

TEMPO DECORRIDO ENTRE AGRESSÃO SEXUAL E A CHEGADA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

TIME LAPSED BETWEEN SEXUAL AGGRESSION AND ARRIVAL AT THE BRAZILIAN HEALTH SERVICE

Maria Auxiliadora F. Vertamatti^{1,2}, Luiz Carlos de Abreu¹, Jefferson Drezett¹, Vitor E. Valenti¹, Caio Parente Barbosa²

Resumo:

Objetivo: Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de vítimas de violência sexual e sua associação com o tempo decorrido entre a agressão sexual e a chegada ao serviço de saúde. **Método:** Estudo retrospectivo de 439 casos de mulheres vítimas de agressão sexual, atendidas por serviço público de São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil, no período de 2000 a 2007. **Resultados:** De 439 pacientes incluídas, 374 chegaram antes de 72 horas ao hospital. A média de idade foi de 24,5 anos; 45,1% cursava ou havia concluído o segundo grau. A penetração vaginal foi a ocorrência mais comum, sendo exclusiva em 43,9% dos casos, enquanto que a associação desta com penetração anal ou oral ocorreu em 31,4% dos casos. Foram estatisticamente significantes para a chegada após 72 horas da agressão: a ausência de trauma não genital (OR = 2,58; IC95%: 1,04; 6,38), a não realização de denúncia policial (OR = 2,74; IC 95%: 1,58; 4,78) e o agressor conhecido (OR = 0,51; IC95%: 0,28; 0,96). **Conclusões:** O traumatismo não genital e a denúncia policial foram protetores para as vítimas, trazendo-as ao hospital dentro das primeiras 72 horas após a ocorrência; já o agressor conhecido foi fator determinante no atraso à chegada ao serviço de saúde. Políticas públicas para capacitação, divulgação e integração entre os setores envolvidos na abordagem deste tipo de violência podem reduzir as complicações dela decorrentes.

Palavras-chave: saúde pública; saúde da mulher; violência sexual; prevenção e controle; infecção por HIV.

Abstract:

Background: We aimed to describe the social, demographic and medical characteristics of victims of sexual violence and their association with the lapsed time between the aggression and the search for medical attention, and to identify the possible reasons for delay in access to hospital. Methods: We reviewed the records of 439 female cases of sexual violence, treated through the medical services in Sao Bernardo do Campo, Brazil, during an eight-year period, from 2000 to 2007. Results: Of the 439 patients, 374 arrived at the hospital within 72 hours after the aggression. The average age was 24.5 years; 45.1% completed or were finishing high school. The most common form of sexual aggression was vaginal penetration in 43.9% of the cases, followed by multiple forms of penetration such as vaginal plus anal, or vaginal plus oral in 31.4% of the patients. Patients who did not suffer extra-genital injury and those who did not notify the authorities were significantly more likely to present to care after 72 hours: OR = 2.58 (95%CI: 1.04; 6.38) and OR = 2.74 (95%CI: 1.58; 4.78) respectively. Patients who had prior knowledge of their aggressor were significantly less likely to present after 72 hours (OR = 0.51; 95%CI: 0.28; 0.96). Conclusions: patients who suffered from extra-genital trauma and those who notified the authorities were more likely to seek care within 72 hours whereas patients who knew their aggressor were more likely to suffer the consequences of seeking care later than 72 hours. Public policies and efforts to educate women about the seriousness of this crime and encourage them to notify the authorities and seek care immediately following the aggression, may reduce the complications involving such crime.

Key words: public health; women health; sexual violence; prevention and control; HIV infection.

- 1 Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica. Departamento de Morfologia e Fisiologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. Brazil
- 2 Setor de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. Brazil
Corresponding author: mдорafig@hotmail.com

Suggested citation: Vertamatti MAF, Abreu LC, Barbosa CP. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the Brazilian health service; Journal of Human Growth and Development 2013; 23(1): 46-51
Manuscript submitted Apr 06 2012, accepted for publication Dec 10 2012.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "qualquer ato de violência baseado no gênero, que resulte em prejuízo físico, sexual ou psíquico-emocional à mulher, ocorrido em vida pública ou privada"¹. É um tipo de crime caracterizado como universal, mascarado pela subnotificação e pela falta de debate sobre o tema, a despeito de tratar-se de sério problema de saúde pública pela sua elevada morbidade¹.

No manual de indicadores básicos da Organização Mundial de Saúde em 2002, estima-se que 20% das mulheres sofreram abuso sexual em algum tempo de sua vida, e que a incidência desse tipo de agressão varia de 13 a 28%^{2,1}. No Brasil, estes dados permanecem vagos pela escassez de estudos sobre o tema, mas a taxa mínima de incidência estimada é de 7% na população em geral³.

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de outras injúrias físicas e o impacto sobre o estado psicológico da mulher. Desta forma, o profissional de saúde encontra-se em posição de destaque para o diagnóstico precoce e prevenção dos problemas decorrentes dessa violência, lembrando que o serviço de saúde não acarreta, em pacientes maiores de idade, obrigatoriedade na denúncia policial, e sim acolhimento e orientação.

Segundo a norma técnica do Ministério da Saúde, versão atualizada em 2011, a eficiência dos mecanismos de prevenção é tanto maior quanto mais precocemente adotadas, neste caso, entende-se que 72 horas após a agressão sexual seja o prazo limite para introdução de medicamentos contra gravidez indesejada e DST/HIV^{3,4}. Conforme recomendações do Ministério da Saúde, preceve-se zidovudina e lamivudina como regime preferencial, e ainda ritonavir associado a lopinavir³. É de entendimento público que a situação de estupro impõe variado grau de constrangimento à vítima, inibindo assim seu comparecimento à autoridade policial e mesmo ao serviço de saúde. É fundamental, pois, obter dados que auxiliem o profissional na difícil tarefa de minimizar as consequências de uma situação tão injusta e dolorosa, identificando as prováveis razões ligadas à demora no acesso ao serviço hospitalar.

A literatura relata que há poucos estudos sobre o uso de antirretrovirais nos casos da prevenção do HIV, porém há evidências de que tal procedimento vem obtendo grande êxito em evitar transmissão materno-fetal e nos casos de acidentes ocupacionais³. Não há relatos de soroconversão em nenhum paciente que tenha utilizado corretamente as drogas após agressão sexual^{12,17}. Da mesma forma, não houve nenhum caso de soroconversão entre os pacientes atendidos por nós.

Tendo em vista o descrito acima, o objetivo deste trabalho é discutir diferenças entre mulheres que chegaram ao serviço de saúde dentro de 72 horas após o abuso e as que não chegaram, no que diz respeito às características sócio-demográficas e clínicas e a dimensão da violência.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo retrospectivo de 439 mulheres atendidas pelo Programa de Atenção à Violência e Abuso Sexual de São Bernardo do Campo (PAVAS-SBC), estado de São Paulo (SP), no período de 2000 a 2007. A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, protocolo nº100/2008.

São Bernardo do Campo é um município brasileiro do estado de São Paulo, na mesorregião Metropolitana de São Paulo e microrregião de São Paulo. A área total do município é de 406 km² e sua população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 781.390 habitantes (421.918 são mulheres)⁸.

Como fontes de dados usamos questionário semi-estruturado, com a descrição do exame clínico da vítima, sendo elencadas as variáveis independentes, a saber: idade, escolaridade, situação conjugal, gestação no momento da agressão, tempo de chegada ao hospital, uso de contracepção prévia, atividade sexual prévia, identidade do agressor, número de agressores, tipo de crime, realização de denúncia policial, presença de trauma físico ao exame de entrada. A variável dependente foi o tempo decorrido entre a agressão sexual e a chegada da paciente ao hospital.

As faixas etárias foram divididas em três grupos, após calculadas a média e desvio padrão usando dados quantitativos. Para composição da população, seguiram-se as seguintes definições: adolescência como sendo o período entre 10 e 19 anos⁹, menacme entre 20 e 39 anos⁹ e peri ou pós menopausa a partir de 40 anos.¹⁰ O critério de inclusão foi a livre demanda, e as que concordaram em participar do estudo no período de 2000 a 2007; sendo os de exclusão sexo masculino e vítimas de abuso intra-familiar.

Constituiu-se banco de dados e realizou-se teste para a avaliação de suposição da normalidade das variáveis utilizadas através do teste de Anderson-Darling. Os testes das hipóteses para proporções foram qui-quadrado ou exato de Fisher. A razão de chances (*odds ratio*) foi calculada por meio de regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%.

Todas as variáveis com um valor $p \leq 0.20$ na regressão logística ou no teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher foram incluídas no modelo hierarquizado. No modelo final, foram mantidas todas as variáveis, cuja associação com o tempo de chegada ao serviço de saúde permaneceu em nível ≤ 0.05 , controlando para idade.

Para analisar alguns fatores, como escolaridade e situação conjugal, pressupôs-se que a idade seria uma variável modificadora de efeito nos modelos de regressão logística. Foram analisados dois modelos: um modelo A, com as variáveis independentes não controladas pela idade, e um modelo B, quando controladas. Foram considerados estatisticamente significantes todos os achados com valor de $p \leq 0.05$, com os seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

RESULTADOS

O total de pacientes incluídas no estudo foi 439, sendo que 374 (85.19%) chegaram até 72 horas ao hospital, enquanto que 65 (14.81%) chegaram após 72 horas. A média de idade foi de 24.5 anos, sendo que 44.4% encontravam-se na faixa entre 10 e 19 anos e 47.3% na faixa entre 20 e 39 anos (tabela 1). Quanto à escolaridade, a maior parte (45.1%) cursava ou havia concluído o segundo grau. Ainda na tabela 1, podemos observar que a agressão mais freqüente foi o penetração vaginal (43.9%), enquanto que a penetração oral foi exclusiva em 8.9% e a penetração anal em 3.6%. A associação de dois ou mais tipos de agressão ocorreu em 31.4% dos casos. Em 88.1% das mulheres, apenas um agressor esteve envolvido no crime (tabela 1).

Em relação aos traumas físicos notamos, também na tabela 1, que 14.8% das vítimas sofreram trauma genital enquanto que, 18.6% sofreram trauma extragenital. O agressor era conhecido pela vítima em 18.4% dos casos, e 62.4% compareceu a delegacia para registrar queixa policial (tabela 1).

As variáveis que não apresentaram $p <$ que 20% na análise uni variada, não estão apresentadas na tabela 1, e são: atividade sexual prévia, uso de contracepção e gestação na data do crime. Após controle para a idade em análise de regressão múltipla (modelo B), não houve diferença estatística, significando que o grande número de mulheres jovens não alterou resultados em nenhuma variável.

Na tabela 2 pode-se identificar as variáveis associadas ao evento de interesse, com $p <$ que 5%: trauma não genital e a realização de denúncia policial apresentaram associação negativa a chegada após 72 horas do crime, ou seja, são fatores protetores quanto ao evento de interesse. Já o agressor conhecido teve associação positiva para o atraso na busca ao serviço de saúde. O software utilizado foi STATA 10.0 para as análises.

DISCUSSÃO

O combate ao problema da violência sexual, seja contra a mulher ou a criança, requer ações integradas da educação, justiça, ação social, sociedade civil e saúde, sendo que à última compete o

atendimento de urgência com intuito de proteger a vítima dos riscos de gravidez, doenças de transmissão sexual e danos psicológicos^{11,12}.

Os achados da literatura têm demonstrado que as mulheres escolhidas pelos agressores são bastante jovens, com taxas entre 50 e 60% de meninas com idade até 19 anos.^{12,14,15} Isso acontece não só pela atração física pela mulher mais jovem, mas também porque sua imaturidade a torna mais vulnerável à agressão^{12,7}. A média de idade da população analisada foi de 24.5 anos, sendo que 44.4% estavam na faixa entre 10 e 19 anos e 47.3% estavam na faixa entre 20 e 39 anos. Após aplicados testes estatísticos, observamos porém, que a faixa etária das vítimas não modificou os resultados.

A infecção pelo HIV é grande preocupação para as mulheres agredidas sexualmente. Os trabalhos existentes mostram o risco de infecção nestes casos entre 0.8 e 2.7%³; risco este comparável a outras formas de exposição sexual, heterossexual única ou acidentes perfuro cortantes. O risco desta infecção depende de algumas condições, entre elas, o tipo de exposição sexual (anal, vaginal, oral), o número de agressores, a susceptibilidade da mulher, traumatismos ou lesões genitais associados, carga viral do agressor, mas principalmente o tempo decorrido entre o contato com indivíduo infectado e o início das medicações profiláticas^{3,16,17}.

Há consenso na literatura que a profilaxia anti-HIV deve ser iniciada o mais precocemente possível¹⁴⁻¹⁸ pois, após a sua penetração através de falha das barreiras cutâneo-mucosas, o vírus chegará à circulação sanguínea e encontrar-se-á apto a infectar os macrófagos após cerca de 48 horas, o que determinou que 72 horas fossem o limite aceitável dentro do qual as drogas antiretrovirais poderiam exercer efeito protetor^{19,20}.

Na literatura pesquisada acerca de grupos populacionais semelhantes ao nosso, evidenciamos números entre 7 e 33% de pacientes chegando ao serviço de saúde após os primeiros três dias^{12,14} nenhum deles, porém, analisa as variáveis relacionadas a este atraso. O desconhecimento de importantes detalhes técnicos acima discutidos pode ter contribuído para que 14.8% das mulheres em nosso estudo chegassem após 72 horas, impossibilitando-as de receber os devidos cuidados.

Observamos com significância estatística que o agressor, quando conhecido, é um dos fatores que atrasa a busca pelo serviço. Além do constrangimento e humilhação experimentados pela vítima, o medo de retaliação por parte de um agressor que lhe possa facilmente reencontrar, pesa mais que o medo de gravidez e infecções.

Vale lembrar ainda do difícil reconhecimento do chamado "estupro conjugal", quando relações supostamente consensuais terminam em agressão, mas raramente são denunciadas.²¹ A literatura fala em taxas de 70% de agressores conhecidos, sendo que os principais seriam parceiros e familia-

Tabela 1: Distribuição das mulheres atendidas pelo PAVAS-SBC segundo variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas, 2000 a 2007

Variáveis	Antes de 72h		Após 72h		P
	N	%	n	%	
Idade (em anos)					
10 - 20 anos	160	82.05	35	17.95	0.243
21 a 40 anos	183	87.98	25	12.02	
acima 40 anos	31	86.11	5	13.89	
Total	374	85.19	65	14.81	
Idade (em anos)		Media = 24,56		Desvio padrão = 10,07	
Escolaridade					
Analfabeto	7	63.64	4	36.36	0.090
1o. Grau incompleto	108	81.82	24	18.18	
1o. Grau completo	86	87.76	12	12.24	
2o. Grau (compl. ou incompl.)	173	87.37	25	12.63	
Total	374	85.19	65	14.81	
Estado Civil					
Não Unida	290	84.06	55	15.94	0.199
Unida	84	89.36	10	10.64	
Total	374	85.19	65	14.81	
Tipo de Agressão					
Coito vaginal	163	84.46	30	15.54	0.077
coito anal	13	81.25	3	18.75	
coito oral	36	92.31	3	7.69	
3 tipos de coito	40	83.33	8	16.67	
2 tipos de coito	71	78.89	19	21.11	
Outro Ato Libidinoso	51	96.23	2	3.77	
Total	374	85.19	65	14.81	
Trauma Genital					
Sim	60	92.31	5	7.69	0.080
Não	314	83.96	60	16.04	
Total	374	85.19	65	14.81	
Trauma Extra Genital					
Sim	76	92.68	6	7.32	0.007
Não	298	83.71	59	16.29	
Total	374	85.19	65	14.81	
Agressor Conhecido					
Sim	61	75.31	20	24.69	0.006
Não	313	87.43	45	12.57	
Total	374	85.19	65	14.81	
Numero de Agressores					
1	331	85.53	56	14.47	0.108
2	29	90.63	3	9.38	
>2	14	70.00	6	30.00	
Total	374	85.19	65	14.81	
Fez ocorrência policial					
Sim	248	90.51	26	9.49	0.000
Não	126	76.36	39	23.64	
Total	374	85.19	65	14.81	

* $p < 0.05$ pelo teste qui-quadrado ou de Fisher.

† dp = desvio-padrão.

Notas: (a) As co-variáveis que não apresentaram $p < 20\%$ na análise uni variada não foram apresentados na tabela 1; são elas atividade sexual prévia, uso de contracepção e gestação na data do crime.

Tabela 2: Estimativa do modelo (final*) de regressão múltipla logística para chegada após 72 horas do crime, PAVAS-SBC-2000 a 2007

Variáveis Independentes:	Modelo A [†]		Modelo B [‡]	
	OR [§] (95% CI)	P	OR [§] (95% CI)	P
Idade	-	-	0.98 (0.95; 1.01)	0.387
Trauma não genital				
Não	2.6 (1.06; 6.41)	0.036	2.58 (1.04; 6.38)	0.040
Sim (referência)				
Agressor conhecido				
Não				
Sim (referência)	0.52 (0.28; 0.96)	0.036	0.51 (0.28; 0.96)	0.037
Denúncia policial				
Não	2.84 (1.64; 4.92)	0.000	2.74 (1.58; 4.78)	0.000
Sim (referência)				

* Exclusão de todas as co-variáveis, simultaneamente, com $p > 5\%$, na tabela 2 em qualquer um dos tempos.

[†] Modelo A = não controlado pela idade.

[‡] Modelo B = controlado pela idade.

[§] OR = odds ratio.

^{||} CI = intervalo de confiança.

res^{12,22}. Em casuísticas de atendimento emergencial, como pronto-socorros ou serviços de referência como o nosso, os números para agressores conhecidos giram entre 10 e 20% ^{23,24}, compatíveis com os 18,4% do presente estudo.

A violência por parceiro íntimo (VPI) continua sendo um severo problema de saúde pública, constantemente associadas a escoriações, contusões e queimaduras, de variados níveis de gravidade²⁵.

A desigualdade de gênero afeta a mulher não somente por suas diferenças biológicas em relação aos homens, mas também por desigualdades sociais, culturais e econômicas, gerando discriminação, por vezes acompanhada de violência física, que contribui para a gênese de alterações do crescimento e desenvolvimento na idade reprodutiva.²⁶

Os achados mostram que, a presença de trauma não genital e a denúncia policial foram fatores de proteção para o desfecho estudado, fazendo com que a paciente chegasse em tempo hábil para as profilaxias. É natural supor que os profissionais em delegacias e pronto-socorros tenham encaminhado os casos pós-agressão sexual com maior brevidade ao serviço de referência, o que demonstra uma rede municipal integrada e bem articulada para assistência às vítimas deste tipo de crime.

Um achado inesperado em nosso estudo foi que o trauma genital, ainda que relatado em mesmas proporções que o extra genital, não influenciou no tempo de chegada das mulheres. A maior parte das injúrias examinadas foram de pequena gravidade, como escoriações, leves contusões, hematomas superficiais e equimoses. Parece que o constrangimento e os tabus sociais dificultam sobremaneira a exposição da intimidade das vítimas, como lacerações ou sangramentos vulvares e vaginais. Evidencia-se que a culpa perante a família só é superada em casos de lesões graves²⁷⁻³¹.

Em conclusão, a maioria das vítimas chegou antes de 72 horas ao hospital. A média de idade foi de 24.5 anos, a maior parte cursava ou havia concluído o segundo grau. A penetração vaginal foi o crime mais praticado, seguido pela associação deste com penetração anal ou oral.

Considerando que 72 horas após o abuso sexual seja o tempo máximo recomendável para a efetiva profilaxia contra DST/Aids e gravidez indesejada, dois fatores mostraram-se protetores para as vítimas: a presença de traumatismo não genital e a realização da denúncia policial. Já o agressor conhecido da paciente foi fator de-

terminante no atraso pela busca ao serviço de saúde.

Políticas públicas voltadas para maior capacitação, divulgação e integração entre os dife-

rentes setores implicados na questão da violência sexual poderão trazer impacto positivo na redução e controle das complicações decorrentes deste tipo de crime.

REFERÊNCIAS

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002, 4:351.
- McIntyre P: Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva: World Health Organization 2002, p43.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevention and treatment of damages resulting from sexual violence against women and adolescents: technical standard. 3ª edição. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde; 2011. p.123
- Faúndes A, Andalaft Neto J: IV Interprofessional forum about the care for the sexual harassed women. *Femina* 2000, 28(9):515-9.
- Draucker C, Martsof D: Life-course typology of adults who experienced sexual violence. *J Interpers Viol* 2007, 25(7):1155-82. DOI: 10.1177/0886260509340537.
- Ahrens CE, Abeling S, Ahmad S, Hinman J: Spirituality and well-being: the relationship between religious coping and recovery from sexual assault. *J Interpers Violence* 2009, 25(7):1242-63. DOI: 10.1177/0886260509340533.
- Brozowski K, Hall DR: Aging and risk: physical and sexual abuse of elders in Canada. *J Interpers Violence* 2010, 25(7):1183-99. DOI: 10.1177/0886260509340546.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. (2007). Contagem da População 2007; Brasília-DF. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>
- World Health Organization: Global Consultation on Adolescent Friendly Health Services – a Consensus Statement. Geneva: World Health Organization 2002. p29.
- Li C, Wilawan K, Samsioe G, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C: Health profile of middle-aged women: the Women's Health in the Lund Area (WHILA) study. *Hum Reprod* 2002, 17(5):1379-85. DOI: 10.1093/humrep/17.5.1379
- Bergamo W, Gebrim LH, Almeida M, Lima GR, Baracat EC. Gynecologist's role in front a rape patient. *Femina* 2000, 28(8):419-23.
- Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A: Emergency care for women following sexual assault: characteristics of women and six-month post-aggression follow-up. *Cad Saude Publica* 2005, 21(1):192-99.
- Casanueva CE, Martin SL: Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. *J Interpers Viol* 2007, 22(5):603-22. DOI: 10.1177/0886260506298836.
- Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros JM: Demographic characteristics and the interval between occurrence and the search for attendance by women victims of sexual abuse. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001, 23(9):583-7.
- Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM: Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* 2000, 35(4):358-62.
- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C: WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Garcia-Moreno C, Watts C: Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ* 2011, 89:2. DOI:10.2471/BLT.10.085217.
- Go VF, Srikrishnan AK, Parker CB, Salter M, Green AM, Siviram S, et al: High prevalence of forced sex among non-brothel based, wine shop centered sex workers in Chennai India. *AIDS Behav* 2011, 15(1):163-171. DOI: 10.1007/s10461-010-9758-0
- Plata F: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: biología del virus de inmunodeficiencia humano. *Acta Med Colomb* 1988, 13(4):282-4.
- Ball SC: HIV prophylaxis following sexual exposure. *AIDS Read* 2001, 11(3):126-8.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, Valença OAA, Couto MT: Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica* 2007, 41(5):797-807. DOI:org/10.1590/S0034-89102007000500014
- Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE: Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents. *J Pediatr* 2001, 77(5):413-19.
- Gomes MLM, Falbo Neto GH, Viana CH, Silva MA: Epidemiologic clinical profile of female children and adolescents victims of violence assisted in a Women's Support Service, Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Inf* 2006, 6(Supl 1):S27-34.
- Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M: Analysis of 418

- cases of sexual assault. *Forens Scienc Int* 2003, 131(2-3):125-30.
25. Antai D: Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Women's Health* 2011, 11:56. DOI:10.1186/1472-6874-11-56.
 26. Osinde MO, Kaye DK, Kakaire O: Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health* 2011, 11:50. DOI:10.1186/1472-6874-11-50
 27. Cantón-Cortés D, Cantón J, Cortés MR: The interactive effect of blame attribution with characteristics of child sexual abuse on posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013, 200(4):329-35.
 28. DREZETT, J. 2011 Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, et al. Influence of the forensic examination of the author accountability for sexual violence. *J Hum Growth Develop* 2011;21:189-195.
 29. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett J, et al. Factors Associated to Time of Arrival at the Health Service after Sexual Violence. *HEALTHMED*, 2013;6:37-41.
 30. Drezett J, Kurobe FC, Nobumoto CT, et al. Hydatidiform mole resulting from sexual violence. *Int Arch Med*. 2013;5:8.
 31. Drezett J, Vasconcellos RM, Pedroso D, et al. Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse *J Hum Growth Develop* 2013; 22:34-40.