

# Álcool e violência contra a mulher: retrato da vulnerabilidade da mulher brasileira

*Alcohol and violence against woman: a picture of the vulnerability of Brazilian woman*

Sara de Pinho Cunha Paiva<sup>1</sup>, Francisco José Machado Viana<sup>2</sup>, Tatiane Aparecida Fernandes Campos<sup>3</sup>, Beatriz Miranda de Brito<sup>3</sup>, Isabella Calazans Pinheiro<sup>1</sup>, Daniela Prates Horta<sup>1</sup>, Daniela Fonseca Corrêa Neto<sup>4</sup>

## RESUMO

A violência contra a mulher é problema de saúde pública global, causando consequências permanentes em sua vida, como danos físicos e psicológicos. Ações têm sido implementadas para estimular estudos sobre o tema, a fim de propor intervenções para sua prevenção e atendimento adequado às vítimas. É importante salientar a relação existente entre a violência sofrida na infância/adolescência e futura vulnerabilidade das vítimas ao uso de álcool e drogas ilícitas, aumentando a incidência de novos episódios de violência. Este trabalho objetivou relatar um caso específico de violência contra a mulher, mostrando a importância da organização de acolhimento adequado às vítimas pelos serviços de atenção à saúde no Brasil. A vítima apresentou história de violência sexual na infância/adolescência, seguida de uso de álcool e repetidos atos de violência na idade adulta, que culminaram com o episódio de introdução de corpo estranho em cavidade vaginal, com consequente doença inflamatória pélvica aguda.

**Palavras-chave:** Violência Contra a Mulher; Violência Sexual; Alcoolismo.

<sup>1</sup> Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde - ICBS. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Fundação Mineira de educação e cultura - FUMEC. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Maternidade Odete Valadares. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>4</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG - Brasil.

### Instituição:

Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH. Belo Horizonte, MG - Brasil.

### \* Autor Correspondente:

Daniela Prates Horta

E-mail: dani.prates@hotmail.com

Recebido em: 09/09/2015.

Aprovado em: 30/06/2016.

## ABSTRACT

Violence against women is a global public health problem and can be responsible for permanent consequences, such as physical and psychological harm. Actions have been implemented to encourage studies on the subject, in order to propose measures for its prevention and appropriate care of victims. It is important to state the relationship between violence experienced in childhood/adolescence and future vulnerability of victims to alcohol and illicit drugs, increasing the incidence of new episodes of violence. This study aimed to report a specific clinical case of violence against woman, showing the importance of adequate organization of health services and humanitarian care for victims in Brazil. The victim had a history of sexual abuse in childhood/adolescence, followed by alcohol abuse and repeated acts of violence in adulthood that led to the episode introduction of a foreign body in the vaginal cavity, with consequent inflammatory disease and acute pelvic pain.

**Keywords:** Violence Against Women; Sexual Violence; Alcoholism.

## INTRODUÇÃO

A violência é fenômeno universal que atinge a todos, cidadãos e cidadãs do mundo. A violência sexual não abrange restrição de sexo, idade, etnia ou classe social; fazendo parte do passado e do presente, em diferentes contextos sociais e econômicos, ao longo da história da humanidade. Entre todos os tipos existentes, a violência contra a mulher destaca-se de forma expressiva, gera discussões em diversos setores da sociedade, em busca de sua melhor compreensão para que seja possível promover estratégias mais adequadas para a sua prevenção. Muitas ações têm sido implementadas para estimular a prevenção e atendimento adequado às vítimas.<sup>1-4</sup> As mulheres experimentam, ao longo de suas vidas, vários tipos de violência e abusos, como agressões verbais, físicas e sexuais cometidas por parceiros ou ex-parceiros, familiares, conhecidos ou estranhos.<sup>5</sup>

Este trabalho relata um caso clínico específico de violência contra a mulher, mostrando a importância da organização de atendimento humanizado e adequado às vítimas pelos serviços de atenção à saúde no Brasil. A vítima apresentou história de violência sexual na infância/adolescência, seguida de uso de álcool e repetidos atos de violência na idade adulta que culminaram com a introdução de corpo estranho em cavidade vaginal, com consequente doença inflamatória e dor pélvica aguda. Além disto, relata de forma sucinta os avanços ocorridos na legislação brasileira para a proteção da mulher vítima de violência.

## RELATO DE CASO

Mulher negra, 22 anos de idade, G2PC1PN1A0, viúva, primeiro grau incompleto, desempregada, residente em região metropolitana de Belo Horizonte, heterossexual,

hígida. Encaminhada da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), na qual havia chegado há dois dias devido a oligúria, disúria, dor intensa em hipogástrio e canal vaginal, associado a sangramento vaginal.

Na UPA foi solicitado hemograma, proteína C reativa (PCR), gonadotrofina coriônica humana sérica (hCG sérico), teste rápido para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), urina rotina e Gram de gota (GG), sendo evidenciada infecção urinária. O restante dos exames mostrava-se sem alterações. Permaneceu dois dias na UPA sem realização de exame ginecológico.

Foi encaminhada para o serviço de pronto atendimento da Maternidade Odete Valadares (MOV) para avaliação ginecológica, devido à suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP), além da infecção urinária, sendo atendida por equipe multidisciplinar (enfermeira, médico ginecologista, psicólogo). Relatou ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica na noite anterior ao aparecimento da sintomatologia que a levou a procurar o atendimento na UPA com dor pélvica aguda, porém negou uso de outras drogas ilícitas.

Referiu ter acordado, no dia seguinte, com dor intensa no fundo da vagina, acompanhada de disúria, oligúria, dificuldade para evacuar e temperatura axilar de 39°C. Ao ser indagada sobre a possibilidade de violência sexual (VS), disse não se lembrar exatamente, porém, suspeitava que poderia ter sido estuprada, mas não se recordava de ameaças e ocorrência de penetração vaginal, oral ou anal. Desconhecia os agressores, mas referia presença de mais de um homem no ambiente em que se encontrava. Relatou, ainda, que havia sido vítima de VS na infância, o que foi confirmado após busca do prontuário da paciente no arquivo da MOV, quando a mesma apresentava 13 anos de idade.

Apresentava-se em posição antálgica, memória recente e remota preservadas, desenvolvimento mental normal e hálito normal. Ausência de lesões em tórax, abdômen, membros superiores e inferiores. A inspeção vulvar não apresentava alterações, com hímen carnososo, de orla reduzida, óstio amplo, com rotura antiga e cicatrizada. Ao toque vaginal, notava-se presença de objeto endurecido em fundo vaginal, em continuidade com a parede vaginal. O exame especular foi dificultado por dor intensa, mas observou-se presença de um copo de vidro dentro da vagina, com o fundo voltado para o colo uterino e sua abertura externa próxima ao introito vaginal (Figura 1A).

Foi internada e realizado atendimento de acordo com o protocolo de VS da instituição, incluindo tratamento de endometrite devido secreção vaginal com odor extremamente fétido e relato de febre. Encaminhada ao bloco cirúrgico para retirada do objeto sob analgesia e sedação, foram realizadas várias tentativas de retirada do corpo estranho, culminando com a quebra do mesmo (Figura 1B).

Optou-se pela realização de episiotomia mediolateral à direita para extração do corpo estranho, devido ao risco de laceração de parede vaginal, com possível acometimento de reto e uretra (Figura 1C e 1D). Após lavagem ampla da cavidade vaginal com soro fisiológico, foi realizada episiorrafia (Figura 1E). Durante a extração do corpo estranho, vários pedaços do objeto se quebraram (Figura 2).



**Figura 1.** Extração de corpo estranho em paciente vítima de violência sexual (VS). Paciente em posição de litotomia sob analgesia e sedação em bloco cirúrgico. A: Borda de objeto de vidro exteriorizando em fúrcula vaginal ao exame ginecológico. B: Área cortante após a quebra da borda externa do objeto de vidro dentro do canal vaginal. C: Extração de objeto de vidro (copo) por tração, após realização de episiotomia médio lateral à esquerda com abertura da pele, mucosa vaginal e musculatura perineal. D: Incisão de episiotomia médio lateral à esquerda. E: Aspecto da região vaginal e perineal após retirada de corpo estranho vaginal (copo de vidro) e sutura de incisão de episiotomia (episiorrafia).

Permaneceu internada por dois dias, para administração de antibioticoterapia visando o tratamento da endometrite. Recebeu alta hospitalar em boas condições gerais, sendo encaminhada ao ambulatório do serviço para acompanhamento psicológico.

## DISCUSSÃO

A prevalência global de violência sexual é estimada em 2 a 5%, acometendo cerca de 12 milhões de vítimas a cada ano.<sup>3</sup> A prevalência de violência sexual com estupro em



**Figura 2.** Corpo estranho (copo de vidro) extraído de cavidade vaginal de paciente vítima de violência sexual. A: Fragmentos do corpo estranho que se quebraram durante a tentativa de extração da cavidade vaginal. B: Corpo estranho (copo de vidro) extraído da cavidade vaginal. C: Corpo estranho (copo de vidro) em posição horizontal e fragmentos de corpo estranho extraídos da cavidade vaginal. D: Corpo estranho (copo de vidro) em posição vertical.

mulheres, ao longo da vida, corresponde a aproximadamente 20%.<sup>6,7</sup> Dados nacionais indicam média diária de 21,9 mulheres procurando atendimentos em serviços de saúde por violência sexual e 14,2 mulheres/dia notificadas como vítimas de estupro.<sup>8</sup> Embora a violência sexual atinja homens e mulheres, estas são as principais vítimas em qualquer período de suas vidas. No entanto, as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão.

A agressão sexual é termo abrangente que se refere a qualquer forma de contato sexual indesejado, forçado ou inapropriado, desde um toque, beijo até a penetração vaginal, oral ou anal. Isto inclui as situações em que a vítima é incapaz de consentir por causa de intoxicação, incapacidade de compreender as consequências, percepções equivocadas por causa da idade, ou outras incapacidades.<sup>9</sup>

A violência sexual tem efeitos devastadores nas esferas física e mental, em curto e longo prazo.<sup>6</sup> Por isso foi reconhecida como problema de saúde pública global em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, muitas ações foram implementadas para estimular estudos sobre a violência contra a mulher e propor intervenções relativas à prevenção da agressão, atendimento adequado, humanizado e normatizado.<sup>2,10</sup> Em função disso, é fundamental que haja serviços que atendam a essa demanda de forma ágil, acolhedora, em bom ambiente e com capacidade de atuar nas preocupações imediatas (lesão física, DST, gravidez) e nas dificuldades psíquicas.<sup>6,11,12</sup>

A lei brasileira, modificada em 2007, no Código Penal, artigo 217 – A, define como crime o estupro de vulnerável. Ela diz que “é estupro de vulnerável fazer qualquer tipo de sexo com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”.<sup>13</sup> Sendo assim, realizar sexo com alguém intensamente intoxicado pelo álcool é considerado crime de estupro de vulnerável e deve ser tratado como tal, tanto no que diz respeito à punição do agressor quanto ao atendimento da vítima.

Aproximadamente metade dos casos de violência sexual está associado ao consumo de álcool pelo agressor, pela vítima ou por ambos.<sup>14</sup> Drogas do estupro, poderosos agentes hipnóticos e sedativos normalmente encontrados em flunitrazepam e triazolam, apesar de amplamente difundidas, são raramente utilizadas porque o álcool é muito mais acessível e aceito socialmente.<sup>15</sup>

O álcool tem efeito tanto no psicológico quanto no racional. À medida que uma pessoa se torna mais intoxicada, os efeitos fisiológicos do álcool causam queda na capacidade de processamento das informações e de fazer julgamentos, além de levar à perda do controle motor, discurso confuso, deterioração do tempo de reação e, por último, perda da consciência.<sup>16</sup> Assim, os indivíduos intoxicados se tornam mais focados em sinais proeminentes do ambiente, que, geralmente, são situações sociais nas quais se destaca a diversão.

Apesar da intoxicação não ser pré-requisito para a ocorrência da violência sexual, elas frequentemente ocorrem juntas, o que pode sugerir que o álcool tenha papel causal em alguns casos de violência sexual. Tal papel, geralmente atua na vítima e no agressor, como escrito anteriormente. Na vítima, geralmente através da intoxicação extrema, pois quando a mulher fica intensamente debilitada pelo excesso de bebida, ela não pode resistir efetivamente à violência.<sup>17</sup>

Já no agressor, ainda não está bem estabelecido se o álcool incita pensamentos violentos e sexuais ou se ele apenas causa desinibição e justificativa para indivíduos previamente violentos e com tendência a praticarem violência sexual. Além de considerar as crenças do agressor sobre os efeitos do álcool em seu próprio comportamento, também é essencial considerar suas crenças sobre o efeito do álcool no comportamento das mulheres: muitos homens acreditam que o álcool deixa as mulheres mais propensas a convites sexuais.

Esta crença pode estimular a interpretação distorcida de que qualquer comportamento amigável da mulher, que tenha feito ingestão de bebida alcoólica, seja sinal de que ela está interessada em manter algum tipo de relação sexual.<sup>18</sup> Grande parte dos homens relacionam mulheres que bebem com promiscuidade. Além disso, alguns criminosos reconhecem que as habilidades motoras e cognitivas de mulheres intoxicadas fazem delas alvos convenientes para a agressão sexual. Esses criminosos geralmente perseguem mulheres intoxicadas em festas e bares e as encorajam a beberem pesadamente.<sup>19</sup>

Outro fator a ser considerado é que geralmente a relação entre álcool e violência sexual constrói um círculo vicioso: vítimas de agressão sexual geralmente se culpam, acreditam que o álcool diminui a tensão, bebem para lidar com sentimentos negativos e assim se tornam mais propensas a novas agressões.<sup>20</sup>

Um grande problema dessa categoria de violência sexual é o baixo índice de denúncias. Isso acontece porque muitas vezes as mulheres não entendem o acontecido como agressão sexual devido ao contexto social em que se encontravam. E, quando reconhecem a violência, se sentem culpadas pelo seu próprio comportamento. Fato esse agravado pela visão da sociedade que censura muito mais comportamentos alcoólicos e sexuais nas mulheres do que nos homens.

Devido a isto, o relato deste caso clínico mostra-se de extrema importância para chamar a atenção dos serviços de saúde. Pacientes vítimas de violência contra a mulher, mesmo que não procurem o serviço médico devido à violência sexual, necessitam de atendimento multidisciplinar com suporte emocional e psicológico.

Além disto, os profissionais da área de saúde devem estar preparados para realizar todas as medidas necessárias para diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, assim como prevenção de gestação indesejada. Faz parte também do atendimento a vítimas de violência contra a mulher a orientação quanto à possibilidade da paciente prestar queixa contra agressor, se assim for sua vontade.

As agressões sexuais facilitadas pelo uso de álcool e drogas, que em alguns casos são ingeridas voluntariamente pela vítima, são cada vez mais reconhecidas e são mais comuns do que o estupro forçado clássico.<sup>18-20</sup> Mulheres que sofrem violência física e sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento.

Em Londres, 2,8% de casos de violência doméstica foram identificados pelos médicos em consulta no serviço de emergência, enquanto o estudo mais detalhado de todo o prontuário mostrou que 9,6% destas mulheres tinham sido agredidas fisicamente e 15,4% delas tinham histórias de lesões prováveis ou sugestivas de violência doméstica.<sup>21</sup>

Serviço de atenção primária à saúde de São Paulo evidenciou que 57% das mulheres atendidas relatavam algum episódio de violência física na vida, sendo que apenas 10% dos casos estavam registrados em prontuário.<sup>22</sup> A avaliação das barreiras à detecção dos riscos de violência contra a mulher pelos profissionais médicos<sup>23</sup> foi realizada por intermédio de entrevistas abertas com 38 profissionais, predominantemente médicos de atenção primária em rede de serviços de saúde em Washington-DC (EUA), buscando as dificuldades percebidas por esses profissionais para a identificação do tema.

Os autores utilizaram no título uma associação bastante expressiva: trabalhar com a violência é difícil porque é como abrir a “Caixa de Pandora”. Este mito foi citado repetidamente pelos entrevistados e refere-se a uma caixa que, assim que aberta, libera a doença, a insanidade, o vício, a maldade no mundo, evidenciando o medo de trabalhar com “diabos” que poderiam ser liberados ao se tratar do assunto.<sup>23</sup>

Atualmente, diversas organizações têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas. Tais medidas seriam o resultado da compreensão de que a violência representa violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, em importante causa de sofrimento e fator de risco para diversos problemas de saúde de cunho físico e psicológico.<sup>24</sup>

Entretanto, apesar desses avanços, o setor de saúde nem sempre oferece resposta satisfatória para o problema, que acaba sendo diluído entre outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade. Esta situação decorre da invisibilidade em alguns setores que ainda se limitam a cuidar dos sintomas das doenças e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema.

O resultado é que as intervenções terminam por mostrar respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres. Uma vez que a situação de violência não se extingue, suas repercussões sobre o adoecimento do corpo ou o sofrimento mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços para novas intervenções.<sup>22,24</sup> A complexidade que envolve a questão da violência contra a mulher exige ações capazes de dar conta das inúmeras demandas apresentadas, o que implica a necessidade de articulação entre diferentes áreas de conhecimento e de atuação.

Assim, os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são de fundamental importância para o enfrentamento desse problema, sendo imprescindível que estejam articulados com os serviços de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, na perspectiva da atenção integral à mulher.<sup>25</sup> Se a violência é problema com sérias consequências para a saúde, ela é situação que extrapola em muito esta esfera, e continua sendo situação de vida, com toda a complexidade que isto implica.<sup>26,27</sup>

Para que tal abordagem se torne cada vez mais possível e eficaz, o Governo Federal brasileiro sancionou sem vetos em agosto de 2013 a lei 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. De acordo com esta nova lei, os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer às vítimas atendimento emergencial, integral e multidisciplinar.

Além disto, o relato de atividade sexual não consentida deve ser considerado como violência sexual e o atendimento às vítimas deve constar de amparo médico, psicológico e social imediato, com diagnóstico e tratamento de lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas. Preconiza-se a realização de exames laboratoriais, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e de gestação indesejada, assim como orientação às vítimas sobre seus direitos legais e facilitação do registro da ocorrência em boletim policial.

## CONCLUSÃO

A violência contra a mulher é problema de saúde pública global e pode causar consequências permanentes na vida das vítimas, como danos físicos e psicológicos. Ações têm sido implementadas para estimular estudos sobre o tema, a fim de propor intervenções para sua prevenção e atendimento adequado às vítimas. Este relato de caso objetiva salientar a possível relação entre violência sofrida na infância/adolescência e futura vulnerabilidade das vítimas ao uso de álcool e drogas ilícitas, aumentando a incidência de novos episódios de violência. Se a violência é problema com sérias consequências para a saúde, ela é situação que extrapola em muito esta esfera, e continua sendo situação de vida, com toda a complexidade que isto implica.

Qualificar a violência como algo indesejável e injusto pode reforçar a situação para a pessoa, já que legitima seu sofrimento. Por outro lado, abre possibilidades de transformação pela consciência do processo a que se submete. Portanto, é necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com a mulher uma escuta responsável, exponham as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção e decidam com ela quais seriam as alternativas melhores para o caso, incluindo-a ativamente na responsabilidade pelo destino de sua vida.

## REFERÊNCIAS

1. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98. doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008
2. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, *et al*. Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):376-82.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Melo EM. *Podemos prevenir a violência*. Brasil: Organização Pan-Americana de Saúde; 2010.
5. World Health Organization. *Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help*. Geneva: World Health Organization; 2008. [citado 2012 Nov 12]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43876/1/9789241596589\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43876/1/9789241596589_eng.pdf)
6. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, *et al*. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
7. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):27-37.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. [citado 2012 Jul 20]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/testbrnet\\_001.def](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/testbrnet_001.def)
9. Wiemann CM, Harrykissoo SD, Rickert VI. Date rape: Identification and management. *UprToDate*. 2013. [citado 2014 Maio 13]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/date-rape-identification-and-management>
10. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2011;5(5):407-17.
12. DeGue S, Simon TR, Basile KC, Yee SL, Lang K, Spivak H. Moving forward by looking back: reflecting on a decade of CDC's work in sexual violence prevention, 2000-2010. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(12):1211-8.
13. Brasil. Código Penal Brasileiro. Lei Nº. 12.015, de 07 de agosto de 2009. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2009.
14. Abbey A. Alcohol's role in sexual violence perpetration: theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(5):481-9.
15. Kilpatrick DG, Resnick HS, Ruggiero KJ, Conoscenti LM, McCauley J. *Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study (NIJ 219181)* Washington: U.S. Department of Justice; 2007.

16. Norris J. The Relationship Between Alcohol Consumption and Sexual Victimization. *Appl Res Forum*. 2008 [citado 2015 Nov 13]. Disponível em: <https://www.snc.edu/titleix/docs/VA-WAAlcoholandVictimization2008.pdf>.
17. George WH, Cue KL, Lopez PA, Crowe LC, Norris J. Self-reported alcohol expectancies and postdrinking sexual inferences about women. *J Appl Soc Psychol*. 1995;25(2):164-86.
18. Abbey A, McAuslan P, Ross LT, Zawacki T. Alcohol expectancies regarding sex, aggression, and sexual vulnerability: Reliability and validity assessment. *Psychol Addict Behav*. 1999;13(3):174-82.
19. Lisak D, Miller PM. Repeat rape and multiple offending among undetected rapists. *Violence Vict*. 2002;17(1):73-84.
20. Benson BJ, Gohm CL, Gross AM. College women and sexual assault: The role of sex-related alcohol expectancies. *J Fam Violence*. 2007;22(6):341-51.
21. Stark E, Flitcraft A. *Women at risk-domestic: violence and women's health*. London: Sage; 1996.
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência, gênero e saúde: organização serviço e tecnologia de atenção integral à mulher. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, DMP; 1999.
23. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.
24. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl. 2):S263-72.
25. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde Soc*. 2004;13(2):89-99.
26. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violence against women: interfaces with Health care. *Interface (Botucatu)*. 1999;3(5):13-26.
27. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 12.845/2013, de 1 agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.