

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINOAMERICANA - UNILA  
MEDICINA**

**AS CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL NA SAÚDE DE VÍTIMAS EM REGIÕES DE  
FRONTEIRA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2014–2024)**

**YIRKA BOURBAKI MAYTA VILLAZON**

Foz do Iguaçu  
2026

Yirka Bourbaki Mayta Villazon

**AS CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL NA SAÚDE DE VÍTIMAS EM REGIÕES DE  
FRONTEIRA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2014 – 2024)**

Trabalho de revisão bibliográfica  
apresentado ao curso de Medicina da  
Universidade Federal de Integração  
Latinoamericana como parte das  
exigências para a obtenção do  
bacharelado em Medicina

Orientadora: Dra. Wilma Nancy Campos  
Arze

Foz do Iguaçu  
2026

**Yirka Bourbaki Mayta Villazon**

**AS CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL NA SAÚDE DE VÍTIMAS EM REGIÕES DE  
FRONTEIRA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2014 – 2024)**

Foz do Iguaçu, 05 de Março de 2026.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Medicina da  
Universidade Federal da Integração  
Latinoamericana, como exigência parcial  
da obtenção do título de Médico.

Orientadora: Dra. Wilma Nancy Campos  
Arze

## **AGRADECIMENTOS**

Manifesto minha profunda gratidão a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho. Início meus agradecimentos a Deus, pela saúde e pelo discernimento que me guiaram ao longo desta jornada. Expresso meu especial reconhecimento à minha mãe e irmão, que, superando a distância, permaneceram sempre presentes, auxiliando-me nas decisões, apoiando-me incondicionalmente e sendo a força motriz na busca por meus objetivos. Aos meus orientadores, sou imensamente grato pela sabedoria, direcionamento e pelo rigor acadêmico que foram indispensáveis para o êxito deste trabalho. Estendo meus agradecimentos aos colegas de curso, cujas discussões e contribuições enriqueceram significativamente este estudo e fomentaram um ambiente de aprendizado colaborativo. Reconheço também a valiosa assistência da equipe da biblioteca, sempre solícita e eficiente na localização das fontes necessárias para esta pesquisa. Por fim, dedico minha gratidão à minha família e aos amigos, pelo apoio incondicional, pela paciência e pelo constante encorajamento. A conclusão deste trabalho é reflexo do suporte de cada um de vocês.

A todos, meu mais profundo e sincero agradecimento.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, que simboliza a realização de um sonho, àquelas pessoas que foram meu alicerce, minha inspiração e meu porto seguro. À minha mãe, Maritza Elizabeth Villazón Saldaña, o pilar da minha vida. Mãe, seu amor incondicional, seus sacrifícios silenciosos e sua fé inabalável em mim foram a força que me sustentou nos momentos de exaustão. Cada página deste trabalho carrega um pouco da sua coragem. Esta vitória é nossa. Aos meus irmãos, Walton Slim Mayta Villazón e Joan Karin Ahumada Villazón, por toda a cumplicidade, compreensão e por serem a personificação do meu lar, não importando onde eu estivesse. A jornada foi mais leve com vocês ao meu lado.

Aos meus amigos e confidentes desta jornada, Valeria Correa, Sara Quispe Leon, Emanuel Ansem, Jeny Quesada, Mariano Jimenez, Diana Velásquez, Lara Chaparro, Delia Marquez, Bryan Pareja, Christella Demosthenes, Margarita Guevara, Emily Gamero, Marjhory Cardenas, Enrique Pomares, juntos enfrentamos os desafios desta etapa universitária, transformando a pressão em amizade e o cansaço em mútua admiração. Sou imensamente grata por ter dividido um capítulo mais com vocês. Aos meus familiares que, mesmo de longe, se fizeram presentes: minha prima Yesenia Llique Mayta, meu tio William Mayta e minha tia Karina Villazon. O apoio e o afeto de vocês foram essenciais para me manter firme no meu propósito. Que este trabalho seja um dos meus primeiros passos de uma carreira dedicada ao cuidado, à ciência e à humanidade, guiada pela inspiração de grandes mestres.

*Concluo esta dedicatória com as palavras de Santiago Ramón y Cajal, um dos pais da neurociência moderna: "Todo homem pode ser, se se propõe a isso, escultor de seu próprio cérebro."*

Yirka Bourbaki Mayta Villazon

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual representa um grave problema de saúde pública, com repercussões multissistêmicas, exacerbadas em regiões de fronteira, devido a vulnerabilidades estruturais e fluxos migratórios. **Objetivo:** Sintetizar as evidências científicas sobre as consequências físicas e psíquicas do abuso sexual em vítimas em contextos fronteiriços, e analisar os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde para ofertar atendimento integral. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura entre 2014 e 2024 baseada na estratégia PICO e recomendações PRISMA. As buscas ocorreram nas bases PubMed, BVS, SciELO, Scopus e Web of Science, abrangendo estudos em português, espanhol e inglês. Foram selecionados 19 documentos, incluindo estudos quantitativos e qualitativos, revisões, diretrizes clínicas e relatórios institucionais, submetidos à avaliação de qualidade metodológica por ferramentas JBI e MMAT. **Resultados:** Evidenciou-se riscos elevados de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), hepatites virais e gestação indesejada. No âmbito psicológico, prevaleceram transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e ideação suicida. Observou-se baixa adesão à profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV e subutilização de métodos de contracepção de emergência (CE), especialmente o DIU de cobre. Barreiras geográficas, linguísticas e jurídicas em zonas de fronteira retardam o cuidado, frequentemente extrapolando a janela terapêutica crítica de 72 horas. **Discussão:** Existe um hiato entre os protocolos clínicos e sua aplicabilidade prática em serviços de fronteira, evidenciando falhas na cadeia de custódia, ausência de integração entre sistemas de saúde assim como justiça pela invisibilidade dos estrangeiros nos sistemas de informação, ampliando a vulnerabilidade das vítimas. **Considerações finais:** O enfrentamento da violência sexual em áreas transfronteiriças exige modelos de cuidado binacionais, fortalecimento da saúde mental e integração entre os sistemas de saúde e justiça. Recomenda-se priorizar pesquisas prospectivas em regiões fronteiriças, avaliação de protocolos para implementação rápida e maior integração entre saúde e justiça. Limitações incluem a heterogeneidade metodológica e a subnotificação crônica dos casos.

**Palavras-chave:** Violência Sexual. Áreas de fronteira. Saúde pública. Ginecologia e Obstetrícia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual violence represents a major public health challenge with multisystemic repercussions, which are exacerbated in border regions due to structural vulnerabilities and migratory flows. **Objective:** To synthesize scientific evidence on the physical and psychological consequences of sexual abuse among victims in border contexts and to analyze the challenges faced by health systems in providing comprehensive care. **Methods:** A systematic literature review was conducted (2014–2024) based on the PICO strategy and PRISMA recommendations. Searches were performed across PubMed, VHL (BVS), SciELO, Scopus, and Web of Science databases, including studies in Portuguese, Spanish, and English. Nineteen documents comprising quantitative and qualitative studies, reviews, clinical guidelines, and institutional reports were selected and subjected to methodological quality assessment using JBI and MMAT tools. **Results:** Findings evidenced high risks of Sexually Transmitted Infections (STIs), viral hepatitis, and unintended pregnancy. Regarding the psychological scope, post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, and suicidal ideation were prevalent. Low adherence to HIV post-exposure prophylaxis (PEP) and underutilization of emergency contraception (EC) methods particularly the copper IUD were observed. Geographical, linguistic, and legal barriers in border zones delay care, frequently exceeding the critical 72 hour therapeutic window. **Discussion:** A gap exists between clinical protocols and their practical applicability in border services, highlighting failures in the forensic chain of custody and a lack of integration between health and justice systems, compounded by the invisibility of foreign nationals in information systems, which further increases victim vulnerability. **Conclusion:** Addressing sexual violence in transborder areas requires binational care models, strengthened mental health services, and integration between health and justice systems. It is recommended to prioritize prospective research in border regions, evaluate rapid implementation protocols, and enhance intersectoral cooperation. Limitations include methodological heterogeneity and chronic underreporting of cases.

**Keywords:** Sexual Violence. Border Areas. Public Health. Gynecology and Obstetrics.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
APC	Varição Percentual Anual (Annual Percentage Change)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CE	Contracepção de Emergência
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-Cu	Dispositivo Intrauterino de Cobre
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LNG	Levonorgestrel
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PICO	População, Intervenção, Comparação e Outcome (Desfecho)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPA	Ulipristal Acetato
WHO	World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- **FIGURAS**

**FIGURA 1.** FLUXOGRAMA PRISMA 2020 DETALHANDO AS ETAPAS DE IDENTIFICAÇÃO, TRIAGEM E INCLUSÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA. ----- 25

- **GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1:** DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS (N = 19) POR EIXO TEMÁTICO PRINCIPAL. ----- 33

**GRÁFICO 2:** PREVALÊNCIA ESTIMADA DE COBERTURA DE TESTAGEM INICIAL, ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO E RISCO DE GRAVIDEZ EM VÍTIMAS SEM CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA. ----- 34

**GRÁFICO 3:** TAXA DE TESTAGEM INICIAL VS. CONCLUSÃO DO SEGUIMENTO CLÍNICO (ANDRADE ET AL., 2023). ----- 35

**GRÁFICO 4:** COMPARATIVO DE REGISTOS ANUAIS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E INFEÇÃO POR HIV NO BRASIL (2023) ----- 40

**GRÁFICO 5:** PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DOS PROTOCOLOS EM REGIÕES DE FRONTEIRA. ----- 46

**GRÁFICO 6:** EFICÁCIA COMPARATIVA DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (LNG VS. DIU-CU) CONFORME A JANELA DE TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO. ----- 51

**GRÁFICO 7:** COMPARATIVO ENTRE A META PROTOCOLAR DE TEMPO DE ATENDIMENTO, A TAXA GLOBAL DE CONCLUSÃO DA PEP E A TAXA DE CHEGADA OPORTUNA DE MIGRANTES EM ROTAS DE FRONTEIRA. ----- 56

**GRÁFICO 8:** TENDÊNCIA TEMPORAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINOS (0-19 ANOS) NO BRASIL, 2013-2022----- 59

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 – ESTRATÉGIA PICO UTILIZADA PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA.</b> -----	22
<b>TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS E DOCUMENTOS INCLUÍDOS (2014–2024)</b> -----	28
<b>TABELA 3: SÍNTESE DOS DESFECHOS CLÍNICOS E BARREIRAS IDENTIFICADAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA</b> -----	35
<b>TABELA 4 - RESUMO DOS INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL (2024)</b> -----	39
<b>TABELA 5 - JUSTIFICATIVA PARA OS COMPONENTES DA PROFILAXIA IMEDIATA PÓS-VIOLÊNCIA SEXUAL.</b> -----	43
<b>TABELA 6: SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS SOBRE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA HIV.</b> -----	52
<b>TABELA 7: SÍNTESE DOS ACHADOS SOBRE IMPACTOS EM SAÚDE MENTAL PÓS-VIOLÊNCIA SEXUAL.</b> -----	57
<b>TABELA 8: SÍNTESE DAS LACUNAS NOS PROTOCOLOS MÉDICO-LEGAIS.</b> -----	68
<b>TABELA 9: RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA REDE DE CUIDADO EM FRONTEIRAS.</b> -----	78

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1. Contexto geral do problema .....	13
1.2. Complexidade e vulnerabilidade em regiões de fronteira.....	14
1.3. Recorte territorial e dinâmicas transfronteiriças .....	14
1.4. Lacuna e objetivos .....	15
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. Histórico das IST no Brasil.....	17
2.2. Abuso Sexual e Saúde Pública .....	18
2.3. Políticas de Intervenção .....	20
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
3.1. Tipo de estudo e protocolo.....	22
3.1.1. Pergunta de pesquisa (estratégia pico) .....	22
3.2. Estratégia de busca.....	23
3.3. Critérios de elegibilidade.....	23
3.4. Processo de seleção .....	24
3.5. Extração e organização dos dados .....	26
3.6. Avaliação da qualidade metodológica .....	26
3.7. Limitações do estudo e vieses: .....	26
3.8. Análise dos dados.....	27
3.9. Aspectos éticos .....	27
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
4.1. Características dos estudos incluídos .....	28
4.2. Repercussões físicas: agravos infecciosos (ist, hepatites virais) e reprodutivos, decorrente da violência sexual .....	33
4.2.1. Evidência clínica em serviços especializados no Brasil.....	34
4.2.2. Séries históricas e vigilância epidemiológica nacional.....	37
4.3. Protocolos de profilaxia antibiótica e vacinação contra hepatite B.....	40
4.3.1. Profilaxia antibiótica empírica imediata.....	41
4.3.2. Vacinação contra hepatite B .....	42
4.3.3. Justificativa epidemiológica e clínica da profilaxia .....	43
4.3.4. Desafios específicos em regiões de fronteira .....	44
4.4. Contracepção de emergência .....	46
4.4.1. Métodos de contracepção de emergência disponíveis .....	47
4.4.2. Janelas de eficácia e implicações clínicas.....	48

4.4.3.	Implementação no Brasil: protocolos e práticas .....	48
4.4.4.	Barreiras em contextos de fronteira.....	49
4.5.	Profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV .....	51
4.5.1.	Fundamentos clínicos e recomendações normativas .....	52
4.5.2.	Adesão e abandono do tratamento.....	53
4.5.3.	Experiências de melhoria de processo .....	54
4.5.4.	Desafios específicos em regiões de fronteira .....	54
4.6.	Impactos psicológicos e saúde mental.....	57
4.6.1.	Manifestações Clínicas e Ciclos de Vida.....	60
4.6.2.	Vulnerabilidades Acumuladas em Contextos de Fronteira e Mobilidade...61	
4.7.	Acesso e barreiras em regiões de fronteira.....	62
4.7.1.	Invisibilidade Institucional e Governança.....	63
4.7.2.	O Cenário da Tríplice Fronteira (Foz do Iguaçu) .....	64
4.7.3.	Barreiras Transnacionais e Medo de Criminalização.....	64
4.8.	Qualidade pericial e protocolos médico-legais .....	65
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
5.1.	Integração por eixos de análise .....	70
5.2.	Comparação com protocolos internacionais e nacionais .....	72
5.3.	Aplicabilidade ao contexto de fronteira.....	75
5.4.	Recomendações .....	78
5.5.	Limitações .....	79
5.5.1.	Limitações Metodológicas e Vieses de Dados .....	79
5.5.2.	Pontos Fortes da Revisão .....	81
5.6.	Agenda de pesquisa.....	82
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>85</b>
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. CONTEXTO GERAL DO PROBLEMA

A violência sexual é uma emergência médica e de saúde pública global, com repercussões que transcendem o trauma imediato e demandam intervenções clínicas "tempo-sensíveis".

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que aproximadamente 30% das mulheres no mundo já foram submetidas a alguma forma de violência física ou sexual. No Brasil, o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2024) revela uma tendência crescente de notificações, reforçando a necessidade de protocolos de atendimento integral que incluam a prevenção de desfechos negativos.

Nos atendimentos analisados pela literatura revisada, duas intervenções apareceram de forma recorrente como determinantes para a prevenção de consequências físicas: a contracepção de emergência (CE) e a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP). Documentos de referência registraram que a CE foi indicada em até cinco dias após a violência, sendo o dispositivo intrauterino de cobre o método mais efetivo, com maior estabilidade de eficácia inclusive em mulheres com sobrepeso, enquanto os métodos orais (levonorgestrel e ulipristal) apresentaram desempenho variável conforme o tempo decorrido da agressão (ACOG, 2015; WHO/ICEC, 2014). Em paralelo, as diretrizes revisadas confirmaram que a PEP para HIV deveria ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas e no máximo em 72 horas, com duração de 28 dias e uso de combinações de três antirretrovirais (WHO, 2024). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para IST vigente no Brasil reforçou essas orientações, incluindo ainda antibioticoprofilaxia para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase, além de vacinação contra hepatite B, de modo a compor um fluxo de atendimento integral (Menezes et al., 2021).

A literatura destaca que o manejo profilático adequado é o principal determinante para reduzir as consequências físicas, as quais extraídas dos estudos revisados abrangeram gravidez decorrente da violência e infecções sexualmente transmissíveis, enquanto os danos psicológicos se manifestaram sob a forma de

transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e prejuízos escolares e sociais de longa duração, sobretudo em crianças e adolescentes (Brochado & Gonçalves, 2017; Rocha & Marchetto, 2022; Coelho et al., 2024). A análise da produção também demonstrou que a efetividade desses cuidados foi prejudicada por adesão insuficiente: metanálise e estudos primários apontaram que menos da metade das vítimas completou os esquemas de PEP, um desafio persistente mesmo em contextos onde os medicamentos foram disponibilizados (Chacko et al., 2012; White et al., 2025).

## **1.2. COMPLEXIDADE E VULNERABILIDADE EM REGIÕES DE FRONTEIRA**

A assistência às vítimas torna-se exacerbada em regiões de fronteira, onde a "janela de oportunidade" terapêutica de 72 horas colide com barreiras geográficas, legais e culturais. A literatura evidencia que nestes territórios concentram uma "tempestade perfeita" de riscos: subfinanciamento crônico de redes assistenciais, ausência de integração de dados entre países e fluxos migratórios pendulares que dificultam a gestão de insumos (Fiocruz Brasília, 2019; UNILA, 2022).

Para além do obstáculo logístico, essas regiões são marcadas pelo "patriarcado de ultra-intensidade", que favorece a naturalização da violência e perpetua o silenciamento das vítimas na Tríplice Fronteira (Guizardi, Fleming & Lopes, 2021). Adicionalmente, populações em trânsito (migrantes e refugiados) enfrentam barreiras linguísticas, riscos ampliados de exploração sexual e insegurança jurídica, fatores que inibem a busca oportuna por serviços de saúde e aumentam a exposição a violências múltiplas (Amnesty International, 2018; MSF, 2023–2024; UNODC, 2024).

## **1.3. RECORTE TERRITORIAL E DINÂMICAS TRANSFRONTEIRIÇAS**

Na presente revisão, dois cenários foram destacados para ilustrar os desafios de fronteira. Em Foz do Iguaçu (Paraná, Brasil), dados oficiais registraram população superior a 285 mil habitantes em 2022, com dinâmica marcada pelo intenso fluxo de pessoas entre Brasil, Paraguai e Argentina (IBGE, 2022). A literatura local mostrou que a pressão sobre os serviços de saúde da cidade aumentou em períodos de crise sanitária, como durante o fechamento parcial da fronteira em 2020–2021 (UNILA,

2022). Já em La Guajira (Colômbia), fronteira com a Venezuela, estimativas oficiais indicaram mais de um milhão de habitantes em 2024, com distribuição quase equitativa entre áreas urbanas e rurais (DANE, 2024). Essa heterogeneidade territorial e a presença significativa de migrantes venezuelanos ampliaram barreiras geográficas e socioeconômicas para o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

A escolha desses recortes não pretendeu limitar a revisão a esses locais, mas exemplificar como características de fronteira fluxos transnacionais, sobreposição de sistemas de saúde, barreiras legais e socioculturais impactaram o cuidado às vítimas de violência sexual. Os números detalhados de população, densidade demográfica e capacidade instalada foram sistematizados durante a secção (recorte territorial e dinâmicas transfronteiriças), evitando redundâncias no corpo principal do texto.

#### **1.4. LACUNA E OBJETIVOS**

A síntese das fontes evidenciou uma lacuna clara: embora existam protocolos clínicos robustos e relatos setoriais, faltavam revisões sistemáticas que integrassem as consequências físicas e mentais da violência sexual em contextos de fronteira, articulando esses desfechos a fatores de acesso, desempenho assistencial e barreiras sociopolíticas. Escassearam, sobretudo, análises que aproximassem a evidência clínica dos condicionantes próprios de fronteira, como barreiras linguísticas, status migratório irregular, ausência de integração informacional entre países vizinhos e insuficiências na oferta de insumos tempo-sensíveis (Fiocruz Brasília, 2019; Amnesty International, 2018; MSF, 2023–2024).

Diante disso, o objetivo geral da revisão foi sintetizar as evidências científicas publicadas entre 2014 e 2024 sobre as consequências biopsicossociais da violência sexual em fronteiras e os desafios assistenciais. Os objetivos específicos são:

(a) Estimar e analisar a prevalências e frequências de IST, hepatites virais e gravidez indesejada decorrente da violência sexual.

(b) Identificar os principais transtornos mentais associados ao trauma em diferentes grupos etários.

(c) Avaliar os níveis de adesão aos protocolos CE e PEP em contexto de alta mobilidade populacional.

(d) Descrever as barreiras estruturais, culturais e jurídicas que impedem o atendimento oportuno.

(e) Apontar lacunas na literatura e propor recomendações para o fortalecimento de políticas públicas de saúde em regiões transnacionais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. HISTÓRICO DAS IST NO BRASIL

O histórico das doenças sexualmente transmissíveis (IST) no Brasil revela uma trajetória marcada por desafios epidemiológicos, políticas públicas inconsistentes e uma carga persistente sobre o sistema de saúde pública. Desde os primeiros registros de IST no país, ainda no período colonial, até os tempos atuais, as infecções sexualmente transmissíveis têm sido um problema de saúde pública de grande magnitude. A sífilis, por exemplo, foi uma das primeiras IST a serem amplamente documentadas no Brasil, e seu controle tem oscilado ao longo das décadas, refletindo a eficácia variável das intervenções de saúde pública (Menezes et al., 2021; Brochado & Gonçalves, 2017).

A partir da segunda metade do século XX, o Brasil enfrentou a emergência do HIV/AIDS, que se tornou um dos principais problemas de saúde pública e colocou as IST no centro das atenções das políticas de saúde. A resposta brasileira ao HIV/AIDS foi inicialmente marcada por uma mobilização social significativa e pela implementação de políticas progressistas, como a distribuição gratuita de antirretrovirais e campanhas de conscientização, que resultaram em uma desaceleração na taxa de novas infecções. No entanto, apesar desses avanços, outras IST, como a sífilis e a gonorreia, continuaram a proliferar, especialmente em regiões vulneráveis como Foz do Iguaçu, onde fatores socioeconômicos e geopolíticos desempenham um papel crucial na perpetuação dessas doenças (Machado & Borges, 2021; Vieira et al., 2019).

Foz do Iguaçu, localizada na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, é uma área de intensa mobilidade populacional, o que agrava a disseminação das IST. A cidade enfrenta um fluxo constante de migrantes e turistas, além de ser um ponto estratégico para o tráfico de pessoas, o que contribui para o aumento dos casos de abuso sexual e, conseqüentemente, para a disseminação de IST. Estudos epidemiológicos recentes indicam que as taxas de infecção por sífilis e outras IST em Foz do Iguaçu são significativamente mais altas do que a média nacional, o que evidencia a vulnerabilidade da região e a necessidade de intervenções mais direcionadas (Cavalli & Alves, 2019; Oliveira & Ferreira, 2020).

Historicamente, a resposta às IST em Foz do Iguaçu e outras regiões vulneráveis no Brasil tem sido marcada por desafios estruturais e institucionais. A subnotificação de casos, a falta de infraestrutura de saúde adequada e as barreiras culturais e sociais têm dificultado a implementação de políticas públicas eficazes. Além disso, a estigmatização das vítimas de abuso sexual e portadoras de IST contribui para o agravamento do problema, uma vez que muitas vítimas evitam procurar tratamento por medo de discriminação (De Souza Ferreira, 2024; Vieira et al., 2019).

Nos últimos anos, o Brasil tem tentado intensificar as políticas de prevenção e tratamento das IST, com campanhas de conscientização, ampliação do acesso a serviços de saúde e a distribuição de preservativos. No entanto, as desigualdades regionais continuam a representar um obstáculo significativo. Em Foz do Iguaçu, por exemplo, as iniciativas de saúde pública enfrentam dificuldades adicionais devido à complexidade demográfica e à influência de fatores transnacionais que dificultam o controle das IST. A cidade, como muitas outras regiões fronteiriças, requer abordagens inovadoras e colaborações internacionais para enfrentar esses desafios de maneira eficaz (Menezes et al., 2021; Machado & Borges, 2021).

Portanto, ao revisar o histórico das IST no Brasil, especialmente em regiões vulneráveis como Foz do Iguaçu, fica evidente que a luta contra essas doenças é multifacetada e exige uma combinação de esforços locais, nacionais e internacionais. A compreensão das dinâmicas específicas dessas regiões é crucial para o desenvolvimento de políticas de saúde pública mais eficazes, que possam não apenas conter a disseminação das IST, mas também oferecer suporte adequado às populações mais afetadas. Este estudo, ao focar nessas questões, busca contribuir para uma abordagem mais integrada e sensível às necessidades das comunidades vulneráveis, promovendo um avanço significativo na gestão das IST no Brasil (Brochado & Gonçalves, 2017; Oliveira & Ferreira, 2020).

## **2.2. ABUSO SEXUAL E SAÚDE PÚBLICA**

O abuso sexual tem sido amplamente estudado no campo da saúde pública devido ao seu impacto significativo na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (IST). A relação entre abuso sexual e a prevalência de IST é complexa

e multifatorial, refletindo as condições socioeconômicas, culturais e institucionais das vítimas. Estudos anteriores indicam que vítimas de abuso sexual estão em maior risco de contrair IST em comparação com a população geral, uma vez que o abuso frequentemente envolve múltiplos agressores, violência extrema e falta de uso de proteção, fatores que aumentam a probabilidade de transmissão de infecções (Menezes et al., 2021; Brochado & Gonçalves, 2017).

Uma análise abrangente de diversos estudos revela que a prevalência de IST entre vítimas de abuso sexual é significativamente elevada, especialmente em regiões com infraestrutura de saúde inadequada e alta vulnerabilidade social. Em um estudo conduzido por Machado e Borges (2021), os autores destacam que mulheres e crianças vítimas de abuso sexual em áreas de fronteira, como Foz do Iguaçu, apresentam taxas desproporcionalmente altas de infecções como sífilis, HIV e gonorreia. Essas infecções são frequentemente diagnosticadas tardiamente devido à subnotificação e ao estigma, o que agrava ainda mais o quadro clínico das vítimas e amplia o impacto sobre a saúde pública.

Além disso, Vieira et al. (2019) discutem como o trauma psicológico do abuso sexual pode levar ao desenvolvimento de comportamentos de risco, como múltiplos parceiros sexuais e o uso inconsistente de preservativos, aumentando ainda mais a vulnerabilidade das vítimas às IST. Esses comportamentos de risco são frequentemente uma consequência direta do abuso, com vítimas tentando lidar com o trauma através de comportamentos autodestrutivos, o que reforça o ciclo de infecção e re-traumatização.

Outro ponto importante abordado na literatura é a inadequação das políticas públicas e a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as necessidades específicas das vítimas de abuso sexual. Segundo Oliveira e Ferreira (2020), as falhas na implementação de protocolos de atendimento para profilaxia pós-exposição (PEP) e o tratamento de IST em vítimas de abuso sexual são fatores que contribuem para a alta prevalência dessas infecções. Em regiões como Foz do Iguaçu, onde a mobilidade populacional é alta e os recursos de saúde são limitados, essas falhas se tornam ainda mais pronunciadas, resultando em uma resposta insuficiente às necessidades de saúde das vítimas.

A análise desses estudos destaca a necessidade urgente de intervenções mais eficazes e direcionadas. Isso inclui a ampliação do acesso à profilaxia pós-exposição,

a melhoria dos serviços de apoio psicológico e social, e a implementação de campanhas de conscientização que abordem o estigma associado ao abuso sexual e às IST. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais de saúde é essencial para garantir que as vítimas recebam o atendimento adequado e oportuno, reduzindo assim a prevalência de IST e promovendo a recuperação e o bem-estar das vítimas (De Souza Ferreira, 2024; Cavalli & Alves, 2019).

Neste contexto, é nítida que a relação entre abuso sexual e a prevalência de IST é uma questão crítica de saúde pública que exige uma abordagem multidisciplinar e integrada. Os estudos revisados evidenciam que, embora existam políticas e protocolos em vigor, sua eficácia é frequentemente limitada por barreiras estruturais e sociais, particularmente em regiões de alta vulnerabilidade. Assim, este estudo visa contribuir para o entendimento dessa dinâmica e para a formulação de políticas públicas mais robustas e eficazes no enfrentamento das IST entre vítimas de abuso sexual.

### **2.3. POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO**

As políticas públicas para a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (IST) em vítimas de abuso sexual no Brasil têm sido objeto de considerável atenção nos últimos anos, refletindo a crescente conscientização sobre a gravidade e complexidade dessa questão de saúde pública. No entanto, uma avaliação crítica dessas políticas revela uma série de deficiências e desafios que limitam sua eficácia, especialmente em regiões vulneráveis como Foz do Iguaçu.

Uma das políticas mais relevantes é a distribuição gratuita de profilaxia pós-exposição (PEP) para prevenir a infecção por HIV e outras IST em vítimas de abuso sexual. Embora essa medida represente um avanço importante, sua implementação tem sido marcada por inconsistências e falhas logísticas. Estudos mostram que, em muitas áreas, particularmente nas regiões mais remotas e fronteiriças, o acesso à PEP é limitado devido à escassez de recursos, falta de treinamento adequado dos profissionais de saúde e dificuldades na logística de distribuição (Menezes et al., 2021; Brochado & Gonçalves, 2017). Além disso, a subnotificação de casos de abuso sexual agrava essa situação, já que muitas vítimas não procuram os serviços de saúde dentro do prazo necessário para a eficácia da profilaxia, que é de 72 horas após a exposição.

Outro aspecto crítico das políticas públicas é a educação e conscientização sobre IST e abuso sexual. As campanhas de prevenção e informação, embora sejam fundamentais, muitas vezes falham em alcançar as populações mais vulneráveis devido a barreiras linguísticas, culturais e socioeconômicas. Em regiões como Foz do Iguaçu, onde a diversidade cultural e a mobilidade populacional são altas, essas campanhas precisam ser adaptadas para serem verdadeiramente eficazes (Vieira et al., 2019; Oliveira & Ferreira, 2020). A falta de campanhas direcionadas e contínuas contribui para a perpetuação do ciclo de abuso e infecção, deixando as vítimas sem o apoio necessário para evitar ou tratar as IST.

A análise crítica também aponta para a insuficiência de políticas integradas que abordem as necessidades holísticas das vítimas de abuso sexual. A abordagem fragmentada do atendimento, onde os serviços de saúde, assistência social e apoio psicológico operam de forma descoordenada, compromete a eficácia das intervenções. Muitas vítimas enfrentam dificuldades em acessar serviços contínuos de saúde mental e tratamento de IST, o que é crucial para sua recuperação (Machado & Borges, 2021; Cavalli & Alves, 2019). A falta de uma rede de suporte bem estruturada e integrada resulta em um atendimento inadequado, onde as necessidades físicas, psicológicas e sociais das vítimas não são plenamente atendidas.

Além disso, há uma carência de políticas públicas que abordem as especificidades regionais, como as de Foz do Iguaçu. A localização fronteiriça da cidade, combinada com a alta incidência de tráfico de pessoas e migração, exige políticas adaptadas que considerem esses fatores. No entanto, as políticas atuais frequentemente adotam uma abordagem "tamanho único", sem considerar as particularidades locais, o que diminui sua eficácia (De Souza Ferreira, 2024; Oliveira & Ferreira, 2020). Embora as políticas públicas atuais representem um avanço significativo no enfrentamento das IST em vítimas de abuso sexual, sua eficácia é limitada por uma série de desafios. A implementação fragmentada, a falta de adaptação regional, e as barreiras ao acesso ao tratamento continuam a ser obstáculos significativos. Para que essas políticas atinjam seu pleno potencial, é necessário um esforço coordenado para integrar serviços, adaptar campanhas de conscientização às realidades locais, e garantir que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para lidar com as complexas necessidades das vítimas.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1. TIPO DE ESTUDO E PROTOCOLO

Trata-se de uma **revisão sistemática de literatura**, com abordagem qualitativa e quantitativa (síntese narrativa e analítica), conduzida sob o rigor metodológico das diretrizes PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Para nortear a pergunta de pesquisa e a seleção dos estudos, utilizou-se a estratégia PICO (População, Intervenção/Exposição, Comparação, Outcomes/Desfechos), conforme detalhado no Quadro 1. O foco consistiu em identificar, selecionar, avaliar criticamente e sintetizar estudos que abordaram as evidências sobre as consequências biopsicossociais do abuso sexual (com ênfase em IST), em regiões de fronteira e os desafios assistenciais correspondentes.

##### 3.1.1. PERGUNTA DE PESQUISA (ESTRATÉGIA PICO)

A pergunta norteadora foi: "Quais as consequências físicas e psíquicas do abuso sexual em vítimas em regiões de fronteira e quais os desafios para o atendimento integral?". A estruturação seguiu o acrônimo PICO conforme o Quadro 1.

**Tabela 1 – Estratégia PICO utilizada para a construção da pergunta de pesquisa.**

Acrônimo	Definição	Descrição do Componente
P	População	Vítimas de violência sexual de ambos os sexos e todas as faixas etárias, assistidas em regiões de fronteira.
I	Intervenção / Exposição	Exposição à violência sexual em zonas de fronteira ou de mobilidade transnacional; acesso a protocolos de atendimento, como profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) e contracepção de emergência (CE).
C	Comparação	Atendimento em regiões não-fronteiriças ou ausência de comparação (estudos observacionais).
O	Outcomes (Desfechos)	Consequências físicas (infecções sexualmente transmissíveis e gravidez), desfechos em saúde mental (transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade), além de barreiras de acesso e adesão ao tratamento.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

### 3.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca bibliográfica foi realizada entre julho e agosto de 2024, abrangendo o período de janeiro de 2014 até agosto de 2024. Foram consultadas quatro bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/IBECs), Scopus e Web of Science.

A estratégia de recuperação da informação utilizou descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres em português, inglês e espanhol; conectados pelos operadores booleanos **AND** (interseção entre os grupos temáticos) e **OR** (dentro dos grupos temáticos). A sintaxe foi adaptada para cada motor de busca, seguindo a lógica: **String de busca:** ("Sexual Abuse" OR "Sexual Violence" OR "Rape") AND ("Public Health" OR "Sexually Transmitted Diseases" OR "Mental Health" OR "Pregnancy") AND ("Border Regions" OR "Transnational" OR "Tri-border").

Além das bases indexadas, realizou-se a busca de literatura cinzenta, incluindo relatórios de organizações internacionais (OMS, OPAS, UNODC, MSF, Amnesty Internacional, UNAIDS).

### 3.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

#### **Critérios de Inclusão:**

- Artigos originais, estudos observacionais, qualitativos, revisões sistemáticas ou integrativas e documentos técnicos governamentais ou não-governamentais.
- Publicações em português, espanhol ou inglês, fazendo um recorte temporal desde 2014 a 2024.
- Foco temático: Consequências físicas ou mentais do abuso sexual em contextos de fronteira ou mobilidade transnacional, ou que forneceram dados epidemiológicos, clínicos, de acesso ou de políticas relacionadas.

#### **Critérios de Exclusão:**

- Editorial, cartas ao editor, comentários e relatos opinativos.
- Trabalhos cujo foco central foi outro tipo de violência (doméstica, institucional, urbana) sem recorte sexual ou fronteiriço.

- Estudos sem dados originais ou que não apresentaram resultados aplicáveis ao recorte proposto.

### **3.4. PROCESSO DE SELEÇÃO**

O processo de seleção dos estudos seguiu rigorosamente as diretrizes do modelo PRISMA 2020, conforme detalhado na Figura 1. Todo o gerenciamento das referências, incluindo a identificação e remoção de duplicatas, foi realizado de forma manual, com o auxílio de planilhas eletrônicas (Microsoft Excel) para o registro sistemático e auditável de cada etapa.

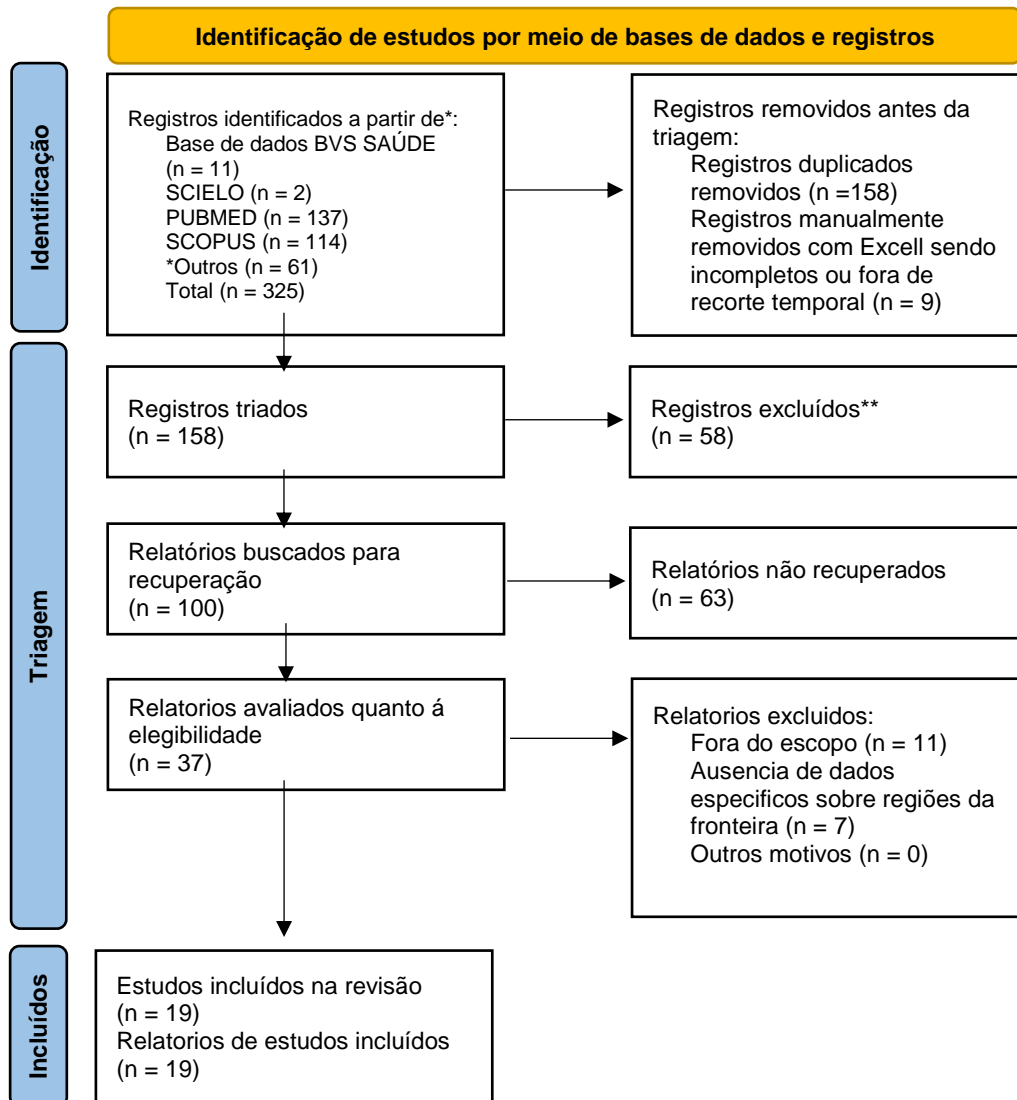
Na busca inicial nas bases de dados identificou-se um total de 325 registros sendo 264 em bases indexadas e 61 em literatura cinzenta (relatórios de órgãos como OMS, UNAIDS, MSF e OPAS, categorizados como "Outros"). Na etapa inicial de identificação, 167 registros foram removidos antes da triagem, sendo 158 duplicatas e 9 descartados por triagem técnica manual (documentos incompletos ou fora do recorte temporal).

Conseqüentemente, 158 títulos e resumos foram triados quanto à pertinência à pergunta de pesquisa. Desta etapa, 58 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão preliminares. Buscou-se a recuperação do texto completo dos 100 relatórios restantes; no entanto, 63 não puderam ser recuperados na íntegra para análise detalhada.

Os 37 artigos completos recuperados foram avaliados criteriosamente quanto à elegibilidade. Nesta fase, 18 estudos foram excluídos com justificativas registradas: 11 por fugirem do escopo temático (abordando outros tipos de violência ou sem desfechos de saúde) e 7 por ausência de dados específicos sobre regiões de fronteira.

Ao final do processo, 19 estudos foram incluídos na síntese da revisão. Além disso para garantir o rigor metodológico e mitigar vieses de seleção única, a triagem dos textos completos e a lista final dos estudos incluídos foram validadas por meio de revisão e consenso com a orientadora do estudo.

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA 2020 detalhando as etapas de identificação, triagem e inclusão dos estudos da revisão sistemática.



**Fonte:** Elaborado pelo autor segundo dados da pesquisa (2025).

**Notas:**

\* **Outros:** Refere-se à busca em literatura cinzenta (relatórios técnicos da OMS, UNAIDS, MSF e OPAS).

**Gerenciamento:** Todo o processo de remoção de duplicatas e triagem foi realizado de forma manual com auxílio do Microsoft Excel, sem uso de ferramentas de automação.

**Validação:** A etapa final de elegibilidade e a lista dos estudos incluídos foram validadas por consenso com a orientadora do estudo.

**Crítérios de Exclusão na Elegibilidade (n = 18):** 11 estudos por fuga do escopo temático e 7 por ausência de dados específicos sobre regiões de fronteira.

### 3.5. EXTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A extração de dados foi realizada em planilha Excell estruturada contendo:

- **População-alvo** (vítimas de abuso sexual, recorte etário e territorial).
- **Exposição/intervenção** (violência sexual, atendimento em fronteira, PEP, CE, protocolos de saúde).
- **Desfechos** (IST, HIV, hepatites virais, sífilis, gravidez decorrente, saúde mental, barreiras de acesso, adesão a profilaxias).
- **Indicadores adicionais** (cobertura assistencial, subnotificação, fluxo migratório, feminicídios associados).

A síntese dos dados foi organizada em quatro eixos temáticos:

1. Consequências físicas (IST, gravidez, hepatites).
2. Consequências psicológicas e saúde mental.
3. Acesso e barreiras em serviços de saúde de fronteira.
4. Protocolos, políticas públicas e recomendações internacionais.

### 3.6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação do risco de viés e qualidade metodológica foi realizada por meio de ferramentas padronizadas, aplicadas de forma independente, com divergências resolvidas por consenso. Para os artigos quantitativos, aplicou-se o Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools (JBI, 2017–2020); para estudos mistos, utilizou-se o Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT, 2018); e para revisões qualitativas, a abordagem GRADE-CERQual foi considerada. Documentos técnicos foram avaliados segundo critérios de relevância, atualidade e aplicabilidade ao contexto da pesquisa.

### 3.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E VIESES:

Esta revisão apresenta limitações inerentes. Primeiramente, a heterogeneidade metodológica dos estudos primários impediu a realização de metanálise. Segundo, pode haver viés de publicação, dado que dados de fronteira muitas vezes constam

apenas em relatórios locais ("literatura cinzenta") não indexados. Por fim, o recorte linguístico (português, inglês, espanhol) pode ter excluído evidências relevantes publicadas em outros idiomas nativos de regiões fronteiriças específicas.

### **3.8. ANÁLISE DOS DADOS**

A análise combinou abordagem descritivo-exploratória e síntese narrativa, agrupando resultados em tabelas e quadros comparativos manualmente. Foram priorizadas frequências, prevalências, taxas de adesão a profilaxias e padrões epidemiológicos em fronteiras. Os dados qualitativos foram organizados em categorias temáticas: violência e vulnerabilidade social; barreiras institucionais; políticas de resposta.

### **3.9. ASPECTOS ÉTICOS**

Embora a revisão tenha utilizado predominantemente dados secundários de acesso público, todos os procedimentos respeitaram princípios da Resolução CNS nº 466/2012. Estudos primários incluídos já apresentavam aprovação ética registrada. Documentos e relatórios institucionais foram usados de forma fiel, preservando autoria e atribuição adequada.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A estratégia de seleção resultou na inclusão de 19 documentos que atenderam rigorosamente aos critérios de elegibilidade. O corpus final caracteriza-se por uma heterogeneidade metodológica intencional, consolidando evidências de estudos primários (quantitativos e qualitativos), revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e relatórios de agências humanitárias. O recorte temporal de 2014 a 2024 permitiu capturar a transição epidemiológica e a atualização de protocolos clínicos, como a transição para o uso de Dolutegravir na PEP e a recomendação do DIU de cobre como padrão ouro na contracepção de emergência (CE)

A avaliação da qualidade e diversidade metodológica, realizada por meio das ferramentas JBI e MMAT, indicou que a maioria dos estudos primários apresentou baixo risco de viés, com rigoroso detalhamento de seleção e análise de dados. Observou-se a presença equilibrada de diretrizes clínicas internacionais (ACOG, 2015; WHO, 2024) embora de natureza descritiva foram incluídos pela elevada validade externa e relevância para contexto da fronteira, protocolos nacionais (Menezes et al., 2021), estudos empíricos brasileiros (Andrade et al., 2023; Ribeiro et al., 2024; Coelho et al., 2024), além de relatórios institucionais e humanitários (Amnesty International, 2017; MSF, 2023–2024).

A **Tabela 1** sintetiza as características centrais das fontes, detalhando a diversidade de cenários, autoria, ano, abrangência geográfica, desenho metodológico, população-alvo, desfechos clínicos e sociais analisados.

**Tabela 2** – Características dos estudos e documentos incluídos (2014–2024)

Autor/ Ano	País/ Região	Tipo de estudo/ documento	População/ Contexto	Desfechos principais	Principais achados
ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists (2015)	EUA	Diretriz clínica (Practice Bulletin)	Mulheres em idade reprodutiva, vítimas de violência sexual	Eficácia da contracepção de emergência	DIU de cobre identificado como método mais efetivo; ulipristal e levonorgestrel mantêm eficácia até 120h, embora decrescente; necessidade de prescrição para UPA.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>País/ Região</b>	<b>Tipo de estudo/ documento</b>	<b>População/ Contexto</b>	<b>Desfechos principais</b>	<b>Principais achados</b>
WHO/ICEC – Organização Mundial da Saúde & International Consortium for Emergency Contraception 2014	Global	Nota técnica	Sobreviventes de estupro	Uso de contracepção de emergência pós-violência	Pílulas de CE reduzem gravidez em até 80–90%; DIU de cobre aproxima-se de 100% de eficácia; barreiras de oferta em serviços de saúde.
WHO – Organização Mundial da Saúde 2024	Global	Diretriz clínica atualizada	População exposta ao HIV, incluindo vítimas de violência sexual	PEP para HIV	Início ideal <24h e até 72h; duração de 28 dias; recomendação de três fármacos; incentivo a descentralização comunitária.
White et al. 2025	EUA	Estudo pré-pós (implementação de melhoria de qualidade)	Pacientes atendidos em pronto- socorro após agressão sexual (n=235)	Cobertura de PEP	Intervenção com kits + template eletrônico aumentou recebimento de PEP de 9,4% para 28,0%; OR ajustado ≈3,7.
Andrade; Melo; Pereira 2023	Brasil	Estudo retrospectivo (10 anos) em centro especializado	Mulheres atendidas por violência sexual	Infecções sanguíneas, gravidez decorrente	Taxas de testagem para HIV/HBV/HCV; frequência de gestações; uso de profilaxias e EC; padrões temporais de atendimento.
Menezes et al. 2021	Brasil	Diretriz (Protocolo Clínico de IST – violência sexual)	Sobreviventes de violência sexual	PEP HIV, profilaxias antibióticas, EC	Normas brasileiras de profilaxia (28 dias PEP; ≤72h; antibióticos para sífilis, GC/CT, tricomoniase; vacinação HBV).
Brochado; Gonçalves 2017	Internacio nal	Revisão clínica (CID)	Adultos, adolescentes e crianças	Risco/triagem de IST, condutas	Recomendação de uso de NAAT para GC/CT; manutenção de profilaxia empírica inicial por baixa taxa de retorno (<50%).
Chacko et al. 2012	Internacio nal	Meta-análise	Vítimas de violência sexual em	Adesão à PEP	Apenas 40,3% completaram PEP; evasão ≈41,2%.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>País/ Região</b>	<b>Tipo de estudo/ documento</b>	<b>População/ Contexto</b>	<b>Desfechos principais</b>	<b>Principais achados</b>
			diferentes contextos		
Ribeiro et al. 2024	Brasil	Estudo ecológico (SINAN)	Meninos (0–19 anos) vítimas de violência sexual (2013–2022)	Notificações, tendências e análise espacial	39.967 casos; crescimento anual 6,8%; associação com piores indicadores socioeconômicos.
Rocha; Marchetto 2022	Brasil	Revisão narrativa	Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual	Consequências psicossociais	Relato de TEPT, depressão, ansiedade, prejuízo escolar e social.
Coelho et al. 2024	Brasil	Estudo transversal	Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual	Transtornos psiquiátricos	Maior incidência de depressão, ansiedade e sintomas psicóticos em vítimas.
Bonnet; Cintra 2014	Brasil	Revisão documental	Protocolos médico-legais	Procedimentos periciais	Falhas de padronização de coleta; ausência de kits uniformes; tempo de coleta variável.
Fiocruz Brasília 2019	Brasil	Relatório institucional	Populações em fronteiras brasileiras	Acesso e governança em saúde	Serviços de fronteira subfinanciados; ausência de registros de atendimentos a estrangeiros.
UNILA 2022	Foz do Iguaçu (Brasil)	Estudo qualitativo/descritivo	População fronteiriça (brasileiros/paraguaios)	Demanda de serviços de saúde durante COVID-19	Sobrecarga do SUS local por aumento de atendimentos de estrangeiros.
Amnesty International 2017	México	Relatório de direitos humanos	Migrantes (Salvador, Guatemala, Honduras, LGBTI+)	Proteção e violência	Relatos de abusos, ausência de “lugar seguro”; barreiras de acesso a saúde e proteção.
Amnesty International 2018	México	Relatório anual	Solicitantes de asilo e migrantes	Pedidos de asilo, taxas de deferimento	8.703 pedidos; queda na taxa de deferimento de 35% (2016) para 12% (2017); altas detenções e deportações.
MSF – Médicos Sem Fronteiras 2023–2024	América Central/México	Relatório humanitário	Migrantes em rotas	Violência sexual, saúde, barreiras de acesso	Mais de 520 mil cruzaram o Darién; apenas 10% das vítimas

Autor/ Ano	País/ Região	Tipo de estudo/ documento	População/ Contexto	Desfechos principais	Principais achados
					chegaram <72h para atendimento.
UNODC 2024	Global	Relatório oficial	Países com dados de tráfico	Tráfico de pessoas	Fronteiras destacadas como corredores de exploração sexual; aumento de vítimas detectadas pós-pandemia.
Guizardi; Fleming; Lopes 2021	Tríplice Fronteira (BRA–PAR–ARG)	Capítulo de livro	Mulheres na Tríplice Fronteira	Patriarcado de ultra-intensidade	Estrutura social que intensifica violência de gênero, naturalizando agressões e reduzindo notificação.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

**No Eixo Clínico-Assistencial:** Principalmente focado na eficácia de profilaxia e janelas de oportunidades terapêuticas (Exemplo: ACOG,2015; WHO/ICEC (2024); Menezes et al., 2021). Nesse sentido essas fontes destacaram a importância do DIU de cobre como método mais eficaz, apontando inclusive a sua maior estabilidade em cenários de sobrepeso e obesidade, o que não foi observado com levonorgestrel. Essa informação mostrou-se valiosa, pois indicou um caminho para fortalecer protocolos locais em fronteiras, onde a oferta de métodos tende a ser mais restrita.

Em relação à Profilaxia pós-exposição ao HIV: A diretriz da WHO (2024) consolidou recomendações já adotadas em protocolos nacionais, como a necessidade de início precoce, dentro de 72 horas, e a duração de 28 dias com três antirretrovirais. Essa orientação foi reforçada pela análise de Menezes et al. (2021), que especificaram esquemas disponíveis no SUS, integrando profilaxias antibióticas e vacinação contra hepatite B. A contribuição empírica de White et al. (2025) revelou a eficácia de intervenções simples, como a disponibilização imediata de kits de PEP e a inclusão de lembretes em prontuários eletrônicos, ao triplicar a taxa de recebimento da profilaxia. Essa evidência teve mérito prático direto, pois mostrou caminhos de aplicabilidade imediata para serviços de fronteira que enfrentam barreiras logísticas.

**No Eixo Epidemiológico, Andrade et al. (2023):** Forneceram dados consistentes de uma série retrospectiva de dez anos em um centro brasileiro especializado, registrando testagens para HIV, hepatites e gravidez decorrente da

violência. Esses achados, articulados com os Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde de 2024 (HIV, Sífilis e Hepatites), mostraram como os casos de violência sexual interagem com tendências nacionais de infecção e gravidez não intencional. Ribeiro et al. (2024), por sua vez, trouxeram evidência inédita sobre meninos, indicando crescimento anual de notificações e concentração em áreas com baixos indicadores de desenvolvimento humano, sugerindo forte associação entre vulnerabilidade social e risco de violência sexual.

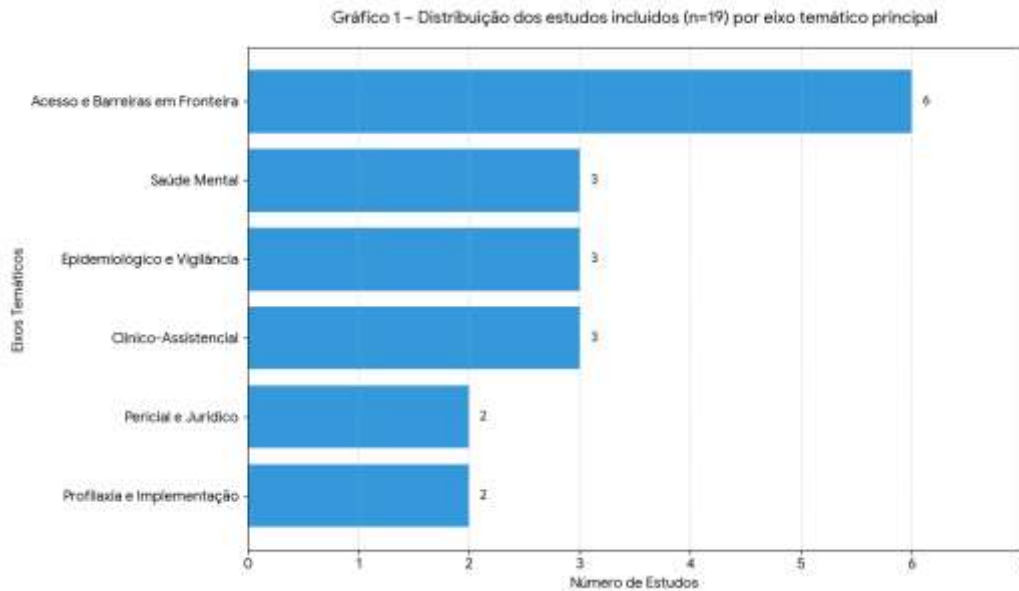
Nos impactos Psicossociais: Rocha & Marchetto (2022); Coelho et al. (2024) e Vieira et al., 2019; descreveram de forma convergente a associação entre abuso sexual na infância/adolescência e sintomas como TEPT, depressão, ansiedade, prejuízos escolares e até quadros psicóticos em alguns casos. Essa linha de evidência reforçou que, além das profilaxias biomédicas, o cuidado pós-violência exige abordagem interdisciplinar que inclua acompanhamento em saúde mental.

Já o Eixo de Acesso e Barreiras em Fronteira: UNODC, 2024; Guizardi et al., 2021, evidenciam nos seus relatórios a invisibilidade de estrangeiros e a perda da janela crítica de 72 horas em rotas migratórias, isto é ilustrado também em outros relatórios de organizações humanitárias e de saúde pública. Assim também análise da Fiocruz Brasília (2019) destacou a ausência de dados consolidados sobre atendimentos a estrangeiros e a dificuldade em planejar políticas de saúde específicas para essas populações. O estudo da UNILA (2022) mostrou empiricamente a sobrecarga dos serviços de Foz do Iguaçu durante o fechamento de fronteiras na pandemia, evidenciando como choques externos amplificam desigualdades locais. Nos documentos de Amnesty International (2017; 2018) e MSF (2023–2024), foram descritos os riscos vividos por migrantes em trânsito, incluindo violências sexuais reiteradas, baixa taxa de chegada em tempo oportuno para profilaxias e retração nas taxas de deferimento de pedidos de asilo. Esses achados contextualizaram como os fatores estruturais e políticos se interconectaram às consequências clínicas.

Por fim, no Campo Pericial e Jurídico: Bonnet & Cintra (2014) apontaram falhas na padronização da coleta de material biológico, ausência de kits uniformizados e tempos excessivos até a coleta, enquanto Brochado & Gonçalves (2017) reforçaram a necessidade de manutenção da profilaxia empírica inicial e de triagem ampliada com testes moleculares, dada a baixa taxa de retorno das vítimas para consultas subsequentes. Tais lacunas revelaram que a efetividade do cuidado não depende

apenas da disponibilidade farmacológica, mas também da qualidade do processo pericial e da articulação entre saúde e justiça.

**Gráfico 1:** Distribuição dos estudos incluídos (n = 19) por eixo temático principal.



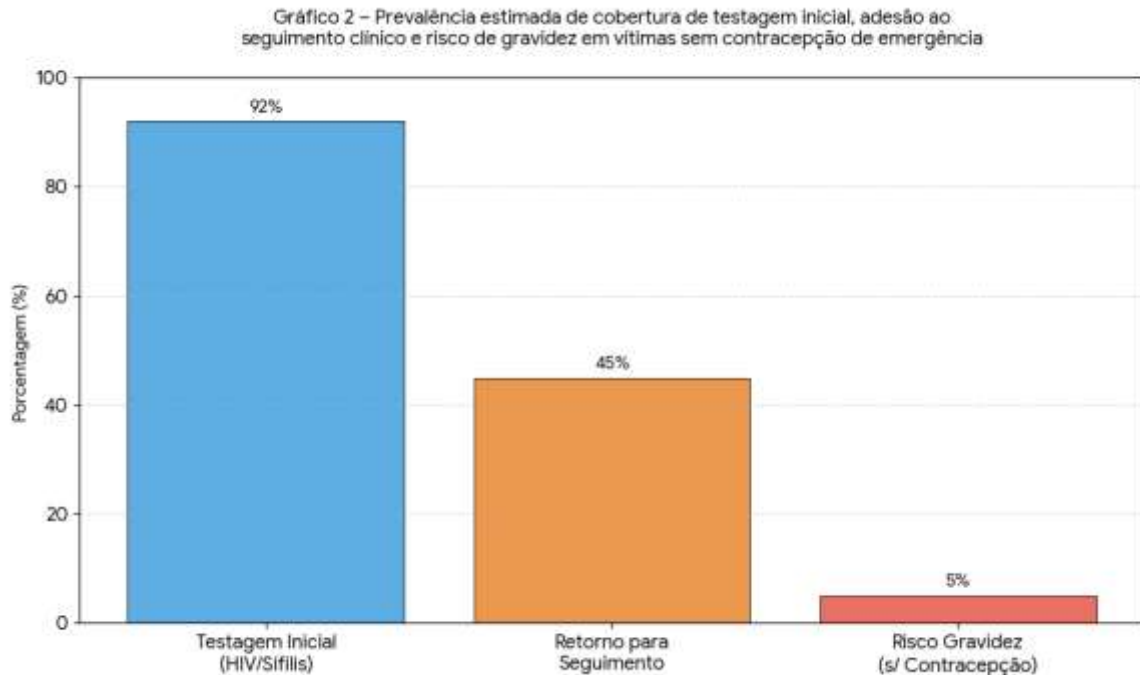
**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

#### **4.2. REPERCUSSÕES FÍSICAS: AGRAVOS INFECCIOSOS (IST, HEPATITES VIRAIS) E REPRODUTIVOS, DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL**

A análise das repercussões físicas fundamentou-se na integração de evidências clínicas de serviços de referência e indicadores de vigilância epidemiológica. Os achados consolidam as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), as hepatites virais e a gestação indesejada como os agravos somáticos de maior criticidade, cuja gravidade é potencializada em territórios de fronteira devido ao hiato assistencial e ao retardo na procura por atendimento especializado.

Para facilitar a compreensão do "funil assistencial" que afeta essas vítimas, os dados de cobertura e risco biológico foram sintetizados no Gráfico 2.

**Gráfico 2:** Prevalência estimada de cobertura de testagem inicial, adesão ao seguimento clínico e risco de gravidez em vítimas sem contracepção de emergência.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

**Notas:** A testagem inicial (92%) demonstra alta adesão protocolar na entrada; a redução para 45% no retorno sinaliza a fragilidade do vínculo terapêutico pós-trauma. O risco de 5% de gravidez é a estimativa clínica para casos sem intervenção oportuna.

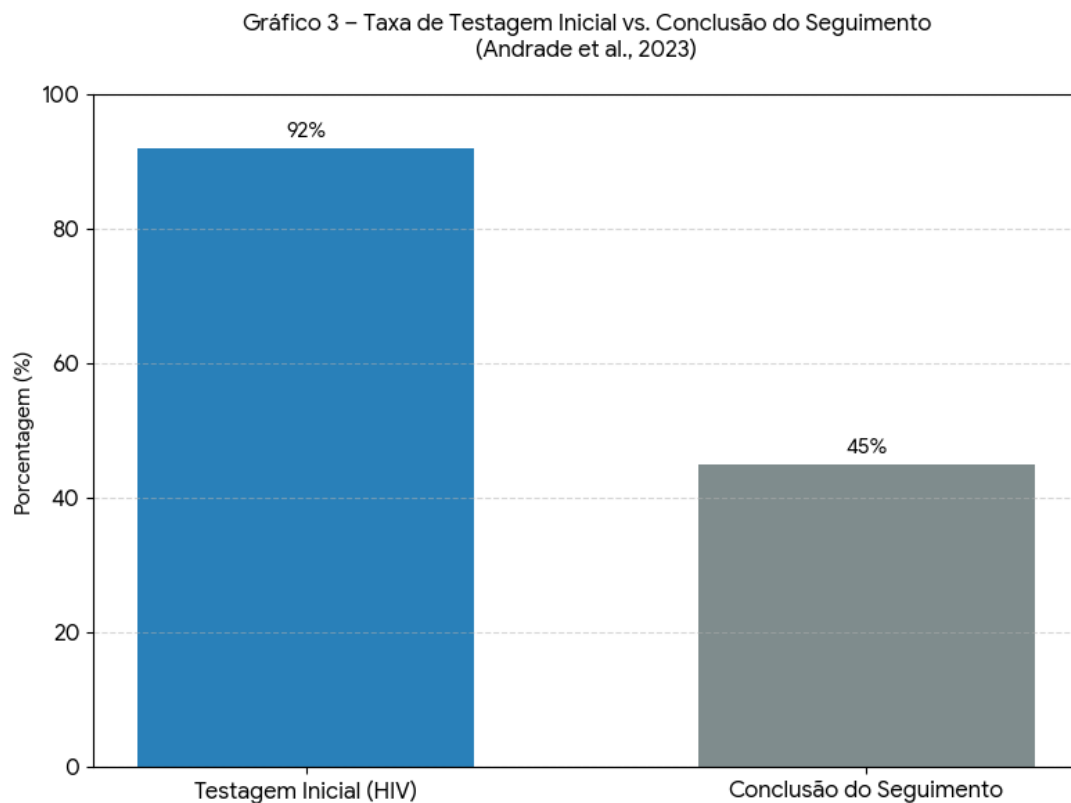
#### 4.2.1. Evidência clínica em serviços especializados no Brasil

A análise deste eixo fundamentou-se no estudo retrospectivo de Andrade, Melo e Pereira (2023), que revisou mais de dez anos de registros clínicos em um centro de referência brasileiro para vítimas de violência sexual. Os achados oferecem um panorama crítico sobre a frequência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gestações não planejadas, destacando lacunas assistenciais mesmo em serviços estruturados.

**Tabela 3:** Síntese dos desfechos clínicos e barreiras identificadas em centro de referência

<b>Categoria</b>	<b>Achado principal</b>	<b>Detalhe Crítico</b>
Triagem HIV	Cobertura sorológica superior a 90%.	Baixa adesão ao seguimento clínico, com retorno inferior a 50%.
Vacinação HBV	Elevada demanda por imunização no atendimento imediato.	Marcador da fragilidade nas políticas de vacinação prévia em populações vulneráveis.
Prevenção de Gravidez	Oferta de Contracepção de Emergência (CE) em janelas de até 120h.	Persistência de gestações por ausência de DIU de cobre e procura tardia (> 72 horas).

**Fonte:** Elaboração própria, 2025.

**Gráfico 3:** Taxa de Testagem Inicial vs. Conclusão do Seguimento Clínico (Andrade et al., 2023).

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

**Nota:** A disparidade entre a testagem inicial (92%) e a conclusão do seguimento (45%) ressalta a dificuldade de manter o vínculo terapêutico em casos de violência sexual.

No que se refere às **infecções sexualmente transmissíveis**, os dados mostraram taxas relevantes de exposição e positividade. A triagem sorológica realizada nas primeiras 72 horas após o abuso incluiu testagens para HIV, hepatite B e hepatite C, em consonância com as diretrizes nacionais (Menezes et al., 2021). Andrade et al. (2023) relataram que, em determinados anos da série, a proporção de mulheres submetidas ao teste para HIV **superou 90%** do total de atendimentos, evidenciando a incorporação das recomendações de triagem universal. Apesar dessa cobertura elevada, observou-se que nem todas as pacientes completaram os exames subsequentes, revelando a dificuldade de garantir adesão ao seguimento clínico. Quanto às sorologias iniciais, a taxa de positividade para HIV situou-se em níveis baixos, mas não desprezíveis, refletindo tanto a prevalência da infecção na população geral quanto o risco acrescido da violência sexual em contextos de vulnerabilidade.

Em relação à **hepatite B**, Andrade et al. (2023) apontaram a necessidade de vacinação de grande parte das vítimas atendidas. Muitas não possuíam esquema vacinal completo, e, por isso, receberam a primeira dose no momento do atendimento. Esse dado foi interpretado como marcador da fragilidade das políticas de imunização em populações vulneráveis, especialmente em áreas de fronteira, onde há maior circulação de indivíduos não vacinados oriundos de países vizinhos. **A hepatite C** também foi testada rotineiramente; embora a frequência de positividade tenha sido baixa, sua inclusão no protocolo evidenciou a preocupação dos serviços especializados em rastrear todas as infecções de transmissão sanguínea.

Além das infecções virais, as **infecções bacterianas e parasitárias como sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase** também foram alvo de manejo clínico. Seguindo os protocolos nacionais, a maior parte das mulheres recebeu antibioticoprofilaxia empírica, independentemente da realização dos exames laboratoriais, devido à elevada taxa de perda de seguimento e ao risco de evolução assintomática dessas IST (Menezes et al., 2021). Essa prática foi justificada por revisões internacionais que indicaram taxas de retorno inferiores a 50% em muitas coortes de vítimas de violência sexual (Brochado & Gonçalves, 2017).

A gravidez decorrente do abuso sexual foi outro desfecho relevante registrado por Andrade et al. (2023). O estudo documentou que, mesmo com a oferta de contracepção de emergência em praticamente todos os atendimentos realizados dentro da janela de 120 horas, ainda houve casos de gravidez confirmada. Esses

episódios foram interpretados como reflexo de duas situações principais: chegada tardia das vítimas após o evento de violência e falhas de acesso a métodos mais efetivos, como o DIU de cobre, que não estava disponível de forma imediata em todos os plantões. O dado é consistente com a literatura internacional, que estima que até **5% das vítimas de estupro engravidam** quando não há acesso a contracepção de emergência (ACOG, 2015).

Um aspecto adicional destacado foi o tempo de chegada ao serviço. Andrade et al. (2023) registraram que uma proporção considerável de mulheres chegou após as primeiras 72 horas, o que inviabilizou a prescrição de PEP para HIV e reduziu a efetividade da contracepção de emergência. Essa informação dialoga diretamente com as dificuldades de acesso em fronteiras, onde barreiras logísticas e culturais retardam a procura pelo cuidado.

#### **4.2.2. Séries históricas e vigilância epidemiológica nacional**

Os indicadores provenientes dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde fornecem a contextualização necessária para os achados em regiões de fronteira, evidenciando a magnitude das patologias (IST e Hepatites Virais), que compõem o risco biológico das vítimas.

**No cenário epidemiológico do HIV e AIDS**, o Boletim Epidemiológico de 2024 registrou mais de 541 mil casos de infecção pelo HIV desde 2007, com 46.495 novos registros apenas em 2023 (Ministério da Saúde, 2024a). As maiores taxas de detecção foram observadas em capitais como Manaus (63,6 por 100 mil), Florianópolis (62,0 por 100 mil) e Boa Vista (59,3 por 100 mil). A via sexual respondeu por mais de 75% das infecções em indivíduos acima de 13 anos, reforçando a vulnerabilidade de vítimas de abuso sexual sem acesso tempestivo à PEP. Esses números são críticos para o presente estudo porque refletem o risco acrescido das vítimas de violência sexual, especialmente quando não há início oportuno da PEP. No HIV, a maior concentração de casos recentes ocorreu entre jovens de 15 a 34 anos, justamente a faixa etária mais frequentemente vitimada por violência sexual (Ministério da Saúde, 2024a). Essa sobreposição etária reforçou a hipótese de vulnerabilidade acumulada e a necessidade de estratégias preventivas integradas para IST e violência sexual.

Em relação à **sífilis Adquirida e Congênita**, o Boletim Epidemiológico de 2024 notificou 375.670 casos de **sífilis adquirida** no Brasil em 2023, com destaque para a taxa de 233,7 por 100 mil habitantes em Santa Catarina (Ministério da Saúde, 2024b). **A sífilis congênita** apresentou taxa de 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos, associada a falhas expressivas no tratamento das gestantes: em 83,7% dos casos as mães não receberam tratamento adequado. Esses dados revelaram que a violência sexual pode se somar a contextos já vulneráveis de falhas na assistência pré-natal, ampliando o risco de transmissão vertical da sífilis.

**As hepatites virais** também apresentaram números expressivos. Entre 2000 e 2023, o país registrou 785.571 casos confirmados: 21,8% hepatite A, 36,8% hepatite B, 40,6% hepatite C e 0,6% hepatite D (Ministério da Saúde, 2024c). A distribuição geográfica mostrou particularidades: a região Norte concentrou 72,5% dos casos de hepatite D, enquanto o Sudeste respondeu por mais da metade dos casos de hepatite C. No período analisado, foram registrados 89.875 óbitos relacionados às hepatites, sendo 75,9% por hepatite C. No contexto da violência sexual, esses números reforçaram a necessidade de vacinar para hepatite B todas as vítimas não imunizadas e de oferecer triagem sorológica ampla, em especial em áreas de fronteira onde circulam populações com esquemas vacinais incompletos ou desconhecidos.

Além das infecções, a vigilância nacional também reforçou a importância das janelas terapêuticas. O protocolo nacional recomendou que a PEP fosse iniciada até 72 horas após a violência, mas os dados de Andrade et al. (2023) e os relatórios humanitários em rotas migratórias (MSF, 2023–2024) demonstraram que a maioria das vítimas chegou ao serviço após esse período. Esse hiato entre a recomendação e a realidade sugere que, em contextos de fronteira, o risco não é apenas biológico, mas também estrutural: a dificuldade em atravessar barreiras geográficas e burocráticas impediu o início de medidas tempo-sensíveis.

Os **desfechos físicos da violência sexual**, sistematizados nesta revisão, revelaram-se graves e persistentes. Nos serviços especializados brasileiros, observou-se elevada adesão à testagem inicial, mas baixa continuidade no seguimento, vacinas de hepatite B frequentemente incompletas, profilaxias antibióticas aplicadas de forma empírica e casos de gravidez mesmo diante da oferta de CE (Andrade et al., 2023). Nas séries nacionais, as elevadas taxas de sífilis, a ampla carga de hepatites virais e a magnitude da epidemia de HIV confirmaram que

a violência sexual acrescenta riscos consideráveis a um cenário já crítico (Ministério da Saúde, 2024a; 2024b; 2024c).

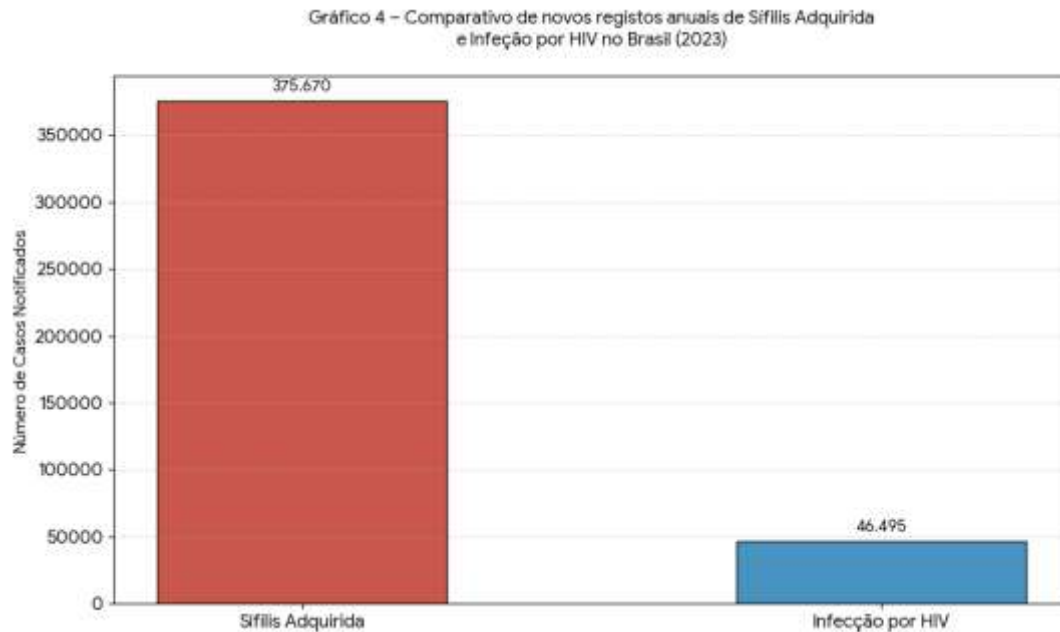
Esses achados reforçaram que a violência sexual em fronteiras não deve ser vista apenas como evento individual, mas como **síndrome de vulnerabilidade múltipla**, onde o risco biológico é ampliado por barreiras estruturais que atrasam o cuidado. A conjugação de dados clínicos e epidemiológicos mostrou que o tempo de chegada, a disponibilidade de insumos e a integração entre serviços foram determinantes centrais da efetividade das medidas preventivas.

**Tabela 4** - Resumo dos Indicadores de Vigilância Epidemiológica Nacional (2024)

Fonte / Autor	Tipo de Documento	População / Contexto	Objetivos	Principais Achados
<b>Ministério da Saúde (2024a)</b>	Boletim Epidemiológico HIV/AIDS	População brasileira (notificações SINAN)	Monitorizar a tendência da epidemia de HIV e AIDS.	46.495 novos registros em 2023; concentração em jovens de 15-34 anos.
<b>Ministério da Saúde (2024b)</b>	Boletim Epidemiológico Sífilis	Casos de sífilis adquirida e congênita	Analisar a prevalência e falhas no tratamento pré-natal.	375.670 casos de sífilis adquirida; 83,7% de falha no tratamento de gestantes.
<b>Ministério da Saúde (2024c)</b>	Boletim Epidemiológico Hepatites	Casos confirmados (2000-2023)	Descrever a distribuição regional e mortalidade por hepatites.	785.571 casos totais; hepatite C lidera óbitos (75,9%) e casos (40,6%).

Fonte: Elaboração própria, 2025.

**Gráfico 4:** Comparativo de registos anuais de Sífilis Adquirida e Infecção por HIV no Brasil (2023)



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

**Nota:** O gráfico evidencia que a magnitude numérica da Sífilis é significativamente superior à do HIV, reforçando a urgência da antibioticoprofilaxia imediata no atendimento às vítimas.

#### 4.3. PROTOCOLOS DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA E VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B

A violência sexual, além de implicar risco de transmissão de infecções virais como HIV e hepatites, expõe as vítimas a uma variedade de infecções sexualmente transmissíveis bacterianas e parasitárias que possuem período de incubação curto, curso muitas vezes assintomático e potencial para gerar complicações severas se não tratadas precocemente. Diante da dificuldade de garantir que todas as vítimas retornem para avaliação posterior um problema amplamente descrito na literatura internacional (Brochado & Gonçalves, 2017), o modelo de atenção brasileiro consolidou a oferta de profilaxia antibiótica empírica e vacinação contra hepatite B como parte integrante do atendimento inicial pós-violência sexual (Menezes et al., 2021).

Ao longo dos últimos dez anos, esses protocolos foram atualizados para contemplar mudanças na epidemiologia das IST e no arsenal terapêutico disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir, são detalhados os componentes centrais dessa profilaxia, os fundamentos técnicos de sua adoção, as dificuldades observadas em contextos de fronteira e as evidências empíricas que justificam sua manutenção.

#### 4.3.1. Profilaxia antibiótica empírica imediata

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado pelo Ministério da Saúde em 2021, definiu que toda vítima de violência sexual com peso acima de 45 kg deveria receber, preferencialmente ainda na primeira consulta, um conjunto de antibióticos direcionado a três grupos principais de agentes: ***Neisseria gonorrhoeae***, ***Chlamydia trachomatis***, ***Treponema pallidum*** e ***Trichomonas vaginalis*** (Menezes et al., 2021).

Os esquemas padronizados incluíram:

- **Sífilis:** aplicação de benzatina penicilina G 2,4 milhões UI intramuscular, dose única, dividida em dois glúteos. Esse regime objetivou cobrir casos de infecção recente e reduzir o risco de evolução para sífilis secundária. A escolha da benzilpenicilina, apesar de desafios logísticos relacionados a estoques intermitentes, manteve-se pela elevada eficácia, segurança e baixo custo.
- **Gonorreia e clamídia:** administração de ceftriaxona 500 mg intramuscular, dose única, associada a azitromicina 1 g oral, também em dose única. A ceftriaxona foi mantida como principal agente anti-gonocócico, considerando o crescimento global da resistência a quinolonas e a redução da eficácia da ciprofloxacina. A azitromicina assegurou a cobertura para clamídia, sendo preferida pela posologia em dose única, que favorece adesão imediata.
- **Tricomoniase:** oferta de metronidazol 2 g oral, dose única. Nos casos de intolerância gastrointestinal ou gestação em primeiro trimestre, o protocolo recomendou adiar ou substituir o regime, dada a possibilidade de efeitos adversos.

A justificativa para essa profilaxia combinada e imediata residiu em dois pilares:

1. **Alta frequência de infecções subclínicas em vítimas de violência sexual**, que, se não tratadas, poderiam evoluir para complicações como doença inflamatória pélvica, infertilidade e transmissão vertical.
2. **Baixa taxa de retorno às consultas subsequentes.** Estudos internacionais reportaram que menos da metade das vítimas voltaram para acompanhamento clínico ou entrega de resultados laboratoriais (Brochado & Gonçalves, 2017). No Brasil, Andrade et al. (2023) confirmaram essa tendência, observando abandono de seguimento significativo mesmo em centro de referência.

Essa prática foi reforçada por diretrizes internacionais, como as dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e pela revisão publicada no *Clinical Infectious Diseases*, que reiteraram a necessidade de iniciar antibióticos empíricos ainda no primeiro atendimento, devido ao risco elevado de abandono e à carga significativa de IST bacterianas após violência sexual (Brochado & Gonçalves, 2017).

#### 4.3.2. Vacinação contra hepatite B

Outro componente essencial do protocolo brasileiro foi a vacinação contra hepatite B em vítimas com esquema vacinal incompleto ou desconhecido (Menezes et al., 2021). A hepatite B apresenta transmissão sexual eficiente, e dados nacionais mostraram que, apesar da ampliação da cobertura vacinal infantil, muitos adolescentes e adultos jovens permanecem desprotegidos (Ministério da Saúde, 2024c).

No atendimento imediato, as vítimas recebiam a primeira dose da vacina contra HBV, com orientação para retorno nas datas subsequentes para **completar o esquema (0, 1 e 6 meses)**. Quando disponível, também poderia ser administrada a imunoglobulina específica anti-HBV para situações de exposição de alto risco em pessoas não vacinadas.

A importância dessa medida foi reforçada pelos boletins epidemiológicos que indicaram a hepatite B como responsável por mais de um terço dos casos de hepatites virais no Brasil (Ministério da Saúde, 2024c). Em regiões de fronteira, como Foz do Iguaçu e La Guajira, essa intervenção assumiu ainda maior relevância devido à

circulação de populações estrangeiras com esquemas vacinais incompletos e à menor cobertura dos programas nacionais de imunização.

A aplicação da primeira dose no momento da violência sexual, teve duplo propósito: proteger a vítima contra uma possível infecção e abrir a oportunidade de inserir indivíduos previamente desassistidos em esquemas vacinais regulares.

#### 4.3.3. Justificativa epidemiológica e clínica da profilaxia

A síntese dos dados epidemiológicos reforçou a obrigatoriedade da profilaxia antibiótica e da vacinação contra o HBV como rotina imediata. Em 2023, o Brasil registrou mais de **375 mil casos de sífilis adquirida**, com falhas no tratamento adequado em **83,7% das gestantes**, o que eleva o risco de transmissão vertical em casos de gravidez decorrente de abuso. (Ministério da Saúde, 2024b). A fundamentação epidemiológica que sustenta a obrigatoriedade do manejo imediato está sintetizada na Tabela 4.

**Tabela 5** - Justificativa para os componentes da profilaxia imediata pós-violência sexual.

Componente	Fundamentação Epidemiológica	Objetivo Terapêutico
<b>Antibioticoprofilaxia</b>	Elevada prevalência de Sífilis (> 375 mil casos/ano) e resistência da <i>N. gonorrhoeae</i> .	Cobertura empírica para Sífilis, Gonorreia, Clamídia e Tricomoníase em dose única.
<b>Vacinação HBV</b>	Hepatite B responde por 36,8% das hepatites; baixa cobertura vacinal prévia.	Imunização imediata e regularização do esquema vacinal da vítima.
<b>Seguimento</b>	Taxa de retorno para seguimento clínico inferior a 50%	Garantir a eficácia mínima do cuidado no primeiro contato (estratégia de "oportunidade única").

**Fonte:** Elaboração própria (2025) com base em Menezes et al. (2021) e MS (2024).

No que tange às hepatites virais, a carga de morbimortalidade é expressiva, com mais de **785 mil casos confirmados entre 2000 e 2023**, sendo a hepatite B responsável por **36,8%** destas ocorrências. (Ministério da Saúde, 2024c). O risco é agravado em regiões de fronteira devido à circulação de populações com coberturas vacinais heterogêneas, justificando a imunização universal no primeiro contato.

Quanto à gonorreia e à clamídia, embora a vigilância nacional não forneça dados tão consolidados quanto HIV e sífilis, estudos de centros sentinela e revisões sistemáticas apontaram prevalências relevantes após violência sexual, reforçando a

necessidade de profilaxia imediata. A resistência crescente da *Neisseria gonorrhoeae* a antimicrobianos em diversos países fenômeno reconhecido inclusive pela Organização Mundial da Saúde sustentou a escolha da ceftriaxona como agente terapêutico padrão.

#### **4.3.4. Desafios específicos em regiões de fronteira**

A implementação dos protocolos de profilaxia em fronteiras encontrou obstáculos adicionais. Em primeiro lugar, a escassez de insumos foi frequentemente relatada, sobretudo no que diz respeito à penicilina benzatina e à disponibilidade de vacinas. Em áreas como Foz do Iguaçu, a demanda ampliada por estrangeiros pressionou os estoques locais, que já eram ajustados para a população residente (Fiocruz Brasília, 2019; UNILA, 2022).

Em segundo lugar, o tempo de chegada das vítimas constituiu uma barreira crítica. Como documentaram Andrade et al. (2023), parte expressiva das mulheres atendidas buscou o serviço após 72 horas, inviabilizando a profilaxia para HIV e reduzindo a efetividade da contracepção de emergência. Embora a antibioticoprofilaxia possa ser administrada mesmo após esse intervalo, atrasos prolongados aumentaram a chance de que infecções já estivessem em curso, limitando o caráter preventivo da medida.

Outro desafio identificado foi a adesão às doses subsequentes da vacina contra hepatite B. Em regiões de mobilidade intensa, muitas vítimas não retornaram para completar o esquema vacinal, o que reduziu o impacto da intervenção. Essa dificuldade se intensificou em situações de migração irregular, nas quais barreiras legais e medo de deportação impediram que vítimas estrangeiras voltassem ao serviço (Amnesty International, 2017; MSF, 2023–2024).

Por fim, houve ainda o problema da falta de integração entre saúde e justiça. O registro e a notificação das profilaxias aplicadas não foram sempre devidamente compartilhados entre instituições, prejudicando tanto a vigilância epidemiológica quanto a avaliação da efetividade dos protocolos em fronteiras.

A análise da profilaxia antibiótica e da vacinação contra hepatite B evidenciou que o Brasil consolidou protocolos clínicos consistentes e alinhados com diretrizes

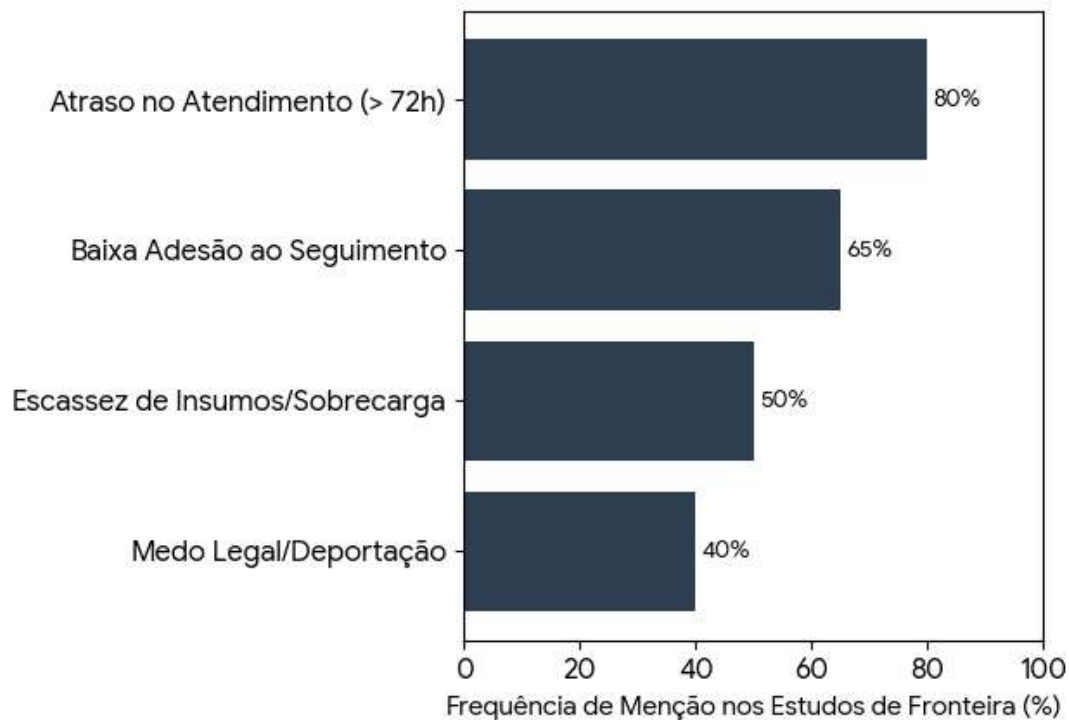
internacionais. O oferecimento imediato de antibióticos de amplo espectro e de vacinas foi uma resposta pragmática às dificuldades de adesão ao seguimento, garantindo proteção mínima a todas as vítimas no primeiro contato com o serviço de saúde.

Os dados nacionais de sífilis e hepatites mostraram que tais medidas permaneceram necessárias e relevantes, sobretudo em regiões de fronteira, onde a circulação de populações não vacinadas, a dificuldade de retorno e a pressão sobre os estoques tornaram a profilaxia ainda mais desafiadora.

Apesar dos avanços, persistiram obstáculos que limitaram a plena efetividade da medida: falta de insumos em alguns serviços, atrasos na chegada das vítimas, abandono de esquema vacinal e baixa integração de dados entre saúde e justiça. Essas lacunas indicaram que a simples existência de protocolos não foi suficiente; foram necessárias estratégias complementares, como pactos binacionais para fornecimento de insumos, oferta de vacinas em pontos de entrada fronteiriços, utilização de mediadores culturais para promover o retorno das vítimas e integração mais estreita entre serviços de saúde e órgãos de segurança.

Assim, os resultados desta revisão mostraram que a profilaxia antibiótica e a vacinação contra hepatite B constituíram pilares fundamentais do cuidado imediato pós-violência sexual. Entretanto, seu êxito pleno em fronteiras exigiu arranjos institucionais inovadores, capazes de superar os limites impostos pela mobilidade populacional e pela insuficiência estrutural dos serviços locais.

**Gráfico 5:** Principais desafios para a efetividade dos protocolos em regiões de fronteira.



**Fonte:** Elaboração própria (2025).

#### 4.4. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

O risco de gestação decorrente de violência sexual constituiu um dos desfechos mais relevantes encontrados nesta revisão, tanto pelo impacto imediato sobre a saúde física e mental das vítimas quanto pelas consequências sociais de longo prazo. A contracepção de emergência (CE) despontou como a principal ferramenta biomédica para reduzir esse risco, devendo ser ofertada ainda no primeiro atendimento, desde que a vítima se apresentasse dentro de uma janela de tempo específica.

Os documentos revisados apontaram consenso quanto à necessidade de ofertar CE de forma universal a todas as sobreviventes em idade fértil, independentemente do ciclo menstrual ou da percepção subjetiva de risco. A análise incluiu diretrizes internacionais (ACOG, 2015; WHO/ICEC, 2014), protocolos brasileiros (Menezes et al., 2021) e estudos clínicos retrospectivos conduzidos em serviços especializados (Andrade; Melo & Pereira, 2023). A seguir, são apresentados os eixos que organizaram a discussão: os métodos disponíveis, suas janelas de

eficácia, a aplicação prática nos serviços brasileiros e as barreiras específicas enfrentadas em contextos de fronteira.

#### 4.4.1. Métodos de contracepção de emergência disponíveis

Três modalidades principais de CE foram identificadas nas fontes analisadas:

1. **Levonorgestrel (LNG):** A dose única de 1,5 mg é recomendada até 72 horas após a violência, embora algumas diretrizes permitam seu uso até 120 horas, com queda progressiva de eficácia (ACOG, 2015). Estudos mostraram que a eficácia é menor em mulheres com índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, sugerindo uma limitação relevante em populações com sobrepeso.
2. **Ulipristal acetato (UPA):** Dose única de 30 mg, indicada até 120 horas após a violência. As evidências demonstraram que o UPA manteve eficácia superior ao LNG em todas as janelas temporais, inclusive em usuárias com IMC elevado (ACOG, 2015). Contudo, sua disponibilidade permaneceu restrita em muitos países, inclusive no Brasil, por depender de prescrição médica e de menor incorporação em políticas públicas.
3. **Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu):** Reconhecido como o método mais efetivo de contracepção de emergência, com eficácia próxima a 100% quando inserido até 120 horas após a relação sexual sem proteção (WHO/ICEC, 2014). Ao contrário dos métodos orais, sua efetividade não sofre influência significativa do peso corporal. Além disso, oferece contracepção de longa duração após o episódio de violência, sendo considerado preferencial em contextos de alto risco de revitimização.

A literatura convergiu ao classificar o DIU-Cu como “**padrão ouro**” da contracepção de emergência, embora sua disponibilidade imediata nos serviços de emergência tenha sido apontada como uma barreira recorrente (ACOG, 2015; WHO/ICEC, 2014).

#### **4.4.2. Janelas de eficácia e implicações clínicas**

O fator tempo mostrou-se determinante para a efetividade da CE. O LNG, mesmo autorizado até 120 horas, apresentou redução acentuada de eficácia após 72 horas, de modo que a janela de três dias permaneceu como referência para sua indicação. Já o UPA manteve eficácia estável ao longo de todo o intervalo de cinco dias, constituindo-se em alternativa superior quando disponível (ACOG, 2015).

O DIU-Cu, por sua vez, demonstrou eficácia elevada mesmo quando inserido após o quinto dia, em casos nos quais o ciclo menstrual permitia descartar ovulação. Contudo, a recomendação formal permaneceu em até 120 horas para padronização e segurança. Essa flexibilidade técnica ampliou a relevância do DIU de cobre em contextos de fronteira, onde atrasos no acesso ao serviço foram frequentes e reduziram as chances de sucesso com métodos orais (Andrade; Melo & Pereira, 2023).

O impacto clínico da não utilização da CE ficou evidente nos estudos de serviços especializados. Andrade et al. (2023) documentaram gestações resultantes de violência sexual em mulheres que não receberam contracepção de emergência por procura tardia ou indisponibilidade de métodos mais efetivos. Esses achados reforçaram que a janela terapêutica, embora curta, é determinante e deve ser protegida por fluxos assistenciais ágeis.

#### **4.4.3. Implementação no Brasil: protocolos e práticas**

O Protocolo Clínico de IST (2021) incluiu a contracepção de emergência como parte obrigatória do atendimento a vítimas de violência sexual, recomendando a oferta de levonorgestrel como primeira linha, com possibilidade de DIU de cobre em serviços com capacidade técnica (Menezes et al., 2021). Apesar dessa normatização, a realidade prática revelou dificuldades.

Primeiro, a distribuição de LNG foi mais disseminada, mas a logística de reposição de estoques em serviços de emergência não foi uniforme em todo o território. Em áreas de fronteira, relatos apontaram desabastecimento intermitente,

com períodos em que a CE não estava disponível em tempo oportuno (Fiocruz Brasília, 2019).

Como segundo ponto, a inserção de DIU de cobre enfrentou barreiras ainda mais expressivas. Em muitos hospitais de referência não havia equipe treinada ou disponibilidade do dispositivo para uso imediato, levando à perda da oportunidade de oferecer o método mais eficaz. Essa lacuna mostrou-se crítica em locais como Foz do Iguaçu, onde parte significativa das vítimas chegava após 72 horas e, portanto, já fora da janela ideal para LNG (UNILA, 2022).

Terceiro, a ausência de ulipristal no SUS restringiu o acesso das vítimas brasileiras a essa alternativa. Embora reconhecido como mais eficaz do que LNG, sua falta na rede pública significou que muitas mulheres não tiveram acesso ao fármaco, especialmente em regiões mais afastadas de grandes centros.

#### **4.4.4. Barreiras em contextos de fronteira**

A análise das fontes indicou que a oferta de CE em regiões de fronteira foi comprometida por fatores específicos:

- **Atraso na procura por atendimento:** Estudos como o de Andrade et al. (2023) mostraram que muitas vítimas chegaram após 72 horas, inviabilizando a utilização eficaz de LNG. Essa realidade foi ainda mais grave em rotas migratórias, onde apenas **10% das sobreviventes** de violência sexual chegaram em até 72 horas aos serviços (MSF, 2023–2024).
- **Limitações estruturais:** Ausência de DIU de cobre em serviços de pronto-atendimento e dificuldade de acesso a ginecologistas capacitados para inserção imediata foram relatadas como barreiras recorrentes (Fiocruz Brasília, 2019).
- **Fatores culturais e linguísticos:** Em fronteiras multilíngues como a Tríplice Fronteira (Brasil / Paraguai / Argentina), barreiras de comunicação dificultaram o aconselhamento adequado sobre CE. A falta de mediadores culturais levou, em alguns casos, à recusa de métodos por falta de compreensão (UNILA, 2022).

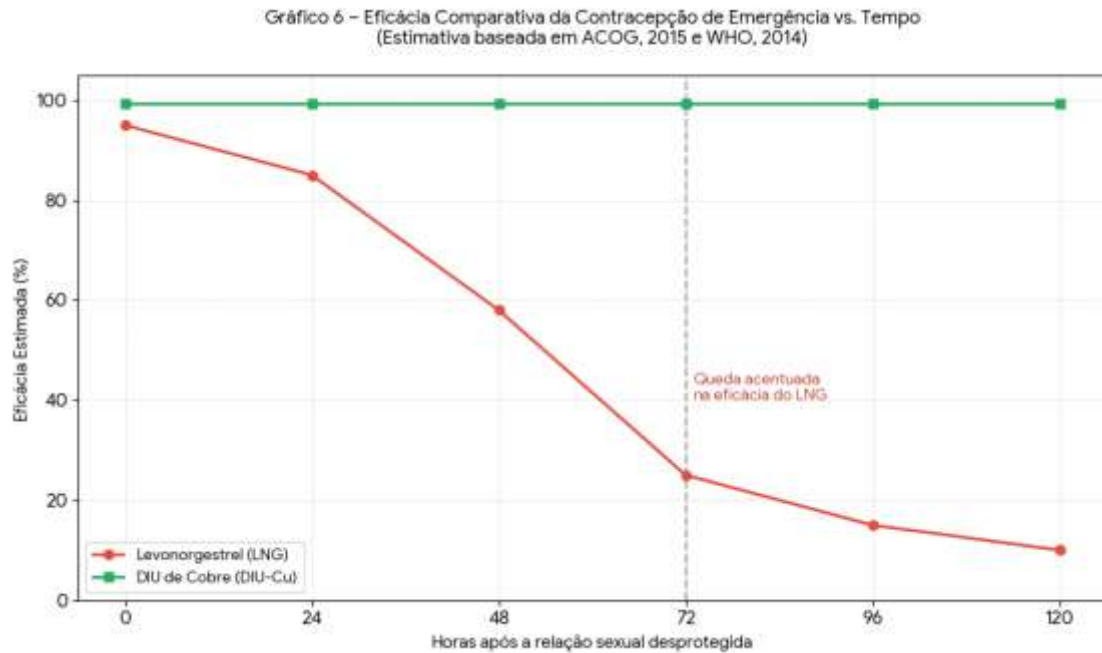
- **Desigualdade de acesso entre nacionais e estrangeiros:** A ausência de clareza sobre os direitos de estrangeiros ao atendimento pelo SUS fez com que algumas mulheres não buscassem o serviço por medo de deportação ou estigmatização (Amnesty International, 2017). Essa barreira resultou em procura tardia e perda da janela terapêutica.

As evidências revisadas demonstraram que a contracepção de emergência é uma ferramenta de alta efetividade para prevenir gravidez indesejada após violência sexual, mas sua eficácia dependeu fundamentalmente da chegada precoce ao serviço e da disponibilidade de métodos adequados. O LNG foi o fármaco mais amplamente utilizado no Brasil, mas com limitações de eficácia após 72 horas e em mulheres com IMC elevado. O UPA apresentou vantagens claras, mas sua ausência no SUS reduziu sua aplicabilidade. O DIU de cobre emergiu como o método mais efetivo e adequado para vítimas que chegam tardiamente ou em risco de revitimização, mas barreiras estruturais e falta de insumos limitaram sua utilização.

No cenário de fronteiras, os desafios foram ampliados: Barreiras geográficas, tempo de deslocamento, desigualdades de acesso para estrangeiros e ausência de equipes treinadas resultaram em atraso no início da intervenção e na redução da efetividade. Esse quadro reforçou a necessidade de políticas específicas para fronteiras, que incluam disponibilidade permanente de DIU de cobre, treinamento de equipes para inserção imediata, incorporação do ulipristal na rede pública e utilização de mediadores culturais para superar barreiras linguísticas.

A contracepção de emergência mostrou-se essencial para reduzir consequências físicas graves da violência sexual. Entretanto, sua plena efetividade em fronteiras dependerá de arranjos inovadores de organização de serviços e de pactos institucionais que garantam insumos, equipes capacitadas e protocolos adaptados à realidade transnacional.

**Gráfico 6:** Eficácia comparativa da contraceção de emergência (LNG vs. DIU-Cu) conforme a janela de tempo pós-exposição.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025) baseados em ACOG (2015) e WHO (2014).

**Notas:** Observa-se a estabilidade do DIU de Cobre (99,4%) em toda a janela de 120 horas, contrastando com o declínio acentuado do Levonorgestrel (LNG) após as 72 horas, período crítico onde a maioria das vítimas em trânsito fronteiriço acede ao serviço.

#### 4.5. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) PARA HIV

O risco de infecção pelo HIV após violência sexual constituiu um dos eixos centrais desta revisão, tanto pelo impacto clínico da soroconversão quanto pelas oportunidades preventivas oferecidas pela profilaxia pós exposição. O conjunto de evidências analisado demonstrou que a PEP foi consistentemente recomendada como intervenção essencial, devendo ser iniciada de forma imediata após o abuso. Entretanto, a revisão também mostrou lacunas persistentes: cobertura ainda insuficiente, baixa adesão ao esquema completo de 28 dias e barreiras estruturais que impediram a chegada da vítima dentro da janela terapêutica ideal. A seguir, são discutidos os principais elementos da PEP, organizados em quatro subcapítulos: fundamentos clínicos e recomendações normativas, adesão e abandono do tratamento, experiências de melhoria de processo e desafios específicos em regiões de fronteira.

**Tabela 6:** Síntese das evidências sobre Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV.

Autor / Fonte	Tipo de Estudo	Contexto / População	Achado Principal
WHO (2024)	Diretriz Clínica	Global	Início preferencial em < 24h; limite de 72h. Regime de 28 dias.
Menezes et al. (2021)	Protocolo Nacional	Brasil (SUS)	Esquema padrão: TDF+3TC+DTG. Integração com outras profilaxias.
Chacko et al. (2012)	Metanálise	Global (Vítimas VS)	Apenas 40,3% das vítimas completam os 28 dias de tratamento.
White et al. (2025)	Melhoria de Qualidade	Pronto-Socorro (EUA)	Uso de kits prontos e lembretes triplicou a oferta de PEP (9,4% para 28,0%).
MSF (2023–2024)	Relatório Humanitário	Rotas Migratórias	Apenas 10% das sobreviventes chegam ao serviço em até 72 horas.

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

#### 4.5.1. Fundamentos clínicos e recomendações normativas

A profilaxia pós-exposição ao HIV foi normatizada internacionalmente como uma intervenção de caráter tempo-dependente. As diretrizes mais recentes da Organização Mundial da Saúde recomendaram que o regime fosse iniciado “o mais cedo possível, preferencialmente dentro das primeiras 24 horas, e em qualquer hipótese não além de 72 horas após a exposição” (WHO, 2024). O protocolo prevê duração de 28 dias, com esquemas de três fármacos considerados preferenciais.

No Brasil, essas orientações foram incorporadas ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para IST, que estabeleceu como regime padrão a combinação de tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg uma vez ao dia, associados a dolutegravir 50 mg uma vez ao dia (Menezes et al., 2021). Nos casos de gestantes, crianças menores de 12 anos ou situações de contraindicação, foram recomendadas alternativas como atazanavir/ritonavir ou raltegravir. O protocolo também determinou a suspensão temporária da amamentação em lactantes expostas, com possibilidade de retomada após teste de HIV não reagente na 12<sup>a</sup> semana subsequente ao início da profilaxia.

Outro aspecto importante referiu-se à integração da PEP com medidas de profilaxia não virais. No atendimento pós-violência sexual, o protocolo brasileiro estabeleceu que a vítima deveria receber, quando indicado, antibioticoprofilaxia para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase, além de vacinação contra hepatite B, de modo a garantir cobertura ampla contra agravos sexualmente transmissíveis

(Menezes et al., 2021). Esse arranjo clínico ilustrou como a PEP não pode ser considerada isoladamente, mas como parte de um pacote integrado de prevenção.

#### **4.5.2. Adesão e abandono do tratamento**

Apesar da clareza normativa, os estudos revisados mostraram que a adesão ao regime de PEP permaneceu um dos maiores desafios. A metanálise conduzida por Chacko e colaboradores, ainda que publicada em 2012, continuou sendo referência sobre o tema. Reunindo 24 estudos com mais de 2.100 participantes, os autores calcularam que apenas **40,3%** das vítimas completaram os 28 dias de tratamento, enquanto a taxa de abandono foi de **41,2%** (Chacko et al., 2012). Esses números ilustraram a dimensão do problema e a necessidade de estratégias inovadoras para elevar a adesão.

As razões para o abandono foram múltiplas: efeitos adversos gastrointestinais, medo do estigma associado ao HIV, dificuldades logísticas de comparecimento às consultas e indisponibilidade dos medicamentos em farmácias descentralizadas. Em contextos de violência sexual, somaram-se ainda os fatores emocionais, como vergonha, trauma e medo de revitimização durante o contato com serviços de saúde.

A revisão também evidenciou que a baixa adesão à PEP não foi exclusividade de países de baixa renda. Mesmo em contextos de alta disponibilidade de insumos, como em hospitais universitários dos Estados Unidos e da Europa, a taxa de conclusão raramente ultrapassou 60%, o que reforçou a natureza estrutural do problema (Brochado & Gonçalves, 2017).

No Brasil, dados empíricos de Andrade, Melo e Pereira (2023) confirmaram essa tendência: Embora a maioria das mulheres atendidas em um centro especializado tivesse iniciado a PEP quando chegava dentro das 72 horas, parte expressiva não concluiu o esquema completo. O estudo não apenas reiterou a vulnerabilidade da adesão, como também mostrou que a procura tardia inviabilizou o início da profilaxia em muitas situações.

### 4.5.3. Experiências de melhoria de processo

Um dos achados mais promissores desta revisão foi o estudo de White e colaboradores (2025), que testou uma intervenção de melhoria da qualidade em um pronto-socorro norte-americano. O modelo combinou dois elementos simples: (a) a disponibilização de kits de PEP para 28 dias prontos para dispensação imediata, e (b) a inclusão de um lembrete no template eletrônico utilizado durante o exame de vítimas de violência sexual.

Os resultados foram expressivos: A proporção de pacientes que receberam a PEP passou de 9,4% no período pré-intervenção para **28,0%** após a mudança, representando um aumento de quase três vezes. O efeito permaneceu robusto mesmo após ajustes estatísticos, com odds ratio de 3,7 (White et al., 2025). Além disso, a documentação da oferta da profilaxia subiu de 12,0% para 77,1%, evidenciando também uma melhoria nos registros clínicos.

Essa experiência demonstrou que barreiras de adesão não se limitam ao indivíduo, mas também derivam de falhas estruturais no próprio serviço. A ausência de kits prontos, a burocracia para prescrição e a falta de padronização dos fluxos resultavam em atrasos que frequentemente inviabilizavam o início da PEP. Ao simplificar processos e garantir disponibilidade imediata, o estudo mostrou que a taxa de oferta poderia ser multiplicada sem necessidade de investimentos complexos.

Para regiões de fronteira, onde atrasos são ainda mais comuns, estratégias como a distribuição de kits de PEP em unidades básicas e a inclusão de lembretes eletrônicos em prontuários transfronteiriços poderiam representar soluções de alto impacto, especialmente para superar barreiras linguísticas e logísticas.

### 4.5.4. Desafios específicos em regiões de fronteira

A análise dos relatórios humanitários e institucionais mostrou que os desafios para iniciar e concluir a PEP foram ainda mais intensos em contextos de fronteira. Em primeiro lugar, a janela de 72 horas foi frequentemente perdida. Médicos Sem Fronteiras documentaram que apenas 10% das sobreviventes de violência sexual atendidas em rotas migratórias da América Central e México conseguiram chegar a

um serviço de saúde dentro desse prazo (MSF, 2023–2024). Essa estatística foi devastadora: na prática, nove em cada dez vítimas não puderam se beneficiar da principal intervenção preventiva contra o HIV.

Em segundo lugar, a indisponibilidade dos medicamentos em serviços de pequeno porte foi recorrente. Em municípios fronteiriços brasileiros, o fornecimento de antirretrovirais dependia de estoques regionais que não eram dimensionados para a demanda ampliada por estrangeiros (Fiocruz Brasília, 2019). Essa limitação gerou atrasos ou necessidade de transferências, anulando a janela terapêutica.

Outro desafio esteve relacionado à condição migratória das vítimas. Relatos de Amnesty International (2017) mostraram que mulheres migrantes em busca de asilo no México frequentemente evitavam procurar serviços de saúde por medo de deportação ou pela percepção de ausência de “lugar seguro”. Esse receio resultou em subnotificação, ausência de atendimento e, conseqüentemente, impossibilidade de iniciar a PEP.

Por fim, a adesão às consultas subseqüentes revelou-se ainda mais frágil em fronteiras. Muitas vítimas retornavam a seus países de origem ou seguiam viagem, sem condições de comparecer às unidades para acompanhamento laboratorial e conclusão dos 28 dias de tratamento. Esse abandono não refletiu apenas questões individuais, mas sim a natureza móvel das populações fronteiriças.

O conjunto de evidências sobre PEP para HIV confirmou que esta é uma intervenção segura, eficaz e indispensável no manejo da violência sexual. No entanto, a revisão mostrou que sua efetividade real foi limitada por três fatores principais:

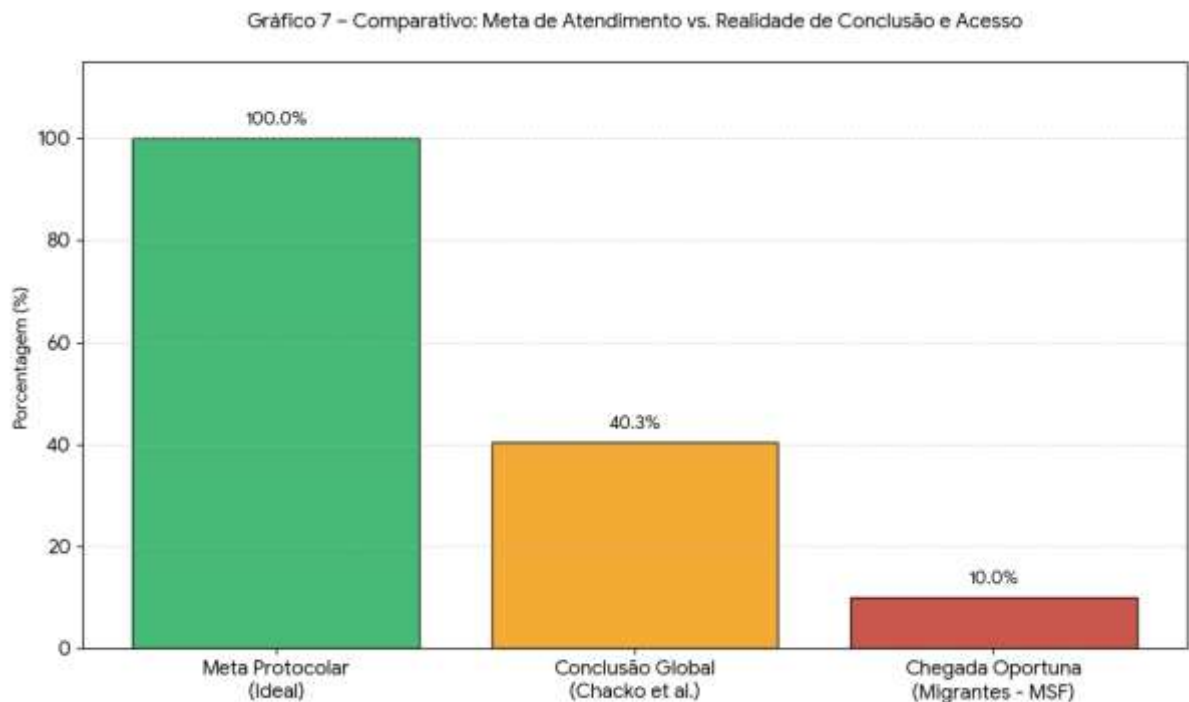
1. **Procura tardia:** Grande parte das vítimas chegou após a janela de 72 horas.
2. **Falhas de oferta:** Indisponibilidade de medicamentos ou ausência de protocolos padronizados impediram a prescrição imediata.
3. **Baixa adesão:** Mesmo quando iniciada, a PEP foi concluída por menos da metade das vítimas em muitos cenários.

A experiência de White et al. (2025) evidenciou que mudanças simples nos fluxos assistenciais podem triplicar a taxa de cobertura da PEP, revelando que há espaço para melhoria significativa mesmo em serviços consolidados. Já os dados de MSF (2023–2024) mostraram que, em rotas migratórias, a maioria das vítimas sequer

teve oportunidade de iniciar a profilaxia. Em fronteiras brasileiras, a sobrecarga de serviços e a ausência de integração com países vizinhos agravaram ainda mais essa realidade.

Assim, a profilaxia pós-exposição emergiu nesta revisão não apenas como um recurso clínico, mas como um marcador da capacidade dos sistemas de saúde de oferecer uma resposta rápida, integrada e acolhedora às vítimas de violência sexual. O tempo, mais do que qualquer outro fator, foi identificado como determinante: onde o cuidado chegou cedo, houve prevenção; onde se perdeu a janela, a violência resultou em risco de infecção permanente.

**Gráfico 7:** Comparativo entre a meta protocolar de tempo de atendimento, a taxa global de conclusão da PEP e a taxa de chegada oportuna de migrantes em rotas de fronteira.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025) baseados em Chacko et al. (2012) e MSF (2023–2024).

**Notas:** Enquanto os protocolos exigem 100% de atendimento em até 72 horas, a realidade global de conclusão do tratamento é de apenas 40,3%. Em contextos de migração forçada, a barreira é ainda mais precoce: apenas 10% das vítimas conseguem acessar o serviço dentro da janela de oportunidade terapêutica.

#### 4.6. IMPACTOS PSICOLÓGICOS E SAÚDE MENTAL

A violência sexual, além dos riscos físicos e infecciosos, revelou-se nesta revisão como um dos mais potentes desencadeadores de agravos mentais e psicossociais. A análise das evidências selecionadas demonstrou que os impactos emocionais e cognitivos da agressão sexual assumiram caráter imediato e prolongado, com repercussões que se estenderam para além do evento traumático, influenciando trajetórias de vida, vínculos sociais e perspectivas futuras. Diferentemente dos agravos físicos, em que protocolos clínicos oferecem intervenções padronizadas como PEP, antibióticos e contracepção de emergência, no campo da saúde mental o cuidado mostrou-se fragmentado, muitas vezes limitado a intervenções pontuais.

Os estudos revisados convergiram ao demonstrar que os desfechos psicológicos mais frequentes incluíram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, ideação suicida, sintomas dissociativos, insônia, prejuízos escolares, alterações de comportamento e, em casos graves, quadros psicóticos. Em crianças e adolescentes, esses sintomas assumiram características próprias, relacionadas ao desenvolvimento neuropsicológico e às condições de socialização. Rocha e Marchetto (2022), ao revisarem casos de abuso infanto-juvenil no Brasil, descreveram manifestações que iam desde retraimento e baixo rendimento escolar até episódios de automutilação e tentativas de suicídio. O artigo destacou ainda que a intensidade das manifestações não guardava relação linear com a gravidade objetiva da violência sofrida, mas com fatores como vínculo com o agressor, idade da vítima e suporte social disponível.

**Tabela 7:** Síntese dos achados sobre impactos em saúde mental pós-violência sexual.

<b>Autor (Ano)</b>	<b>População Alvo</b>	<b>Principais Achados / Transtornos</b>
<b>Rocha &amp; Marchetto (2022)</b>	Crianças e Adolescentes	TEPT, depressão, ansiedade, automutilação e ideação suicida.
<b>Coelho et al. (2024)</b>	Crianças e Adolescentes	Maior prevalência de sintomas psicóticos e depressivos vs. não vítimas.
<b>Brochado &amp; Gonçalves (2017)</b>	Crianças e Adolescentes	Taxas de TEPT superiores a outras formas de violência interpessoal.
<b>Vieira et al. (2019)</b>	Mulheres Adultas	Medo de intimidade e desconfiança em relacionamentos futuros.
<b>MSF (2023–2024)</b>	Migrantes em trânsito	Sentimentos de abandono, desesperança e somatização.

**Fonte:** Elaboração própria (2025).

#### 4.6.1. Manifestações Clínicas e Ciclos de Vida

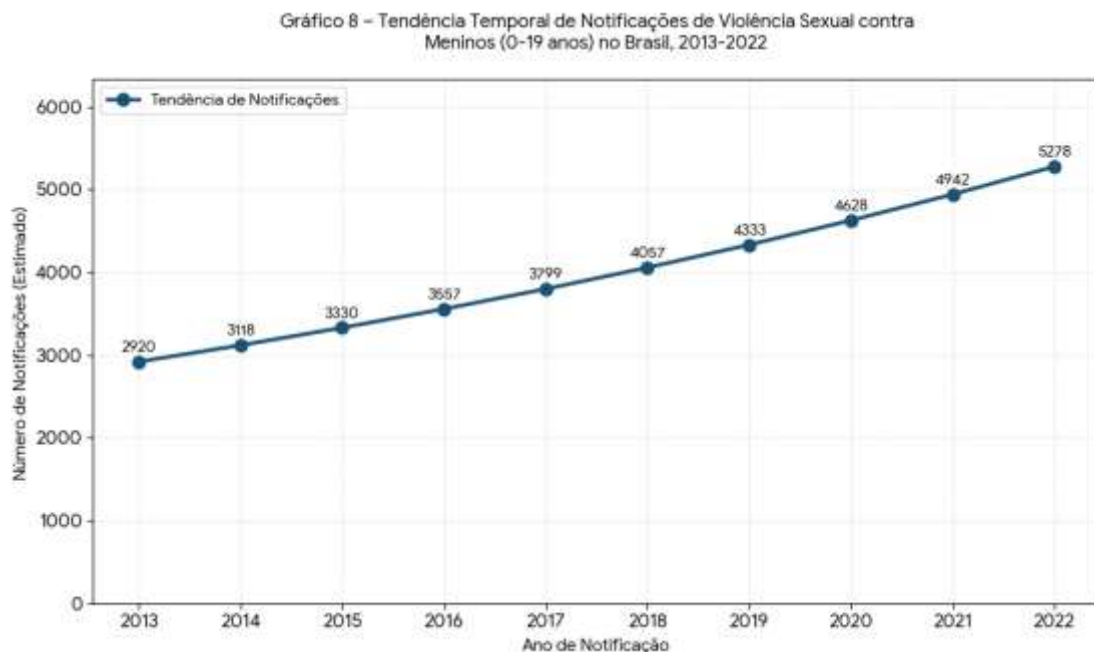
Outro estudo nacional, conduzido por Coelho e colaboradores (2024), explorou especificamente a incidência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os autores observaram maior prevalência de depressão, ansiedade e sintomas psicóticos nesse grupo em comparação com pares não vitimizados. O achado reforçou a noção de que o abuso sexual pode atuar como gatilho para quadros mentais graves, antecipando manifestações clínicas que, de outra forma, poderiam nunca ter se desenvolvido. Além disso, a pesquisa indicou correlação entre a gravidade do abuso (por exemplo, repetição e uso de violência física) e a severidade dos transtornos detectados.

As análises de Ribeiro et al. (2024) ofereceram perspectiva complementar ao mapear as notificações de violência sexual contra meninos no Brasil. O estudo mostrou que, entre 2013 e 2022, houve crescimento anual médio de 6,8% nas notificações de casos envolvendo vítimas do sexo masculino de 0 a 19 anos, totalizando quase 40 mil registros no período. Essa tendência, além de denunciar a magnitude do problema, destaca a vulnerabilidade de meninos em áreas socioeconomicamente mais frágeis, destacando uma concentração crítica de casos em estados fronteiriços do Norte, como **Amazonas e Roraima**. Ainda que o estudo não tenha se dedicado a descrever sintomas psiquiátricos diretamente, sua análise espacial mostrou forte associação entre notificação de violência sexual e municípios com baixos indicadores de desenvolvimento, sugerindo que contextos de vulnerabilidade social amplificam não apenas o risco de violência, mas também a probabilidade de agravos emocionais e ausência de suporte adequado.

Na literatura internacional revisada, Brochado e Gonçalves (2017) enfatizaram que a violência sexual em crianças e adolescentes está associada a taxas mais altas de TEPT quando comparada a outras formas de violência interpessoal. Esse diagnóstico foi explicado pela combinação entre invasão corporal, sensação de impotência e, em muitos casos, a quebra de confiança por parte de agressores conhecidos da vítima. As vítimas frequentemente revivem o episódio por meio de flashbacks, pesadelos recorrentes e reações fisiológicas intensas, sintomas clássicos do TEPT. Essa sintomatologia comprometeu atividades escolares, sociais e profissionais, limitando o potencial de desenvolvimento integral do indivíduo.

Os impactos psicológicos não se restringiram, contudo, ao curto prazo. Revisões como a de Rocha e Marchetto (2022) apontaram que adolescentes vítimas de violência sexual carregaram consequências que se estenderam até a vida adulta, incluindo dificuldades de estabelecer relações afetivas estáveis, medo de intimidade, baixa autoestima e comportamentos de risco em saúde sexual e reprodutiva. Vieira et al. (2019), ao analisarem especificamente mulheres adultas vítimas de abuso sexual na juventude, destacaram o peso do trauma nos relacionamentos futuros, com medo persistente de intimidade e desconfiança generalizada em relação a parceiros afetivos.

**Gráfico 8:** Tendência temporal de notificações de violência sexual contra meninos (0-19 anos) no Brasil, 2013-2022



**Fonte:** Elaboração própria (2025) com base em Ribeiro et al. (2024).

**Notas:** Valores anuais estimados via progressão geométrica baseada no total acumulado ( $n=39.967$ ) e na variação percentual anual ( $APC = 6,8\%$ ) reportados por Ribeiro et al. (2024)

#### **4.6.2. Vulnerabilidades Acumuladas em Contextos de Fronteira e Mobilidade**

Além das manifestações individuais, os impactos psicológicos foram ampliados por fatores contextuais. Em regiões de fronteira, onde a violência sexual frequentemente se associou a migração, tráfico de pessoas e vulnerabilidade social, os efeitos traumáticos foram agravados por contextos de precariedade. Relatórios humanitários de Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) documentaram que sobreviventes de violência sexual em rotas migratórias da América Central e México relataram não apenas sintomas clássicos de TEPT e depressão, mas também sentimentos de abandono, desesperança e “vida suspensa” pela condição de mobilidade e insegurança jurídica. Essa percepção subjetiva de estar “fora do lugar” contribuiu para intensificar sintomas de ansiedade e somatização.

Amnesty International (2017) acrescentou que, entre pessoas LGBTI+ de El Salvador, Guatemala e Honduras que buscavam refúgio no México, a violência sexual foi acompanhada de camadas adicionais de sofrimento psíquico, relacionadas ao estigma social, à rejeição familiar e à discriminação institucional. Nesses casos, os impactos emocionais não puderam ser dissociados das barreiras de acesso a saúde mental e da ausência de reconhecimento dos direitos de proteção. Essa interseção entre violência sexual, identidade de gênero/sexualidade e migração expôs um terreno fértil para transtornos mentais severos, frequentemente sem suporte adequado.

Os impactos psicológicos identificados não se restringiram a sintomas clínicos isolados, mas configuraram uma síndrome de vulnerabilidade acumulada. As vítimas frequentemente enfrentaram múltiplos fatores de risco simultâneos: violência física associada, exposição a IST, gravidez indesejada, ruptura de vínculos familiares e exclusão social. Esse acúmulo produziu efeitos sinérgicos, potencializando a intensidade do sofrimento. Em muitos casos, o silêncio e a subnotificação aumentaram a carga psíquica, perpetuando sentimento de culpa e vergonha.

Outro aspecto recorrente foi o déficit de suporte institucional em saúde mental. A revisão integrativa de Teixeira et al. (2022), disponível na Biblioteca Virtual em Saúde, mostrou que a rede de atenção psicossocial brasileira não estava preparada para oferecer acompanhamento continuado a vítimas de violência sexual. A maior

parte dos relatos analisados descreveu atendimentos pontuais, focados na fase aguda, sem estrutura para seguimento psicoterápico de médio e longo prazo. Em regiões de fronteira, essa lacuna foi ainda mais pronunciada, pois a rotatividade da população dificultou manter vínculo terapêutico.

A literatura analisada também trouxe à tona a dimensão intergeracional do trauma. Crianças expostas à violência sexual apresentaram risco elevado de reproduzir padrões de violência em relações futuras ou de desenvolver comportamentos autodestrutivos, perpetuando ciclos de sofrimento ao longo de gerações (Rocha & Marchetto, 2022). Essa constatação amplia a importância do atendimento psicossocial, não apenas como estratégia de mitigação individual, mas como medida de saúde pública capaz de interromper ciclos de vulnerabilidade.

Em síntese, os impactos psicológicos da violência sexual emergiram nesta revisão como dimensões centrais, frequentemente tão devastadoras quanto os desfechos físicos. A análise mostrou que a vítima não apenas enfrentou risco imediato de infecção ou gravidez, mas também carregou marcas profundas que comprometeram seu desenvolvimento pessoal, sua saúde mental e sua capacidade de estabelecer relações sociais e afetivas. Em fronteiras, esses impactos foram potencializados pela combinação entre precariedade estrutural, estigma e mobilidade, produzindo um cenário em que o sofrimento psíquico frequentemente se manteve invisível.

Os dados apontaram que a prevenção secundária, via acolhimento e acompanhamento psicológico, ainda não recebeu o mesmo investimento que as profilaxias biomédicas. As experiências revisadas indicaram que a ausência de suporte adequado não apenas perpetuou sintomas graves, mas também comprometeu a adesão a tratamentos médicos, incluindo a própria PEP para HIV. Assim também, o cuidado em saúde mental deve ser entendido como parte integrante do pacote de atenção pós-violência sexual, e não como intervenção acessória.

## **4.7. ACESSO E BARREIRAS EM REGIÕES DE FRONTEIRA**

O acesso aos serviços de saúde por vítimas de violência sexual em contextos de territórios transfronteiriços, a combinação de barreiras geográficas, institucionais, socioculturais e legais configura-se como um hiato assistencial crítico para uma adequada possibilidade de que sobreviventes chegassem ao atendimento em tempo oportuno para receber medidas essenciais, como contracepção de emergência e profilaxia pós-exposição ao HIV. A literatura analisada indicou que a violência sexual em fronteiras não pode ser entendida apenas como um evento isolado, mas como fenômeno que se insere em sistemas complexos de mobilidade, migração e desigualdade estrutural.

### **4.7.1. Invisibilidade Institucional e Governança**

As análises realizadas por Fiocruz Brasília (2019) revelaram que as regiões de fronteira brasileiras permaneceram à margem da governança do sistema de saúde. Relatos de especialistas consultados apontaram para subfinanciamento crônico, falta de pactuação entre municípios vizinhos e ausência de mecanismos de informação capazes de quantificar os atendimentos a estrangeiros. Essa ausência de dados consolidou uma “invisibilidade institucional”, na qual a real dimensão da demanda de estrangeiros por serviços do SUS não foi registrada oficialmente, dificultando tanto o planejamento quanto a provisão de insumos críticos, como kits de PEP e contracepção de emergência.

Este cenário é agravado pela distribuição espacial da violência. No Norte do Brasil, estados fronteiriços como Amazonas, Roraima e Amapá apresentam taxas elevadas de violência sexual (chegando a 21,05 por 100 mil habitantes em 2022), com uma correlação direta e estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre a alta incidência do agravo e os baixos Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

#### 4.7.2. O Cenário da Tríplice Fronteira (Foz do Iguaçu)

Em Foz do Iguaçu, município paranaense situado na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, evidências produzidas pela UNILA (2022) documentaram que, durante a pandemia de COVID-19, houve aumento expressivo da procura por atendimentos por moradores paraguaios no SUS local, sobretudo em unidades de atenção básica e pronto-atendimento. Essa pressão adicional sobre uma rede já sobrecarregada resultou em dificuldades para garantir atendimento integral às vítimas de violência sexual, especialmente em horários de maior demanda e em situações em que a vítima necessitava de procedimentos especializados, como inserção de DIU de cobre. O estudo indicou que a sobrecarga não foi apenas quantitativa, mas também qualitativa: o sistema não dispunha de mediadores culturais e linguísticos (Português/Espanhol/Guarani) adequados para assegurar comunicação efetiva com estrangeiros, o que aumentou a possibilidade de recusas ou abandonos de tratamento.

#### 4.7.3. Barreiras Transnacionais e Medo de Criminalização

A eficácia clínica é severamente impactada pelo tempo de deslocamento em rotas migratórias.

**Barreira Temporal:** A literatura internacional reforçou essa constatação. Relatórios de Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) mostraram que, em rotas migratórias da América Central e México, apenas 10% das sobreviventes de violência sexual chegaram a serviços de saúde dentro das primeiras 72 horas, janela crítica para início da PEP e uso da contracepção de emergência. As demais, por atravessarem grandes distâncias a pé, por sofrerem detenções arbitrárias ou por temerem autoridades estatais, só conseguiram procurar atendimento após o prazo em que as profilaxias são plenamente eficazes. Esse dado mostrou que, para migrantes, a violência sexual não foi apenas um risco imediato, mas também um evento cujas consequências físicas e psicológicas se agravaram pela impossibilidade de resposta clínica tempestiva.

Além disso, em contextos fronteiriços marcados por pobreza estrutural, o deslocamento até os serviços de saúde representou barreira concreta. Dados de La

Guajira (DANE, 2024) mostraram que quase metade da população do departamento residia em áreas rurais, muitas delas distantes de centros de referência. Essa realidade sugeriu que, mesmo em situações em que as vítimas decidiam procurar atendimento, a logística de transporte e o custo financeiro inviabilizavam a chegada rápida. Assim, a fronteira não foi apenas uma linha geopolítica, mas um obstáculo concreto entre vítima e serviço de saúde.

**Barreira Legal:** Os relatórios de Amnesty International (2017; 2018) acrescentaram outro nível de barreira: o medo de criminalização. Migrantes centro-americanos em busca de asilo no México relataram que evitaram procurar serviços de saúde após violência sexual por receio de deportação ou de exposição de sua condição migratória irregular. Em 2017, por exemplo, apenas 8.703 pedidos de asilo haviam sido registrados entre janeiro e agosto, e a taxa de reconhecimento caiu drasticamente de 35% no ano anterior para apenas 12%. Nesse cenário de insegurança jurídica, muitas vítimas optaram por permanecer em silêncio, perdendo a janela terapêutica e acumulando sequelas físicas e psicológicas.

Outro fator destacado foi a **barreira cultural e linguística**. Em áreas multilíngues como a tríplice fronteira Brasil–Paraguai–Argentina, vítimas falantes de guarani ou espanhol relataram dificuldades em compreender informações médicas fornecidas em português. A ausência de tradutores ou mediadores culturais frequentemente resultou em recusa de procedimentos, especialmente no caso da contracepção de emergência e do uso de dispositivos intrauterinos. Essa barreira foi agravada por estigmas de gênero e por normas patriarcais que, como descreveu Guizardi, Fleming e Lopes (2021), operaram na região como formas de “patriarcado de ultra-intensidade”, naturalizando agressões e desestimulando denúncias.

A interface entre saúde e segurança pública também se configurou como barreira. Bonnet e Cintra (2014) já haviam mostrado que, em muitos serviços, a coleta de material pericial não seguia protocolos padronizados e que não havia kits uniformes disponíveis. Essa falha resultou em perda de evidências jurídicas e, em consequência, em descrédito por parte das vítimas no sistema de justiça. Tal descrédito repercutiu no sistema de saúde: muitas vítimas evitaram buscar atendimento para não se submeterem a processos investigativos nos quais não confiavam.

Nos boletins epidemiológicos nacionais, a magnitude das IST reforçou a urgência de superar tais barreiras. Em 2023, houve mais de 375 mil casos de sífilis

adquirida e quase 47 mil notificações de HIV (Ministério da Saúde, 2024a; 2024b). Esses números mostraram que a violência sexual em fronteiras ocorre em um país já pressionado por altas taxas de infecção sexualmente transmissível. A impossibilidade de acesso rápido às profilaxias implicou não apenas risco individual, mas também incremento potencial das estatísticas nacionais de HIV, sífilis e hepatite B.

Por fim, a análise de UNODC (2024) evidenciou que fronteiras funcionaram como corredores para o tráfico de pessoas, frequentemente associado à exploração sexual. Essa dinâmica reforçou a percepção de que, em áreas fronteiriças, o risco de violência sexual esteve atrelado a estruturas ilícitas que escapam ao controle estatal. Nessas condições, as barreiras de acesso não se resumiram à disponibilidade de medicamentos ou protocolos, mas envolveram a própria ausência de segurança e confiança para que vítimas buscassem serviços de saúde.

Por outro lado, a revisão demonstrou que o acesso ao cuidado pós-violência sexual em regiões de fronteira foi sistematicamente limitado por múltiplos fatores: tempo de deslocamento, insegurança jurídica, barreiras culturais e linguísticas, estigmas sociais, sobrecarga dos serviços locais e ausência de integração transfronteiriça. A consequência direta foi a perda da janela de 72 horas para profilaxias críticas e a perpetuação de traumas não tratados. Superar essas barreiras exigirá não apenas melhorias clínicas, mas também arranjos institucionais binacionais, pactos de financiamento, treinamento de mediadores culturais e garantia universal de direitos independentemente da nacionalidade.

#### **4.8. QUALIDADE PERICIAL E PROTOCOLOS MÉDICO-LEGAIS**

A dimensão pericial constitui dimensão crucial do atendimento às vítimas de violência sexual, pois articula o cuidado em saúde com a responsabilização penal do agressor. Entretanto, a revisão das evidências revelou que essa interface permanece marcada por lacunas estruturais, falta de padronização de procedimentos, deficiências na coleta de material biológico e ausência de integração efetiva entre saúde e justiça. Em regiões de fronteira, esses desafios se intensificaram pela ausência de protocolos harmonizados entre países vizinhos e pela sobreposição de diferentes sistemas jurídicos e sanitários.

Os estudos de Bonnet e Cintra (2014) foram centrais para compreender as limitações da prática médico-legal no Brasil. Ao revisar protocolos e iniciativas de atendimento, os autores constataram que não havia uniformização nacional na coleta e conservação de provas biológicas, o que resultava em perda significativa de material potencialmente útil para investigações criminais. Muitas vezes, os serviços de saúde não dispunham de kits padronizados para coleta de sêmen, saliva, fragmentos epiteliais e outros vestígios, obrigando profissionais a improvisarem com materiais comuns. Essa prática não apenas comprometia a qualidade da evidência, como também fragilizava sua aceitação em tribunais.

A análise mostrou que os tempos de coleta representaram fator crítico. Idealmente, o material biológico deve ser coletado nas primeiras horas após a violência, quando a chance de recuperar DNA do agressor é maior. Entretanto, os atrasos na procura por atendimento frequentes em contextos de fronteira devido a barreiras logísticas reduziram drasticamente a qualidade e a quantidade de material disponível. Bonnet e Cintra (2014) destacaram que, em muitos serviços, não havia protocolos que orientassem condutas diferenciadas para casos em que a vítima chegava após 72 horas, resultando em coleta desnecessária ou em falhas no registro adequado da impossibilidade de obtenção de vestígios.

A revisão de Brochado e Gonçalves (2017) também contribuiu ao enfatizar a necessidade de triagem laboratorial ampliada com técnicas de biologia molecular (NAAT) para gonorreia e clamídia, além da manutenção de antibioticoprofilaxia empírica inicial. A justificativa foi clara: a baixa taxa de retorno das vítimas inviabilizava depender apenas de resultados laboratoriais tardios. Contudo, a revisão apontou que a disponibilidade de exames moleculares variava amplamente entre serviços e, em regiões periféricas ou de fronteira, praticamente inexistia. Isso significou que, em muitos casos, a vítima não teve acesso nem a diagnóstico nem a profilaxia adequada, comprometendo tanto a dimensão clínica quanto a possibilidade de documentar infecções como evidência do abuso.

Outro aspecto destacado foi a fragilidade na articulação entre saúde e polícia. Em diversas localidades brasileiras, inclusive em cidades de fronteira, a vítima precisava percorrer trajetos distintos para realizar o atendimento médico e o exame de corpo de delito, frequentemente em instituições diferentes, localizadas em pontos distantes. Esse desencontro gerava revitimização, pois obrigava a vítima a relatar

repetidas vezes a violência sofrida, além de alongar o tempo até a coleta pericial, reduzindo a chance de recuperar vestígios. A literatura analisada sugeriu que a ausência de protocolos integrados contribuiu para a desistência da denúncia e para a subnotificação de casos.

Em regiões de fronteira, a falta de padronização internacional agravou esses problemas. Relatórios institucionais e humanitários apontaram que, na Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai, Argentina), não havia protocolos unificados de coleta pericial. Cada país seguia suas próprias normas, sem intercâmbio formal de informações ou reconhecimento mútuo de laudos. Isso criou situações em que vítimas estrangeiras atendidas em um país não tiveram seus exames reconhecidos em processos judiciais do país de origem, produzindo sensação de impunidade e desestímulo à busca por atendimento.

Outro desafio identificado foi a falta de capacitação específica das equipes de saúde. Embora protocolos clínicos nacionais prevejam a necessidade de acolhimento humanizado, ainda são frequentes relatos de atendimento insensível, marcado por julgamentos morais ou descrença na palavra da vítima. Esse ambiente hostil comprometeu a qualidade da coleta pericial, pois reduziu a disposição da vítima em colaborar com o exame físico detalhado. Em alguns casos relatados, houve recusa da coleta por parte da vítima, não por impossibilidade técnica, mas por constrangimento diante da falta de preparo dos profissionais.

O tema da cadeia de custódia apareceu como ponto nevrálgico. Em muitos serviços, após a coleta, não havia infraestrutura adequada para armazenar e transportar o material biológico em condições ideais de conservação e rastreabilidade. A ausência de registros claros sobre quem manipulou o material, em que horários e em quais condições, fragilizou a validade das provas. Essa deficiência foi particularmente grave em municípios pequenos de fronteira, onde não existiam laboratórios periciais locais e o material precisava ser enviado a grandes centros, frequentemente sem a logística adequada.

A revisão também encontrou evidências de iniciativas de integração parcial. Alguns serviços de referência em capitais brasileiras implementaram fluxos integrados entre saúde e perícia, permitindo que a vítima fosse atendida em um único local por equipes multiprofissionais. Esses modelos mostraram-se mais eficazes, reduziram a revitimização e garantiram coleta de melhor qualidade. Contudo, tais experiências

ainda não foram replicadas de forma sistemática em regiões de fronteira, revelando disparidade na qualidade da resposta institucional.

Outro ponto destacado foi a escassez de dados sistematizados sobre a qualidade pericial em regiões fronteiriças. A literatura disponível concentrou-se em capitais e grandes centros, deixando lacunas importantes sobre municípios de fronteira. Essa invisibilidade impediu a avaliação do real impacto da violência sexual nesses territórios e a identificação precisa das falhas mais críticas.

Além disso, a análise mostrou que a qualidade pericial e os protocolos médico-legais em casos de violência sexual ainda apresentaram limitações significativas. Os principais problemas identificados incluíram: ausência de kits padronizados, atrasos na coleta, falta de integração entre saúde e polícia, fragilidade da cadeia de custódia, carência de exames moleculares e ausência de padronização internacional em fronteiras. Esses obstáculos não apenas reduziram a efetividade da resposta em saúde, mas também comprometeram a responsabilização dos agressores, perpetuando ciclos de violência e impunidade.

Diante desses achados, torna-se evidente que fortalecer a qualidade pericial em regiões de fronteira não é apenas questão de aprimorar protocolos técnicos, mas de construir arranjos interinstitucionais e internacionais capazes de assegurar padronização, rapidez e confiabilidade. Sem essa integração, vítimas permanecem duplamente vulneráveis: à violência em si e à revitimização decorrente de respostas estatais insuficientes.

**Tabela 8:** Síntese das lacunas nos protocolos médico-legais.

<b>Categoria</b>	<b>Problema Identificado</b>	<b>Consequência</b>
<b>Insumos</b>	Ausência de kits padronizados de coleta.	Perda de qualidade da prova e rejeição judicial.
<b>Logística</b>	Falhas na cadeia de custódia e transporte.	Degradação do material biológico (DNA).
<b>Integração</b>	Fluxos separados entre saúde e perícia.	Revitimização e subnotificação.
<b>Fronteira</b>	Laudos sem reconhecimento internacional.	Impunidade e desestímulo à denúncia.

**Fonte:** Elaboração própria (2025).

## 5. DISCUSSÃO

A síntese das evidências levantadas nesta revisão sistemática demonstra que a violência sexual em contextos de fronteira configura uma "síndrome de vulnerabilidade múltipla". A análise revela que as consequências transcendem o campo biomédico, revelando um descompasso crítico entre os protocolos de excelência e a realidade operacional dos serviços de saúde em zonas periféricas e transnacionais.

Ao confrontar esses resultados com a literatura internacional, verificou-se que o fator "tempo" é o principal determinante do prognóstico clínico e médico-legal. ACOG (2015) e WHO (2024) enfatizaram que a eficácia da contracepção de emergência e da PEP para HIV decresce drasticamente após 72 horas. No entanto, os dados empíricos de Andrade, Melo e Pereira (2023) e os relatórios de Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) confirmaram que a maioria das vítimas em regiões de fronteira chega aos serviços após esse intervalo crítico. Essa constatação reforça a tese de que a geografia de fronteira atua como um determinante social negativo de saúde, transformando uma emergência clínica tratável em uma condição de vulnerabilidade crônica.

A discussão também permitiu contextualizar as especificidades das regiões de fronteira. Diferentemente de capitais e centros urbanos com redes estruturadas, nessas áreas os serviços de saúde frequentemente funcionaram em condições de sobrecarga, com estoques insuficientes, ausência de protocolos harmonizados e falta de dados consolidados sobre a demanda de estrangeiros. Fiocruz Brasília (2019) descreveu as fronteiras brasileiras como “zonas à margem” dos sistemas de saúde, denunciando tanto a invisibilidade institucional quanto a fragilidade de pactuação entre países vizinhos. Essa situação comprometeu não apenas a resposta clínica imediata, mas também a vigilância epidemiológica e a capacidade de formular políticas públicas específicas.

Ao analisar os resultados, emergiu de forma clara a noção de que o tempo é o principal determinante da efetividade do cuidado pós-violência sexual. ACOG (2015) enfatizou que métodos de contracepção de emergência apresentam eficácia variável conforme o tempo de uso, com quedas significativas após 72 horas. De forma complementar, a OMS (2024) reafirmou que a PEP para HIV deve ser iniciada até o

mesmo limite de 72 horas, com preferência nas primeiras 24 horas. Onde a vítima chegou dentro desse intervalo, foi possível oferecer profilaxias eficazes; quando esse tempo foi perdido, as possibilidades preventivas reduziram-se drasticamente. Essa constatação reforçou que, em regiões de fronteira, estratégias inovadoras precisam ser adotadas para encurtar o intervalo entre a violência e o atendimento (MSF, 2023–2024).

### 5.1. INTEGRAÇÃO POR EIXOS DE ANÁLISE

A integração dos resultados em quatro eixos principais: Eixos físico e Epidemiológico, psicológico e de ciclos de vida, acesso/barreiras e protocolos médico-legais permitiu compreender a magnitude e a complexidade do problema.

**No eixo físico**, os dados de Andrade, Melo e Pereira (2023) mostraram que, mesmo em centros especializados, houve falhas na oferta de métodos mais eficazes de contracepção de emergência e na adesão à PEP. Em paralelo, os boletins epidemiológicos nacionais evidenciaram que o Brasil enfrenta carga expressiva de sífilis, HIV e hepatites (Ministério da Saúde, 2024a; 2024b; 2024c), o que ampliou a gravidade das lacunas assistenciais em vítimas de violência sexual.

O Brasil enfrenta uma epidemia persistente de sífilis (mais de 375 mil casos em 2023) e HIV (quase 47 mil novos registros). Em fronteiras como a de Foz do Iguaçu e do Norte do país, essa pressão epidemiológica é agravada pela circulação de populações com esquemas vacinais heterogêneos para Hepatite B, o que torna a vacinação imediata no primeiro atendimento uma medida de sobrevivência coletiva. Ao comparar essas informações com diretrizes internacionais (ACOG, 2015; WHO, 2024), ficou evidente que as normas estão bem estabelecidas, mas sua aplicação prática é desigual e limitada por fatores logísticos.

**No eixo psicológico e de ciclos de vida**, revisões e estudos nacionais demonstraram prevalências elevadas de TEPT, depressão, ansiedade e ideação suicida em vítimas infanto-juvenis (Rocha & Marchetto, 2022; Coelho et al., 2024). Esses achados convergiram com análises internacionais, que apontaram a violência sexual como forma de agressão com maior risco de TEPT quando comparada a outras violências (Brochado & Gonçalves, 2017). O estudo de Ribeiro et al. (2024) traz uma

contribuição vital ao documentar uma tendência crescente de notificações contra meninos (APC de 6,8%), especialmente em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nos estados de Amazonas e Roraima. Isso diverge da percepção comum de que a violência sexual é um agravo exclusivamente feminino, sugerindo que o estigma e o "patriarcado de ultra-intensidade" podem estar mascarando uma parcela significativa de vítimas masculinas que sofrem em silêncio. A contribuição de Vieira et al. (2019) ampliou o horizonte ao mostrar que o trauma não se encerra no evento imediato, mas repercute na vida adulta em forma de dificuldades de estabelecer relacionamentos estáveis e de confiar em parceiros. Essa perspectiva demonstrou que o cuidado em saúde mental, quando negligenciado, perpetua danos para além da esfera individual, alcançando dimensões intergeracionais.

**No eixo de acesso e barreiras**, a revisão evidenciou que as regiões de fronteira são espaços de vulnerabilidade ampliada. Os relatórios de Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) mostraram que apenas uma em cada dez vítimas em rotas migratórias chegou em tempo oportuno para iniciar a PEP, enquanto Amnesty International (2017; 2018) documentou o medo de deportação como fator que desestimulou a procura por atendimento. No Brasil, Fiocruz Brasília (2019) e UNILA (2022) demonstraram que a sobrecarga de serviços em Foz do Iguaçu e a ausência de registros adequados sobre estrangeiros reforçaram a invisibilidade dessas populações. Esses achados sugeriram que, em contextos de fronteira, não bastam protocolos clínicos; são necessárias políticas de integração binacional, mediadores culturais e financiamento adicional para suprir demandas ampliadas.

**No eixo pericial**, Bonnet e Cintra (2014) denunciaram a ausência de kits padronizados e a precariedade da cadeia de custódia, enquanto Brochado e Gonçalves (2017) reforçaram a baixa taxa de retorno como justificativa para manter profilaxias empíricas iniciais. Esses problemas estruturais reduziram não apenas a qualidade da resposta em saúde, mas também a possibilidade de responsabilização penal, perpetuando ciclos de impunidade. Em fronteiras, a falta de padronização internacional entre países vizinhos agravou ainda mais a situação, criando obstáculos jurídicos para reconhecimento de laudos e dificultando a cooperação transnacional (UNODC, 2024).

Ao integrar os quatro eixos, a revisão confirmou que a violência sexual em fronteiras deve ser abordada como fenômeno complexo, que exige respostas intersetoriais e interdisciplinares. A clínica, a saúde mental, a vigilância epidemiológica e a perícia não podem atuar de forma isolada; precisam ser articuladas em fluxos ágeis, com insumos garantidos e com suporte político-institucional capaz de superar barreiras geográficas e legais (Guizardi; Fleming & Lopes, 2021).

## 5.2. COMPARAÇÃO COM PROTOCOLOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS

A integração dos resultados permitiu identificar convergências e divergências críticas entre o que preconizam os protocolos e a realidade e aplicabilidade assistencial. Brasil demonstra um alinhamento formal com as melhores evidências globais no campo biomédico, contudo, a operacionalização em regiões de fronteira revela fragilidades que comprometem o desfecho clínico das vítimas.

**No eixo da contracepção:** As diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2015) e da WHO (2024) preconizam o Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU-Cu) como o "padrão-ouro" para vítimas de violência sexual, devido à sua eficácia próxima a 100% e independência do Índice de Massa Corporal (IMC). No entanto, a realidade documentada por Andrade, Melo e Pereira (2023), mostraram que a disponibilidade do DIU foi limitada em serviços brasileiros, sendo a maior parte das mulheres atendidas com levonorgestrel, cuja eficácia é menor após 72 horas e em mulheres com IMC  $\geq 30$  kg. A comparação revelou, conseqüentemente, um hiato operacional entre a recomendação internacional e a realidade brasileira, sobretudo em serviços de fronteira com menos infraestrutura onde o atraso na procura é a norma e não a exceção.

**No eixo das profilaxias físicas:** No campo da profilaxia pós-exposição ao HIV, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024) recomendaram início da PEP preferencialmente nas primeiras 24 horas, com prazo máximo de 72 horas, e regime de três fármacos por 28 dias. Essas orientações foram plenamente incorporadas ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de IST do Ministério da Saúde (Menezes et al., 2021), que definiu o uso de tenofovir, lamivudina e dolutegravir como regime preferencial no SUS. Contudo, estudos como o de White et al. (2025) e a metanálise de Chacko et al. (2012) mostraram que, mesmo em países com maior

disponibilidade de insumos, a adesão ao tratamento permaneceu baixa, raramente ultrapassando 60% de conclusão. Assim, ainda que o Brasil tenha alinhado suas normas às melhores evidências internacionais, a efetividade prática seguiu comprometida por fatores como atraso no atendimento, indisponibilidade de kits completos e baixa adesão das vítimas ao regime de 28 dias.

A análise das profilaxias antibióticas e da vacinação contra hepatite B também permitiu comparação direta. O protocolo brasileiro (Menezes et al., 2021) estabeleceu a administração empírica imediata de benzilpenicilina, ceftriaxona, azitromicina e metronidazol, além da vacinação contra hepatite B, em consonância com recomendações internacionais e revisões como a de Brochado e Gonçalves (2017). Esse alinhamento foi um mérito do sistema brasileiro. Entretanto, relatórios como os de Fiocruz Brasília (2019) mostraram que, em fronteiras, a disponibilidade de penicilina e vacinas foi intermitente, o que comprometeu a implementação dos protocolos. O contraste entre a uniformidade da norma e a irregularidade da prática evidenciou a importância de pactos federativos e binacionais para assegurar insumos em áreas com demanda flutuante.

A comparação com o estudo de Ribeiro et al. (2024) adiciona uma camada de complexidade epidemiológica: o crescimento de 6,8% nas notificações contra meninos, especialmente em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em estados fronteiriços como Amazonas e Roraima, sinaliza que o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) está sendo subestimado em populações masculinas e pediátricas periféricas. Neste sentido os dados de Ribeiro et al. (2024) provam que áreas com baixo IDHM na fronteira Norte são "zonas quentes" para a violência, exigindo que os protocolos de triagem sejam mais agressivos para o sexo masculino.

**No eixo da saúde mental:** A comparação revelou assimetria ainda maior. Enquanto estudos nacionais destacaram prevalências elevadas de TEPT, depressão e ansiedade em vítimas de violência sexual (Rocha & Marchetto, 2022; Coelho et al., 2024), não foram identificadas diretrizes nacionais robustas que padronizassem o acompanhamento psicológico prolongado das vítimas. Organismos internacionais, como a OMS, já haviam reconhecido a importância de integrar apoio psicossocial ao atendimento clínico imediato (WHO, 2017), mas na prática brasileira, conforme relatado por Teixeira et al. (2022), o suporte em saúde mental seguiu fragmentado e

pontual. Essa discrepância mostrou que, embora o Brasil tenha avançado em protocolos biomédicos, a dimensão psicológica permaneceu sem normatização e investimento proporcionais.

Outro ponto de comparação relevante envolveu os protocolos médico-legais. Bonnet e Cintra (2014) identificaram ausência de kits padronizados e falhas na cadeia de custódia no Brasil, enquanto países como os Estados Unidos e Reino Unido já haviam consolidado protocolos uniformes para coleta e conservação de provas biológicas em casos de violência sexual. A falta de integração entre saúde e justiça em fronteiras brasileiras contrastou fortemente com modelos internacionais de referência, nos quais a vítima é atendida em serviços unificados (“Sexual Assault Referral Centres”), que reúnem equipe médica, psicológica e pericial no mesmo espaço. Esse contraste reforçou que o Brasil ainda precisa avançar na institucionalização de modelos integrados, sobretudo em cidades fronteiriças, onde a fragmentação dos serviços aumenta a revitimização e reduz a chance de responsabilização dos agressores.

A literatura humanitária também permitiu comparação. Relatórios de Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) mostraram que migrantes em rotas da América Central e México raramente conseguiram acessar serviços dentro da janela de 72 horas, cenário semelhante ao observado em cidades fronteiriças brasileiras (Andrade; Melo & Pereira, 2023). Já documentos de Amnesty International (2017; 2018) revelaram que, no México, barreiras jurídicas e medo de deportação funcionaram como impedimentos à busca de atendimento. A situação brasileira, embora marcada por barreiras logísticas e estruturais, não apresentou a mesma intensidade de medo legal, uma vez que o SUS garante acesso universal independentemente da nacionalidade. Essa comparação destacou tanto fragilidades quanto virtudes do modelo brasileiro, que, apesar de falhas na execução, possui base normativa que assegura o direito ao cuidado.

A partir dos dados expostos, a comparação entre resultados desta revisão e protocolos internacionais mostrou um duplo movimento: por um lado, o Brasil está formalmente alinhado às melhores evidências globais, sobretudo no campo biomédico; por outro, a execução prática em fronteiras permaneceu limitada por falta de insumos, barreiras logísticas, baixa adesão e ausência de integração com sistemas vizinhos. No campo da saúde mental e da perícia, a defasagem foi ainda maior, com

ausência de protocolos robustos e disparidade significativa em relação a modelos internacionais de referência.

### 5.3. APLICABILIDADE AO CONTEXTO DE FRONTEIRA

A pergunta norteadora desta revisão, estruturada pelo **sistema PICO**, permitiu situar as evidências clínicas no cenário singular das fronteiras, onde a geografia e a política alteram decisivamente a efetividade das respostas em saúde. A metodologia empregada uma revisão sistemática de literatura conduzida em bases nacionais e internacionais, guiada pelas recomendações **PRISMA** permitiu avaliar aplicabilidade dos achados no cenário das fronteiras onde fatores geográficos, institucionais e sociopolíticos alteram de forma decisiva o curso dos desfechos e a efetividade das respostas, já que funcionam como espaços de vulnerabilidade acumulada, exigindo que os protocolos de excelência sejam adaptados à realidade transnacional.

A primeira dimensão de aplicabilidade diz respeito às consequências físicas identificadas. A revisão demonstrou que IST, hepatites virais e gravidez indesejada são desfechos altamente prevalentes em vítimas de violência sexual. Andrade, Melo e Pereira (2023) documentaram que, em centros especializados brasileiros, mesmo com protocolos estabelecidos, houve atraso na chegada de vítimas e falhas na oferta de métodos mais eficazes de contracepção de emergência, como o DIU de cobre. Quando contrastados com os boletins epidemiológicos nacionais (Ministério da Saúde, 2024a; 2024b; 2024c), esses achados reforçaram que as regiões de fronteira, por lidarem com fluxos migratórios constantes e heterogêneos, tendem a enfrentar riscos ainda maiores, devido à presença de populações com baixa cobertura vacinal e ausência de acompanhamento regular em saúde. Isso mostra que o componente **“População” do PICO** vítimas de violência sexual em fronteiras traz vulnerabilidades adicionais que não podem ser compreendidas apenas a partir de dados de centros urbanos.

Além disso o componente "População" do PICO revelou-se heterogêneo. A descoberta de uma tendência crescente (APC de 6,8%) de notificações contra meninos no Brasil, concentrada em municípios com baixo IDHM no Norte fronteiro, sinaliza que os protocolos de triagem atuais podem estar negligenciando o sexo masculino e a faixa etária pediátrica.

**No campo da intervenção**, a profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV e a contracepção de emergência emergiram como pilares preventivos, mas sua efetividade foi limitada pelo fator tempo. Diretrizes internacionais como as da OMS (2024) e do ACOG (2015) enfatizaram a necessidade de início imediato dessas medidas, mas os resultados empíricos demonstraram que apenas uma fração das vítimas conseguiu acessá-las dentro da janela terapêutica. Médicos Sem Fronteiras (2023–2024) relataram que, em rotas migratórias, somente 10% das vítimas chegaram em até 72 horas aos serviços de saúde. Esses dados mostram que, no componente **“Intervenção” do PICO**, a aplicabilidade em fronteiras depende de estratégias estruturais capazes de encurtar o tempo de resposta, seja com descentralização de estoques de insumos, seja com pactos binacionais que garantam atendimento imediato em qualquer lado da fronteira. Isso prova como a intervenção médica isolada é insuficiente se não houver estratégias para encurtar o tempo de resposta.

**O componente “Comparador”**, embora não exposto diretamente como braço de estudo, emergiu nesta revisão como contraste entre contextos urbanos consolidados e regiões fronteiriças. Em capitais e grandes cidades, apesar de persistirem falhas de adesão, protocolos clínicos estão mais estruturados, equipes mais capacitadas e insumos mais disponíveis (Menezes et al., 2021). Já em fronteiras, a ausência de uniformidade entre países, a carência de mediadores culturais e a invisibilidade de estrangeiros nos sistemas de informação agravaram a situação (Fiocruz Brasília, 2019; UNILA, 2022). Esse contraste reforça que os resultados de estudos nacionais não podem ser extrapolados automaticamente para as fronteiras, exigindo análises específicas, como a realizada nesta revisão.

**Quanto aos “Outcomes”**, os desfechos analisados foram tanto biomédicos quanto psicossociais. Do ponto de vista físico, a revisão mostrou aumento do risco de IST e hepatites em populações fronteiriças, em função da baixa cobertura vacinal e da dificuldade de garantir adesão a regimes profiláticos completos. Do ponto de vista psicológico, Rocha e Marchetto (2022) e Coelho et al. (2024) demonstraram prevalências elevadas de TEPT, depressão e ansiedade, condições agravadas em contextos de migração forçada, onde vítimas enfrentam insegurança jurídica e discriminação (Amnesty International, 2017). Esses resultados confirmaram a

hipótese inicial de que, em fronteiras, os impactos são potencializados pela soma de vulnerabilidades estruturais e individuais.

**A aplicabilidade desta revisão também se estendeu ao plano das políticas públicas.** Os dados mostraram que, embora o Brasil possua protocolos clínicos formalmente alinhados a padrões internacionais, sua execução prática em fronteiras ainda encontra limitações severas. Bonnet e Cintra (2014) destacaram falhas periciais que comprometeram tanto o cuidado em saúde quanto a responsabilização penal. Esse achado é crucial para gestores, pois revela que a ausência de kits padronizados e de fluxos integrados entre saúde e justiça compromete não apenas o tratamento clínico, mas também a proteção jurídica da vítima.

**No que diz respeito à metodologia adotada nesta revisão,** o uso do sistema PICO foi decisivo para delimitar e organizar os achados. A clareza em definir população, intervenção, comparador e outcomes permitiu extrair dados consistentes e integrá-los em uma síntese crítica. Ao aplicar essa estrutura à realidade de fronteiras, a revisão conseguiu demonstrar de forma sistemática onde estão as falhas: no tempo de acesso às intervenções, na falta de comparabilidade entre contextos urbanos e fronteiriços, e nos desfechos agravados por lacunas institucionais.

**Além disso, a condução metodológica em múltiplas bases de dados** (PubMed, BVS, Scopus, Web of Science), associada à seleção criteriosa com critérios de inclusão e exclusão, garantiu que os achados tivessem robustez suficiente para subsidiar recomendações práticas. A avaliação crítica por ferramentas como JBI e MMAT assegurou qualidade à síntese, permitindo ponderar a confiabilidade dos resultados aplicados às fronteiras.

Dessa forma, **a aplicabilidade dos resultados desta revisão ao contexto de fronteira demonstrou que,** embora existam protocolos clínicos eficazes e evidência consolidada sobre intervenções biomédicas e psicossociais, a efetividade no mundo real dependeu de superar barreiras de tempo, espaço e integração institucional. Os resultados sugerem que a simples adesão a protocolos nacionais não basta. É imperativo o reconhecimento das regiões de fronteira como áreas de especificidade epidemiológica. A falha na integração entre saúde e justiça (Eixo Pericial) e a ausência de registros fidedignos sobre a demanda de estrangeiros geram uma impunidade que retroalimenta o ciclo da violência e as taxas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Assim, os achados desta revisão não apenas respondem à pergunta PICO, mas

também fornecem subsídios concretos para políticas públicas direcionadas a reduzir desigualdades e garantir que vítimas em fronteiras tenham acesso a respostas rápidas, completas e integradas.

#### 5.4. RECOMENDAÇÕES

A partir das lacunas assistenciais, estruturais e epidemiológicas identificadas nesta revisão, propõem-se estratégias para fortalecer a rede de cuidado, garantindo que a resposta institucional seja ágil e culturalmente sensível. A Tabela 10 sintetiza as ações necessárias para gestores, profissionais e educadores.

**Tabela 9:** Recomendações estratégicas para o fortalecimento da rede de cuidado em fronteiras.

Eixo de Atuação	Recomendações Práticas	Objetivo e Impacto esperado
Assistência Clínica	Implementar a dispensação de "Kits de Alta Terapêutica" no primeiro atendimento (contendo o esquema completo de 28 dias de PEP e antibióticos). Priorizar a capacitação de equipes de emergência para inserção imediata de DIU de cobre.	Reduzir a dependência de retornos ambulatoriais (frequentemente < 50%) e garantir o "padrão-ouro" contraceptivo.
Gestão em Saúde	Criar fluxos de referência transfronteiriços e incluir a variável "nacionalidade/trânsito" nos registros estrangeiros, sem caráter punitivo.	Dar visibilidade epidemiológica aos estrangeiros e permitir o dimensionamento real de insumos.
Vigilância Epidemiológica	Estruturar serviços de vigilância em territórios com baixo IDHM e treinar profissionais para identificar e notificar a violência contra meninos.	Mitigar a subnotificação histórica e monitorar a tendência de crescimento (APC 6,8%) do agravo.
Saúde Mental e Psicossocial	Priorizar o acolhimento, suporte psicossocial e o treinamento para o manejo de sintomas de TEPT em populações móveis.	Interromper ciclos de trauma e garantir o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.
Campo Médico-Legal	Padronizar os kits de coleta de vestígios biológicos e promover acordos bilaterais para o reconhecimento jurídico mútuo de laudos periciais emitidos em países vizinhos.	Reduzir a impunidade transnacional e evitar a revitimização por múltiplas perícias.
Educação e Pesquisa	Fomentar a formação de mediadores culturais e linguísticos em saúde e incentivar estudos que avaliem a efetividade de intervenções psicossociais breves para TEPT em populações móveis	Superar barreiras de comunicação e adaptar o cuidado às necessidades de populações em trânsito.

**Fonte:** Elaboração própria (2025) com base em Ribeiro et al. (2024), Menezes et al. (2021) e MSF (2023–2024).

Em suma, a revisão confirmou que a transição de um modelo puramente biomédico e hospitalocêntrico para uma abordagem de redução de danos é imperativa em regiões de fronteira. A identificação de áreas silenciosas e a estruturação de serviços de vigilância são passos estratégicos para o planejamento de políticas de prevenção e enfrentamento eficazes. Conforme demonstram os dados espaciais, os territórios com maiores taxas de notificação exigem estratégias de enfrentamento urgentes que integrem saúde, assistência social e segurança pública.

## 5.5. LIMITAÇÕES

A presente revisão sistemática, embora conduzida sob o rigor do método **PICO** e as diretrizes **PRISMA**, apresenta limitações que devem ser consideradas para a interpretação fidedigna dos resultados. Estas restrições decorrem tanto da natureza da produção científica em áreas de fronteira quanto de escolhas metodológicas necessárias para abranger a complexidade do tema.

### 5.5.1. Limitações Metodológicas e Vieses de Dados

- Uma das limitações centrais desta revisão reside na acentuada heterogeneidade metodológica e nos desafios de generalização dos achados para as regiões fronteiriças, visto que a maior parte da literatura científica disponível ainda se concentra em capitais ou grandes centros urbanos. Embora o estudo tenha incorporado relatórios institucionais e estudos de caso específicos de Foz do Iguaçu (UNILA, 2022) e La Guajira (DANE, 2024), a inclusão de evidências provenientes de centros especializados não fronteiriços como as analisadas por Andrade, Melo e Pereira (2023) exigiu que parte das inferências fosse realizada por analogia, o que demanda cautela na extrapolação de resultados para contextos onde as dinâmicas de acesso e infraestrutura são marcadamente distintas. Além disso, a própria natureza das fronteiras revelou-se profundamente heterogênea, apresentando barreiras que variam conforme a geopolítica local: enquanto na Tríplice Fronteira Brasil / Paraguai / Argentina a problemática

central é a sobrecarga dos serviços públicos de saúde (UNILA, 2022), em rotas migratórias da América Central e México o obstáculo predominante é o medo da deportação e a insegurança jurídica (Amnesty International, 2017; MSF, 2023–2024).

- Ademais, a dependência de dados secundários de relatórios humanitários institucionais (Fiocruz Brasília, 2019; MSF, 2023–2024) pode introduzir vieses de seleção e relato, uma vez que tais documentos muitas vezes não passam pelo rigoroso processo de revisão por pares típico da literatura acadêmica. Para superar esse obstáculo, a síntese foi conduzida de forma narrativa, mas essa escolha metodológica reduziu a possibilidade de mensurar magnitudes absolutas de impacto. Além disso, bases de dados como o SINAN apresentam falhas críticas de preenchimento; a variável "violência reiterada", por exemplo, não pôde ser analisada em estudos nacionais devido a uma taxa de incompletude superior a 31,1%.
- Além disso, destacou-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, houve limitação relacionada ao idioma e recorte temporal. A amostra final reuniu revisões clínicas (Brochado & Gonçalves, 2017), estudos retrospectivos (Andrade; Melo & Pereira, 2023), estudos transversais (Coelho et al., 2024), revisões narrativas (Rocha & Marchetto, 2022), relatórios institucionais (Fiocruz Brasília, 2019) e documentos humanitários (MSF, 2023–2024). Essa diversidade, embora tenha enriquecido a análise, dificultou a comparação direta de dados e inviabilizou a realização de meta-análises quantitativas robustas. Adicionalmente, identificou-se a limitação relacionada ao idioma e recorte temporal. Apesar de terem sido incluídos estudos em português, espanhol e inglês, é possível que literatura em outros idiomas, como francês ou guarani, relevantes para determinadas fronteiras sul-americanas não tenha sido capturada. Da mesma forma, o recorte temporal de 2014 a 2024, embora justificado pela atualização das diretrizes clínicas nesse período, excluiu estudos mais antigos que poderiam ter oferecido séries históricas ampliadas sobre tendências de violência sexual.
- Por outro lado, verificou-se uma escassez de informações padronizadas sobre saúde mental em vítimas de violência sexual em fronteiras. Rocha e Marchetto (2022) e Coelho et al. (2024) ofereceram dados relevantes sobre sintomas

psiquiátricos em crianças e adolescentes, mas não havia séries temporais consistentes que permitissem estimar prevalências nacionais ou regionais com precisão. Além disso, relatórios internacionais como os da Amnesty International (2017; 2018) abordaram sofrimento psicológico de migrantes, mas em linguagem predominantemente qualitativa, sem padronização diagnóstica. Essa lacuna reduziu a capacidade de estabelecer comparações sistemáticas entre diferentes populações.

### 5.5.2. Pontos Fortes da Revisão

Apesar das limitações, o estudo apresenta pontos fortes que sustentam a sua validade:

- **Rigor Metodológico:** O uso do sistema **PICO** e a busca em múltiplas bases internacionais (PubMed, BVS, Scopus, Web of Science) garantiram uma amostra abrangente e diversificada.
- **Inclusão de Literatura Cinzenta:** A decisão de incluir relatórios humanitários (MSF, Amnesty) permitiu capturar a "realidade invisível" das rotas migratórias, que muitas vezes não chega aos artigos acadêmicos tradicionais.
- **Multidisciplinaridade:** A revisão integrou quatro eixos essenciais (Físico, Psicológico, Acesso e Médico-Legal), oferecendo uma visão holística que é rara em estudos puramente clínicos.
- **Atualidade:** A inclusão de dados recentes, como o crescimento de 6,8% nas notificações contra meninos em áreas de baixo **IDHM**, confere ao trabalho uma relevância epidemiológica imediata para a gestão em saúde pública.

No final, **as limitações** desta revisão decorrem da dependência de dados secundários e da subnotificação crônica, o que indica que os resultados apresentados configuram uma estimativa conservadora, sendo a real dimensão do agravo nas fronteiras provavelmente superior aos registros oficiais. Essa fragilidade nos registros é evidenciada pela alta incompletude de variáveis críticas nos sistemas de informação, como a "violência reiterada", que apresenta falhas de preenchimento superiores a 31,1%.

Tais restrições, somadas à heterogeneidade metodológica das fontes e à escassez de dados primários conduzidos in situ, exigiram que parte das inferências fosse realizada por analogia a grandes centros urbanos, sublinhando que as soluções propostas não podem ser homogêneas, mas sim rigorosamente ajustadas às realidades locais que variam desde a sobrecarga assistencial na Tríplice Fronteira até o medo da deportação em rotas migratórias.

Contudo, os pontos fortes desta revisão estabelecem um diagnóstico robusto que, ao integrar eixos físicos, psíquicos e médico-legais, serve como base sólida para a formulação de políticas de redução de danos e fundamenta uma agenda de pesquisa voltada à superação das lacunas de vigilância e notificação identificadas nas regiões de fronteira.

## **5.6. AGENDA DE PESQUISA**

A revisão sistemática aqui apresentada demonstrou que, embora já exista uma base sólida de protocolos clínicos e evidências epidemiológicas sobre violência sexual, persistem lacunas relevantes, sobretudo quando o foco recai sobre regiões de fronteira. A formulação de uma agenda de pesquisa é, sem dúvida, imprescindível para superar as limitações identificadas e orientar investigações futuras capazes de oferecer respostas mais precisas, contextualizadas e aplicáveis.

**O primeiro eixo da agenda deve se concentrar na produção de estudos primários em fronteiras.** Andrade, Melo e Pereira (2023) forneceram dados consistentes sobre infecções e gestações em vítimas atendidas em um centro de referência brasileiro, mas não em uma área de fronteira. A extrapolação desses resultados para contextos como Foz do Iguaçu ou La Guajira é limitada, dada a especificidade dessas regiões em termos de mobilidade populacional e acesso a serviços. Estudos prospectivos realizados em municípios fronteiriços permitiriam compreender de forma mais precisa as taxas de adesão à PEP, a efetividade real da contracepção de emergência e o risco agregado de IST em populações altamente móveis.

**O segundo eixo refere-se à avaliação da saúde mental de vítimas de violência sexual em fronteiras.** Embora Rocha e Marchetto (2022) e Coelho et al.

(2024) tenham documentado prevalências elevadas de TEPT, depressão e ansiedade em crianças e adolescentes brasileiros (41,3 % dos casos ocorrem entre 5 – 9 anos), faltam investigações sistemáticas que mensurem a incidência e a evolução de transtornos mentais em vítimas residentes em áreas fronteiriças ou em situação de migração forçada. Pesquisas longitudinais com instrumentos padronizados de diagnóstico psiquiátrico seriam fundamentais para estabelecer a magnitude desses agravos e avaliar a efetividade de intervenções psicossociais e o papel de mediadores culturais na redução do sentimento de "vida suspensa" relatado por migrantes em rotas transnacionais.

**Um terceiro eixo deve se voltar para a implementação de protocolos inovadores de atendimento em fronteiras.** A experiência de White et al. (2025), que mostrou aumento triplo na cobertura da PEP após a introdução de kits prontos e lembretes eletrônicos em um pronto-socorro norte-americano, é um exemplo de inovação que poderia ser adaptada para o contexto brasileiro. Avaliações de implementação em serviços de saúde localizados em fronteiras poderiam testar a efetividade de kits integrados (PEP + antibióticos + contracepção de emergência) disponibilizados diretamente em unidades básicas e pronto-atendimentos, reduzindo o tempo até o início das intervenções.

**O quarto eixo da agenda envolve a qualidade pericial e a integração saúde–justiça.** Bonnet e Cintra (2014) já haviam denunciado a ausência de kits padronizados no Brasil, e a presente revisão confirmou que essa lacuna persiste em fronteiras. Pesquisas futuras poderiam avaliar modelos de atendimento integrado, semelhantes aos “Sexual Assault Referral Centres” existentes no Reino Unido, que concentram atendimento médico, psicológico e pericial em um mesmo espaço. Estudos comparativos entre diferentes arranjos institucionais ajudariam a identificar os formatos mais eficazes para reduzir revitimização e assegurar cadeia de custódia adequada em regiões transfronteiriças.

**O quinto eixo refere-se a que é urgente realizar estudos epidemiológicos em municípios com baixo IDHM e alta incidência de violência contra meninos** agravo que apresenta crescimento anual de 6,8% no Brasil e forte dependência espacial visando identificar barreiras socioculturais à notificação e treinar profissionais para a detecção precoce do problema.

**Outro ponto crucial para investigações futuras é o monitoramento epidemiológico transnacional.** Os boletins brasileiros de HIV, sífilis e hepatites (Ministério da Saúde, 2024a; 2024b; 2024c) forneceram informações robustas em nível nacional, mas não captaram adequadamente a demanda de estrangeiros atendidos em serviços do SUS. Relatórios de Fiocruz Brasília (2019) e UNILA (2022) já indicaram essa invisibilidade, que prejudica o planejamento de políticas públicas. Estudos multicêntricos envolvendo países vizinhos poderiam criar bases de dados binacionais ou trinacionais, permitindo dimensionar o fluxo de vítimas estrangeiras e os agravos mais prevalentes.

**Além disso, a agenda de pesquisa deve incluir a dimensão sociocultural da violência sexual em fronteiras.** Guizardi, Fleming e Lopes (2021) descreveram a presença de um “patriarcado de ultra-intensidade” na Tríplice Fronteira, conceito que ajuda a entender a naturalização da violência e a subnotificação. Investigações qualitativas aprofundadas, envolvendo vítimas, profissionais de saúde e líderes comunitários, seriam úteis para compreender como normas culturais e barreiras linguísticas afetam o acesso e a adesão ao cuidado.

Finalmente, é necessário investir em pesquisas que explorem a avaliação de políticas públicas em fronteiras. Embora o SUS assegure atendimento universal, relatórios de Amnesty International (2017; 2018) e MSF (2023–2024) mostraram que, em contextos migratórios, o medo de deportação e a insegurança jurídica inibem a procura por serviços. Estudos avaliativos poderiam mensurar o impacto de legislações locais, como o protocolo “**Não é Não**” aprovado em Foz do Iguaçu em 2024, na ampliação do acesso e na proteção de vítimas.

Conseqüentemente, a agenda de pesquisa delineada a partir desta revisão aponta para cinco prioridades: 1) Estudos prospectivos em fronteiras para desfechos clínicos; 2) Investigações longitudinais sobre saúde mental; 3) Avaliações de implementação de protocolos inovadores; 4) Pesquisas sobre integração saúde e justiça e cadeia de custódia; 5) Estudos epidemiológicos urgente realizar em municípios com baixo IDHM e alta incidência de violência contra meninos.

Essas linhas de investigação, se desenvolvidas, poderão não apenas preencher lacunas acadêmicas, mas também oferecer evidências concretas para o desenho de políticas públicas mais eficazes, garantindo que as vítimas em fronteiras tenham acesso a cuidados tempestivos, completos e humanizados.

## 6. CONCLUSÕES

A presente revisão sistemática permitiu responder de forma clara à questão norteadora deste estudo de pesquisa proposta pela estrutura PICO: Quais são as consequências do abuso sexual na saúde física e mental de vítimas em regiões de fronteira e quais os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde para o seu atendimento.

Em relação às consequências físicas, constatou-se que a violência sexual está fortemente associada ao risco de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase e hepatites virais, além da possibilidade de gravidez indesejada. As medidas de prevenção imediata contracepção de emergência, profilaxia pós-exposição ao HIV, antibioticoprofilaxia e vacinação contra hepatite B mostraram-se eficazes, mas sua efetividade dependeu fundamentalmente do tempo de chegada da vítima ao serviço e da disponibilidade dos insumos. Foi evidenciado que a violência sexual em regiões de fronteira configura um fenômeno de vulnerabilidade múltipla e acumulada, onde os agravos à saúde física e mental são exponencialmente amplificados por barreiras estruturais. Conclui-se que, nesses territórios, a "fronteira" atua não apenas como limite geográfico, mas como um determinante social que sistematicamente inviabiliza o acesso à janela terapêutica de 72 horas fator crítico para a eficácia de todas as profilaxias disponíveis.

Em relação aos desfechos clínicos e psicossociais, os achados confirmam que o risco biológico (IST, HIV, hepatites, gravidez) é indissociável do sofrimento psíquico (TEPT, depressão, ideação suicida). A análise demonstrou que a ausência de resposta imediata e integrada não apenas perpetua a transmissão de infecções, mas também aprofunda o trauma, favorecendo a cronicidade de transtornos mentais e a reprodução de ciclos intergeracionais de violência. A ineficácia da resposta atual não decorre da inexistência de protocolos que se mostraram robustos e alinhados internacionalmente, mas da incapacidade logística e política de aplicá-los em populações móveis e invisibilizadas.

Quanto às barreiras em regiões de fronteira, verificou-se que as vítimas enfrentaram obstáculos adicionais em relação a outros contextos: deslocamentos longos, sobrecarga de serviços, falta de insumos, barreiras culturais e linguísticas, invisibilidade estatística de estrangeiros, ausência de protocolos binacionais e

insegurança jurídica para migrantes em situação irregular. Essas barreiras resultaram em perda frequente da janela terapêutica de 72 horas, inviabilizando intervenções cruciais como a PEP para HIV e a contracepção de emergência mais eficaz.

Na esfera pericial e médico-legal, observou-se ausência de kits padronizados, fragilidade na cadeia de custódia e desarticulação entre serviços de saúde e órgãos de justiça. Esses problemas comprometeram não apenas a qualidade do atendimento em saúde, mas também a responsabilização penal dos agressores, perpetuando um ciclo de impunidade. A análise integrada dos resultados demonstrou que a violência sexual em fronteiras deve ser entendida como fenômeno de múltiplas vulnerabilidades, no qual os riscos biológicos e psicológicos são amplificados por fatores estruturais. A efetividade das respostas não depende apenas da existência de protocolos clínicos, mas da capacidade de superar barreiras de tempo, de espaço e de integração institucional.

Conclui-se que o enfrentamento da violência sexual em fronteiras exige arranjos inovadores de organização de serviços, pactos binacionais de saúde e justiça, fortalecimento da vigilância epidemiológica, inclusão de mediadores culturais, ampliação da disponibilidade de insumos e investimento em saúde mental como componente central do cuidado.

Para mitigar essas lacunas, sugerem-se as seguintes áreas prioritárias para pesquisas futuras: 1) Estudos longitudinais sobre a saúde mental de migrantes vítimas de violência sexual; 2) Avaliação de custo-efetividade de "kits de profilaxia imediata" dispensados sem burocracia em áreas de fronteira; 3) Análise da arquitetura jurídica para integração de laudos periciais entre países vizinhos; 4) Investigação da vulnerabilidade masculina, priorizando estudos sobre os obstáculos socioculturais que impedem a notificação de abusos contra meninos em áreas de baixo IDHM.

Por fim, reafirma-se que a violência sexual em regiões de fronteira não pode ser tratada apenas como evento individual, mas como desafio coletivo, sanitário e social, cuja resposta exige não apenas protocolos clínicos atualizados, mas também políticas integradas e sensíveis às especificidades de territórios transnacionais.

## 7. REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Emergency contraception. Practice Bulletin*, n. 152, 2015. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2015/09/emergency-contraception>. Acesso em: 28 ago. 2025.
- AMNESTY INTERNATIONAL. *Americas: 'No safe place': Salvadorans, Guatemalans and Hondurans seeking asylum in Mexico based on their sexual orientation and/or gender identity*. 2017. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/documents/amr01/7258/2017/en/>. Acesso em: 30 ago. 2025.
- AMNESTY INTERNATIONAL. *Mexico 2017/18 – Annual Report. 2018*. Disponível em: <https://www.refworld.org/reference/annualreport/amnesty/2018/en/120495>. Acesso em: 1 set. 2025.
- ANDRADE, E. M.; MELO, L. S.; PEREIRA, T. S. *Blood-borne infections and pregnancies among women attending a sexual violence assistance center in Brazil: a 10-year retrospective study*. **PLOS ONE**, v. 18, n. 3, e0280419, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280419>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0280419>. Acesso em: 3 set. 2025.
- BARVINSK, G. M. *La trata de mujeres con fines de explotación sexual en la región de la triple frontera*. **Urvio – Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad**, n. 14, p. 68–78, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552656543005>. Acesso em: 7 set. 2025.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde: revisão integrativa**. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1530394>. Acesso em: 11 set. 2025.
- BONNET, F. R.; CINTRA, R. B. *Protocolos e iniciativas de atendimento médico-legal em casos de violência sexual em mulheres*. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 45–51, 2014. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sej/article/download/97140/96204/167673>. Acesso em: 11 set. 2025.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@ – Foz do Iguaçu (PR): panorama do município**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>. Acesso em: 15 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**: cartilha. Brasília: MS, 2022 (atual. 2023). Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/acidentes-e-violencia/cartilha\\_notificacao\\_violencias\\_2017.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/acidentes-e-violencia/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf/view). Acesso em: 15 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SINAN – Violência Interpessoal/Autoprovocada** (página temática). 2016–. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 15 set. 2025.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIVA Inquérito — Vigilância de Violências e Acidentes** (página institucional). 2019–. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-inquerito>. Acesso em: 19 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência sexual (Saúde de A a Z)**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/violencia-sexual>. Acesso em: 19 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATHI/SVSA. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais 2024**. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-numero-especial-jul-2024.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATHI/SVSA. **Boletim Epidemiológico – HIV e Aids 2024**. Brasília: MS, 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim\\_hiv\\_aids\\_2024e.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf). Acesso em: 22 set. 2025.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATHI/SVSA. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2024**. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2024.pdf/view>. Acesso em: 22 set. 2025.
- BROCHADO, S.; GONÇALVES, M. *Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children*. **Clinical Infectious Diseases**, v. 65, supl. 3, p. S66–S73, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/cix540>. Disponível em: [https://academic.oup.com/cid/article/65/suppl\\_3/S66/4101198](https://academic.oup.com/cid/article/65/suppl_3/S66/4101198). Acesso em: 22 set. 2025.
- CAVALLI, L. O.; ALVES, A. P. *Perfil e nível de conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis dos jovens da rede pública na cidade de Cascavel/PR*. **Revista Thêma et Scientia**, v. 9, n. 1E, p. 124–134, 2019.
- CHACKO, L.; FORD, N. P.; SABAITI, M.; SIDDIQUI, R. *Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis*. **Sexually Transmitted Infections**, v. 88, n. 5, p. 335–341, 2012. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/22332148>. Acesso em: 25 set. 2025.
- COELHO, R. A. G. et al. *A incidência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual*. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, p. e15339–e15339, 2024.
- CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Viva Inquérito 2017 – Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinela de urgências e emergências**. Brasília: SVS/MS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/viva-inquerito-2017-vigilancia-de-violencias-e-acidentes-em-servicos-sentinelas-de-urgencias-e-emergencias-nas-capitais-distrito-federal-e-municipios/>. Acesso em: 27 set. 2025.
- DANE – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (Colômbia). **Población por departamento – La Guajira (estimaciones)**. 2024. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/>. Acesso em: 27 set. 2025.

- FIOCRUZ (IFF/PORTO DE BOAS PRÁTICAS). **Manual de anticoncepção da FEBRASGO** (seção de anticoncepção de emergência). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.
- FIOCRUZ BRASÍLIA. **Regiões de fronteiras estão à margem dos sistemas de saúde** (reportagem institucional). 2019. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/regioes-de-fronteiras-estao-a-margem-dos-sistemas-de-saude/>. Acesso em: 28 set. 2025.
- GRADE WORKING GROUP. **GRADE handbook** (versões atualizadas até 2018). 2013–2018. Disponível em: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>. Acesso em: 28 set. 2025.
- GUIZARDI, C.; FLEMING, P.; LOPES, V. *Ultra-Intensity Patriarchy on the Border: The Tri-Border Area of Brazil, Argentina and Paraguay*. In: **Gender and Violence in Latin America**. London: Palgrave, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/357732657>. Acesso em: 29 set. 2025.
- HERNÁNDEZ, R. L.; URDANGARAY, A. V.; FERRERO, B. O. L. Sexually transmitted infections in the context of sexual assault. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 37, n. 8, p. 523-530, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.006>. Acesso em: 29 set. 2025.
- JBI – JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Critical Appraisal Tools** (checklists). Adelaide: JBI, 2017–2020. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>. Acesso em: 29 set. 2025.
- LIMA, Beatriz Caroline Leão et al. Análise temporal e espacial das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo masculino no Brasil, 2013 a 2022: estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 33, e20231439, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231439.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/qmd6m48gctT5rQmWg9W8fWg/>. Acesso em: 2 out. 2025.
- MAIA, K. M. **As repercussões psicossociais da gestação decorrente do abuso sexual: uma revisão integrativa**. 2023. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Ari de Sá, Fortaleza, 2023.
- MENEZES, M. L. B.; ARAÚJO, M. A. L.; SANTOS, A. S. D. D.; GIR, E.; BERMÚDEZ, X. P. D. *Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: Sexual violence*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, supl. 1, e2020600, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-600-2020>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729404/>. Acesso em: 29 set. 2025.
- MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT). **User guide (2018)**. Montreal: McGill University, 2018. Disponível em: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Acesso em: 30 set. 2025.
- MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF). **Forced to flee Central America's Northern Triangle: a neglected humanitarian crisis**. 2017. Disponível em: [https://www.msf.ch/sites/default/files/2018-08/20170512\\_rep\\_mexico\\_migration\\_EN.pdf](https://www.msf.ch/sites/default/files/2018-08/20170512_rep_mexico_migration_EN.pdf). Acesso em: 30 set. 2025.

- MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF). **Violence, desperation and abandonment on the migration route: medical-humanitarian impact in Mexico and Central America**. 2023–2024. Disponível em: <https://www.msf.fr/sites/default/files/2024-05/Report%20Violence%2C%20desperation%20and%20abandonment%20on%20the%20migration%20route%20ENG.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.
- O'MALLEY, J. P. et al. Refugee women's sexual and reproductive health care seeking experiences on Lesbos, Greece: a scoping review. **PLOS ONE**, v. 15, n. 12, e0242291, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242291>. Acesso em: 30 set. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis**. Genebra: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378198/B09095-eng.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO guidelines**. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/259270>. Acesso em: 30 set. 2025.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/PAHO). **Atención clínica a sobrevivientes de violencia sexual: guía**. Washington, DC: OPAS, 2014 (e atualizações). Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso em: 1 out. 2025.
- ORSi, L. et al. *Relação de casos de sífilis e abuso sexual entre a faixa etária de 0 a 19 anos no Tocantins*. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 11, n. 2, p. 384–385, 2024.
- PAGE, M. J. et al. *PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. **BMJ**, 2021, 372:n71. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 1 out. 2025.
- PREFEITURA DE FOZ DO IGUAÇU. **Lei Municipal n.º 5.423/2024 – Protocolo “Não é Não” e Selo Mulheres Seguras**. SAPL – Câmara Municipal, 2024. Disponível em: <https://sapl.fozdoiguacu.pr.leg.br/norma/1705/>. Acesso em: 2 out. 2025.
- RIBEIRO, B. L. D. et al. *Análise temporal e espacial das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo masculino no Brasil*. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, e20231439, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2024.v33/e20231439/pt/>. Acesso em: 2 out. 2025.
- ROCHA, E. E. M.; MARCHETTO, D. B. *Consequências do abuso sexual infanto-juvenil*. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva (REVESC)**, v. 7, n. 2, p. 27–34, 2022.
- SANTOS, E. et al. **Estrangeiros nos serviços de saúde do município de Foz do Iguaçu: uma proposta de educação em saúde**. Curitiba: UFPR, 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/50633>. Acesso em: 2 out. 2025.
- SILVA, E. S.; MARTINS, W. C. **A saúde pública na tríplice fronteira: estrutura e atendimento aos fronteiriços no SUS de Foz do Iguaçu**. 2013. Dissertação (Mestrado) — UNIOESTE. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/2981>. Acesso em: 2 out. 2025.
- SOARES, L. R. **Existir transfronteiriço: vida e direitos na atenção à saúde na fronteira internacional entre Argentina, Brasil e Paraguai**. 2020. Tese

- (Doutorado) — UEL. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/teses-dissertacoes/existir-transfronteirico-vida-e-direitos-na-atencao-a-saude-da-fronteira-internacional-entre-argentina-brasil-e-paraguai/>. Acesso em: 3 out. 2025.
- SOUZA FERREIRA, D. de. *Consequências do abuso sexual contra crianças e adolescentes*. **Revista Internacional de Vitimologia e Justiça Restaurativa**, v. 2, n. 1, 2024.
  - UNAIDS. **Ficha informativa global sobre HIV – 2024**. Genebra: UNAIDS, 2024. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/20240722\\_UNAIDS\\_Global\\_HIV\\_Factsheet\\_PTBR.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/20240722_UNAIDS_Global_HIV_Factsheet_PTBR.pdf). Acesso em: 3 out. 2025.
  - UNILA – UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Saúde na fronteira em tempos de Covid-19: o atendimento de brasileiros e paraguaios no SUS de Foz do Iguaçu durante a pandemia**. 2022. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/items/47b8d89e-ed27-42f1-99cb-8e4d8a8d6d16/full>. Acesso em: 4 out. 2025.
  - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global Report on Trafficking in Persons 2024**. Vienna: UNODC, 2024. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2024/GLOTIP2024\\_BOOK.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2024/GLOTIP2024_BOOK.pdf). Acesso em: 4 out. 2025.
  - VIEIRA, J. T. et al. *O impacto psicológico em mulheres vítimas de abuso sexual sobre seus futuros relacionamentos*. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 10, p. 59–68, 2019.
  - WHITE, D. A. et al. *A quality improvement initiative to increase HIV post-exposure prophylaxis for ED patients after sexual assault: a pre–post study*. **PLOS ONE**, v. 20, n. 3, e0320690, 2025. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0320690>. Acesso em: 4 out. 2025.
  - WHO/ICEC – WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION. **About emergency contraception: for rape survivors**. 2014. Disponível em: [https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/ICEC\\_EC-For-Rape-Survivors\\_March-2014%20%281%29.pdf](https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/ICEC_EC-For-Rape-Survivors_March-2014%20%281%29.pdf). Acesso em: 5 out. 2025.
  - WILEY, S. et al. *Post-exposure prophylaxis for HIV infection in sexual assault victims*. **HIV Medicine**, v. 21, n. 4, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/hiv.12797>. Acesso em: 5 out. 2025.