DE 2024 (Do Deputado Sóstenes Cavalcante) [Internet]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2425262&filename=PL%201904/2024
 23. Ahrens CE. Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *Am J Community Psychol.* 2006 Dec;38(3-4):263-74. doi: 10.1007/s10464-006-9069-9. PMID: 17111229; PMCID: PMC1705531.
 24. Persson S, Dhingra K, Grogan S. Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. *J Clin Nurs.* 2018 Jul;27(13-14):2640-2649. doi: 10.1111/jocn.14351. Epub 2018 Apr 17. Erratum in: *J Clin Nurs.* 2020 Jul;29(13-14):2730. doi: 10.1111/jocn.15241. PMID: 29518275.

25. Peterson C, DeGue S, Florence C, Lokey CN. Lifetime Economic Burden of Rape Among U.S. Adults. *Am J Prev Med*. 2017 Jun;52(6):691-701. doi: 10.1016/j.amepre.2016.11.014. Epub 2017 Jan 30. PMID: 28153649; PMCID: PMC5438753.
26. Rede Iluminar de cuidado às vítimas de violência sexual. Constituição da rede de cuidado e missão de cada serviço. Campinas. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/iluminar/iluminar_const_da_rede.htm. Acesso em: 24 outubro 2023.
27. Rede Iluminar de cuidado às vítimas de violência sexual. Fluxo de atendimento das vítimas de violência sexual. Campinas. Disponível em: [https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/iluminar/Fluxo Iluminar PB.pdf](https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/iluminar/Fluxo%20Iluminar%20PB.pdf). Acesso em: 25 outubro 2023.
28. CAISM. Institucional. Divisão de Ginecologia. *In*: Ambulatório de Atendimento Especial. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.caism.unicamp.br/index.php/assistencia/2016-03-29-12-27-34>. Acesso em: 13 maio 2020.
29. Facuri CO. Características sociodemográficas e sintomas psíquicos de mulheres vítimas de violência sexual. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, [S. l.], 2012.
30. Brasil, Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002. Lei de Introdução à normas do direito brasileiro. Brasília, DF, janeiro de 2002. Disponível em: <[L10406compilada \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10406compilada.htm)> Acesso em 02/07/2024.
31. Tjaden P. What is violence against women? Defining and measuring the problem: a response to Dean Kilpatrick. *J Interpers Violence*. 2004 Nov;19(11):1244-51. doi: 10.1177/0886260504269681. PMID: 15534328.
32. Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Womens Health*. 2023 Apr 26;23(1):196. doi: 10.1186/s12905-023-02338-8. PMID: 37101173; PMCID: PMC10134525.
33. de Jesus GR, Rodrigues NP, Braga GC, Abduch R, Melli PPDS, Duarte G, et al. Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022 Jan;44(1):47-54. doi: 10.1055/s-0041-1740474. Epub 2022 Jan 29. PMID: 35092959; PMCID: PMC9948278.

34. Pinheiro PS. Violence against children: a global report. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Jun;11(2):453–60. Available from: <https://www.unicef.org/violencestudy/l.%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf>
35. Censo Demográfico 2022 Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade Resultados do universo [Internet]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3105/cd_2022_etnico_racial.pdf
36. Cerqueira D, Santa Cruz Coelho D, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Revista Brasileira de Segurança Pública* [Internet]. 2017 Mar 8 [cited 2023 Jun 30];11(1).
37. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 17, 2023. ISSN 1983-7364.
38. Liu H, Shen S, Russ M. "Went Along With": Acquiescence During First Sexual Experience and Late-Life Health. *Arch Sex Behav*. 2022 Apr;51(3):1591-1605. doi: 10.1007/s10508-021-02206-2. Epub 2022 Feb 7. PMID: 35132484; PMCID: PMC8920766.
39. Hugo TD, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CE, Cruzeiro AL, Ores Lda C, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional [Factors associated with age at first intercourse: a population-based study]. *Cad Saude Publica*. 2011 Nov;27(11):2207-14. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2011001100014. PMID: 22124498.
40. Sigurdardottir S, Halldorsdottir S. Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing, and the Significance of the #MeToo Movement. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 14;18(4):1849. doi: 10.3390/ijerph18041849. PMID: 33672865; PMCID: PMC7918207.
41. Hess KL, Javanbakht M, Brown JM, Weiss RE, Hsu P, Gorbach PM. Intimate partner violence and anal intercourse in young adult heterosexual relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013 Mar;45(1):6-12. doi: 10.1363/4500613. PMID: 23489852; PMCID: PMC3843245.
42. Blake Mde T, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women.

- BMC Womens Health. 2014 Jan 22;14:15. doi: 10.1186/1472-6874-14-15. PMID: 24450307; PMCID: PMC3910688.
43. Torazzi E, Merelli V, Barbara G, Kustermann A, Marasciuolo L, Collini F, et al. Similarity and Differences in Sexual Violence Against Adolescents and Adult Women: The Need to Focus on Adolescent Victims. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021 Jun;34(3):302-310. doi: 10.1016/j.jpag.2020.11.018. Epub 2020 Nov 28. PMID: 33259887.
 44. Tener D. The Secret of Intrafamilial Child Sexual Abuse: Who Keeps It and How? *J Child Sex Abus*. 2018 Jan;27(1):1-21. doi: 10.1080/10538712.2017.1390715. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29125806.
 45. Elliott SA, Goodman KL, Bardwell ES, Mullin TM. Reactions to the disclosure of intrafamilial childhood sexual abuse: Findings from the National Sexual Assault Online Hotline. *Child Abuse Negl*. 2022 May; 127:105567. doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105567. Epub 2022 Mar 9. PMID: 35278820.
 46. Assink M, van der Put CE, Meeuwssen MWCM, de Jong NM, Oort FJ, Stams GJJM, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2019 May;145(5):459-489. doi: 10.1037/bul0000188. Epub 2019 Feb 18. PMID: 30777768.
 47. Abdul Latiff M, Fang L, Goh DA, Tan LJ. A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2024 Jan; 147:106564. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106564. Epub 2023 Dec 5. PMID: 38056036.
 48. Basile KC, Smith SG, Kresnow M, Khatiwada S, Leemis RW. The national intimate partner and sexual violence survey: 2016/2017 report on sexual violence. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs/nisvsreportonsexualviolence.pdf>
 49. Conceição MMD, Whitaker MCO, Grimaldi MRM, Silva LLPD, Silva LSD, Oliveira MMC, et al. Child and adolescent victims of sexual violence: aspects of physical and emotional development. *Rev Bras Enferm*. 2022 Jul 18;75Suppl 2(Suppl 2):e20200584. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0584. PMID: 35858019.

50. Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020 Oct 28;371:m3048. doi: 10.1136/bmj.m3048. PMID: 33115717; PMCID: PMC7592151.
51. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):e232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663. Epub 2011 Dec 26. PMID: 22201156.
52. Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, Cottrell L, Davidov DM. Sexual Assault in Adolescents. *Prim Care*. 2020 Jun;47(2):331-349. doi: 10.1016/j.pop.2020.02.010. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32423718; PMCID: PMC7702185.
53. Tiihonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One*. 2014 Oct 23;9(10): e111136. doi: 10.1371/journal.pone.0111136. PMID: 25340763; PMCID: PMC4207776.
54. Delzियो CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina - Brazil. *Cien Saude Colet*. 2018 May;23(5):1687-1696. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018235.20112016. PMID: 29768621.
55. Kamke K, Mullin TM, Goodman KL. Barriers to Seeking Medical Care Among Youth Victims of Sexual Violence. *J Adolesc Health*. 2023 Dec;73(6):1077-1082. doi: 10.1016/j.jadohealth.2023.06.034. Epub 2023 Sep 9. PMID: 37676193.
56. Henry N, Powell A. Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma Violence Abuse*. 2018 Apr;19(2):195-208. doi: 10.1177/1524838016650189. Epub 2016 Jun 16. PMID: 27311818.
57. Recalde-Esnoz I, Prego-Meleiro P, Montalvo G, Del Castillo H. Drug-Facilitated Sexual Assault: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Jul;25(3):1814-1825. doi: 10.1177/15248380231195877. Epub 2023 Aug 31. PMID: 37650508.
58. Simonaggio C, Rubini E, Facci G, Castagna P, Canavese A, Scotti L, Gino S. Victims of drug facilitated sexual assault aged 13-24: a cross sectional study

- on the pool of users of a sexual violence relief centre in Northern Italy. *Int J Legal Med.* 2024 Jul;138(4):1593-1602. doi: 10.1007/s00414-024-03197-0. Epub 2024 Feb 20. PMID: 38374288; PMCID: PMC11164715.
59. Malta DC, Machado ÍE, Felisbino-Mendes MS, Prado RRD, Pinto AMS, Oliveira-Campos M, et al. Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2018 Nov 29;21(suppl 1):e180004. Portuguese, English. doi: 10.1590/1980-549720180004.supl.1. PMID: 30517455.
 60. Jovičić Burić D, Muslić L, Krašić S, Markelić M, Pejnović Franelić I, Musić Milanović S. Gender Differences in the Prediction of Alcohol Intoxication among Adolescents. *Subst Use Misuse.* 2021;56(7):1024-1034. doi: 10.1080/10826084.2021.1906278. Epub 2021 Apr 1. PMID: 33792493.
 61. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Gmel G, Kantor LW. Gender Differences in Binge Drinking. *Alcohol Res.* 2018;39(1):57-76. PMID: 30557149; PMCID: PMC6104960.
 62. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* 2018 Dec;66:12-23. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.012. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29174306; PMCID: PMC5945349.
 63. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, Cacho R, Azanza P. Therapeutic Progression in Abused Women Following a Drug-Addiction Treatment Program. *J Interpers Violence.* 2017;32(13):2046-2056.
 64. Dardis CM, Ullman SE, Rodriguez LM, Waterman EA, Dworkin ER, Edwards KM. Bidirectional associations between alcohol use and intimate partner violence and sexual assault victimization among college women. *Addict Behav.* 2021; 116:106833.
 65. Kaufmann VG, O'Farrell TJ, Murphy CM, Murphy MM, Muchowski P. Alcohol consumption and partner violence among women entering substance use disorder treatment. *Psychol Addict Behav.* 2014;28(2):313-321.
 66. Stefanidou T, Hughes E, Kester K, Edmondson A, Majeed-Ariss R, Smith C, et al. The identification and treatment of mental health and substance misuse problems in sexual assault services: A systematic review. *PLoS One.* 2020 Apr 10;15(4): e0231260. doi: 10.1371/journal.pone.0231260. PMID: 32275695; PMCID: PMC7147790.

67. Gallegos AM, Trabold N, Cerulli C, Pigeon WR. Sleep and Interpersonal Violence: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Apr;22(2):359-369. doi: 10.1177/1524838019852633. Epub 2019 May 26. PMID: 31131736.
68. Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E, Olff M. Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord*. 2016 Nov 1; 204:16-23. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.004. Epub 2016 Jun 11. PMID: 27318595.
69. Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *J Child Sex Abus*. 2014;23(1):74-93. doi: 10.1080/10538712.2014.864747. PMID: 24393091; PMCID: PMC3884218.
70. Breitenbecher KH. The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *J Interpers Violence*. 2006 May;21(5):597-611. doi: 10.1177/0886260506286842. PMID: 16574635.
71. Gilmore AK, Ward-Ciesielski EF, Smalling A, Limowski AR, Hahn CK, Jaffe AE. Managing post-sexual assault suicide risk. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Oct;23(5):673-679. doi: 10.1007/s00737-020-01047-7. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32623514; PMCID: PMC8104449.
72. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 Apr; 99:129-141. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.001. Epub 2018 Feb 6. PMID: 29454220.
73. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038. Epub 2014 Mar 19. PMID: 24648481; PMCID: PMC3997379.
74. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25649325.
75. Ohlsson Gotby V, Lichtenstein P, Långström N, Pettersson E. Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in

- childhood and adolescence - a population-based prospective twin study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Sep;59(9):957-965. doi: 10.1111/jcpp.12884. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29570782.
76. Brownlie EB, Graham E, Bao L, Koyama E, Beitchman JH. Language disorder and retrospectively reported sexual abuse of girls: severity and disclosure. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 Oct;58(10):1114-1121. doi: 10.1111/jcpp.12723. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28407233.
 77. Tomsa R, Gutu S, Cojocaru D, Gutiérrez-Bermejo B, Flores N, Jenaro C. Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 18;18(4):1980. doi: 10.3390/ijerph18041980. PMID: 33670753; PMCID: PMC7921934.
 78. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015 Mar;45(4):875-86. doi: 10.1017/S0033291714001962. Epub 2014 Sep 4. PMID: 25180908; PMCID: PMC4413870.
 79. Kmett JA, Eack SM. Characteristics of Sexual Abuse Among Individuals With Serious Mental Illnesses. *J Interpers Violence*. 2018 Sep;33(17):2725-2744. doi: 10.1177/0886260516628811. Epub 2016 Feb 8. PMID: 26856358.
 80. Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Jan 25; 14:375-381. doi: 10.2147/NDT.S121072. PMID: 29416339; PMCID: PMC5790100.
 81. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
 82. Marx W, Penninx BWJH, Solmi M, Furukawa TA, Firth J, Carvalho AF, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2023 Aug 24;9(1):44. doi: 10.1038/s41572-023-00454-1. PMID: 37620370.
 83. Gilmore AK, Flanagan JC. Acute mental health symptoms among individuals receiving a sexual assault medical forensic exam: the role of previous intimate partner violence victimization. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Feb;23(1):81-89. doi: 10.1007/s00737-019-0947-1. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30762148; PMCID: PMC6733667.

84. Pijpers ML, Covers MLV, Houterman S, Bicanic IAE. Risk factors for PTSD diagnosis in young victims of recent sexual assault. *Eur J Psychotraumatol*. 2022 Apr 5;13(1):2047293. doi: 10.1080/20008198.2022.2047293. PMID: 35401950; PMCID: PMC8986203.
85. Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M, Fitzpatrick S. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Apr;24(2):497-514. doi: 10.1177/15248380211032213. Epub 2021 Jul 19. PMID: 34275368; PMCID: PMC8766599.
86. Dir AL, Hahn C, Jaffe AE, Stanton K, Gilmore AK. Depressive Symptoms Following Recent Sexual Assault: The Role of Drug and Alcohol Use, Acute Stress, and Assault Characteristics. *J Interpers Violence*. 2021 Jun;36(11-12):5900-5913. doi: 10.1177/0886260518803605. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30353780; PMCID: PMC6656621.
87. Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013 Feb;27(1):47-58. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.010. Epub 2012 Sep 10. PMID: 22975433.
88. Hendriks B, Vandenberghe AMA, Peeters L, Roelens K, Keygnaert I. Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *Int J Equity Health*. 2018 Sep 24;17(1):152. doi: 10.1186/s12939-018-0864-3. PMID: 30249254; PMCID: PMC6154874.
89. WHO. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. PMID: 24354041.
90. Mgoqi-Mbalo N, Zhang M, Ntuli S. Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychol Trauma*. 2017 May;9(3):301-308. doi: 10.1037/tra0000228. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28114775; PMCID: PMC5411289.
91. Clarke V, Goddard A, Wellings K, Hirve R, Casanovas M, Bewley S, et al. Medium-term health, and social outcomes in adolescents following sexual assault: a prospective mixed-methods cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023 Dec;58(12):1777-1793. doi: 10.1007/s00127-021-02127-4. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34370051; PMCID: PMC10627884.

92. Casanovas M, Kramer T, Clarke V, Goddard A, M Elena G, Khadr S. Somatic symptoms following sexual assault in adolescents: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med.* 2022 Mar;27(3):546-558. doi: 10.1080/13548506.2021.1874437. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33573390.
93. Mulder J, Teunissen TAM, Pranger ES, Hiddink-Til A, Lagro-Janssen ALM. Reporting after sexual violence: The influence of victim, assault, and perpetrator characteristics. *J Forensic Leg Med.* 2021 Apr; 79:102076. doi: 10.1016/j.jflm.2020.102076. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33896595.
94. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015 Apr 18;385(9977):1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7. Epub 2014 Nov 21. Erratum in: *Lancet.* 2015 Apr 18;385(9977):1510. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60754-1. PMID: 25467583.
95. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015 Apr 18;385(9977):1555-66. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61703-7. Epub 2014 Nov 21. PMID: 25467575.

10- ANEXOS

10.1 – Ficha para coleta de dados

Ficha de coleta de dados do atendimento psiquiátrico no Ambulatório de Atendimento Especial

1. Nº da ficha: _____
2. Data: _____
3. Codificação das iniciais: _____
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Idade (em anos): _____
6. Adolescente: 1- sim 2- não
7. Faixa etária: 1- Menor ou igual a 14 anos 2- entre 15 e 17 anos 3- entre 18 e 25 anos 4- igual ou superior a 26 anos
8. Cor da pele: 1- Branca 2- Não branca DA
9. Estado civil: 1- solteira 2- casada 3- separada/ divorciada/ viúve 4- outros DA
10. Filhos: 1- não 2- sim DA
11. Nº de filhos: _____
12. Escolaridade: 1- menor ou igual a 8 anos 2- entre 9 e 11 anos 3- igual ou superior a 12 anos 4- não sabe DA
13. Situação profissional: 1- empregada 2- desempregada 3- em benefício 4- estudante 5- dona de casa 6- outros 7- aposentada DA
14. Religião: 1- católica 2- evangélica 3- sem religião 4- outras denominações religiosas 5- não sabe DA
15. Atividade sexual anterior à violência sexual: 1- não 2- sim DA
16. Antecedente pessoal de violência sexual: 1- não 2- sim DA
17. Idade da violência sexual anterior: _____
18. Data da violência sexual: ____/____/____
19. Hora da violência sexual: _____
20. Intervalo de horário da violência sexual: 1- 00:00 - 07:00 2- 07:01:-18:00 3- 18:01-23:59 DA
21. Local de abordagem: 1- Rua (fora de um domicílio) 2- Em um domicílio
22. Relação com o agressor: 1- desconhecido 3- conhecido
23. Em casos de agressor conhecido, descrever quem é o agressor: _____
24. Número de agressores: 1- único 2- múltiplos DA
25. Intimidação da abordagem: 1- não 2- sim DA
26. Ameaça verbal: 1- não 2- sim DA
27. Uso de arma de fogo: 1- não 2- sim DA
28. Uso de arma branca: 1- não 2- sim DA
29. Uso de força física: 1- não 2- sim DA
30. Intimidação por outros meios: 1- não 2- sim DA
31. Relação por via vaginal: 1- não 2- sim DA
32. Relação por via anal: 1- não 2- sim DA
33. Relação por via oral: 1- não 2- sim DA
34. Outros tipos de relação: 1- não 2- sim DA
35. Apagamento: 1- não 2- sim DA
36. Envolvimento de mídias sociais: 1- não 2- sim DA

37. Uso de álcool pela vítima: 1- não 2- sim DA
38. Uso de SPA pela vítima: 1- não 2- sim DA
39. Data do atendimento de emergência no CAISM: ____/____/____
40. Hora do atendimento de emergência no CAISM: _____
41. Hora do atendimento no CAISM: 1- 05:00-17:00 2- 17:01-07:59 DA
42. Tempo entre a violência sexual e o atendimento de emergência: 1- até 24h 2- entre 24h e 72h 3- entre 72h e 5 dias 4- mais que 5 dias DA
43. Classificação do atendimento: 1- imediato (até 5 dias) 2- tardio (mais que 5)
44. Uso de medicação ARV: 1- não 2- sim DA
45. Uso de anticoncepção de emergência: 1- não 2- sim DA
46. Uso de vacina ou imunoglobulina contra hepatite B: 1- não 2- sim DA
47. Uso de antibióticos para profilaxia de IST: 1- não 2- sim DA
48. Avaliação psiquiátrica: 1- não 2- sim DA
49. Tempo entre violência sexual e avaliação psiquiátrica (em dias): _____
50. Apresentou problemas/ mudanças relacionadas ao evento: 1- não 2- sim DA
51. Problemas físicos: 1- não 2- sim DA
52. Alterações de sono: 1- não 2- sim DA
53. Alterações de apetite: 1- não 2- sim DA
54. Presença de sintomas psíquicos: 1- não 2- sim DA
55. Sintomas ansiosos: 1- não 2- sim DA
56. Sintomas depressivos: 1- não 2- sim DA
57. Pensamentos de morte ou ideação suicida: 1- não 2- sim DA
58. Planejamento suicida: 1- não 2- sim DA
59. Tentativa de suicídio: 1- não 2- sim DA
60. Revivescências: 1- não 2- sim DA
61. Medo de construir IST: 1- não 2- sim DA
62. Medo de gestação: 1- não 2- sim DA
63. Medo de repetição do evento: 1- não 2- sim DA
64. Mudanças sociais: 1- não 2- sim DA
65. Vergonha: 1- não 2- sim DA
66. Culpa: 1- não 2- sim DA
67. Evitação: 1- não 2- sim DA
68. Contou a alguém sobre o evento: 1- não 2- sim DA
69. Cônjuge: 1- não 2- sim DA
70. Namorado: 1- não 2- sim DA
71. Marido: 1- não 2- sim DA
72. Mãe: 1- não 2- sim DA
73. Pia: 1- não 2- sim DA
74. Irmão: 1- não 2- sim DA
75. Amigos: 1- não 2- sim DA
76. Polícia: 1- não 2- sim DA
77. Família: 1- não 2- sim DA
78. Contou a outros: 1- não 2- sim DA
79. Percepção de apoio: 1- não 2- sim 3- parcialmente DA
80. Antecedente pessoal de transtorno mental: 1- não 2- sim DA
81. Qual transtorno mental? _____
82. Idade de início do transtorno mental: _____
83. Tratamento psiquiátrico atual: 1- não 2- sim DA
84. Uso atual de antidepressivo: 1- não 2- sim DA
85. Uso atual de ansiolíticos: 1- não 2- sim DA

86. Uso atual de antipsicóticos: 1- não 2- sim DA
87. Uso atual de estabilizadores do humor: 1- não 2- sim DA
88. Uso atual de outros psicofármacos: 1- não 2- sim DA
89. Acompanhamento psicoterápico atual: 1- não 2- sim DA
90. Diagnóstico relativo à violência: 1- sem sintomas 2- sintomas leves 3- transtorno de ajustamento 4- Transtorno de estresse agudo/ transtorno de estresse pós-traumático 5- transtorno depressivo DA
91. Diagnóstico psiquiátrico de comorbidade: _____
92. Prescrição de tratamento farmacológico: 1- não 2- sim DA
93. Prescrição de antidepressivos: 1- não 2- sim DA
94. Prescrição de ansiolíticos: 1- não 2- sim DA
95. Prescrição de estabilizadores do humor: 1- não 2- sim DA
96. Prescrição de outros psicofármacos: 1- não 2- sim DA
97. Violência sexual crônica: 1- não 2- sim DA

10.2 – Comprovante de aprovação no Comitê de Ética (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Características sócio demográficas e sintomas psiquiátricos de mulheres atendidas por violência sexual no CAISM-UNICAMP entre 2011 e 2018

Pesquisador: MARIA TERESA FERREIRA CORTES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 38915520.3.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.118.602

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

1.1- Violência sexual: definições iniciais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência sexual pode ser definida como "qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho"¹. Em relação à legislação brasileira, o Decreto-Lei nº 12.015/2009 define estupro como o ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso"². A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 dispõe sobre o atendimento às vítimas de violência sexual e estabelece que: "os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social"³. A Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, trata especificamente sobre estupro coletivo (aquele que é praticado por 2 ou mais agentes), estupro corretivo (aquele

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.118.602

Outros	carta_emenda_inclusao_de_novo_pesquisador.pdf	15/10/2021 21:47:30	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4423860.pdf	30/11/2020 09:49:35	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.pdf	30/11/2020 09:47:43	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2020 09:46:16	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	30/11/2020 09:43:55	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4391724.pdf	16/11/2020 11:50:56	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comprovante_vinculo_unicamp.pdf	25/09/2020 21:03:54	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/09/2020 22:01:23	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
Parecer Anterior	parecer_circunstanciado_CAISM.pdf	09/09/2020 20:47:23	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pedido_dispenza_TCLE.pdf	08/09/2020 20:36:30	MARIA TERESA FERREIRA CORTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 22 de Novembro de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Comissão de Pesquisa
CAISM/UNICAMP

**PARECER CIRCUNSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELA
COMISSÃO DE PESQUISA/CAISM/UNICAMP**

IDENTIFICAÇÃO		
1. Título do Projeto Características sócio demográficas e sintomas psiquiátricos de mulheres atendidas por violência sexual no CAISM-UNICAMP entre 2011 e 2018		
2. Pesquisador Responsável: Maria Teresa Ferreira Côrtes		
3. Instituição do Pesquisador: FCM-UNICAMP		
4. Local onde será realizada a Pesquisa: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher- CAISM – da Universidade Estadual de Campinas.		
5. Nº de inscrição no CEP/FCM: /.	6. Grupo:	7. Data de apresentação ao CEP: / /2020 .
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:		
11 Esta em concordância		
RECOMENDAÇÕES:		
12. – Nada a acrescentar		
CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:		
13. Sem pendências		
14. SITUAÇÃO DO PARECER:		
☒ Aprovado	☐ Não Recomenda a Aprovação	☐ Em Pendência ☐ Com Destaque
Campinas, 08 de setembro de 2020.	Nome e assinatura do(s) membro(s) relator(es): Profª Drª Daniela Angerame Yela Gomes Presidente da Comissão de Pesquisa DTG/CAISM/Unicamp.	

10.3 – Comprovante de submissão do artigo



Maria Teresa Côrtes <mariateresaferreiracortes@gmail.com>

Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2024-6432

Maria do Carmo de Oliveira <onbehalf@manuscriptcentral.com>

23 de junho de 2024 às 10:31

Responder a: rspline@fsp.usp.br

Para: mariateresaferreiracortes@gmail.com

Cc: mariateresaferreiracortes@gmail.com, claudiafacuri@gmail.com, maitemanicardi@gmail.com, andria@unicamp.br, otavioalabarse@gmail.com, arlete@fcm.unicamp.br, reazeved@unicamp.br

23-Jun-2024

Prezado(a) Dr. Côrtes:

Seu manuscrito intitulado "Historical series of sexual violence survivors treated at a reference hospital in Brazil" foi submetido online com sucesso e está sendo considerado para publicação em Revista de Saúde Pública.

Seu ID do Manuscrito é RSP-2024-6432.

Por favor, mencione o ID do Manuscrito acima em toda futura correspondência ou chamada telefônica para questionamento. Se houver alguma alteração em seu endereço ou e-mail, por favor faça login em Manuscritos ScholarOne em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> e altere sua informação de usuário.

Você também pode verificar o status de seu manuscrito a qualquer momento na Central do Autor logando em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Obrigado por submeter seu manuscrito para Revista de Saúde Pública.

Atenciosamente,
Revista de Saúde Pública Secretaria Editorial

10.4 – Artigo submetido

Title: Historical series of sexual violence survivors treated at a reference hospital in Brazil

Running title: 12 years of care for survivors of sexual violence

Authors:

Maria Teresa Ferreira Côrtes¹: ORCID: [0000-0003-2611-6434](https://orcid.org/0000-0003-2611-6434)

Cláudia de Oliveira Facuri¹ ORCID: 0000-0002-2607-066X

Maitê Manicardi¹: ORCID: 0009-0009-60439844

Ândria Cléia Alves²: ORCID: 0000-0002-4082-0316

Otávio Prado Alabarse¹: ORCID: 0000-0001-8745-0570

Arlete Maria dos Santos Fernandes² ORCID: 0000-0001-5872-0017

Renata Cruz Soares de Azevedo^{1,2} ORCID: 0000-0002-7098-7109

¹ Department of Psychiatry, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

² Gynecological Division, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

Corresponding author

Maria Teresa Ferreira Côrtes

Postal address: Rua Francisco de Campos Abreu, nº 860, Vila Georgina, Campinas - São Paulo, Brazil, CEP: 13043-710

Email address: mariateresaferreiracortes@gmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: Present information on the sociodemographic profile, characteristics of violence and the care of adolescent and adult women treated over a 12-year period at a Sexual Violence (SV) referral service in the city of Campinas, Brazil.

METHODS: Descriptive, retrospective, and quantitative study. Data from all women who sought emergency care at a Brazilian university referral center between 2006 and 2018, after having suffered SV, were evaluated. Variables studied were sociodemographic, characteristics of violence, emergency care, related to the return for outpatient follow-up and changes in the period. Variables were described as number and percentage or mean and standard deviation (SD). Chi-square or Fisher's exact tests were used to compare categorical variables between groups. The Mann-Whitney test and the Kruskal-Wallis test were used to compare the numerical variables. The level of significance adopted for the statistical tests was 5% ($p < 0.05$).

RESULTS: Data from 1825 women were evaluated. The median age was 20 years, 37.5% were adolescents (19% under 14 years old), 69.9% were white, 42.3% students, 19.2% reported prior victimization and one in three had never had sexual relation. The majority of violences occurred outside a household (67.4%) and was perpetrated by an unknown aggressor. Vaginal intercourse (84.4%) was the most frequent form of SV. One in each six women sought medical care after 5 or more days of the rape. When comparing the three four-year periods, there were more women with prior SV, decrease in the rates of women who sought care in the first 24 hours and in attendance for outpatient follow-up was.

CONCLUSIONS: The data found point to greater vulnerability of adolescents and young adults and to the possible difficulty of early access to referral services for sexual violence.

DESCRIPTORS: Sexual violence; rape; violence against women.

INTRODUCTION

Violence against women is classified as gender-based violence, originating from culturally constructed principles regarding the elaboration of different values and social roles for women and men, which often results in the blaming of the victim [1]. Sexual violence (SV) mainly affects young women, often children and adolescents, producing serious, and long-lasting impacts [2,3].

The exposure to SV may be associated with injuries resulting from physical aggression, the occurrence of unwanted pregnancies, reproductive tract infections, including sexually transmitted infections (STIs), and other gynecological disorders [4]. In addition, victims of sexual violence have an increased risk for mental health disorders and suicidal behavior, which is even higher among victims subjected to chronic or multiple assaults [5,6].

Sexual violence is a global public health problem and a serious violation of human rights [7,8]. The World Health Organization (WHO) estimates that globally, 27% of women aged 15 to 49 who have already had partners have experienced physical and/or SV perpetrated by an intimate partner in their lifetimes [8]; and 7.2% of women worldwide report the occurrence of SV perpetrated by non-partners throughout their lives [9]. It is important to note, however, that these numbers may be underestimated, as most cases of violence remain hidden and are never reported.

In Brazil, according to the Brazilian Forum on Public Security, the rape rate is 48.1 per 100,000 women, with the highest rates recorded in the North and South regions, respectively, 71.9 and 68.8 cases per 100,000 women. In the state of São Paulo, the reported rate is lower than the national average and totals 43.8 cases per 100,000 women [10].

Despite being a global phenomenon, SV suffers strong social and cultural interferences. Thus, regional data surveys are essential for a better understanding of the phenomenon, enabling the increment and creation of more effective care policies and programs. This study aimed to present information on the sociodemographic profile, characteristics related to the event and the care provided to a significant number of adolescent and adult women attended at a SV referral service.

METHOD

Study Setting

The study was carried out at the Hospital of the Center for Integral Attention to Women's Health Professor Dr. José Aristodemo Pinotti, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP). The study setting is a university hospital, which is a reference for tertiary care in the metropolitan region of Campinas, São Paulo, with a population of around 4.0 million inhabitants. It provides emergency care and outpatient follow-up carried out by a multidisciplinary team made up of nurses, gynecologists, psychologists, psychiatrists and social workers to adolescent and adult women victims of SV.

Study Design

This is a descriptive, retrospective and quantitative study. Data from all women who sought emergency care at the University Hospital of the Centre for Integral Attention to Women's Health Professor Dr. José Aristodemo Pinotti between June 2006 and December 2018, after having suffered sexual violence, were evaluated. This study was approved by the institutional and National Research Ethics Committee (CAAE: 38915520.3.0000.5404)

Population and Study Sample

All women and adolescents who sought the service for care for SV within six months of the event were included. Patients for whom the occurrence of sexual violence was not configured, according to the data in the medical records, were excluded.

Data Collection

Data were collected in a form developed especially for this purpose and already used in a previous study [11].

The variables evaluated were sociodemographic (age, skin color, marital status, having children, schooling in years, occupation, religion, having a sex life prior to SV and personal history of SV), characteristics of violence (time of occurrence of sexual violence, place of aggression, relationship with aggressor, number of aggressors,

intimidation, type of intimidation, type of SV), characteristics of emergency care (number of hours between sexual violence and emergency care, prescription of antiretroviral therapy, emergency contraception, hepatitis B vaccine/immunoglobulin, and antibiotics for STIs) and return for outpatient follow-up. Considering the legal age of majority according to Brazilian legislation, women who were 17 years of age or younger were classified as adolescents.

Data analysis

Variables were described as numbers and percentages or mean and standard deviation (SD). Chi-square or Fisher's exact tests were used to compare categorical variables between groups. The Mann-Whitney test (for 2 categories) and the Kruskal-Wallis test (for 3 or more groups) were used to compare the numerical variables due to the absence of a normal distribution of the variables. The level of significance adopted for the statistical tests was 5% ($p < 0.05$).

RESULTS

Over twelve years, between June 2006 and December 2018, 1,861 women were assisted at the emergency care service due to SV. After evaluating the data present in the medical records, 36 women were excluded (31 because the occurrence was not characterized by SV and five records were too incomplete, which made it impossible to correctly characterize the care). Therefore, data from 1,825 women were analyzed in this study. The mean age was 23.6 years (± 11.02 ; 9-85) and the median was 20 years. More than one in three (37.5%) were adolescents and 19% were 14 years of age or younger. The majority of women (69.9%) identified themselves as white and declared having some religion (79.9%). Most of the women had more than 9 years of schooling, 42.3% were students and 35.3% were employed (Table 1). Sexual violence was the first sexual experience for 33.5% of the women, and 19.2% reported personal history of SV. (Table 1)

About the characteristics of the violence suffered, the aggressions were practically equally distributed throughout the three periods of the day, 67.4% of the violences occurred outside a home environment and in most cases (62.6%) it was perpetrated by an unknown aggressor (Table 2). Among the aggressions perpetrated by known aggressors, 61.7 of them did not belong to the family nucleus. In addition, 13.3% of

violence was perpetrated by more than one aggressor. In almost all cases (90.4%), some type of intimidation was used to facilitate violence, with the use of physical force being the most common form. Vaginal intercourse (84.4%) was the most frequent form of aggression. (Table 2)

Data from the emergency care indicated that most women sought care in time to carry out prophylaxis, with 67.4% of the victims arriving at the hospital within the first 24 hours after the violence, and 13.1% until 72 hours, but one in every six women sought medical care after 5 or more days of the rape. (Table 3)

When we compare the different time periods, some differences deserve to be highlighted. There was a decrease in the proportion of women who sought care within 24 hours after suffering SV and an increase in the rates of late-seeking care (after 5 days of rape) ($p=0.0002$). Furthermore, there was an increase in the frequency of women who reported history of sexual abuse ($p=0.0234$), higher rates of rapes occurring within the home ($p=0.0020$) and perpetrated by a known aggressor ($p<.0001$). Finally, lower attendance rates for outpatient follow-up are noted when comparing the first and third periods ($p=0.0013$). (Table 4)

The analysis of an eight-year time frame (2011-2018) showed that attendance for outpatient follow-up was associated with being a teenager, without sexual activity prior to the violence, who reported not having had a blackout or being under the influence of alcoholic beverages in the context of the rape. (Table 5)

DISCUSSION

To the best of the authors' knowledge, this is a longer historical series with the number of women who received emergency care after VS and underwent outpatient follow-up in a Brazilian service. The data of the 1,825 victims showed the presence of a population composed mostly of very young women who have experienced vaginal sexual violence, addressed in public environments, perpetrated by an unknown aggressor. For one in three women, SV was the first sexual contact in their lives, and for one in five that was not the first sexual violence suffered. The analysis of the twelve years period suggested growing negative indicators in access and follow-up.

The profile of women found is, therefore, similar to that of other services in Brazil and in other locations around the world [12,13]. However, it is worth noting differences in relation to the general Brazilian population. According to data from the last Brazilian demographic census, 43.5% of the country's population declared to be white [14]. However, we found much higher rates (69.6%) among women who sought care after having suffered sexual violence, which may correlate with lower access to health services among black women.

Studies show that while all women are at increased risk of experiencing some form of sexual violence, adolescent girls and young adults constitute a particularly vulnerable population [15]. In the population studied, 67.9% of the women were younger than 26 years old, 37.5% were adolescents under 18 years of age and that almost one fifth (19%) were aged 14 years or less. These data are in line with national statistics, and according to a study that evaluated violence notification data from the Diseases Information System (SINAN) between 2011 and 2014, indicating that 50.1% of the victims of rape were children and 19.8% were adolescents [16]. In addition, despite the low average age, almost 20% of the women reported having suffered a previous episode of sexual violence. This is a particularly important fact, since having suffered sexual violence, especially during childhood, is an important risk factor for the occurrence of new violence in the future [15]. In addition, the occurrence of sexual violence during childhood is associated with important physical and mental health problems, such as an increased incidence of depressive and anxiety symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder [17]. Finally, the occurrence of sexual violence in childhood is associated with several long-term outcomes. In this sense, a recent umbrella review highlighted the higher risk of psychoactive substance use and post-traumatic stress disorder among sexual violence survivors [18].

Sexual violence was the first sexual contact for 33.5% of the women evaluated, which may correlate with significant damage to sexuality and mental health. Early experiences play an important role in the constitution of identity and behavior patterns. In this sense, studies show that the occurrence of sexual violence during childhood and adolescence, especially in cases in which the use of force and penetration occurs, can affect sexual behavior and correlate with impulsivity, self-harm, risky sexual behavior and even episodes of sexual trading [19].

In the sample evaluated, 13.3% of the violence was perpetrated by multiple aggressors. This type of approach correlates with more aggressive approaches that have a greater potential for mental health problems, as well as imposing an increased risk for the development of sexually transmitted infections. It is noteworthy that in Brazil, between 2011 and 2014, there was an increase in the rates of rape perpetrated by multiple aggressors from 13% to 15.8% [16].

The analysis of factors associated with attendance for outpatient follow-up over a period of eight years (2011-2018) must be interpreted with caution, as the variables are related to the adolescent age group, which, as required by the Child and Adolescent Statute (ECA), are actively searched for and rescheduled. Therefore, we suggest that future studies evaluate in depth the factors related to the spontaneous search for outpatient care to develop strategies to optimize follow-up for women who do not show up.

When evaluating the characteristics of care over the years, we highlight the increase in rates of seeking late care (seeking care five or more days after the occurrence of violence) and a sharp drop in outpatient follow-up rates in the last four years evaluated (2015-2018). These data point to a worrying scenario, which suggests more difficulties in early access and follow-up, compromising prophylactic measures, serological follow-up and psychosocial support for adolescent and adult victims of rape. This finding raises intense concern, considering that the early administration of emergency contraception, antiretroviral therapy, and antibiotic therapy correlates with a higher efficacy rate of prophylactic measures [20]. Thus, women who receive care late have a higher risk of pregnancy and sexually transmitted infections, two serious consequences of sexual violence. The greater loss of outpatient follow-up limits the mental health care provided and can compromise the emotional recovery of survivors. It is also worth highlighting that, over twelve years, despite greater recognition of the serious impacts of sexual violence on women, there was no reduction in the number of women that seeking care after rape.

Although the study covered a large period of time and a robust number of participants, it is necessary to consider that evaluating a population restricted to a single service

represents a limitation, indicating reservations in extrapolating data to women who suffer SV and seek care in other regions of Brazil.

On the other hand, the strength of this study was to present information from a large number of women treated in a reference service, which can help in characterizing the population served by VS and in the construction and expansion of appropriately targeted public prevention and treatment policies. Furthermore, the results detected negative indicators in access and in outpatient follow-up during recent years, for which we must create corrective measures.

In conclusion, this study evaluated the sociodemographic and of the violence characteristics and care provided to 1825 women treated over a 12-year period at a referral center for sexual violence. The data found reinforce the greater vulnerability of adolescents and young adults, as well as point to alarming rates of revictimization in this population. There is also concern about the increase in the rates of late care and the decrease in attendance for outpatient follow-up over the years. Therefore, we highlight the need for public and institutional policies that allow the prevention, early detection and adherence to treatment of sexual violence survivors, with the aim of reducing suffering and preventing physical and mental health problems in the short and long term.

Finally, we hope that the data presented here will be added to other Brazilian and international studies, composing a large body of research that provides a better understanding of a phenomenon as complex as that of sexual violence against women.

REFERENCES:

- 1- Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault on Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009;10(3):225–46.
- 2- Bentivegna F, Patalay P. The impact of sexual violence in mid-adolescence on mental health: a UK population-based longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*. 2022 Nov;9(11):874–83.
- 3- Karatekin C. Adverse Childhood Experiences (ACEs), Stress and Mental Health in College Students. *Stress and Health*. 2017 May 16;34(1):36–45.

- 4- Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2013 Feb;27(1):15–26.
- 5- Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017 Aug;56(56):65–81.
- 6- Ullman SE, Brecklin LR. Sexual Assault History and Suicidal Behavior in a National Sample of Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002 Jun;32(2):117–30.
- 7- Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: The scope of the problem. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2013 Feb;27(1):3–13.
- 8- Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and National Prevalence Estimates of Physical or sexual, or both, Intimate Partner Violence against Women in 2018. *The Lancet* [Internet]. 2022 Feb 16;399(10327):803–13.
- 9- Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*. 2014 May;383(9929):1648–54.
- 10- Observatório da mulher contra a violência. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.
- 11- Facuri C de O, Fernandes AM dos S, Oliveira KD, Andrade T dos S, Azevedo RCS de. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2013 May 1 [cited 2024 Jun 21];29:889–98. Available from:
- 12- de Jesus GR, Rodrigues NP, Braga GC, Abduch R, Melli PP dos S, Duarte G, et al. Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year

Experience. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2022 Jan;44(01):047–54.

13- Hellmann DF, Kinninger MW, Kliem S. Sexual Violence against Women in Germany: Prevalence and Risk Markers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Jul 30;15(8):1613.

14- IBGE | Biblioteca | Detalhes | Censo demográfico 2022 : identificação étnico-racial da população, por sexo e idade : resultados do universo [Internet]. biblioteca.ibge.gov.br. [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105>

15- Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*. 2013 Nov;382(9907):1845–55.

16- Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Revista Brasileira de Segurança Pública* [Internet]. 2017 Mar 8;11(1). Available from: <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/779>

17- Khadr S, Clarke V, Wellings K, Villalta L, Goddard A, Welch J, et al. Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2018 Sep;2(9):654–65.

18- Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct;6(10):830–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221503661930286X>

19- Senn TE, Carey MP, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban M. Characteristics of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence Influence Sexual Risk Behavior in Adulthood. *Archives of Sexual Behavior*. 2006 Dec 28;36(5):637–45.

20- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica - 3a edição atualizada e ampliada 2a

reimpressão Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos -Caderno no 6 BRASÍLIA -DF 2014 [Internet]. [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Tratamento2014.pdf>

TABLES

Table 1 - Distribution of sexual violence survivors according to sociodemographic characteristics and personal background

Variable	n	%
Age group, years old (n=1825)		
≤14	346	19.0
≥15≤17	339	18.6
≥18≤25	553	30.3
≥26	587	32.1
Self-reported skin color (n=1818)		
White	1266	69.6
Non-white	552	30.4
Marital status (n=1783)		
Single	1415	79.4
Married	292	16.4
Divorced	74	4.1
Other	2	0.1
Have children (n=1821)		
No	1321	72.5
Yes	500	27.5
Schooling years (n=1798)		
≤8	692	38.5
≥9≤11	752	41.8
≥12	323	18.0
Other	31	1.7
Occupation (n=1775)		
Employed	626	35.3
Unemployed	265	14.9
Student	751	42.3
Housewife	91	5.1
Retired	21	1.2
Other	21	1.2
Religion (n=1658)		
No	333	20.1
Yes	1325	79.9
Sex life prior to sexual violence (n=1780)		
No	596	33.5
Yes	1184	66.5
Personal history of sexual violence (n=1542)		
No	1246	80.8
Yes	296	19.2

Table 2 - Distribution of sexual violence survivors according to the characteristics of violence

Variable	n	%
Time of occurrence of sexual violence (n=1783)		
00:00-07:00	616	34.5
07:01-18:00	590	33.1
18:01-23:59	577	32.4
Place of aggression (n=1628)		
Outside a home	1097	67.4
Inside a home	531	32.6
Relationship with aggressor (n=1799)		
Unknown	1127	62.6
Acquaintance	672	37.4
Acquaintance aggressor (n=587)		
Intra-family	225	38.3
Extra-family	362	61.7
Number of aggressors (n=1785)		
Single	1547	86.7
Multiple	238	13.3
Intimidation occurrence (n=1631)		
No	157	9.6
Yes	1474	90.4
Type of intimidation		
Verbal threat (n=1621)	332	20.5
Firearm (n=1621)	324	20.0
Cutting weapon (n=1621)	240	14.8
Physical aggression (n=1621)	867	53.5
Other (n=1628)	187	11.6
Type of sexual violence		
Vaginal (n=1520)	1298	84.4
Anal (n=1517)	375	24.7
Oral (n=1516)	427	28.2
Other (n=1520)	93	6.1

Table 3 - Description of emergency care provided to women after sexual violence

Variable	n	%
Time to emergency care (n=1776)		
≤24h	1198	67.4
>24h to 72h	232	13.1
>72h to 5 days	85	4.8
More than 5 days	261	14.7
Prescription of antiretroviral therapy (n=1767)		
No	392	22.2
Yes	1375	77.8
Emergency contraception prescription (n=1772)		
No	481	27.1
Yes	1291	72.8
Hepatitis B vaccine/immunoglobulin prescription (n=1769)		
No	413	23.3
Yes	1356	76.7
Prescription of antibiotics for STIs(n=1684)		
No	309	18.3
Yes	1375	81.7

STIs: sexually transmitted infections

Table 4 - Comparison of characteristics of care and aggression in different periods (2006-2018)

Variables	Periods of time			p-value*
	2006-2010 (N=674) n (%)	2011-2014 (N=510) n (%)	2018-2018 (N=624) n (%)	
Time to emergency care				0.0002
≤ 24h	466 (72.9)	341 (67.8)	375 (61.3)	
>24h to 72h	74 (11.6)	54 (10.7)	101 (16.5)	
>72h to 5 days	29 (4.5)	20 (4.0)	34 (5.6)	
More than 5 days	70 (11.0)	88 (17.5)	102 (16.7)	
Prior Sexual Violence (n=1526)				0.0234
No	363 (83.6)	409 (82.8)	464 (77.6)	
Yes	71 (16.4)	85 (17.2)	134 (22.4)	
Place of aggression				0.0020
Inside a home	139 (27.4)	163 (32.4)	225 (37.4)	
Outside a home	368 (72.6)	340 (67.6)	377 (62.6)	
Aggressor (n=1782)				<.0001
Unknown	456 (69.7)	310 (60.8)	356 (57.6)	
Acquaintance	198 (30.3)	200 (39.2)	262 (42.4)	
Outpatient follow-up (1805)				0.0013
No	205 (30.4)	151 (29.7)	240 (38.6)	
Yes	469 (69.6)	358 (70.3)	382 (61.4)	

* Chi-square test

Table 5 - Comparison of sexual violence survivors according to outpatient follow-up (2011-2018)

Variables	Outpatient follow-up N=1,130				p-value*
	No N=391		Yes N=739		
	N	%	N	%	
Adolescents					<.0001
Yes	118	30.2	323	43.7	
No	273	69.8	416	56.3	
Schooling years (n=1126)					0.0008
≤8	137	35.2	253	34.3	
≥9≥11	143	36.8	336	45.6	
≥12	96	24.7	141	19.1	
Other	13	3.3	7	0.9	
Sex life prior to SV (n=1089)					0.0217
No	89	24.0	130	18.1	
Yes	282	76.0	588	81.9	
Vaginal sexual violence (n=906)					0.0073
No	56	18.7	73	12.0	
Yes	244	81.3	533	88.0	
Blackout (n=1108)					0.0134
No	263	69.4	556	76.3	
Yes	116	30.6	173	23.7	
SV under influence of alcohol (n=1093)					0.034
No	280	75.9	589	81.4	
Yes	89	24.1	135	18.6	

* Chi-square test