



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**IMPACTO DE EXPERIÊNCIAS DE VITIMAÇÃO SEXUAL EM
ADULTOS**

Trabalho submetido por
Patrícia Sofia Arrifes de Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

setembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**IMPACTO DE EXPERIÊNCIAS DE VITIMAÇÃO SEXUAL EM
ADULTOS**

Trabalho submetido por
Patrícia Sofia Arrifes de Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Telma Almeida

setembro de 2021

Agradecimentos

A elaboração da presente dissertação contou com o apoio e incentivo de diversas pessoas, sem as quais tal não teria sido possível concretizar, expressando-lhes assim a minha gratidão.

À Profª Doutora Telma Catarina Almeida, pela sua orientação, apoio incansável, total disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, e pelo incentivo fornecido durante todo este percurso.

À minha família, que enormemente contribuiu para a realização deste sonho, e a quem eu dedico este trabalho:

- Ao meu avô António, que seguramente se iria orgulhar e teria ficado muito feliz com todo o meu percurso e com a concretização de mais uma etapa marcante na minha vida.

- Aos meus avós, Margarida e Aristides, por tudo, pelo apoio incondicional, por ouvirem os meus desabafos, pelo carinho, dedicação, constante preocupação, paciência, compreensão e incentivo ao longo deste período.

- Aos meus avós, Maria Antónia e José, por todo o apoio, carinho, compreensão, preocupação e incentivo.

- Aos meus pais, Maria José e Jaime, pela força, carinho, constante incentivo, preocupação, compreensão e paciência.

- Ao meu namorado, João, pelo apoio incondicional, por ter ouvido as minhas dúvidas e os meus desabafos, pelos abraços reconfortantes, pela compreensão, carinho, por me fazer voltar a acreditar nas minhas capacidades e competências nos momentos menos bons deste percurso, e pelo seu companheirismo.

À minha amiga / irmã, Vanessa, pela ajuda, pelas longas conversas de desabafo, pelo ombro amigo e abraços calorosos, pelo incentivo e, pelas palavras de conforto e coragem.

A todos, o meu sincero Muito Obrigada!

Resumo

Enquadramento: A vitimização sexual representa um problema social com elevada prevalência a nível mundial. São diversos os fatores de vulnerabilidade (e.g., ser mulher, ser jovem) inerentes à prática deste crime. Ainda considerado tabu, este fenómeno implica impacto negativo a diversos níveis, ao longo da vida. Para enfrentar o trauma, as vítimas utilizam estratégias de *coping* adaptativas ou maladaptativas, sendo que, dependendo do estilo de *coping* utilizado, este poderá atenuar ou agravar o impacto e sintomatologia negativos experienciados. **Objetivos:** Este estudo visa compreender de forma aprofundada o fenómeno da violência sexual na idade adulta, bem como analisar os sintomas e estratégias de *coping* apresentadas pelas vítimas de tentativa de violação e/ou vítimas de violação durante a adultícia. **Participantes:** No primeiro artigo, a amostra inclui 14 898 indivíduos. No segundo artigo, a amostra inclui 262 mulheres adultas portuguesas (41 vítimas de tentativa de violação, 25 vítimas de tentativa de violação e violação, e 11 vítimas de violação) entre os 18 e os 70 anos ($M = 34.30$, $DP = 10.82$). **Método:** Os participantes responderam a um protocolo via *online*, que contemplou o questionário sociodemográfico e de dados de vitimação sexual, o BSI e o Brief Cope. **Resultados:** Os resultados mostram uma prevalência elevada de vitimação sexual, bem como diversos fatores de vulnerabilidade/risco e psicossociais, e impacto negativo a curto, médio e longo prazo, inerentes à experiência de vitimação sexual. Paralelamente, demonstram diferenças significativas entre vitimização sexual e, sintomas psicopatológicos apresentados e estratégias de *coping* utilizadas, bem como uma relação entre as estratégias de *coping* e a sintomatologia psicopatológica. **Conclusão:** Este estudo é útil no campo da psicologia clínica e forense. Uma melhor compreensão deste fenómeno poderá possibilitar o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção para promover estratégias adaptativas e reduzir os sintomas psicopatológicos nas vítimas, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Vitimação Sexual, Adultos, Estratégias de *Coping*, Sintomatologia Psicopatológica.

Abstract

Background: Sexual victimization represents a social problem with high prevalence worldwide. There are several vulnerability factors (e.g., being a woman, being young) inherent to the practice of this crime. Still considered taboo, this phenomenon has a negative impact on several levels throughout life. To cope with the trauma, victims use adaptive or maladaptive coping strategies, and, depending on the coping style used, this may attenuate or aggravate the negative impact and symptoms experienced. **Objectives:** We aimed to gain an insightful understanding of sexual violence in adulthood phenomenon, as well as analyze the symptoms and coping strategies presented by victims of attempted rape and/or victims of rape. **Participants:** In the first article, the sample includes 14,898 individuals. In the second article, the sample includes 262 Portuguese adult women (41 attempted rape victims, 25 attempted rape and rape victims, and 11 rape victims) between the ages of 18 and 70 ($M = 34.30$, $SD = 10.82$). **Methods:** Participants answered the protocol online, which included the sociodemographic questionnaire and sexual victimization data, the BSI, and the Brief Cope. **Results:** Results show a high prevalence of sexual victimization, as well as several vulnerability/risk and psychosocial factors as well as short, medium and long-term negative impact inherent to the experience of sexual victimization. In parallel, the results show significant differences between sexual victimization and psychopathological symptoms presented, and coping strategies used, as well as a relationship between coping strategies and psychopathological symptomatology. **Conclusions:** This study may be useful in the field of clinical and forensic psychology. A better understanding of this phenomenon may empower the development of prevention and intervention programs to promote adaptive strategies and reduce psychopathological symptoms in victims, providing them with a better quality of life.

Keywords: Sexual Victimization, Adults, Coping Strategies, Psychopathological Symptomatology.

Índice

Resumo	1
Abstract	3
Índice das Figuras	7
Índice de Tabelas	9
Lista de Abreviaturas	11
Introdução	13
Objetivos	17
Estrutura da Tese	18
Método	18
Participantes	18
Procedimento	19
Medidas	19
Análises Estatísticas	20
Referências	21
Artigo 1 - “Fatores psicossociais da vitimação sexual na idade adulta: Uma revisão sistemática”	
Resumo	26
Abstract	27
Introdução	28
Método	29
Fontes de Informação e Estratégia de Pesquisa	29
Critérios de Inclusão e Exclusão	30
Extração e Gestão de Dados	32
Resultados	35
Caraterísticas dos Estudos	35
Prevalência de Vitimação Sexual	35
Medida e Tipo de Vitimação Sexual	36
Fatores de Vulnerabilidade das Vítimas	36
Fatores Psicossociais Associados à Vitimação Sexual	37
Impacto das Experiências de Vitimação Sexual	38
Discussão	40
Referências	43

Article 2 - “Psychological Symptomatology and Coping Strategies in Adult Victims of Sexual Violence”

Abstract	48
Introduction	49
Risk Factors for Sexual Victimization	49
Impact of Sexual Victimization	50
Coping Strategies Adopted by Victims	51
Method	52
Participants	52
Measures	54
Procedure	55
Statistical Analysis	55
Results	56
Descriptive Analysis	56
Comparison Between Groups	56
Correlations	58
Discussion	59
Limitations	61
Conclusion	62
References	64
Conclusão/Discussão	70
Limitações	72
Implicações Para a Prática	73
Referências	76
Anexos	
Anexo A	
Anexo B	

Índice das Figuras

Artigo 1 – “Estratégias de *Coping* e Sintomatologia apresentadas por Vítimas de Violência Sexual”

Figura 1. <i>Estratégia de pesquisa para a revisão sistemática</i>	31
--	----

Índice das Tabelas

Artigo 1 – “Fatores psicossociais da vitimação sexual na idade adulta: Uma revisão sistemática”

Tabela 1. <i>Resumo das características gerais dos artigos incluídos na revisão sistemática</i>	33
---	----

Tabela 2. <i>Exemplos de impacto da vitimação sexual na adultícia</i>	39
---	----

Artigo 2 – “Psychological Symptomatology and Coping Strategies in Adult Victims of Sexual Violence”

Tabela 1. <i>Characterization of the sample</i>	53
---	----

Tabela 2. <i>Other characterizations of the sample</i>	56
--	----

Tabela 3. <i>Differences between victims and non-victims of sexual victimization and Brief Cope, and BSI</i>	57
--	----

Lista de Abreviaturas

THQ – Questionário de História de Trauma

SES – Instrumento de Experiências Sexuais

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Brief Cope – Questionário Brief Cope

TEPT/PTSD – Transtorno de Estresse Pós-Traumático/Posttraumatic Stress Disorder

Impacto de Experiências de Vitimação Sexual em Adultos

Introdução

A perpetração de violência sexual remete para uma das mais antigas formas de violência praticadas contra os indivíduos, representando um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos (Caridade et al., 2015; Drezett, 2003). A vitimação sexual abrange a experiencição de qualquer ato sexual indesejado (incluindo comentários e insinuações de cariz sexual), na forma efetiva ou tentada (Finkelstein-Fox et al., 2020; Prego-Meleiro et al., 2020), através da utilização de ameaças ou intimidação, força física ou ameaça de utilização da mesma, coerção verbal, e/ou incapacitação da vítima (DeCou et al., 2018; Nunes et al., 2018).

Deste modo, a vitimação sexual poderá ocorrer sob a forma de: tentativa de violação e/ou violação no seio das relações íntimas ou, no contexto de um ataque efetivado por conhecidos ou estranhos; coerção sexual; importunação sexual; avanços sexuais indesejados ou assédio sexual (incluindo exigência da prática de relações sexuais em troca de favores); violação de pessoas com deficiência mental ou física; casamento ou coabitação forçados; mutilação genital feminina; prostituição forçada; tráfico de seres humanos com o objetivo da exploração sexual, entre muitas outras (Fernandez, 2011).

A violência sexual é caracterizada por ser um fenómeno complexo e global, abrangendo vítimas independentemente do seu sexo, género, idade, etnia, religião, cultura, classe social e estatuto socioeconómico (Drezett, 2003). Não obstante, a maioria das vítimas é do sexo feminino (Fernandez, 2011). Dada a complexidade do crime, também o cenário de perpetração de vitimação sexual não é linear, podendo ocorrer em espaços públicos e privados (Drezett, 2003), como espaços abertos (e.g., jardins), veículos, casa própria ou de outrem, local de trabalho, estabelecimentos de ensino e estabelecimentos prisionais. Concomitantemente, a caracterização dos perpetradores não depende do seu sexo, género, idade, cultura, religião e estatuto socioeconómico, podendo apresentar, ou não, alguma relação com as vítimas, como por exemplo, ser um parceiro íntimo da mesma, conhecido, amigo, familiar, colega de trabalho, entre outros (Fernandez, 2011).

No que à prevalência da prática deste crime diz respeito, a literatura refere a existência de uma elevada percentagem de violência sexual que acaba por não ser denunciada às autoridades. Tal facto prender-se-á maioritariamente com sentimentos de

vergonha, humilhação e culpa por parte das vítimas, receio das reações dos seus familiares, amigos, vizinhos e autoridades policiais, e medo de represálias (Drezett, 2003). A real subnotificação de queixas gera, assim, enormes cifras negras, levando ao desconhecimento da real amplitude deste flagelo mundial, no entanto, estima-se que mundialmente aproximadamente 13% das mulheres e 3% dos homens experienciam vitimação sexual (Fernandez, 2011), compreendendo 12 milhões de vítimas a cada ano (Drezett, 2003).

Relativamente a dados mais específicos, nos Estados Unidos da América a prevalência de violência sexual situa-se entre os 45% e os 75% (Tansill et al., 2012), entre as mulheres adultas as percentagens variam entre os 15% e 22% (Briere, et al., 2020), e entre os homens as percentagens variam entre .6% e os 7.2% (Elliott et al., 2004; Finkelstein-Fox et al., 2020). Por outro lado, na Europa a percentagem de mulheres vítimas de violação situa-se entre os 5-6% (Fryszter et al., 2020). No Reino Unido, 38% das vítimas relataram ter experienciado violação e, em Espanha, 14% das mulheres referiu já ter sofrido violência sexual (Prego-Meleiro et al., 2020).

Em Portugal, no ano de 2011, os dados revelam que 1% das mulheres foram sexualmente vitimadas (Associação de Mulheres Contra a Violência [AMCV], 2015) e, entre 2013 e 2018, a violação foi um dos crimes mais reportados, representando 15.3% de todos os crimes sexuais registados. Mais recentemente, em 2018, de todos os crimes sexuais denunciados, a ocorrência de violação representou 10.5% (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2019) e, em 2020, verificou-se a denúncia de 144 casos de violação, correspondendo a uma percentagem de .7% de todos os crimes denunciados (APAV, 2021). Mais ainda, estima-se que no nosso país a perpetração de coerção sexual no seio das relações íntimas alcance os 23%, diminuindo esta percentagem para 1.5% quando, para além de coerção sexual, é utilizada força física para concretizar a relação sexual (Paiva & Figueiredo, 2003).

Adicionalmente, a literatura aponta também que aproximadamente 23% das mulheres e 5% dos homens, estudantes universitários, relataram já terem experienciado agressão sexual (Wilhite et al., 2018), bem como que a prevalência de indivíduos transgénero que experienciaram algum tipo de vitimação sexual ao longo das suas vidas ronda os 23% (Finkelstein-Fox et al., 2020).

Neste contexto, um conjunto diverso de estudos científicos assinala a existência de diversos fatores de risco e de vulnerabilidade no que à experiência de violência sexual diz respeito, nomeadamente: pertencer a um agregado familiar que padeça de problemas

relacionados com o consumo de substâncias (álcool e/ou drogas), saúde mental e violência, ser casado ou estar envolvido numa relação de intimidade, apresentar padrões de namoro que envolvam, por exemplo, um número elevado de parceiros íntimos (Classen et al., 2005; Long & Ullman, 2013), ser jovem, pertencer a uma minoria sexual, possuir um baixo estatuto socioeconómico, consumir substâncias (álcool e/ou drogas) (Briere et al., 2020) e, ter experienciado vitimação sexual no passado (na infância, adolescência ou idade adulta) (Wilhite et al., 2018).

A literatura esclarece ainda que, inerente à experienciação deste crime, que vastas vezes configura um quadro traumático para os indivíduos (Fonseca et al., 2020), tem sido associada diversa sintomatologia negativa, que influencia o desenvolvimento e funcionamento das vítimas a diversos níveis (e.g., psicológico, físico, familiar, social e ocupacional) (e.g., Fonseca et al., 2020; Fryszer et al., 2020; Nunes et al., 2018), gerando consequências negativas a curto, médio e longo prazo, que muitas vezes se verificam irreversíveis (Drezett, 2003).

Como consequência da violência sexual sofrida, a nível psicológico, as vítimas tendem a deparar-se com sentimentos de vergonha, culpa e terror, diminuição da autoestima, pesadelos, depressão, insónias (Nunes et al., 2018), pensamentos intrusivos e evitamento do trauma vivenciado, hipervigilância, pensamentos e humor negativos (Fonseca et al., 2020), pensamentos e ideação suicida (DeCou et al., 2018), ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), dissociação, distúrbios sexuais, e autoperceção negativa (Briere et al., 2020), entre outros. A nível físico, o impacto poderá verificar-se em termos de traumatismos genitais, doenças sexualmente transmissíveis (e.g., hepatite B, gonorreia, sífilis, vírus da imunodeficiência humana - HIV), gravidez indesejada decorrente da violência sexual (Drezett, 2003), entre outros.

Embora cada indivíduo experiencie de forma muito particular os acontecimentos adversos, a múltipla experienciação de episódios de violência sexual pode exacerbar o trauma experienciado no passado e, consequentemente, estes indivíduos incorrem num risco acrescido de experienciação de sintomatologia psicopatológica mais severa e/ou perdurável, bem como num maior impacto negativo nas suas vidas, comparativamente com vítimas que experienciaram um episódio de vitimação sexual isolado (e.g., Finkelstein-Fox et al., 2020; Najdowski & Ullman, 2009; Tansill et al., 2012).

Neste sentido, como forma de lidarem e enfrentarem os acontecimentos adversos da sua vida e os episódios traumáticos vivenciados, os indivíduos tendem a adotar diversas e diferentes estratégias de *coping*, por forma a ultrapassarem as situações stressoras

vivenciadas. De acordo com o modelo desenvolvido por Folkman e Lazarus (1980), o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, passíveis de constante mudança, que os indivíduos utilizam com o intuito de gerirem exigências internas e externas, e os conflitos entre si, percebidas como excedendo os seus recursos individuais (Borges et al., 2008; Caridade et al., 2015).

Assim, a maioria dos autores divide as estratégias de *coping* em duas categorias ou estilos: *coping* focado nas emoções e *coping* focado no problema. O *coping* focado no problema pode ser compreendido como o desenvolvimento de esforços cognitivos e comportamentais para regular o stress, sendo aplicado no momento imediatamente após o evento disruptivo e, percebido como um modo positivo e adaptativo de lidar com os problemas (e.g., pedir ajuda a alguém para solucionar o problema). E, o *coping* focado nas emoções compreende os esforços comportamentais realizados pelos indivíduos para lidarem com as emoções e regular o stress emocional, por forma a manterem o equilíbrio psicológico, podendo ser considerado ativo (e.g., reformulação cognitiva do evento disruptivo - adaptativo) ou esquivo (e.g., negação para evitar o sofrimento - maladaptativo) (e.g., Patiño & Kirchner, 2010; Pietrowski et al., 2018; Silva et al., 2020).

Dentro de cada estilo ou categoria de *coping*, são diversas as estratégias que um indivíduo pode utilizar quando se depara com uma situação adversa e stressante, como por exemplo: autodistração, coping ativo, negação do problema, uso de substâncias, utilização de suporte instrumental, utilização de suporte social emocional, desinvestimento comportamental, expressão de sentimentos/ descarga emocional, reinterpretação positiva, planejar, humor, aceitação/resignação do problema, religião/espiritualidade, autculpabilização (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), culpabilização dos outros, catastrofização, ruminação, entre numerosas outras estratégias, que podem ser tanto positivas ou adaptativas, como negativas ou disfuncionais (Garnefski et al., 2002; Júnior & Zanini, 2011).

A utilização de estratégias adaptativas caracteriza-se por proporcionar aos indivíduos uma sensação de controlo das situações com que se deparam, gostando de confrontar e resolver ativamente os seus problemas, utilizando para tal mecanismos que reduzem os estados de tensão, não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos stressantes e normalmente não se deixando responsabilizar pelas consequências menos positivas dos acontecimentos.

Por outro lado, a utilização de estratégias disfuncionais caracteriza-se por não contribuir para a resolução dos problemas dos indivíduos, aumentando a ansiedade e angústia destes perante as situações stressoras (Capelo & Pocinho, 2016; Fonseca et al., 2020).

Algumas investigações indicam que as estratégias de *coping*, quando eficientes para o enfrentamento do stress, contribuem para o bem-estar geral do indivíduo, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida (Silva et al., 2020; Soares et al., 2000). Neste sentido, são diversas as evidências da utilização de um estilo de *coping* predominantemente focado nas emoções, em que as respostas perante situações stressoras se centram no evitamento, fomentam a psicopatologia e o desajustamento psicológico. Por outro lado, a utilização de um estilo de *coping* focado no problema e orientado para a ação, tende a estar associado a menor sintomatologia psicopatológica/traumática (Orchowski et al., 2013), atenuando os efeitos negativos decorrentes do impacto dos acontecimentos disruptivos e promovendo o bem-estar psicológico dos indivíduos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Caridade et al., 2015; Júnior & Zanini, 2011), demonstrando a capacidade que as vítimas têm de utilizar recursos adaptativos, por forma a reduzirem o impacto negativo da experiência traumática (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Orchowski et al., 2013; Proulx et al., 1995).

Objetivos

Tendo por base o estado de arte acima mencionado, o presente estudo tem como objetivos principais compreender o fenómeno da vitimação sexual na idade adulta, bem como analisar os sintomas e as estratégias de *coping* apresentadas pelas vítimas.

De modo mais específico, este estudo pretende: (1) resumir a investigação epidemiológica sobre prevalência, fatores de risco e proteção, e efeitos associados à saúde e bem-estar de indivíduos vitimados sexualmente na idade adulta; (2) analisar os tipos e qualidade das metodologias, e procedimentos utilizados em diversos estudos; (3) sintetizar um conjunto de trabalhos e fazer recomendações sobre próximas investigações; (4) identificar as diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas por não vítimas, vítimas de tentativa de violação, vítimas de violação e, vítimas de tentativa de violação e de violação; (5) identificar as diferenças na sintomatologia psicopatológica apresentada por não vítimas, vítimas de tentativa de violação, vítimas de violação e, vítimas de tentativa de violação e de violação; (6) verificar se existe uma relação entre estratégias de *coping* e sintomas psicopatológicos apresentados pelos indivíduos.

Estrutura da Tese

Esta tese encontra-se dividida em cinco secções. A primeira secção apresenta um breve enquadramento teórico acerca da temática em estudo, onde são também especificados os objetivos desta investigação. Na segunda secção deste estudo, apresenta-se a metodologia onde consta a caracterização da amostra, os procedimentos e as medidas utilizados, assim como as análises estatísticas realizadas. O primeiro artigo deste trabalho, uma revisão sistemática de literatura, compõe a terceira secção desta tese que remete para uma compreensão mais pormenorizada do fenómeno da violência sexual na adultícia, bem como os fatores psicossociais inerentes ao mesmo, contemplando: uma parte de definição de conceitos teóricos, metodologia, resultados, discussão e referências. A quarta secção remete para o segundo artigo relacionado com o estudo da sintomatologia psicopatológica e estratégias de *coping* apresentadas e utilizadas por vítimas de violência sexual na idade adulta, compreendendo a seguinte estrutura: definição de conceitos teóricos e prevalência, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências. A última (quinta) secção desta tese abarca uma conclusão geral, contendo um resumo dos artigos acima mencionados, bem como a discussão dos resultados obtidos.

Método

Participantes

A amostra total deste estudo é composta por 262 mulheres adultas portuguesas, entre os 18 e os 70 anos. Do total de participantes, 185 (70.6%) revelaram não terem sofrido vitimação sexual na adultícia, 41 (15.7%) reportaram terem sofrido tentativa de violação, 25 (9.5%) mencionaram terem sido vítimas de tentativa de violação e violação e, 11 (4.2%) relataram terem sofrido violação na idade adulta.

Tendo em conta a natureza e objetivos dos artigos, esta amostra apenas foi utilizada no segundo artigo, dado que o primeiro remete para uma revisão sistemática de literatura tendo-se, portanto, analisado em profundidade 18 artigos científicos, compreendendo uma amostra total de 14 898 indivíduos.

Procedimentos

No que respeita à revisão sistemática de literatura, correspondente ao primeiro artigo desta tese, procedeu-se à seleção dos estudos relevantes, com base na metodologia PRISMA (Liberati et al., 2009). Realizámos pesquisas eletrónicas sistemáticas em fevereiro de 2021, em oito bases de dados de pesquisa. Após a identificação dos estudos através da pesquisa realizada, estes foram considerados para integração na revisão sistemática, caso se encontrassem de acordo com os diversos critérios de inclusão estipulados e foram excluídos se cumprissem qualquer dos critérios de exclusão inicialmente determinados. Os artigos foram revistos primeiro por título, depois por resumo e finalmente pelo texto completo.

Dos 252 artigos inicialmente obtidos através da pesquisa, foram incluídos no final desta revisão sistemática 18 artigos científicos, sintetizados em profundidade. Os dados dos artigos foram extraídos independentemente por ambas as autoras, tendo quaisquer discrepâncias sido discutidas até se chegar a um acordo mútuo. A extração dos dados incluiu: (a) as características dos estudos; (b) medida de vitimação sexual; (c) tipo de vitimação sexual; (d) prevalência de vitimação sexual; e) fatores de vulnerabilidade e psicossociais; e (f) caracterização do impacto da vitimação.

Relativamente ao segundo artigo, a amostra foi recolhida via *online*, através da plataforma *Google Forms*. O consentimento informado foi preenchido eletronicamente por todas as participantes. O protocolo de investigação compreende todas as medidas necessárias para a realização do estudo, nomeadamente, o questionário sociodemográfico e de dados de vitimação sexual, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982, versão portuguesa: Canavarro, 1999) e o Questionário Brief Cope (Brief Cope; Carver et al., 1989, versão portuguesa: Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), tendo o projeto e protocolo desta investigação sido aprovados pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM).

Medidas

Questionário sociodemográfico e de dados de vitimação sexual. Construímos um breve questionário para avaliar os seguintes aspetos sociodemográficos e fatores de risco: idade, sexo, orientação sexual, nacionalidade, local de residência, profissão, estatuto profissional, nível de educação, estado civil, estatuto socioeconómico, tipos de

vitimização sexual experienciados na infância e/ou idade adulta e, relação romântica atual e duração da mesma. As questões deste questionário que abrangem fatores de risco estudados foram construídas baseadas na literatura.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1982; versão portuguesa: Canavarro, 1999). Este instrumento permite avaliar os sintomas psicopatológicos apresentados pelos indivíduos, através de uma escala de *Likert* que varia entre nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes e muitíssimas vezes, descrevendo o grau em que cada sintoma os incomodou na última semana. O instrumento é composto por 53 itens que se dividem em nove dimensões sintomatológicas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais: índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos.

Questionário Brief Cope (Brief Cope, Carver et al., 1989; versão portuguesa: Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Este instrumento avalia os estilos e estratégias de *coping* utilizados pelos indivíduos, através de uma escala de *Likert* que varia entre nunca faço isto, faço isto por vezes, em média é isto que faço e faço quase sempre isto, descrevendo o modo como os indivíduos lidam com os problemas. O instrumento compreende 28 itens que se dividem em 14 escalas, nomeadamente: *coping* ativo, planejar, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias (medicamentos/álcool) e humor.

Análises Estatísticas

Para responder aos objetivos do presente estudo, foram utilizadas várias análises estatísticas, nomeadamente: análises descritivas para caracterizar a amostra do estudo relativamente aos dados sociodemográficos e de vitimação sexual; ANOVA one way para analisar as variâncias entre as variáveis de vitimação sexual e as escalas do Brief Cope e BSI; e, correlações de Pearson para verificar a relação entre as escalas do Brief Cope e BSI. Para realizar as análises anteriormente referidas foi utilizado o programa de *software* estatístico *IBM SPSS Statistics*, versão 27.0.

Referências

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Associação de Mulheres contra a Violência (2015). *Guia de bolso sobre violência sexual para profissionais*. <https://www.animar-dl.pt/recursos/guia-de-bolso-sobre-violencia-sexual-para-profissionais/>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2019). *Estatísticas APAV – Crimes sexuais 2013-2018*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_CrimesSexuais_2013_2018.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2021). *Estatísticas APAV – Relatório anual 2020*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561. Disponível em Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Briere, J., Runtz, M., Rassart, C. A., Rodd, K., & Godbout, N. (2020). Sexual assault trauma: Does prior childhood maltreatment increase the risk and exacerbate the outcome? *Child Abuse & Neglect*, 103(104421), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104421>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Capelo, R., & Pocinho, M. (2016). Estratégias de coping: Contributos para a diminuição do stresse docente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 282-294. <https://doi.org/10.15309/16psd170213>
- Caridade, S., Antunes, C., & Matos, M. (2015). Vitimização múltipla feminina: Histórias de vida, depressão e coping. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 495-506. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i3.25059>

- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- DeCou, C. R., Kaplan, S. P., Spencer, J., & Lynch, S. M. (2018). Trauma-related shame, sexual assault severity, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness among female undergraduate survivors of sexual assault. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(2), 1-21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000549>
- Drezett, J. (2003). Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 36-50. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1041>
- Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 203-211. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000029263.11104.23>
- Fernandez, P. A. (2011). Sexual assault: An overview and implications for counselling support. *Australasian Medical Journal*, 4(11), 596-602. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011858>
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Huedo-Medina, T. B. (2020). Appraisal and coping link sexual victimization history to emotional experience: A multilevel daily diary study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(88626052095769), 11-27. <https://doi.org/10.1177/0886260520957691>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Stress e trauma na emergência médica pré-hospitalar: *Coping* disfuncional como mediador. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <https://doi.org/10.15309/20psd210126>
- Fryszter, L. A., Hoffmann-Walbeck, H., Etzold, S., Möckel, M., Sehouli, J., & David, M. (2020). Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 250, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.059>
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison

- between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
<https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507>
- Júnior, W. P., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de *coping* de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7): e1000100.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Long, L., & Ullman, S. E. (2013). The impact of multiple traumatic victimization on disclosure and coping mechanisms for black women. *Feminist Criminology*, 8(4), 295-319. <https://doi.org/10.1177/1557085113490783>
- Najdowski, C. J., & Ullman, S. E. (2009). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, 34(11), 965-968.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.004>
- Nunes, R., Carvalho, P., Alves, M., Cunha, A., & Loureiro, M. (2018, janeiro). *Sintomatologia depressiva e conflitos no contexto das relações íntimas de estudantes universitários*. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Orchowski, L. M., Untied, A. S., & Gidycz, C. A. (2013). Social reactions to disclosure of sexual victimization and adjustment among survivors of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 2005-2023.
<https://doi.org/10.1177/088626051247108>
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250101>
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 165-184. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3838>
- Patiño, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17-24.
<https://doi.org/10.1159/000255959>
- Pietrowski, D. L., Cardoso, N. O., & Bernardi, C. C. N. (2018). Estratégias de *coping* frente à síndrome de *burnout* entre os professores: Uma revisão integrativa da

- literatura nacional. *Contextos Clínicos*, 11(3), 397-409.
<https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.10>
- Prego-Meleiro, P., Montalvo, G., Quintela-Jorge, Ó., & García-Ruiz, C. (2020). Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Science International*, 315(10460), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110460>
- Proulx, J., Koverola, C., Fedorowicz, A., & Kral, M. (1995). Coping strategies as predictors of distress in survivors of single and multiple sexual victimization and nonvictimized controls. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(16), 1464-1483. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02627.x>
- Silva, C. G. V., Missiatto, L. A. F., & Feitosa, F. B. (2020). Estratégias de coping utilizadas por pacientes oncológicos em uma cidade do interior da Amazônia legal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(4), 1-9. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.626>
- Soares, M. A., Moura, M. J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a03.pdf>
- Tansill, E. C., Edwards, K. M., Kearns, M. C., Gidycz, C. A., & Calhoun, K. S. (2012). The mediating role of trauma-related symptoms in the relationship between sexual victimization and physical health symptomatology in undergraduate women. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 79-85. <https://doi.org/10.1002/jts.21666>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Artigo 1

Fatores psicossociais da vitimação sexual na idade adulta: Uma revisão sistemática

Resumo

Esta revisão sistemática de literatura visa identificar os fatores psicossociais presentes em indivíduos adultos que perceberam ter experienciado violação na forma tentada ou concretizada. Foram realizadas pesquisas em oito bases de dados eletrônicas, utilizando os termos “*sexual victimization*”, “*sexual assault*”, “*rape*” AND “*psychosocial factors*”, “*psychosocial impact*” e “*psychosocial effects*”. Dos 252 estudos inicialmente selecionados, 18 artigos foram incluídos para realizar a presente revisão sistemática, tendo sido analisados pormenorizadamente e avaliados no que concerne à sua qualidade. Os resultados obtidos indicam que existem diversos fatores de vulnerabilidade preditores para a ocorrência de vitimação sexual e ainda, diversos fatores psicossociais (e.g., redes de suporte social formais e informais) inerentes e diretamente associados à experiência de violência sexual por parte dos indivíduos. Na sequência da experiência deste fenómeno, ainda considerado tabu, são diversas as sequelas e impacto negativos daí decorrentes, o que remete para a necessidade imprescindível de uma intervenção profissional especializada. As intervenções precoces e holísticas (e.g., cognitivo-comportamentais) têm demonstrado eficácia com estas vítimas. Estudos futuros deverão escrutinar os fatores de risco e proteção associados a este crime, criando-se programas de prevenção e intervenção eficazes que possam colmatar a ocorrência deste fenómeno, o impacto negativo sofrido e promover o bem-estar das vítimas.

Palavras-chave: adultos, vitimação sexual, fatores de risco, fatores psicossociais, impacto.

Abstract

This systematic review aims to identify the psychosocial factors present in adult individuals who perceived to have experienced sexual victimization, more specifically, rape in the attempted or concretized form. Searches were conducted in eight electronic databases, using the terms sexual victimization, sexual assault, rape AND psychosocial factors, psychosocial impact and psychosocial effects. Of the 252 studies initially selected, 18 articles were included in this systematic review, which were analyzed in detail and evaluated for quality. The results show that there are several predictive vulnerability factors for the occurrence of sexual victimization and several psychosocial factors (e.g., formal, and informal social support networks) that are inherent and directly associated with the experience of sexual violence by individuals. Following the experience of this phenomenon, still considered taboo, there are several sequels and negative impact resulting from it, which points to the essential need for a specialized professional intervention. Early and holistic interventions (e.g., cognitive-behavioral) have demonstrated effectiveness with these victims. Future studies should scrutinize the risk and protective factors associated with this crime, creating effective prevention and intervention programs that can mitigate the occurrence of this phenomenon, the negative impact suffered, and promote the well-being of victims.

Keywords: adults; sexual victimization; risk factors; psychosocial factors; impact.

Introdução

A violação na forma tentada e concretizada é um crime hediondo, uma problemática de justiça social e de saúde pública que viola diversos padrões internacionais dos direitos humanos, podendo configurar um quadro traumático para a vítima (evento perturbador do normal funcionamento psicológico), com inúmeras repercussões negativas em diversos níveis da sua vida (e.g., físico, psicológico, social) (DeCou et al., 2018; Fernandez, 2011; Kagoyire & Richters, 2018; Mukamana et al., 2018; Sui et al., 2014).

De acordo com a comunidade científica, torna-se clara a existência de um consenso no que concerne à definição da vitimação sexual. Dependendo dos autores ou da área de investigação a que estão associados, existem definições idênticas, e muitas vezes iguais, para esta problemática, notando-se uma variância de termos que nada mais são do que sinónimos uns dos outros (e.g., na literatura encontra-se o termo violência sexual, agressão sexual e vitimação sexual, que apresentam definições muito similares) (Bashonga & Khuzwayo, 2017; Fernandez, 2011).

Assim, a vitimação sexual pode ser definida como qualquer interação de cariz sexual que é perpetrada contra a vontade de outra pessoa (Fernandez, 2011; Hidaka et al., 2014; Sui et al., 2014), podendo assumir várias formas onde se inclui, a perpetração de violação ou tentativa de violação, bem como qualquer contato ou ameaça sexual indesejada contra outrem (e.g., violação nas relações de intimidade, avanços sexuais indesejados, assédio sexual) (Fernandez, 2011; Rees et al., 2019).

Segundo Fernandez (2011) e, DeCou et al. (2018), a violação é o ato de penetração oral, vaginal ou anal, usando o pénis, outras partes do corpo ou objetos, através da força ou coação. A vítima pode ser coagida através de ameaças, de violência física, ameaças de retenção de benefícios (e.g., promoção no trabalho), pressão psicológica ou chantagem, neste sentido, a concordância para a prática dos atos sexuais não equivale ao consentimento dado de livre e espontânea vontade, configurando um quadro de coação e violência sexual. O mesmo acontece nos casos de atos sexuais envolvendo indivíduos incapazes de dar consentimento, ou seja, indivíduos que não são capazes de entender o significado do ato de natureza sexual, ou de indicar o seu consentimento ou recusa (e.g., indivíduos sob o efeito de estupefacientes).

Apesar da grande prevalência de violência sexual, as estatísticas precisas acerca deste fenómeno são difíceis de obter devido à elevada percentagem de cifras negras deste crime que acaba por nunca ser denunciado (e.g., existe uma grande percentagem de vítimas que

não faz queixa da violação tentada ou concretizada sofrida, com medo de represálias ou por vergonha). Não obstante, estima-se que aproximadamente 13% das mulheres e 3% dos homens em todo o mundo experienciaram algum tipo de violência sexual ao longo da sua vida, com consequências negativas profundas para a sua saúde física e psicológica (Fernandez, 2011). Existe também um consenso na literatura de que a maioria das vítimas de violação na forma tentada e/ou concretizada é do sexo feminino, sendo 84% das vítimas do sexo feminino e 16% do sexo masculino (Fernandez, 2011) e, que a maioria dos agressores é do sexo masculino e conhecem as vítimas (e.g., atual ou ex-parceiro íntimo) (Rees et al., 2019).

No presente estudo, pretende-se realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores psicossociais inerentes à experiência de vitimação sexual na idade adulta. Estudos epidemiológicos de (1) prevalência, (2) fatores de risco, e (3) efeitos associados à saúde e bem-estar serão examinados, bem como os resultados dos artigos serão resumidos. Especificamente, os objetivos deste trabalho são (1) resumir a investigação epidemiológica sobre prevalência, fatores de risco e proteção, e efeitos associados à saúde e bem-estar; (2) analisar os tipos e qualidade das metodologias, e procedimentos utilizados nestes estudos; e (3) sintetizar este conjunto de trabalhos e fazer recomendações sobre próximas investigações.

Método

Conduzimos um processo de quatro fases para selecionar os artigos relevantes para este artigo, com base na metodologia PRISMA (Liberati et al., 2009).

Fontes de Informação e Estratégia de Pesquisa

Foram realizadas pesquisas bibliográficas em fevereiro de 2021, com o objetivo de verificar a literatura existente acerca da temática em estudo. Foi realizada uma pesquisa eletrónica sistemática em oito bases de dados de pesquisa, nomeadamente, EBSCO, B-On, Web of Science, Medline, PsycINFO, PubMed, Scielo e PePsic. De seguida, foram utilizadas restrições para as pesquisas nas bases de dados: (1) artigo disponível em inglês; (2) publicado entre janeiro de 2008 e dezembro de 2020; e (3) revisto por pares. Foram excluídos livros, capítulos de livros, resenhas de livros, dissertações e teses. Na pesquisa, foram utilizadas as palavras: “*sexual victimization*”, “*sexual assault*”, “*rape*” AND “*psychosocial 28actos*”, “*psychosocial impact*” e “*psychosocial effects*”.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os estudos identificados nas pesquisas das bases de dados acima referidas foram considerados para integração nesta revisão sistemática, caso se encontrassem de acordo com os critérios de inclusão: (1) revistas acadêmicas; (2) artigos analisados pelos pares; (3) estudos que incluíssem crimes sexuais, vitimação sexual, agressão sexual, violação na forma tentada e concretizada; (4) com vítimas de violação ou de outros tipos de crime sexual; (5) que estudassem a saúde mental, suporte social, depressão mental, saúde mental, fatores psicossociais, stress pós-traumático, estratégias de *coping*, fatores de risco; (6) da área da psicologia; (7) que abarcassem um período temporal de 2008 a 2020. Os estudos foram excluídos da revisão se: (1) a amostra fosse composta apenas por crianças e jovens (menores de 18 anos); (2) os indivíduos da amostra tivessem algum tipo de déficit cognitivo; (3) os estudos fossem compostos apenas por uma amostra específica, não normativa da população; (4) os estudos incluíssem apenas o tema da vitimação sexual na perspectiva dos agressores; (5) os estudos incluíssem vítimas de crime, mas que não de violação na forma tentada e/ou concretizada; (6) os estudos não fossem empíricos.

Os artigos foram revistos primeiro por título, depois por resumo e finalmente pelo texto completo. A estratégia de pesquisa utilizada para o presente trabalho encontra-se descrita na Figura 1.

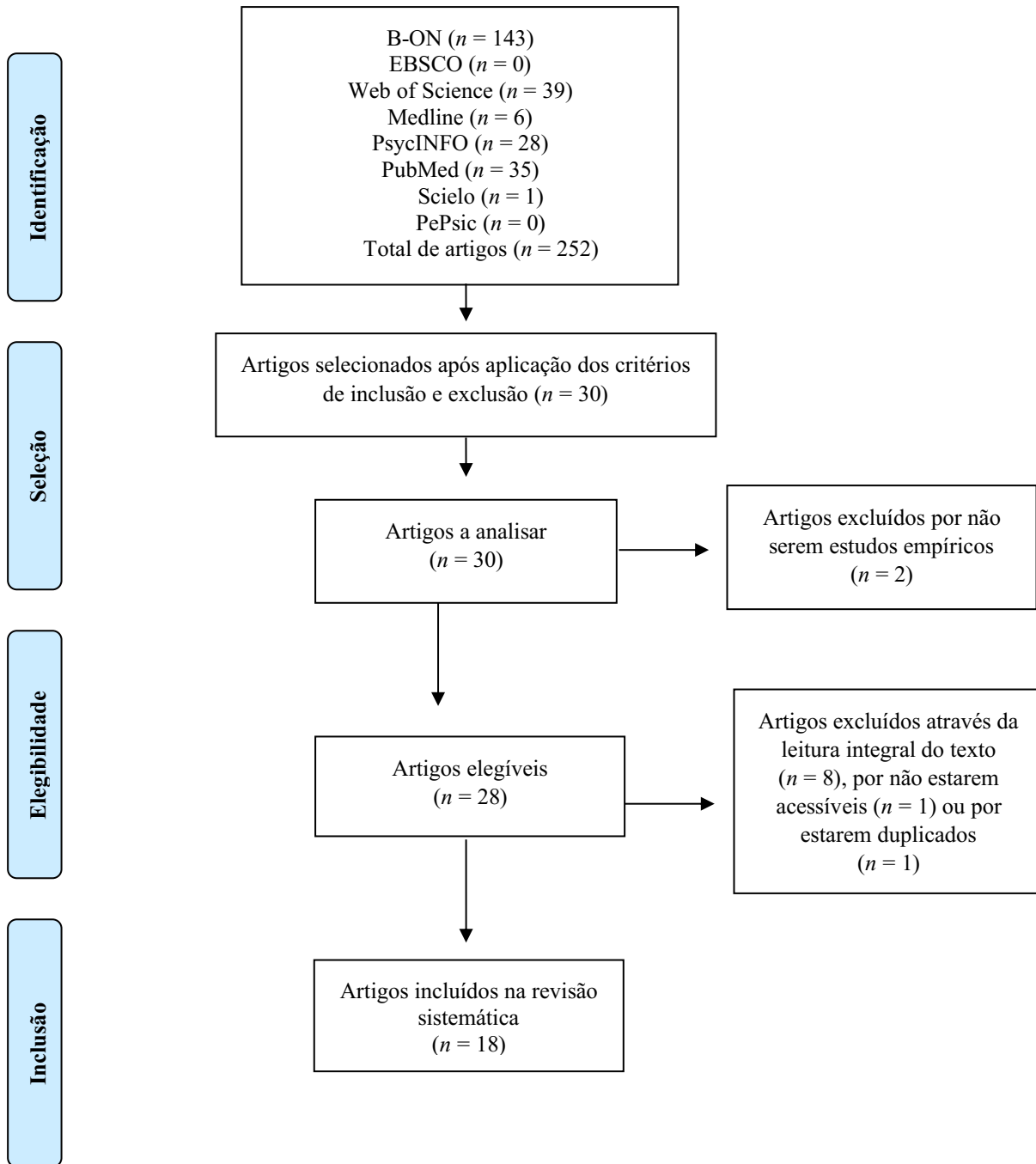


Figura 1
Estratégia de pesquisa para a revisão sistemática

Extração e Gestão de Dados

Conforme identificado na Figura 1, a estratégia de pesquisa utilizada para a revisão sistemática permitiu obter um total de 252 artigos. Após a leitura dos títulos, resumos e aplicados os critérios de exclusão mencionados, foram excluídos 222 artigos (e.g., alguns destes incluíam uma amostra exclusiva de indivíduos menores de 18 anos). De seguida excluímos dois artigos que não cumpriam os critérios de inclusão pois por não serem empíricos (e.g., revisão sistemática de literatura). Posteriormente, procedeu-se à leitura integral dos 28 estudos restantes, e após esta, foram excluídos mais oito artigos que não compreendiam os critérios de inclusão (e.g., a amostra não era representativa da população normativa, visto que era composta apenas por militares).

Dos 20 artigos restantes, foi excluído um estudo ao qual não foi possível conseguir acesso e outro que se encontrava duplicado. Deste modo, após a seleção e leitura criteriosa de todos estes estudos, foram incluídos no final desta revisão sistemática 18 artigos científicos, sintetizados em profundidade para este estudo.

Os dados dos artigos que satisfazem os critérios de inclusão foram extraídos independentemente por ambas as autoras. Quaisquer discrepâncias foram discutidas até se chegar a um acordo mútuo. A fiabilidade do acordo entre as autoras foi avaliada com base nos critérios padrão da estatística de *Kappa* de *Cohen*: menos que .20 (ligeiro), entre .21 e .40 (justo), entre .41 e .60 (moderado), entre .61 e .80 (bom), e maior que .81 (excelente) (McHugh, 2012). Deste modo, através da análise estatística apurou-se que a fiabilidade do acordo entre as autoras é excelente (.90).

A extração dos dados incluiu: (a) as características dos estudos; (b) medida de vitimação sexual; (c) tipo de vitimação sexual; (d) prevalência de vitimação sexual; e) fatores de vulnerabilidade e psicossociais; e (f) caracterização do impacto da vitimação. A caracterização geral dos artigos incluídos nesta revisão sistemática encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1

Resumo das características gerais dos artigos incluídos na revisão sistemática

Autor	Ano	País	Amostra	Metodologia	Principais Resultados
Bashonga & Khuzwayo	2017	África do Sul	Análise de documentos e conteúdo	Qualitativa	As políticas das universidades sobre agressão sexual são vistas como ultrapassadas e ineficazes, e a cultura de violação nas universidades é vista como um sintoma de uma sociedade patriarcal
Chakrapani et al.	2017	Índia	600 homens e mulheres	Questionários sobre fatores psicossociais e sobre saúde	Associação entre a presença de diversos fatores de risco e fatores psicossociais, inerentes à vitimação sexual
DeCou et al.	2018	Estados Unidos América	164 estudantes de psicologia	SES-SFV e TRSI	A vergonha relacionada ao trauma atua como um mecanismo que explica a associação entre a agressão sexual e os fatores de risco psicossociais que levam à ideação e comportamento suicidas
Hidaka et al.	2014	Japão	5731 homens	Questionário sociodemográfico, de questões relativas à sexualidade e, uma escala de depressão	Uma grande percentagem da amostra relatou ter experienciado vitimação sexual; são necessárias intervenções holísticas e integradas para as vítimas, que abordem as questões psicossociais e de prevenção
Howard et al.	2008	Estados Unidos América	551 estudantes	Questionário de consumo de substâncias e de vitimação sexual	A agressão sexual está associada ao consumo de substâncias e a outros fatores que requerem mais investigações
Jones et al.	2009	Estados Unidos América	424 mulheres	Relatório da polícia com a queixa da agressão sexual	Apenas 3 das 20 variáveis psicossociais examinadas foram significativamente diferentes em mulheres que denunciaram comparativamente com aquelas que não o fizeram; As razões para não denunciarem prenderam-se principalmente com relacionamento anterior com agressor
Kagoyire & Richters	2018	África Oriental	12 indivíduos	Qualitativa	Um evento disruptivo não só se demonstra traumático para a vítima direta, como também para as vítimas indiretas
Long & Ullman	2016	Estados Unidos América	495 mulheres	Questionário sociodemográfico, exposição ao trauma, coping, e de resultados relacionados com agressão sexual	Eventos de vida traumáticos, abuso de substâncias, coping e autculpabilização, foram associados a maior consumo e uso de drogas
Meade et al.	2009	Estados Unidos América	152 indivíduos	THQ; Questionário de abusos de substâncias e risco sexual ao longo da vida	Grande prevalência de vitimação sexual; Fatores de risco psiquiátricos, psicossociais e comportamentais inerentes à violência sexual
Medie	2017	Gana	Análise de documentos e conteúdo	Qualitativa	A culpa e a vergonha das vítimas de violação são preditores para não denunciarem a agressão sexual, mas o

					suporte social informal tem o efeito oposto, sendo que as reações sociais negativas tiveram efeitos psicossociais adversos
Mgolozele & Duma	2019	África do Sul	11 homens	Qualitativa	Existem seis tipos de violação que podem ser experienciados por homens, sendo diversos os contextos onde os homens são vulneráveis à violação
Mukamana et al.	2018	Rwanda	Homens e mulheres vítimas de agressão sexual	Qualitativa	Necessidades específicas das vítimas necessitam ser abordadas interventivamente por profissionais de saúde especializados
Rees et al.	2019	Austrália	30 mulheres	Qualitativa	Existem diversos efeitos psicológicos adversos a curto, médio e longo prazo em vítimas de violação sexual (e.g., stress pós-traumático, vulnerabilidade psicossocial)
Segurado et al.	2008	Brasil	242 homens	Questionário de práticas sexuais e consumo de substâncias	Grande prevalência de vitimação sexual; Prática de violência sexual associada a menor escolaridade, estado civil, uso de drogas ilícitas e vitimação sexual na idade adulta
Seelman	2015	Estados Unidos América	4862 indivíduos	Questionário de experiências discriminatórias e sexuais	Fatores de risco psicossociais preveem tratamento desigual
Sui et al.	2014	China	233 mulheres	Escala de PTSD e escala de personalidade de Eysenck	Grande prevalência de vitimação sexual; presença de diversos fatores psicossociais nas vítimas
Ullman & Lorenz	2019	Estados Unidos América	836 mulheres	SES-R; características da agressão; <i>Brief COPE</i> ; SRQ; PDS; CESD-7 e SLESQ-Revised	Ser maior de idade, ter estatuto socioeconómico mais baixo, percepção de ameaça à vida e revelação tardia da agressão sexual foram associadas com a menor procura de serviços médicos; Vítimas que foram agredidas por estranhos, que vivenciaram traumas interpessoais e contextuais, que receberam ajuda e reações sociais mistas aquando da revelação da agressão foram associadas à procura de serviços médicos
Ullman & Najdowski	2009	Estados Unidos América	555 mulheres	Questionário de experiências de vitimação sexual	Os fatores psicossociais referem-se a aumentos no problema de alcoolismo para mulheres revitimizadas sexualmente, mas não para mulheres não revitimizadas

Resultados

Caraterísticas dos Estudos

Dos 18 artigos analisados, oito foram realizados nos Estados Unidos da América (e.g., DeCou et al., 2018; Long & Ullman, 2016; Ullman & Lorenz, 2019), três em África (Bashonga & Khuzwayo, 2017; Kagoire & Richters, 2018; Mgozeli & Duma, 2019) e, os restantes sete na Austrália (Rees et al., 2019), Índia (Chakrapani et al., 2015), Japão (Hidaka et al., 2014), Brasil (Segurado et al., 2008), China (Sui et al., 2014), Rwanda (Mukamana et al., 2018) e Gana (Medie, 2017). Do total, 12 artigos apresentam uma metodologia quantitativa, cinco uma metodologia qualitativa e o último uma metodologia mista (Rees et al., 2019), baseados na recolha de informação com as vítimas, familiares e profissionais que trabalham diretamente com vítimas de violência sexual. A amostra total dos estudos é composta por 14 898 indivíduos, tendo o estudo de Hidaka et al. (2014) o maior número de participantes, com 5 731 indivíduos, e o estudo de Mgozeli e Duma (2019) o menor número de participantes, com 11 indivíduos.

Prevalência de Vitimação Sexual

A percentagem de vítimas que contemplam estes estudos e que experienciou vitimação sexual é considerável, ainda que os valores variem bastante em cada uma das investigações. Dos participantes, 88.4% (DeCou et al., 2018), 24.1% (Segurado et al., 2008), 21.4% (Hidaka et al., 2014) e 5.8% (Medie, 2017) foram vítimas no ano anterior ao estudo. Dos participantes, 78.7% (Ullman & Lorenz, 2019), 54% (Ullman & Najdowski, 2009), 35% (Long & Ullman, 2016) e 17.3% (Segurado et al., 2008) foram vítimas de abuso sexual na infância. Do total de participantes, 80.4% (Ullman & Lorenz, 2019), 76% (Ullman & Najdowski, 2009), 72% (Long & Ullman, 2016), 33.3% (Rees et al., 2019), 30.8% (Segurado et al., 2008), 26.8% (DeCou et al., 2018) e 8.7% (Hidaka et al., 2014) foram vítimas de violação. Entre 7.8% (Ullman & Lorenz, 2019) e 10% (Ullman & Najdowski, 2009) dos participantes foram vítimas de tentativa de violação. Entre 8% (Ullman & Lorenz, 2019) e 10% (Ullman & Najdowski, 2009) dos participantes foram vítimas de coerção sexual. Paralelamente, do total de participantes, 3.3% (Ullman & Lorenz, 2019), 4% (Ullman & Najdowski, 2009) e 16.7% (Hidaka et al., 2014) foram vítimas de contato sexual indesejado.

Medida e Tipo de Vitimação Sexual

Para avaliar a vitimação sexual, 12 estudos utilizaram entrevistas semiestruturadas e questionários (e.g., Chakrapani et al., 2015; Hidaka et al., 2014; Meade et al., 2009). Cinco estudos utilizaram instrumentos estandardizados, nomeadamente, um estudo utilizou o Questionário de História de Trauma: THQ (Sui et al., 2014) e os remanescentes quatro utilizaram diversas versões do Instrumento de Experiências Sexuais: SES (DeCou et al., 2018; Long & Ullman, 2016; Ullman & Lorenz, 2019; Ullman & Najdowski, 2009). Outro estudo baseou-se numa análise dos conteúdos dos documentos de políticas de três universidades (Bashonga & Khuzwayo, 2017). Desta forma, os tipos de vitimação sexual avaliados foram a violação, tentativa de violação, abuso sexual na infância (como fator de risco para a vitimação sexual na idade adulta), avanços e contatos sexuais indesejados, coerção e assédio sexual.

Fatores de Vulnerabilidade das Vítimas

De acordo com os artigos incluídos nesta revisão sistemática, identifica-se que os abusos físicos e sexuais na infância são preditores da revitimação sexual na idade adulta. A prevalência de revitimação sexual é bastante elevada, apresentando as mulheres que sofreram abuso sexual na infância, maior risco de vitimação na adultícia (Long & Ullman, 2016; Meade et al., 2009; Rees et al., 2019). Por sua vez, a revitimação sexual na adultícia é preditora de maior abuso de substâncias e comportamentos sexuais de risco (e.g., relações sexuais maioritariamente desprotegidas) (Meade et al., 2009).

Os estudos de Jones et al. (2009) e, de Long e Ullman (2016) apontam outros fatores igualmente preditores da vitimação sexual na idade adulta, tais como, a vítima apresentar uma relação de proximidade com o ofensor, apresentar crenças disruptivas em relação à violência sexual (e.g., rejeição destes comportamentos e vergonha), ter múltiplos parceiros sexuais, apresentar um quadro de défices físicos/mentais (e.g., psicopatologia) e ser mulher jovem. Adicionalmente, os artigos incluídos nesta revisão sistemática apontam outros fatores de risco/vulnerabilidade, nomeadamente, ser casado ou coabitar com um parceiro íntimo (dada a elevada prevalência de violência sexual nas relações de intimidade), ter baixo estatuto socioeconómico (o que, por exemplo, força as vítimas a ocupar profissões que propiciam um alto risco de violência sexual) (Ullman & Lorenz, 2019) e ser academicamente mais instruído (pois no meio universitário existe alta prevalência de violência sexual) (Howard et al., 2008).

O consumo de álcool e/ou drogas é outro fator de vulnerabilidade que dificulta a interpretação de sinais de perigo para as vítimas que, nestas circunstâncias, não apresentam estratégias de *coping* eficazes para evitar o ataque sexual (Jones et al., 2009; Long & Ullman, 2016), algo bastante comum no meio universitário (Howard et al., 2008) onde se verifica uma grande prevalência de consumos de substâncias (e.g., álcool, marijuana, cocaína) pelas vítimas (Howard et al., 2008; Jones et al., 2009).

Ullman e Lorenz (2019), mencionam também, que o risco de vitimação sexual é mais elevado para mulheres afro-americanas que sejam descendentes de etnias discriminadas, que possuam o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/HIV) ou que se encontrem a cumprir pena de prisão.

Pertencer a minorias sexuais é, por si só, um fator de vulnerabilidade para a ocorrência de vitimação sexual, em especial no que respeita aos indivíduos bissexuais (Ullman & Lorenz, 2019) e transexuais, que tendem a apresentar maior probabilidade de sofrerem agressão sexual (Seelman, 2015). Concomitantemente, homens adultos homossexuais com histórico de vitimação sexual na infância apresentam mais comportamentos de risco sexual na idade adulta, o que, consequentemente, os expõe também a um maior risco de experienciarem violência sexual (Hidaka et al., 2014).

Fatores Psicossociais Associados à Vitimação Sexual

O suporte social formal (e.g., autoridades policiais ou hospitais) e informal (e.g., amigos ou família), é considerado o melhor e mais consistente preditor para a recuperação de traumas. Por sua vez, a severidade da experiência sexual tem impacto no apoio fornecido pelas redes de suporte social (Sui et al., 2014). Os efeitos positivos ou negativos das reações sociais recebidas quando as vítimas revelam a agressão sexual (e.g., não culpabilizam as vítimas), tanto pelas redes formais como pelas informais, são também fatores importantes a considerar pois, afetam diretamente para o bem-estar psicológico e físico das vítimas (Ullman & Najdowski, 2009).

A adoção de estratégias de *coping* adaptativas pode mediar o impacto entre os fatores psicossociais e o risco de vitimação sexual, bem como, fomentar a procura de suporte social (Chakrapani et al., 2015). Além disto, a utilização de estratégias de *coping* funcionais auxiliam a recuperação das vítimas, comparativamente à utilização de estratégias de *coping* disfuncionais (Sui et al., 2014). Neste contexto, é comum as vítimas utilizarem estratégias de *coping* desadequadas (e.g., consumo de estupefacientes) (Long & Ullman, 2016; Ullman & Najdowski, 2009), tornando-as mais vulneráveis ao

desenvolvimento de problemas de saúde mental (Ullman & Lorenz, 2019), tendo mais dificuldades na recuperação pós-trauma e, tornando-se mais suscetíveis à revitimação sexual (Long & Ullman, 2016).

Conforme o supramencionado, o elevado consumo de substâncias no meio universitário encontra-se também relacionado com a ocorrência de vitimação sexual. Apesar da adoção de estratégias de *coping* protetivas (e.g., escolha de um local de lazer que consideram seguro), a vitimação sexual ocorre e gera consequências psicossociais negativas tanto para os consumidores vítimas como para os que são próximos destes (Howard et al., 2008). As doenças sexualmente transmissíveis e outros problemas de saúde (e.g., VIH/HIV e depressão) são fatores inerentes à experiencição de violência sexual (Chakrapani et al., 2015), sendo prevalentes em indivíduos trans e homossexuais que, quanto mais condições psicossociais adversas exibem (e.g., discriminação devido à sua orientação sexual), maior risco apresentam de serem vitimados sexualmente (Hidaka et al., 2014).

Relacionados à vitimação sexual, estão também o baixo estatuto sociodemográfico e a profissão das vítimas, fatores de discriminação e estigma social. Posto isto, podem não receber uma intervenção adequada em função da agressão sexual sofrida (Seelman, 2015).

A descrença no sistema de justiça, o relacionamento de proximidade com o ofensor (Jones et al., 2009), a vergonha e as distorções cognitivas resultantes da experiência da agressão sexual, são preditores da não denúncia por parte das vítimas, com o objetivo de amenizarem o seu sofrimento psicológico e de evitarem repercussões psicossociais adversas (Medie, 2017; Ullman & Lorenz, 2019).

Impacto das Experiências de Vitimação Sexual

A agressão sexual é um evento marcado por stress severo e emoções negativas (Mukamana et al., 2018), podendo ser um dos fatores de *distress* mais traumáticos que um indivíduo pode experienciar na vida. Gera um forte impacto traumático a curto e longo prazo, podendo manifestar-se imediatamente ou, passados meses ou anos após a experiência traumática (Sui et al., 2014).

O impacto e sintomatologia traumáticos decorrentes da violência sexual podem traduzir-se nas vítimas a nível físico, psicológico, psicossocial, emocional, fisiológico e social (Mukamana et al., 2018; Sui et al., 2014; Ullman & Lorenz, 2019), encontrando-

se expostos na Tabela 2 alguns exemplos do impacto negativo experienciado pelas vítimas.

A violação na forma tentada ou concretizada é o tipo de violência sexual que mais impacto negativo origina nas vítimas (Sui et al., 2014), podendo escalar até à sua morte (e.g., suicídio) (e.g., DeCou et al., 2018; Hidaka et al., 2014; Medie, 2017; Rees et al., 2019). Assim, quanto mais eventos traumáticos de violência sexual o indivíduo experienciar (e.g., na infância e posteriormente na adultícia), maior será o impacto negativo vivenciado (Ullman & Najdowski, 2009). Neste sentido, é comum que os indivíduos com relações próximas às vítimas (e.g., membros da família e amigos) sofram também impacto traumático (Kagoyire & Richters, 2018; Sui et al., 2014).

Tabela 2

Exemplos de impacto da vitimação sexual na adultícia

Impacto Físico		Impacto Psicológico	Outros
Lesões físicas não genitais	Desde contusões, marcas de ligadura (ou outros objetos) a dificuldades reprodutivas (Ullman & Lorenz, 2019)	Sintomatologia coerente com o TEPT (e.g., flashbacks, ataques de pânico, dificuldades na regulação emocional, memória fraca e somatização da dor psicológica) (DeCou et al., 2018; Mukamana et al., 2018; Rees et al., 2019; Sui et al., 2014; Ullman & Lorenz, 2019)	Infeções sexualmente transmissíveis (e.g., VIH/HIV) (Hidaka et al., 2014; Medie, 2017; Mgozeli & Duma, 2019; Segurado et al., 2008; Ullman & Lorenz, 2019)
Lesões físicas genitais	Ferimentos vaginais (Segurado et al., 2008; Ullman & Lorenz, 2019)	Depressão (DeCou et al., 2018; Hidaka et al., 2014; Mukamana et al., 2018; Rees et al., 2019; Sui et al., 2014)	Gravidezes indesejadas (Ullman & Lorenz, 2019)
		Ansiedade (Mukamana et al., 2018; Rees et al., 2019; Sui et al., 2014)	
		Uso e/ou abuso de substâncias (e.g., álcool, drogas ilícitas ou medicamentos prescritos por profissionais de saúde) (Hidaka et al., 2014; Long & Ullman, 2016; Rees et al., 2019; Sui et al., 2014; Ullman & Lorenz, 2019)	
		Ideação suicida (DeCou et al., 2018; Mukamana et al., 2018; Ullman & Lorenz, 2019)	
		Comportamentos suicidas (DeCou et al., 2018; Hidaka et al., 2014; Rees et al., 2019; Sui et al., 2014)	
		Dificuldades sexuais (com origem psicológica e não física) (Ullman & Lorenz, 2019), entre outros	

Discussão

Esta revisão sistemática de literatura examinou de forma exaustiva as características dos estudos incluídos, o predomínio de vitimação sexual, os tipos de vitimação sexual estudados e as medidas utilizadas para aferir os mesmos, os fatores de vulnerabilidade e psicossociais associados à vitimação sexual, bem como, o modo como a experiência desta forma de vitimação afeta a saúde e o bem-estar das vítimas, através da análise detalhada de 18 artigos científicos incluídos neste estudo.

As evidências descritas na literatura mostram que a violação na forma tentada e concretizada (formas de vitimação sexual), são um fenômeno complexo que ocorre um pouco por todo o mundo, afetando de modo negativo, e muitas vezes permanente, a vida de milhões de vítimas (Mgolozeli & Duma, 2019). Os resultados analisados e incluídos nesta revisão sistemática demonstram uma ampla prevalência de indivíduos que perceberam ter experienciado vitimação sexual em algum momento das suas vidas (DeCou et al., 2018), verificando-se uma grande variação na prevalência dos tipos de vitimação sexual identificados, constatando-se que o abuso sexual na infância, violação (e.g., Ullman & Lorenz, 2019), tentativa de violação, coerção sexual (Ullman & Najdowski, 2009) e o contato sexual indesejado (Hidaka et al., 2014), são os que mais frequentemente ocorrem. Inerentes à experiência de qualquer forma de vitimação, encontram-se fatores de risco/vulnerabilidade. Os estudos avaliados nesta revisão sistemática da literatura revelam que são diversos os fatores individuais, ambientais/contextuais e sociais que podem potencializar a probabilidade de ocorrência de vitimação sexual (Ullman & Lorenz, 2019).

A nível de fatores intrínsecos aos indivíduos, os artigos apontam, por exemplo, para a experiência de abusos físicos e sexuais na infância (e.g., Rees et al., 2019), para os défices físicos/mentais, ser mulher jovem (e.g., Long & Ullman, 2016) ou consumir substâncias (Jones et al., 2009; Long & Ullman, 2016). No que concerne aos fatores de risco ambientais/contextuais para a vitimação sexual, identificam-se, por exemplo, as relações de proximidade com os ofensores (e.g., Long & Ullman, 2016) ou frequentar o ensino universitário (Howard et al., 2008). São assinalados como fatores sociais preditores da violência sexual, entre outros, o baixo estatuto socioeconómico das vítimas (e.g., Long & Ullman, 2016). Deste modo, poderão verificar-se eficazes, junto de vítimas e potenciais vítimas, programas de prevenção que remetam para uma abordagem psicoeducativa deste fenómeno (Fernandez, 2011).

Os artigos analisados mostram concordância acerca dos fatores psicossociais que se têm revelado mais promissores na recuperação das vítimas, como é o caso do suporte fornecido pelas redes sociais formais e informais (Sui et al., 2014), e da utilização de estratégias de *coping* adaptativas (e.g., Ullman & Najdowski, 2009). Assim, torna-se importante trabalhar com as redes de suporte social destas vítimas, auxiliando a promoção do seu bem-estar e evitando que sejam um fator adicional para o agravamento da experiência traumática (Sui et al., 2014). Além disto, é crucial modificar crenças disruptivas relativas à vitimação sexual, bem como, sentimentos de vergonha e culpa que contribuam para a perpetuação de repercussões psicossociais adversas nas vítimas (Fernandez, 2011; Jones et al., 2009; Long & Ullman, 2016).

Ao nível do impacto que a violência sexual acarreta para as vítimas e indivíduos significativos para estas, os resultados também apresentam consenso, registando-se impacto negativo a nível físico, psicológico, psicossocial, podendo manifestar-se ao longo de toda a vida (e.g., Sui et al., 2014; Ullman & Lorenz, 2019). Este impacto, por sua vez, traduz a premência de uma intervenção multidisciplinar com o intuito de se poder ajudar estes indivíduos nos diversos níveis da sua vida afetados, para que se lhes possa restituir qualidade de vida e, bem-estar físico e psicológico (Fernandez, 2011; Mukamana et al., 2018; Rees et al., 2019).

Posto isto, deverá apostar-se na criação e desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção que incidam com maior foco nos fatores de risco associados a este tipo de vitimação, por forma a informar e alertar vítimas, potenciais vítimas e as suas redes de suporte, a fim de adotarem medidas preventivas à (re)vitimação sexual (Fernandez, 2011; Long & Ullman, 2016), e que tratem, entre outros, a adoção de estratégias de *coping* adaptativas por parte das vítimas que possam contribuir para a sua recuperação pós-trauma (Sui et al., 2014). Trabalhar com este tipo de vítimas é inquestionavelmente complexo, sendo importante que os profissionais sejam avaliados permanentemente, no sentido de adquirirem conhecimento acerca de todos os fatores característicos da vitimação sexual. Tal permitirá aos profissionais identificarem, avaliarem e intervirem adequadamente face à problemática, prestando apoio e cuidados a diversos níveis, a cada vítima em particular (Fernandez, 2011; Hidaka et al., 2014; Howard et al., 2008; Rees et al., 2019; Seelman, 2015).

As intervenções psicossociais (Fernandez, 2011), cognitivo-comportamentais e farmacológicas (em casos extremos) (Short et al., 2020), que abordem terapêuticas relacionadas com os fatores biológicos, psicológicos e sociológicos intrínsecos às vítimas

e a todo o contexto envolvente da agressão sexual, têm sido consideradas eficazes com vítimas de violação na forma tentada e concretizada (DeCou et al., 2018). Além destas, também intervenções terapêuticas precoces (logo após a exposição ao trauma) (Rees et al., 2019) são consideradas fundamentais na prevenção de uma trajetória de sofrimento psicológico (Fernandez, 2011). Os resultados mais eficazes têm sido identificados nas terapêuticas que adotam uma abordagem holística, que procuram modificar crenças e atitudes, e ao mesmo tempo, que oferecem às vítimas assistência abrangente na forma de apoio médico, psicológico, psicossocial, financeiro e proteção jurídica (Medie, 2017; Sui et al., 2014).

Esta revisão sistemática apresenta algumas limitações, nomeadamente, a não acessibilidade de um dos artigos resultantes da pesquisa efetuada, a escassez de estudos acerca da vitimação sexual realizados na Europa e o facto de as amostras dos estudos incluídos não serem representativas da população em estudo. As elevadas cifras negras envoltas neste tipo de vitimação é outra das limitações, uma vez que menos de metade das agressões sexuais são denunciadas (sendo o tipo de crime violento mais subnotificado aos órgãos de polícia criminal) (Mgolozeli & Duma, 2019), não permitindo ter uma perceção real acerca da prevalência deste fenómeno. Apontamos também como limitação a existência de diversas medidas utilizadas (e.g., DeCou et al., 2018; Sui et al., 2014) para aferir os tipos de vitimação sexual, pois diferentes instrumentos de medida podem dar origem a diferentes interpretações acerca do tipo de vitimação efetivamente sofrida. Verifica-se também uma lacuna ao nível da investigação nesta área, em especial no que se refere aos programas de prevenção e intervenção existentes para as vítimas, e a eficácia dos mesmos.

Apesar das limitações, esta revisão apresenta vários pontos fortes, nomeadamente, o facto de ter sido conduzida seguindo um protocolo estruturado de acordo com a metodologia PRISMA (Liberati et al., 2009), que permitiu efetuar análises exaustivas, objetivas e transparentes dos artigos relevantes para esta revisão. Adicionalmente, do que nos foi possível avaliar, esta é a primeira revisão sistemática realizada sobre os fatores psicossociais inerentes à vitimação sexual na adultícia.

Em suma, os resultados dos estudos analisados demonstram que são vários os fatores de risco e de vulnerabilidade para as vítimas, bem como, os fatores psicossociais e impacto negativo severo inerentes à experiência de vitimação sexual. Neste sentido, em termos sociais são ainda necessárias mudanças culturais e institucionais, por forma a se extinguir a negação e o silêncio como respostas aceitáveis à violência sexual (Rees et al.,

2019). Os resultados da nossa revisão sistemática mostram que, embora existam inúmeros estudos acerca da violência sexual, as provas robustas continuam a ser escassas, maioritariamente devido à falta de dados concretos acerca da prevalência de vitimação sexual. Assim, sugere-se que esta lacuna seja colmatada através de investigação de alta qualidade que se concentre num escrutínio de todos os tipos de vitimação sexual na idade adulta. Mais ainda, dado que esta forma de vitimação é uma realidade que merece atenção urgente, estudos futuros devem debruçar-se também acerca dos fatores de risco e proteção associados à prática deste crime, de modo a contribuírem para a criação de programas de prevenção que se mostrem eficazes no combate à ocorrência deste fenómeno, bem como, à criação de programas de intervenção que se verifiquem capazes na atenuação do impacto negativo sofrido e na promoção do bem-estar dos indivíduos vitimados.

Conflito de Interesses

As autoras declaram não apresentarem quaisquer conflitos de interesse.

Referências

*Referências incluídas na revisão sistemática

- Bashonga, R., & Khuzwayo, Z. (2017). “This thing of the victim has to prove that the perp intended to assault is kak!”: Social media responses to sexual violence on South African university campuses. *Agenda*, 31(3-4), 35-49. <https://doi.org/10.1080/10130950.2017.1394636>
- Chakrapani, V., Newman, P. A., Shunmugam, M., Logie, C. H., & Samuel, M. (2017). Syndemics of depression, alcohol use, and victimisation, and their association with HIV-related sexual risk among men who have sex with men and transgender women in India. *Global Public Health*, 12(2), 250-265. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1091024>
- DeCou, C. R., Kaplan, S. P., Spencer, J., & Lynch, S. M. (2018). Trauma-related shame, sexual assault severity, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness among female undergraduate survivors of sexual assault. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(2), 1-21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000549>

- *Fernandez, P. A. (2011). Sexual assault: An overview and implications for counselling support. *Australasian Medical Journal*, 4(11), 596-602. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011858>
- Hidaka, Y., Operario, D., Tsuji, H., Takenaka, M., Kimura, H., Kamakura, M., & Ichikawa, S. (2014). Prevalence of sexual victimization and correlates of forced sex in japanese men who have sex with men. *PLOS ONE*, 9(5), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095675>
- Howard, D. E., Griffin, M. A., & Boekeloo, B. O. (2008). Prevalence and psychosocial correlates of alcohol-related sexual assault among university students. *Adolescence*, 43(172), 733-750. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19149143/>
- Jones, J. S., Alexander, C., Wynn, B. N., Rossman, L., & Dunnuck, C. (2009). Why women don't report sexual assault to the police: The influence of psychosocial variables and traumatic injury. *The Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.077>
- Kagoyire, M. G., & Richters, A. (2018). "We are the memory representation of our parents": Intergenerational legacies of genocide among descendants of rape survivors in Rwanda. *Special section: Sexual, Gender-Based and Genderized Torture*, 28(3), 30-45. <https://doi.org/10.7146/torture.v28i3.111183>
- *Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7): e1000100. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Long, L., & Ullman, S. E. (2016). Correlates of problem drinking and drug use in black sexual assault victims. *Violence and Victims*, 31(1), 71-84. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00024>
- *McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276-82. <https://doi.org/10.11613/BM.2012.031>
- Meade, C. S., Kershaw, T. S., Hansen, N. B., & Sikkema, K. J. (2009). Long-term correlates of childhood abuse among adults with severe mental illness: Adult victimization, substance abuse, and HIV sexual risk behavior. *AIDS and Behavior*, 13(2), 207-216. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9326-4>

- Medie, P. A. (2017). Rape reporting in post-conflict Côte D'Ivoire: Accessing justice and ending impunity. *African Affairs*, 116(464), 414-434. <https://doi.org/10.1093/afraf/adx008>
- Mgolozele, S. E., & Duma, S. E. (2019). "As i was walking down the street, four strange guys came and took me under the bridge, where they all raped me": An interpretative phenomenological analysis of the types of rape experienced by men in South Africa. *American Journal of Men's Health*, 13(6), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1557988319882589>
- Mukamana, D., Collins, A., & Rosa, W. E. (2018). Genocide rape trauma: A conceptual framework for understanding the psychological suffering of Rwandan survivors. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 32(2), 125-143. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.32.2.125>
- Rees, S., Simpson, L., McCormack, C. A., Moussa, B., & Amanatidis, S. (2019). Believe #metoo: Sexual violence and interpersonal disclosure experiences among women attending a sexual assault service in Australia: A mixed methods study. *BMJ Open*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026773>
- Seelman, K. L. (2015). Unequal treatment of transgender individuals in domestic violence and rape crisis programs. *Journal of Social Service Research*, 41(3), 307-325. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.987943>
- Segurado, A. C., Batistella, É., Nascimento, V., Braga, P. E., Filipe, E., Santos, N., & Paiva, V. (2008). Sexual abuse victimisation and perpetration in a cohort of men living with HIV/AIDS who have sex with women from São Paulo, Brazil. *AIDS Care*, 20(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/09540120701459657>
- *Short, N. A., Morabito, D. M., & Gilmore, A. K. (2020). Secondary prevention for posttraumatic stress and related symptoms among women who have experienced a recent sexual assault: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 37(10), 1047-1059. <https://doi.org/10.1002/da.23030>
- Sui, S. G., King, M. E., Li, L. S., Chen, L. Y., Zhang, Y., & Li, L. J. (2014). Posttraumatic stress disorder among female victims of sexual assault in China: Prevalence and psychosocial factors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 405-413. <https://doi.org/10.1111/appy.12155>
- Ullman, S. E., & Lorenz, K. (2019). Correlates of African American sexual assault survivors' medical care seeking. *Women & Health*, 60(08), 1-15. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1671947>

- Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2009). Revictimization as a moderator of psychosocial risk factors for problem drinking in female sexual assault survivors. *Journal of studies on alcohol and Drugs*, 70(1), 41-49. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.41>

Article 2

Psychological Symptomatology and Coping Strategies in Adult Victims of Sexual Violence

Abstract

Background: Sexual victimization represents a social and public health problem and has a high prevalence worldwide. It's impact manifests through psychological, emotional, physical, and social symptoms, in short and long term. The coping strategies used by individuals also contribute to the negative impact experienced. **Objectives:** We aim to study the symptoms and coping strategies presented by victims of attempted and/or completed rape during adulthood. **Participants:** The sample is composed of 262 Portuguese adults' women, 41 (15.7%) victims of attempted rape, 11 (4.2%) victims of rape and 25 (9.5%) victims of attempted rape and rape, between 18 and 70 years old ($M = 34.30$, $SD = 10.82$). **Method:** The sample was gathered online, and participants answered to the sociodemographic questionnaire and sexual victimization data, the Brief Symptom Inventory, and the Brief Cope Questionnaire. **Results:** Analyzes show statistically significant differences between victims of sexual victimization and most psychopathological symptoms presented, as well as in the use of some coping strategies. It was also found a relationship between coping strategies and psychopathological symptoms. **Conclusions:** This study might be helpful in the field of clinical and forensic psychology. A better understanding of this phenomenon allows developing prevention and intervention programs to promote adaptive coping strategies and reduce psychopathological symptoms in victims, providing them a better quality of life.

Keywords: Women, Sexual Victimization, Coping Strategies, Psychopathological Symptoms.

Introduction

Sexual victimization in adulthood refers to the experience of any form of unwanted sexual contact or intercourse (Finkelstein-Fox et al., 2020), where rape, attempted rape, sexual coercion, unwanted non-contact sexual experiences, among others, are included (Briere et al., 2020). It portrays a social and public health problem (Nunes et al., 2018; Staples et al., 2016), and its prevalence is very high worldwide (e.g., Littleton & Ullman, 2013; Orchowski et al., 2013; Staples et al., 2016).

In the United States of America (USA), between 45% and 75% of individuals experience sexual victimization (Tansill et al., 2012). For women, rates of sexual victimization range from 13% to 25% (Elliott et al., 2004). For men, rates are much lower, ranging from .6% to 7.2% (Elliott et al., 2004; Finkelstein-Fox et al., 2020). In the university environment, it is estimated that between 7% and 8.3% of male students (Elliott et al., 2004; Finkelstein-Fox et al., 2020) and between 23% and 26% of female students (Finkelstein-Fox et al., 2020; Wilhite et al., 2018) have ever been sexually victimized, and it was in this environment that 38% of victims experienced rape (Wilhite et al., 2018).

In Europe, studies point to lower percentages, ranging from 5% to 6% of women who have experienced rape (Fryszek et al., 2020), and 2% experienced sexual violence in the past year (Prego-Meleiro et al., 2020). Specifically, in Spain, 14% of women have experienced sexual victimization in adulthood (Prego-Meleiro et al., 2020). In Portugal, in 2011, 1% of women surveyed were sexually victimized (Associação de Mulheres Contra a Violência [AMCV], 2015), and in 2020, 144 cases of rape were reported (.7%) (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2021).

There is a recent systematic review that evaluates the psychosocial factors inherent to sexual victimization in adulthood, focusing on the prevalence and characteristics of this type of victimization, measures, risk and psychosocial factors of sexual victimization, as well as how the experience of this event affects the victims' health and well-being (Oliveira & Almeida, 2021).

Risk Factors for Sexual Victimization

The literature points out a diversity of risk factors for sexual victimization. Thus, it is necessary to identify the factors that increase the risk of revictimization, to reduce the incidence of widespread sexual violence (Littleton & Ullman, 2013; Orchowski et al., 2013). According to this, some authors indicated the following risk factors, which are

strongly associated with the occurrence of sexual victimization and revictimization: being young, female, belonging to a sexual minority, low socioeconomic status (Briere et al., 2020), had suffered sexual violence in the past (e.g., Briere et al., 2020; Finkelstein-Fox et al., 2020; Wilhite et al., 2018), using and/or abusing alcohol and/or drugs (e.g., Briere et al., 2020; Long & Ullman, 2013; Walsh et al., 2013), belonging to families in which there is physical abuse and/or neglect, being married and/or divorced (Classen et al., 2005; Long & Ullman, 2013), and attending college (Orchowski et al., 2013; Tansill et al., 2012).

The more traumatic the sexual assault experienced, the more likely the individual is to be revictimized (Classen et al., 2005). The severity of symptomatology experienced by victims may also be a risk factor for sexual revictimization, as it negatively affects their normative cognitive functioning, preventing them from reacting appropriately to threatening situations (e.g., reduced ability to resist effectively in dangerous situations) (e.g., Katz et al., 2010; Littleton & Ullman, 2013; Najdowski & Ullman, 2009). However, revictimization is a complex process involving several risk and protective factors, requiring a broad understanding of this phenomenon (e.g., Staples et al., 2016).

Impact of Sexual Victimization

The impact of sexual victimization is wide-ranging and may manifest itself through several severe symptoms in the short and long term (Paiva & Figueiredo, 2003).

At the psychological level, several authors mentioned fear, increased levels of anxiety, depression (e.g., Orchowski et al., 2013; Paiva & Figueiredo, 2003), aggressiveness (Patiño & Kirchner, 2010), post-traumatic stress disorder, emotional regulation difficulties (e.g., Elliott et al., 2004; Littleton & Ullman, 2013), and sleep disorders (e.g., nightmares and insomnia) (Júnior & Zanini, 2011). These victims also tend to show suicide attempts and suicide, dissociation (Classen et al., 2005; Paiva & Figueiredo, 2003), self-blame, substance abuse (e.g., alcohol and/or drugs) (Katz et al., 2010), feelings of loneliness, emotional emptiness, memory problems (Patiño & Kirchner, 2010), social difficulties (Palm & Follete, 2008; Tansill et al., 2012), negative self-perception, shame, decreased self-esteem (e.g., Long & Ullman, 2013; Nunes et al., 2018; Walsh et al., 2013), and excessive irritability. Furthermore, they show a tendency to ruminate, to evidence obsessive-compulsive symptoms, extreme emotional sensitivity (Capelo & Pocinho, 2016), intrusive thoughts, avoidance of the traumatic event,

hypervigilance, negative thoughts and humor (Fonseca et al., 2020), and sexual disturbances (e.g., absence of sexual desire) (Briere et al., 2020).

At the physical level, the impact manifests itself as sexual problems resulting from the assault (e.g., sexually transmitted infections and sexual dysfunction) (Paiva & Figueiredo, 2003; Staples et al., 2016), gastrointestinal problems, chronic pain (Palm & Follete, 2008; Tansill et al., 2012), somatization, fatigue symptoms, and feeling of constant physical exhaustion (Capelo & Pocinho, 2016).

Coping Strategies Adopted by Victims

Besides factors related to individuals and to the context of sexual assault itself, the consequences arising from this type of victimization may also be influenced by the type of coping strategies used by individuals, which may contribute to attenuate (Sui et al., 2014) or increase the negative impact experienced (Long & Ullman, 2016; Ullman & Lorenz, 2019).

When confronted with adverse and stressful situations, such as sexual victimization, individuals tend to adopt coping strategies that facilitate their adjustment and mitigate the distress experienced (Finkelstein-Fox et al., 2020). Thus, victims may use emotion-focused coping strategies (e.g., problem avoidance), which can be both positive and negative, or use problem-focused coping strategies (e.g., active coping), which tend to be positive (e.g., Charity et al., 2015; Finkelstein-Fox et al., 2020; Pietrowski et al., 2018; Silva et al., 2020). Regarding the maladaptive coping strategies used by victims, the literature points to the frequent use of avoidance (i.e., dissociation) (e.g., Palm & Follette, 2008), the consumption of alcohol and/or other substances (e.g., cocaine) (Najdowski & Ullman, 2009; Walsh et al., 2013; Wilhite et al., 2018), and detachment (Caridade et al., 2015; Classen et al., 2005). However, using these types of strategies prevents an efficient resolution of the problem that may lead to the further development of negative impact as psychopathological disorders (e.g., depression, eating disorders, among others) (Palm & Follette, 2008; Patiño & Kirchner, 2010).

In cases of multiple sexual victimizations, there is an increase and diversification of coping strategies used by victims (Caridade et al., 2015), with increased use of avoidance, negotiation, and rumination strategies (Classen et al., 2005). Despite the impact of sexual violence, studies show that some victims also have skills to use adaptive coping strategies to cope with the disruptive and potentially traumatic episode (Borges et al., 2008; Caridade et al., 2015; Orchowski et al., 2013).

Because there are few studies in Portugal about this thematic and there is no theoretical model that relates symptomatology and coping strategies adopted by victims of sexual victimization in adulthood (e.g., Caridade et al., 2015; Nunes et al., 2018; Paiva & Figueiredo, 2003), this study aims to analyze the symptoms and coping strategies presented by victims of attempted rape and/or victims of rape during adulthood.

More specifically, the aims of this study are: (1) identify the differences in coping strategies used by non-victims, victims of attempted rape, rape victims, and both rape and attempted rape victims; (2) verify the differences in psychopathological symptoms presented by non-victims, victims of attempted rape, rape victims, and both rape and attempted rape victims; (3) verify the relationship between coping strategies and psychopathological symptoms.

Method

Participants

The total sample is composed of 262 Portuguese adults' women, aged between 18 and 70 years old ($M = 34.30$, $SD = 10.82$). From the total sample, 185 (70.6%) participants reported not suffered any type of sexual victimization in adulthood (G1), 41 (15.7%) participants registered have suffered attempted rape (G2), 11 (4.2%) participants reported have suffered rape (G3) and, 25 (9.5%) participants indicated have suffered attempted rape and rape (G4).

Most participants are heterosexual ($n = 243$, 92.7%), married or cohabiting with an intimate partner ($n = 134$, 51.1%), have medium socioeconomic status ($n = 148$, 56.5%), employed ($n = 163$, 62.2%) and have undergraduate, master's degree or doctorate ($n = 141$, 53.8%). Most participants indicated that they are in an intimate relationship ($n = 205$, 78.2%), the majority having a duration over five years ($n = 127$, 48.5%). Some participants were victims of child sexual abuse ($n = 92$, 35.1%), the majority being victimized at age eight, 12 and 13 ($n = 14$, 5.3%) and were sexually victimized in adolescence and/or adulthood ($n = 81$, 30.9%), the majority being victimized at age 16 ($n = 20$, 7.6%). Furthermore, some participants also reported other types of child victimization such as bullying ($n = 125$, 47.7%), domestic violence ($n = 73$, 27.9%), child abuse ($n = 70$, 26.7%), stalking ($n = 63$, 24.0%), mobbing ($n = 63$, 24.0%), sexual abuse in childhood and/or youth ($n = 48$, 18.3%), cybercrime ($n = 34$, 13.0%) and grooming ($n = 24$, 9.2%) (Table 1).

Table 1
Characterization of the sample

	<i>N</i>	<i>%</i>
Sex		
Female	262	100.0
Nationality		
Portuguese	258	98.5
Portuguese and other	4	1.5
Sexual orientation		
Bisexual	12	4.6
Heterosexual	243	92.7
Homosexual	6	2.3
Other	1	0.4
Marital status		
Married or in a consensual union	134	51.1
Separated or divorced	25	9.5
Single	102	38.9
Widowed	1	0.4
Socioeconomic status		
Low	16	6.1
Medium-low	73	27.9
Medium	148	56.5
Medium-high	25	9.5
Employment status		
Unemployed	25	9.5
Student	62	23.7
Retired	1	0.4
Dependent worker	131	50.0
Freelancer worker	32	12.2
Other	11	4.2
Educational level		
1st cycle	2	0.8
2nd cycle	1	0.4
3rd cycle	15	5.7
High school	100	38.2
Higher education (Bachelor, Master, PhD)	141	53.8
Other	3	1.1
Intimate relationship^a	205	78.2
Less than 6 months	13	5.0
6 months to 1 year	5	1.9
1- 5 years	60	22.9
More than 5 years	127	48.5
Victim of attempted rape ^a	66	25.2
Victim of rape ^a	34	13.0
Victim of child sexual abuse^a	92	35.1
8,12 and 13 years old	14	5.3
Victim of teenage sexual abuse^a	81	30.9
16 years old	20	7.6
Juvenile maltreatment ^a	70	26.7
Sexual abuse in childhood and/or youth ^a	48	18.3
Bullying ^a	125	47.7
Domestic violence ^a	73	27.9
Mobbing ^a	63	24.0
Stalking ^a	63	24.0
Cybercrime ^a	34	13.0
Grooming ^a	24	9.2

Note. ^aRefers to the number and percentage of participants answering “yes” to this question.

Measures

Sociodemographic questionnaire and sexual victimization data. A questionnaire was designed to assess the following sociodemographic aspects and risk factors: age, gender, sexual orientation, nationality, place of residence, occupation, employment status, level of education, marital status, socioeconomic status, types of sexual victimization experienced in childhood and/or adulthood, current romantic relationship, and duration.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982): The Portuguese version of the BSI (Canavarro, 1999) was applied. This instrument evaluates the individuals' psychopathological symptoms. It consists of 53 items where participants respond using a five-point Likert scale, ranging from 0 – *never* to 5 – *very often*. The instrument is divided into nine symptomatology dimensions, and three global indices (global severity index, positive symptom distress index and positive symptom total), with good psychometric properties in the original study: Somatization – $\alpha = .80$, Obsession-Compulsion – $\alpha = .77$, Interpersonal Sensitivity – $\alpha = .76$, Depression – $\alpha = .73$, Anxiety – $\alpha = .77$, Hostility – $\alpha = .76$, Phobic Anxiety – $\alpha = .62$, Paranoid Ideation – $\alpha = .72$ and Psychoticism – $\alpha = .62$. The internal consistency values for the present sample are: Somatization – $\alpha = .85$, Obsession-Compulsion – $\alpha = .86$, Interpersonal Sensitivity – $\alpha = .88$, Depression – $\alpha = .91$, Anxiety – $\alpha = .87$, Hostility – $\alpha = .83$, Phobic Anxiety – $\alpha = .84$, Paranoid Ideation – $\alpha = .86$ and Psychoticism – $\alpha = .80$. The total score for each dimension represents the degree to which that symptomatology affects individuals – the dimensions with the highest score represents the type of symptomatology that disturbs the individual the most. Regarding the Indices, the higher the score, the higher the level of psychopathological symptoms presented by individuals (Canavarro, 2007).

Brief Cope Questionnaire (Brief Cope; Carver et al., 1989): The Portuguese version of the Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) was applied. This instrument aims to evaluate the coping styles and strategies used by individuals. It consists of 28 items where participants answer according to a four-point *Likert* scale, ranging from 0 - *I never do this* to 3 - *I almost always do this*. The instrument is divided into 14 scales with good psychometric properties in the original study: Active coping – $\alpha = .65$, Planning – $\alpha = .70$, Use of instrumental support – $\alpha = .81$, Use of emotional support – $\alpha = .79$, Religion – $\alpha = .80$, Positive reframing – $\alpha = .74$, Self-blame – $\alpha = .62$, Acceptance – $\alpha = .55$,

Venting – $\alpha = .84$, Denial – $\alpha = .72$, Self-distraction – $\alpha = .67$, Behavioral disengagement – $\alpha = .78$, Substance use – $\alpha = .81$ and Humor – $\alpha = .83$. The internal consistency values for the present sample are: Active coping – $\alpha = .74$, Planning – $\alpha = .80$, Use of instrumental support – $\alpha = .84$, Use of emotional support – $\alpha = .86$, Religion – $\alpha = .90$, Positive reframing – $\alpha = .87$, Self-blame – $\alpha = .68$, Acceptance – $\alpha = .77$, Venting – $\alpha = .86$, Denial – $\alpha = .72$, Self-distraction – $\alpha = .75$, Behavioral disengagement – $\alpha = .65$, Substance use – $\alpha = .82$ and Humor – $\alpha = .90$. The results are interpreted as a profile of coping styles and strategies used by individuals (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Procedure

The study design is cross-sectional with a non-probabilistic sample. The sample was recruited through an online survey in the Google Forms platform. The link to complete the questionnaires was disseminated by e-mail and social networks, and among victim support associations, namely, APAV and *União de Mulheres Alternativa e Resposta* [UMAR]. Before completing the protocol, all participants signed the online informed consent to participate in this study. The anonymity of the individuals and confidentiality about the results of the study were both guaranteed. This research was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2013) and the protocol was approved by the University Institutional Review Board and the Ethics Committee.

Statistical Analysis

Initially, a descriptive analysis was performed with the sociodemographic and sexual victimization data to better know the characteristics of the sample. Next, we performed ANOVA one way to compare the means between sexual victimization variables and the Brief Cope and BSI subscales. In the next step was performed Pearson correlations to verify the relation between the Brief Cope and BSI subscales. To perform this analysis, we used the statistical software IBM SPSS Statistics Version. 27.0.

Results

Descriptive Analysis

Concerning the descriptive analyses, in addition to the results described in the participants' section, the remaining characterization of the sample is described in Table 2.

Table 2
Other characterizations of the sample

	<i>N</i>	<i>%</i>
Professional category		
Students	50	19.1
Educational area	19	7.3
Healthcare area	11	4.2
Administration	11	4.2
Assistants	11	4.2
Other	160	61.1
Place of residence		
North	62	23.8
Center	96	36.5
South	98	37.4
A.R. Madeira	2	0.8
A.R. Azores	4	1.5
Types of sexual assault^b		
Sexual importunity and sexual harassment	34	13.0
Sexual importunity	33	12.6
Sexual harassment	20	7.6
Sexual importunity, sexual harassment and attempted rape	9	3.4
Rape	7	2.7
Sexual importunity and attempted rape	6	2.3
Attempted rape	6	2.3
Others	44	16.8

Note. ^aRefers to the number and percentage of participants answering “yes” to this question; ^brefers to types of sexual assault that participants suffered during childhood and/or adolescence.

Comparison Between Groups

To perform the ANOVA one way, we tested all the assumptions of this test, namely the homogeneity of variances. In our study, we compared the victims of sexual victimization group with the Brief Cope and BSI subscales.

Concerning victims of sexual victimization with respect to the Brief Cope and the BSI subscales, the assumption of homogeneity of variances for subscales of Brief Cope is confirmed for self-distraction ($p = .491$), active coping ($p = .054$), denial ($p = .091$), behavioral disengagement ($p = .380$), venting ($p = .122$), positive reframing ($p = .107$),

planning ($p = .093$), humor ($p = .069$), acceptance ($p = .166$) and self-blame ($p = .862$), and for subscales of BSI is confirmed for somatization ($p = .165$), obsession-compulsion ($p = .068$), interpersonal sensitivity ($p = .461$), anxiety ($p = .195$), hostility ($p = .251$), paranoid ideation ($p = .813$) and psychoticism ($p = .516$).

The results show that there are statistically significant differences between the victims of attempted rape (G2), victims of rape (G3) and victims of both rape and attempted rape (G4) groups in the Brief Cope subscales denial, behavioral disengagement, planning, acceptance and self-blame, and between the victims of rape (G3) and victims of both rape and attempted rape (G4) groups in the BSI subscales somatization, obsession compulsion, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, paranoid ideation, and psychoticism. The subscale denial presents a higher mean for attempted rape victims (G2), behavioral disengagement presents a higher mean for rape victims (G3) and, planning, acceptance and self-blame present a higher mean for both rape and attempted rape victims (G4). The subscales somatization, obsession compulsion and anxiety present a higher mean for rape victims (G3), and the subscales interpersonal sensitivity, hostility, paranoid ideation, and psychoticism present a higher mean for attempted rape and rape victims (G4) (Table 3).

Table 3
Differences between victims and non-victims of sexual victimization and Brief Cope, and BSI

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
Brief Cope						
Self-distraction	41	3.02	1.92	3.258	1.776	.152
Active coping	25	3.68	1.57	3.258	2.576	.054
Denial	41	1.78	1.77	3.258	3.943	.009
Behavioral disengagement	11	1.73	1.00	3.258	4.224	.006
Venting	25	2.60	1.66	3.258	2.592	.053
Positive reframing	25	2.88	1.94	3.258	.971	.407
Planning	25	3.72	1.60	3.258	3.240	.023
Humor	41	1.78	1.85	3.258	1.927	.126
Acceptance	25	3.88	1.45	3.258	7.692	.000
Self-blame	25	2.68	1.75	3.258	3.243	.023
BSI						
Somatization	11	14.45	4.72	3.258	5.826	.001
Obsession-compulsion	11	17.45	4.00	3.258	5.930	.001
Interpersonal sensitivity	25	10.84	4.59	3.258	7.706	.000
Anxiety	11	16.45	5.72	3.258	8.061	.000
Hostility	25	12.48	4.98	3.258	4.665	.003
Paranoid ideation	25	13.56	4.83	3.258	7.536	.000
Psychoticism	25	12.68	4.31	3.258	12.419	.000

Note. N=11 refers to the number of rape victims, n=25 refers to the number of rape and attempted rape victims, n=41 refers to the number of attempted rape victims and n=185 refers to the number of non-victims of sexual victimization; M = Mean; SD = Std. Deviation; Df = degrees of liberty.

Correlations

The results of the Pearson correlations show the existence of significant correlations between the Brief Cope and the BSI.

The association between Brief Cope and BSI show positive and significant correlations between self-distraction and: somatization ($r = .213, p \leq .001$), obsession-compulsion ($r = .372, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .327, p \leq .001$), depression ($r = .342, p \leq .001$), anxiety ($r = .322, p \leq .001$), hostility ($r = .311, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .251, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .281, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .344, p \leq .001$). Active coping presents a positive correlation with: somatization ($r = .125, p = .042$), obsession-compulsion ($r = .181, p = .003$), interpersonal sensitivity ($r = .185, p = .003$), depression ($r = .204, p \leq .001$), anxiety ($r = .202, p \leq .001$), hostility ($r = .198, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .141, p = .022$), paranoid ideation ($r = .193, p = .002$) and psychoticism ($r = .181, p = .003$). Denial is positively correlated with: somatization ($r = .319, p \leq .001$), obsession-compulsion ($r = .388, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .416, p \leq .001$), depression ($r = .354, p \leq .001$), anxiety ($r = .352, p \leq .001$), hostility ($r = .398, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .338, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .362, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .418, p \leq .001$).

Also, behavioral disengagement is positively correlated with: somatization ($r = .313, p \leq .001$), obsession-compulsion ($r = .475, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .477, p \leq .001$), depression ($r = .467, p \leq .001$), anxiety ($r = .400, p \leq .001$), hostility ($r = .360, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .381, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .425, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .518, p \leq .001$). Planning is positively correlated with: somatization ($r = .145, p = .019$), obsession-compulsion ($r = .187, p = .002$), interpersonal sensitivity ($r = .202, p \leq .001$), depression ($r = .216, p \leq .001$), anxiety ($r = .239, p \leq .001$), hostility ($r = .200, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .124, p = .044$), paranoid ideation ($r = .241, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .202, p \leq .001$). Religion is positively correlated with: somatization ($r = .255, p \leq .001$), obsession-compulsion ($r = .186, p = .002$), interpersonal sensitivity ($r = .211, p \leq .001$), depression ($r = .129, p = .037$), anxiety ($r = .261, p \leq .001$), hostility ($r = .157, p = .011$), phobic anxiety ($r = .143, p = .020$), paranoid ideation ($r = .147, p = .017$) and psychoticism ($r = .184, p = .003$). Finally, self-blame is positively correlated with: somatization ($r = .296, p \leq .001$), obsession-compulsion ($r = .418, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .458, p \leq .001$), depression ($r = .472, p \leq .001$), anxiety ($r = .426, p \leq .001$), hostility ($r = .348, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .291, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .430, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .509, p \leq .001$).

The results also show positive and significant correlations between substance use and: obsession-compulsion ($r = .313, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .240, p \leq .001$), depression ($r = .301, p \leq .001$), anxiety ($r = .242, p \leq .001$), hostility ($r = .348, p \leq .001$), phobic anxiety ($r = .204, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .226, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .251, p \leq .001$). Use of emotional support is positively correlated with: obsession-compulsion ($r = .145, p = .019$), anxiety ($r = .124, p = .044$) and hostility ($r = .154, p = .013$). There are also positive and significant correlations between venting and: somatization ($r = .157, p = .011$), obsession-compulsion ($r = .188, p = .002$), interpersonal sensitivity ($r = .137, p = .027$), depression ($r = .158, p = .011$), anxiety ($r = .201, p \leq .001$), hostility ($r = .268, p \leq .001$) and paranoid ideation ($r = .194, p = .002$). Finally, acceptance is positively correlated with: obsession-compulsion ($r = .269, p \leq .001$), interpersonal sensitivity ($r = .241, p \leq .001$), depression ($r = .248, p \leq .001$), anxiety ($r = .204, p \leq .001$), hostility ($r = .170, p = .006$), phobic anxiety ($r = .207, p \leq .001$), paranoid ideation ($r = .243, p \leq .001$) and psychoticism ($r = .298, p \leq .001$).

The use of instrumental support, positive reframing and humor present no statistically significant correlations with BSI subscales.

Discussion

This study intended to investigate the ways that victims of sexual violence in adulthood used to cope with this adverse and traumatic life event, the psychopathological symptoms presented by them, as well as the association between coping strategies and symptomatology.

The results obtained showed differences in the use of coping strategies concerning sexual victimization in adulthood. More specifically, compared to groups of non-victims (G1) and, both attempted rape and rape victims (G4), victims of attempted rape (G2) and victims of rape (G3) used more maladaptive coping strategies to cope with adverse life events, namely denial and behavioral disengagement, respectively. Contrariwise, victims of both rape and attempted rape (G4) mostly used more adaptive than maladaptive coping strategies to cope with their adverse life events, such as planning, acceptance, and self-blame. These results are similar to those obtained by Caridade et al. (2015) that show that victims resorted to different coping strategies considered adaptive (e.g., negotiation) but also maladaptive (e.g., submission). In this sense, our results are corroborated by the literature that states that women who were victims of multiple victimization (e.g., rape

and attempted rape) resorted to different styles of coping strategies (adaptive and maladaptive) to deal with adverse life events in their lives.

Regarding the coping strategies used by victims, the literature only partial support our findings, showing that victims usually use the denial (Proulx et al., 1995), disengagement and self-blame (Classen et al., 2005) to cope with sexual victimization. The use of these strategies, more related to an emotion-focused and avoidant coping style, may be explained by the traumatic nature of the sexual victimization experience and the fact that individuals want to avoid the adverse consequences and suffering that come with experiencing that event (Caridade et al., 2015). In turn, in our research, the group that experienced both rape and attempted rape (G4) used a higher number of coping strategies to deal with the adverse events, these results are corroborated by the literature since multiple victimization requires a unique combination of coping strategies for individuals to deal with several trauma experiences, adopting greater and more diverse number of coping strategies (Caridade et al., 2015).

We also verified that the sample of victims reported higher levels of psychopathological symptoms than those who were not sexually victimized. Victims of rape (G3) and, victims of both rape and attempted rape (G4) showed higher levels of psychopathological symptoms. The G3 manifested somatization, obsession compulsion and anxiety, and the G4 revealed interpersonal sensitivity, hostility, paranoid ideation, and psychoticism. Several studies identified that experiencing victimization (e.g., child sexual abuse, sexual violence in adulthood) can be a traumatic experience for individual's (e.g., Najdowski et al., 2009; Tansill et al., 2012), that increases anxiety, depression, posttraumatic stress disorder (PTSD), substance abuse (e.g., Briere et al., 2020; Paiva & Figueiredo, 2003; Palm et al., 2014), suicidality, dissociation, sexual disturbance (Briere et al., 2020; Paiva & Figueiredo, 2003), negative self-perceptions (Briere et al., 2020), among others, that may persist short and long-term (Paiva & Figueiredo, 2003). The study of Patiño and Kirchner (2009) is also in line with our results considering that in their research they indicated that the symptomatology presented by the victims occurs in the form of somatization, obsessive-compulsive, anxiety and hostility symptoms. Other studies (e.g., Nunes et al., 2018, Palm & Follette, 2008) also referred in their findings that women who reported rape in adulthood also show more symptomatology compared to non-victims.

Concerning the relationship between Brief Cope and BSI, the results of our study revealed positive and significant associations between all coping strategies and the psychopathological symptoms, except for the coping strategies use of instrumental support, positive reframing and humor that shows no correlations with the psychopathological symptoms. More specifically, our analysis reveals that regardless of the use of adaptive (e.g., active coping, planning, use of emotional support) or maladaptive (e.g., substance use, denial, self-blame) coping strategies by our sample to cope with adverse events, participants presented psychopathological symptomatology such as somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Other research corroborates these data demonstrated an association between coping strategies and the presence of psychological symptomatology (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Borges et al., 2008; Fonseca et al., 2020).

The literature shows that the use of self-blame, rumination and catastrophizing may be more maladaptive than other coping strategies, such as positive reframing, acceptance-resignation, cognitive avoidance, emotional discharge, among others (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Patiño & Kirchner, 2009). In this line of reasoning, some research describes that problem-focused (adaptive) coping strategies are positively associated with health and well-being, contrasting to emotion-focused (maladaptive) coping strategies that lead to the presence of psychopathological symptoms and increased psychological distress (Finkelstein-Fox et al., 2020; Júnior & Zanini, 2011; Patiño & Kirchner, 2009).

The non-significant correlations between the coping strategies use of instrumental support, positive reframing, and humor with the psychopathological symptoms, can possibly be explained by the fact that other adaptive coping strategies (e.g., active coping or planning) are more representative respecting the psychopathological symptomatology presented by the victims. Another possible explanation for these results may be the fact that these specific coping strategies may be more influenced by internal and external factors inherent to individuals, namely the level of resilience of each victim or the severity of the experienced trauma, respectively.

Limitations

The present study comprises some limitations, given that the sample is composed exclusively of women, as well as the fact that the sample in our study is not representative of the Portuguese population, which prevents the generalization of the results obtained.

Thus, in future research, we suggest the inclusion of an equal number of males and women in the sample. The cross-sectional and volunteer convenience sample and the retrospective nature of the reports could also bias the results. Other limitations of this study relate to the fact that data collection was conducted online, and it was not possible to control the environment in which individuals responded to the research protocol (such as external distractions, answering potential doubts when the individuals were responding to the items, among others). Furthermore, self-report instruments were used, not being possible to control whether participants responded according to social desirability, for example, potentially exaggerating the symptomatology experienced or minimizing their problems.

Also, the inexistence of significant correlations between some coping strategies and psychopathological symptoms can indicate that this relationship may be influenced by other variables, being necessary to insert, for example, more sociodemographic variables, such as race, the severity of the previously experienced trauma (Classen et al., 2005) or resilience of individuals (Finkelstein-Fox et al., 2020) in future studies. Since few studies relate the symptomatology presented by victims of sexual victimization and the coping strategies adopted by them, we suggest that future studies should focus on the possible influence of one on the other.

Nevertheless, this study contributes to the fields of clinical and forensic psychology, as it shows the usefulness of using the instruments studied here in populations who are victims of sexual aggression in adulthood, and that they may be used in future studies on this or a similar theme. Moreover, this study may prove beneficial in the creation or improvement of prevention and intervention programs whose main focus is to work with victims so that they adopt a set of coping strategies that are effective for each individual to deal with the traumatic event experienced, thus reducing possible psychopathological symptomatology that they have or may develop in the future and providing the victims' well-being.

Conclusion

In sum, the present study examined the coping strategies used by victims of sexual violence in adulthood to cope with this adverse and traumatic life event, as well as the psychopathological symptoms presented by them.

The results point that the group of victims of attempted rape and the group of victims of rape used more maladaptive coping strategies, and the group of victims of both rape and attempted rape use both adaptive and maladaptive coping strategies. Also, the group of victims of rape and, the group of victims of both rape and attempted rape showed higher levels of psychopathological symptoms. Regarding the relation between coping strategies and symptomatology, our study concluded that participants show psychopathological symptoms, regardless of the adoption of adaptive or maladaptive coping strategies.

Despite the limitations of the study, these results could have important implications for practice, providing relevant information about symptomatology and coping strategies in victims of sexual violence to better understand the factors arising from the experience of this phenomenon. In turn, further empirical research with victims of sexual violence will surely be crucial for the creation and improvement of empirically supported prevention and intervention programs that show positive results with victims.

In this line, our results could also have important implications for practice regarding prevention and intervention programs aimed at individuals sexually victimized. Psychoeducation could be useful for these programs, as it can be of added value in increasing the individual's understanding of the phenomenon of sexual violence, scouting the existence of different types of sexual violence, the known risk factors, the possible negative consequences of experiencing sexual victimization, and the possible ways to overcome these consequences. On the other hand, intervention should be directed at the existing negative symptomatology (e.g., anxiety, depression), promoting the recognition of this symptomatology by the victims themselves and thus, working on the promotion of effective coping strategies to face the trauma experienced, decreasing the existing suffering, and preventing the use of maladaptive strategies (e.g., self-reliance) that enhance psychological distress.

Through this direct investment in psychoeducation with victims to better understand the experience they went through and, in prevention and intervention to promote adaptive and effective coping strategies to deal with the trauma, as well as to work on the attenuation of the symptomatology and the prevention of acquiring new symptoms, this

programs could promote the well-being of victims, allowing them a greater quality of life, and prove to be effective in reducing the possibility of revictimization later in life.

References

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Anderson, R. E., Cahill, S. P., & Delahanty, D. L. (2016). The psychometric properties of the sexual experiences survey–short form victimization (SES-SFV) and characteristics of sexual victimization experiences in college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/men0000073>
- Associação de Mulheres contra a Violência (2015). *Guia de bolso sobre violência sexual para profissionais [Pocket guide about sexual violence for professionals]*. <https://www.animar-dl.pt/recursos/guia-de-bolso-sobre-violencia-sexual-para-profissionais/>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2021). *Estatísticas APAV – Relatório anual 2020 [APAV Statistics – Annual Report 2020]*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género [Anxiety and coping in children and adolescents: Age and gender related differences]. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561. <https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a02.pdf>
- Briere, J., Runtz, M., Rassart, C. A., Rodd, K., & Godbout, N. (2020). Sexual assault trauma: Does prior childhood maltreatment increase the risk and exacerbate the outcome? *Child Abuse & Neglect*, 103(104421), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104421>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal [Brief Symptom Inventory (BSI): A critical review of studies conducted in Portugal]. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Capelo, R., & Pocinho, M. (2016). Estratégias de coping: Contributos para a diminuição do stress docente [Coping strategies: Contributions to reducing teacher stress]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 282-294. <https://dx.doi.org/10.15309/16psd170213>
- Caridade, S., Antunes, C., & Matos, M. (2015). Vitimização múltipla feminina: Histórias de vida, depressão e coping [Multiple female victimization: Life stories, depression and coping]. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 495-506. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i3.25059>
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Elliott, D. M., Mok, D. S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 203-211. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000029263.11104.23>
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Huedo-Medina, T. B. (2020). Appraisal and coping link sexual victimization history to emotional experience: A multilevel daily diary study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(88626052095769), 11-27. <https://doi.org/10.1177/0886260520957691>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Stress e trauma na emergência médica pré-hospitalar: Coping disfuncional como mediador [Stress and trauma in pre-hospital medical emergency: Dysfunctional coping as a mediator]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210126>
- Fryszler, L. A., Hoffmann-Walbeck, H., Etzold, S., Möckel, M., Sehouli, J., & David, M. (2020). Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 250, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.059>
- Júnior, W. P., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico [Coping strategies of cancer patients in radiotherapy

- treatment]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Katz, J., May, P., Sörensen, S., & DelTosta, J. (2010). Sexual revictimization during women's first year of college: Self-blame and sexual refusal assertiveness as possible mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2113-2126.
<https://doi.org/10.1177/0886260509354515>
- Littleton, H., & Ullman, S. E. (2013). PTSD symptomatology and hazardous drinking as risk factors for sexual assault revictimization: Examination in European American and African American women. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 345-353.
<https://doi.org/10.1002/jts.21807>
- Long, L., & Ullman, S. E. (2013). The impact of multiple traumatic victimization on disclosure and coping mechanisms for black women. *Feminist Criminology*, 8(4), 295-319. <https://doi.org/10.1177/1557085113490783>
- Najdowski, C. J., & Ullman, S. E. (2009). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, 34(11), 965-968.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.05.004>
- Nunes, R., Carvalho, P., Alves, M., Cunha, A., & Loureiro, M. (2018, janeiro). *Sintomatologia depressiva e conflitos no contexto das relações íntimas de estudantes universitários [Depressive symptomatology and conflicts in the context of intimate relationships of university students]*. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Oliveira, P. & Almeida, T. C. (2021). Fatores psicossociais da vitimação sexual na idade adulta: Uma revisão sistemática [Psychosocial factors in adult sexual victimization: A systematic review]. Article submitted for publication. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*.
- Orchowski, L. M., Untied, A. S., & Gidycz, C. A. (2013). Social reactions to disclosure of sexual victimization and adjustment among survivors of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 2005-2023.
<https://doi.org/10.1177/0886260512471085>
- Pais Ribeiro, J. L., & Ribeiro, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE [Questions about coping: Concerning the adaptation study of Brief COPE]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250101>

- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos [Abuse in the context of intimate partner relationships: Definition, prevalence, causes and effects]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 165-184. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3838>
- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual victimization and physical health: An examination of explanatory mechanisms. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 117-132. <https://doi.org/10.1080/10538710801916309>
- Patiño, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17-24. <https://doi.org/10.1159/000255959>
- Pietrowski, D. L., Cardoso, N. O., & Bernardi, C. C. N. (2018). Estratégias de *coping* frente à síndrome de *burnout* entre os professores: Uma revisão integrativa da literatura nacional [Coping strategies in the face of burnout syndrome among teachers: An integrative review of the national literature]. *Contextos Clínicos*, 11(3), 397- 409. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.10>
- Prego-Meleiro, P., Montalvo, G., Quintela-Jorge, Ó., & García-Ruiz, C. (2020). Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Science International*, 315(10460), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110460>
- Proulx, J., Koverola, C., Fedorowicz, A., & Kral, M. (1995). Coping strategies as predictors of distress in survivors of single and multiple sexual victimization and nonvictimized controls. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(16), 1464-1483. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02627.x>
- Short, N. A., Morabito, D. M., & Gilmore, A. K. (2020). Secondary prevention for posttraumatic stress and related symptoms among women who have experienced a recent sexual assault: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 37(10), 1047-1059. <https://doi.org/10.1002/da.23030>
- Silva, C. G. V., Missiatto, L. A. F., & Feitosa, F. B. (2020). Estratégias de coping utilizadas por pacientes oncológicos em uma cidade do interior da Amazônia legal [Coping strategies used by cancer patients in a rural town in the legal Amazon]. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(4), 1-9. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.626>

- Staples, J. M., Eakins, D., Neilson, E. C., George, W. H., Davis, K. C., & Norris, J. (2016). Sexual assault disclosure and sexual functioning: The role of trauma symptomatology. *J Sex Med*, 13(10), 1562–1569. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.001>
- Sui, S. G., King, M. E., Li, L. S., Chen, L. Y., Zhang, Y., & Li, L. J. (2014). Posttraumatic stress disorder among female victims of sexual assault in China: Prevalence and psychosocial factors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 405–413. <https://doi.org/10.1111/appy.12155>
- Tansill, E. C., Edwards, K. M., Kearns, M. C., Gidycz, C. A., & Calhoun, K. S. (2012). The mediating role of trauma-related symptoms in the relationship between sexual victimization and physical health symptomatology in undergraduate women. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/jts.21666>
- Ullman, S. E., & Lorenz, K. (2019). Correlates of African American sexual assault survivors' medical care seeking. *Women & Health*, 60(08), 1–15. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1671947>
- Walsh, K., DiLillo, D., Klanecky, A., & McChargue, D. (2013). Posttraumatic stress disorder symptoms: A mechanism in the relationship between early sexual victimization and incapacitated/drug-or-alcohol-facilitated and forcible rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 558–576. <https://doi.org/10.1177/0886260512455511>
- Wilhite, E. R., Mallard, T., & Fromme, K. (2018). A longitudinal event-level investigation of alcohol intoxication, alcohol-related blackouts, childhood sexual abuse, and sexual victimization among college students. *Psychol Addict Behav*, 32(3), 289–300. <https://doi.org/10.1037/adb0000353>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Conclusão/Discussão

A presente tese contribui para o estudo aprofundado do fenómeno da violência sexual na idade adulta, para o entendimento das diversas formas utilizadas pelas vítimas para enfrentarem o evento traumático experienciado, a sintomatologia psicopatológica que as mesmas apresentam, bem como a associação entre estratégias de *coping* e sintomatologia.

Para o estudo pormenorizado do fenómeno da violência sexual, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, que compreendeu a análise exaustiva de 18 artigos científicos acerca desta temática, tendo-se analisado a prevalência, os tipos de vitimação sexual e as medidas utilizadas para avaliar os mesmos, os fatores de vulnerabilidade e psicossociais associados à vitimação sexual, e o modo como estas experiências afetam a saúde e o bem-estar das vítimas. Por outro lado, para analisar as estratégias de *coping* utilizadas por um grupo de não vítimas (G1), um grupo de vítimas de tentativa de violação (G2), um grupo de vítimas de violação (G3) e um grupo de vítimas de violação e de tentativa de violação, utilizámos o Questionário Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) Para averiguar os sintomas psicopatológicos apresentados por estas participantes no estudo, utilizámos o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro 1999), que apresentaram bons valores de propriedades psicométricas para esta amostra.

No que remete para o estudo aprofundado do fenómeno da violência sexual, a literatura aponta que a violação na forma tentada e concretizada (formas de vitimação sexual) afeta negativamente milhões de vítimas mundialmente (Mgolozeli & Duma, 2019), verificando-se um elevado, embora díspar, predomínio das várias formas de vitimação sexual (DeCou et al., 2018), sendo os mais prevalentes: o abuso sexual na infância, violação (e.g., Ullman & Lorenz, 2019), tentativa de violação, coerção sexual (Ullman & Najdowski, 2009) e o contato sexual indesejado (Hidaka et al., 2014).

Dado que a prática de qualquer crime envolve fatores de risco e vulnerabilidade para as vítimas, esta revisão sistemática de literatura identificou diversos fatores individuais (e.g., experienciar vitimação física e sexual na infância, ser portador de deficiência física e/ou mental (Rees et al., 2019), ser mulher, jovem e consumir substâncias (Long & Ullman, 2016)), ambientais/contextuais (e.g., relações de proximidade das vítimas com os ofensores (Long & Ullman, 2016) e frequentar o ensino universitário (Howard et al., 2008)) e sociais (e.g., ter baixo estatuto socioeconómico (Long & Ullman, 2016)) que potenciam a probabilidade de ocorrência de vitimação sexual (Ullman & Lorenz, 2019).

Ao nível dos fatores psicossociais, verificou-se que o suporte social formal e informal (Sui et al., 2014) e a utilização de estratégias de *coping* adaptativas (Ullman & Najdowski, 2009) são os fatores mais benéficos na recuperação pós-trauma das vítimas. No que concerne ao impacto resultante da experiência de vitimação sexual, constatou-se que este se pode manifestar ao longo de toda a vida dos indivíduos, traduzindo-se a nível físico, psicológico e psicossocial (e.g., Sui et al., 2014; Ullman & Lorenz, 2019).

Quanto ao segundo estudo que analisou as estratégias de *coping* utilizadas pelos grupos G1, G2, G3 e G4, os sintomas psicopatológicos apresentados por estes indivíduos e, a relação entre as estratégias de *coping* e sintomatologia, os resultados mostraram diferenças na utilização de estratégias de *coping* e na sintomatologia apresentada pelos indivíduos.

Comparativamente com o G1 e G4, o G2 e G3 utilizaram mais estratégias de *coping* maladaptativas para enfrentarem a vitimação sexual sofrida, nomeadamente a negação e o desinvestimento comportamental, respetivamente. Por outro lado, o G4 utilizou mais estratégias de *coping* adaptativas do que maladaptativas para lidar com a múltipla vitimação sexual sofrida, nomeadamente, planejar, aceitação e autoculpabilização. Estes resultados são corroborados pela literatura que afirma que as vítimas utilizam tanto estratégias adaptativas como maladaptativas para enfrentarem as adversidades da vida, e que a vitimação múltipla implica a adoção de um número maior e mais diversificado de estratégias de sobrevivência (Caridade et al., 2015). Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pelas vítimas, a literatura apenas vai ao encontro parcial das nossas conclusões, revelando que as vítimas normalmente utilizam a negação (Proulx et al., 1995), a desvinculação e a autoculpabilização (Classen et al., 2005) para lidar com a vitimização sexual.

Os nossos resultados também esclarecem que as vítimas apresentaram maior sintomatologia psicopatológica que as não-vítimas, apresentando o G3 e G4 os maiores níveis de sintomas psicopatológicos (G3 – somatização, obsessões-compulsões e ansiedade; G4 – sensibilidade interpessoal, hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo). Estas conclusões foram também corroboradas pela literatura que afirma que mulheres vítimas de violação na adultícia apresentam mais sintomatologia comparativamente com as não-vítimas (Nunes et al., 2018, Palm & Follette, 2008) e, que a sintomatologia apresentada pelas vítimas é a somatização, obsessão-compulsão, ansiedade e hostilidade (Patiño & Kirchner, 2009).

No que se refere à relação existente entre o *coping* e a sintomatologia, os resultados obtidos apontaram para correlações positivas e significativas entre a grande maioria das estratégias de *coping* e os sintomas psicopatológicos, ficando demonstrado que independentemente do uso de estratégias de *coping* adaptativas (e.g., coping ativo, planejar, uso de suporte social emocional) ou maladaptativas (e.g., uso de substâncias, negação, autculpabilização), os indivíduos exibiram sintomas psicopatológicos (e.g., somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão e ansiedade). Estes resultados vão ao encontro do que é referido na literatura, onde se demonstra uma associação entre as estratégias de *coping* e a presença de sintomatologia psicopatológica (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Borges et al., 2008; Fonseca et al., 2020), bem como o facto do estilo de *coping* focado no problema encontrar-se associado à saúde e bem-estar dos indivíduos, contrastando com o estilo de *coping* focado nas emoções que leva à presença de sintomas psicopatológicos e ao aumento do sofrimento psicológico (Finkelstein-Fox et al., 2020; Júnior & Zanini, 2011; Patiño & Kirchner, 2009).

Em síntese, este estudo destaca-se pela sua relevância revelando uma compreensão mais aprofundada do fenómeno da vitimação sexual na idade adulta, demonstrando a adequação da utilização de dois instrumentos específicos (Brief Cope e BSI) para a população-alvo em causa, demonstrando diferenças na utilização de estratégias de *coping* utilizadas e na sintomatologia apresentada pelos indivíduos e, mostrando a existência de relação entre o *coping* e a sintomatologia psicopatológica, contribuindo para o desenvolvimento desta área de investigação.

Limitações

O nosso estudo revela algumas limitações, que deverão ser tidas em conta em estudos futuros que investiguem esta temática. No que concerne ao primeiro estudo desta tese, as limitações verificam-se ao nível da não acessibilidade de um dos artigos resultantes da pesquisa efetuada, com a escassez de estudos acerca da vitimação sexual realizados na Europa e com o facto de as amostras dos estudos incluídos não serem representativas da população em estudo.

Outras limitações remetem para as elevadas cifras negras que não nos permite apurar com total fiabilidade a prevalência deste fenómeno, a existência de diversas medidas (e.g., DeCou et al., 2018; Sui et al., 2014) para aferir os tipos de vitimação sexual (podendo originar interpretações díspares acerca de um mesmo tipo de vitimação efetivamente sofrido), bem como a lacuna existente na investigação, nomeadamente referente à

existência e eficácia, de programas de prevenção e intervenção existentes para as vítimas. Apesar destas limitações, o facto de a revisão sistemática de literatura ter sido realizada seguindo um protocolo estruturado de acordo com a metodologia PRISMA (Liberati et al., 2009), possibilitou a análise exaustiva e objetivamente o fenómeno da vitimação sexual, permitindo o aprofundamento do conhecimento dos fatores de risco e psicossociais inerentes, bem como o impacto negativo severo, próprio da experiência de vitimação sexual.

Quanto ao segundo artigo desta tese, as limitações relacionam-se com o facto de a amostra não ser representativa da população portuguesa, sendo constituída apenas por mulheres, impedindo a generalização dos resultados, bem como o facto da amostra ser de conveniência transversal, e a natureza retrospectiva dos relatos poderem enviesar os resultados. Outras limitações deste estudo relacionam-se com a impossibilidade de controlo do ambiente em que os indivíduos responderam ao protocolo de investigação, uma vez que a recolha de dados ocorreu via *online*, não tendo sido possível controlar a desejabilidade social, dado que foram utilizados instrumentos de autorrelato. Por último, a inexistência de correlações significativas entre algumas estratégias de *coping* e sintomas psicopatológicos poderá indicar que a sua relação pode ser influenciada por outras variáveis, como por exemplo, a raça, a severidade do trauma anteriormente experienciado (Classen et al., 2005) ou a resiliência dos indivíduos (Finkelstein-Fox et al., 2020).

Neste sentido, para a realização de estudos futuros sugerimos que a lacuna relativa à prevalência de vitimação sexual seja colmatada através da realização de investigação científica que se foque nos vários tipos de violência sexual existentes e, nos fatores de risco e proteção inerentes à prática deste crime. Mais ainda, sugerimos a inclusão de amostras homogéneas no que diz respeito ao sexo dos indivíduos, a inserção de novas variáveis sociodemográficas (e.g., raça ou níveis de resiliência dos indivíduos) e, ainda, a análise da possível influência das estratégias de *coping* adotadas pelas vítimas sobre a sintomatologia que apresentam (e vice-versa), por forma a aprofundar-se a relação existente entre a experienciação de vitimação sexual e todas estas variáveis.

Implicações Para a Prática

Apesar das limitações inerentes a esta investigação científica, são várias as implicações que este estudo apresenta para a prática, nomeadamente no que ao campo da psicologia clínica e forense diz respeito.

A primeira implicação para a prática prende-se com a aquisição de um conhecimento aprofundado acerca destes fatores envolvidos na prática deste crime, podendo mostrar-se útil no desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção que invistam na psicoeducação e no aumento da compreensão dos indivíduos sobre o fenómeno da violência sexual, por forma a reduzir a ocorrência de vitimação sexual e o impacto negativo experienciado.

Estes resultados podem contribuir para o desenvolvimento da investigação científica nesta área de estudos, proporcionando um melhor suporte empírico para a criação ou melhoria de programas de prevenção e intervenção, que se demonstrem eficazes com as vítimas e no combate à ocorrência deste fenómeno. De modo mais específico, as implicações práticas dos resultados desta tese poderão recair na criação ou melhoria de programas de prevenção que incidam fortemente numa componente psicoeducacional (Fernandez, 2011) dos indivíduos, através da passagem de conhecimento científico e exato acerca dos diferentes tipos de violência sexual existentes, dos fatores de risco, proteção e psicossociais conhecidos, do impacto negativo potencialmente existente após a experiência desta forma de vitimização, e do modo como este impacto pode ser enfrentado, por exemplo, através da passagem de conhecimento acerca de estratégias de *coping* que se têm verificado adaptativas no que à redução da sintomatologia diz respeito.

Estes programas de prevenção poderão ter como público-alvo não só vítimas e potenciais vítimas de violência sexual, como também as suas redes de suporte social formal e informal, e ainda, técnicos que trabalhem diretamente com indivíduos sexualmente vitimados (e.g., psicólogos, forças policiais). O trabalho direto com vítimas, potenciais vítimas e redes de suporte social poderão verificar-se eficientes no aumento do reconhecimento de situações de risco, na aplicação de estratégias adaptativas para enfrentarem os problemas, e na adoção de estratégias autoprotetoras para as vítimas potencialmente redutoras do risco de (re)vitimação. Mais ainda, a implementação destes programas junto de técnicos permitirá dotá-los de mais e melhores ferramentas de trabalho adequadas para futuramente melhor intervirem com as vítimas, auxiliando a promoção do seu bem-estar e evitando que sejam um fator revitimizador adicional, agravando a experiência traumática (Sui et al., 2014).

Outra das implicações para a prática remete para a criação ou melhoria de programas de intervenção que, globalmente, deverão continuar a apostar na psicoeducação envolta nos fatores da vitimação sexual, na desmistificação de ideias preconcebidas, na atuação precoce da redução do impacto negativo apresentado pelas vítimas e na promoção de

estratégias de *coping* adaptativas para enfrentarem os eventos disruptivos. À semelhança do público-alvo mencionado acima para os programas de prevenção, os programas de intervenção também deverão abranger vítimas de agressão sexual, potenciais vítimas, redes de suporte social formal e informal, e técnicos que atuem diretamente com estes indivíduos, com o intuito de todos juntos contribuírem para a recuperação pós-trauma das vítimas (Sui et al., 2014) e, para a restituição da sua qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico (Fernandez, 2011; Mukamana et al., 2018; Rees et al., 2019).

Concretamente, para além da psicoeducação, poderá revelar-se de extrema importância trabalhar o empoderamento e autoconfiança das vítimas, a modificação de atitudes e crenças disruptivas, bem como, sentimentos de vergonha e culpa relativos à vitimação sexual, contrariando a perpetuação de repercussões adversas para as vítimas (Fernandez, 2011; Jones et al., 2009; Long & Ullman, 2016). Tendo em conta o severo impacto negativo que pode ser sentido pelas vítimas aos mais diversos níveis (e.g., físico, psicológico, psicossocial) (Sui et al., 2014), torna-se premente orientar a intervenção realizada com os indivíduos para a sintomatologia negativa (e.g., ansiedade, depressão) apresentada pelos mesmos, promovendo o autorreconhecimento dos sintomas experienciados e, assim, trabalhar a adoção de estratégias adaptativas e eficazes para cada indivíduo em particular, de modo a enfrentarem o trauma vivido, diminuindo o impacto e sofrimento existentes, e prevenindo que adotem um estilo de estratégias maladaptativas (e.g., autculpabilização, uso de substâncias) que fomentem o seu sofrimento psicológico.

Dada a complexidade do fenómeno aqui estudado, dos fatores envolvidos e do impacto resultante para as vítimas, recomenda-se a realização destas intervenções precocemente (Rees et al., 2019), abarcando uma vertente multidisciplinar que incida sobre as diversas áreas afetadas da vida dos indivíduos. Mais ainda, recomendamos o investimento em programas de intervenção vocacionados para abordagens psicossociais (Fernandez, 2011), cognitivo-comportamentais e farmacológicas (em casos extremos) (Short et al., 2020), que trabalhem os fatores individuais das vítimas e os fatores envolventes da agressão sexual dado que, são os que se têm demonstrado mais eficazes com vítimas de tentativa de violação e de violação (DeCou et al., 2018) quanto à sua recuperação pós-trauma.

Importa ainda referir que, tratando-se esta de uma temática tão sensível e complexa, revela-se necessária a avaliação periódica dos programas de prevenção e intervenção no que à sua eficácia diz respeito, promovendo-se a sua constante melhoria. Paralelamente, os profissionais que trabalhem com indivíduos sexualmente vitimados deverão também

ter formação especializada, no sentido de mostrarem conhecimento científico atual acerca de todos os fatores envolventes a este fenómeno, permitindo-lhes identificarem, avaliarem e intervirem adequadamente face a esta problemática, prestando apoio e cuidados a diversos níveis, a cada vítima em particular (e.g., Hidaka et al., 2014; Rees et al., 2019; Seelman, 2015).

Referências

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561. <https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a02.pdf>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Caridade, S., Antunes, C., & Matos, M. (2015). Vitimização múltipla feminina: Histórias de vida, depressão e coping. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 495-506. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i3.25059>
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- DeCou, C. R., Kaplan, S. P., Spencer, J., & Lynch, S. M. (2018). Trauma-related shame, sexual assault severity, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness among female undergraduate survivors of sexual assault. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(2), 1-21. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000549>
- Fernandez, P. A. (2011). Sexual assault: An overview and implications for counselling support. *Australasian Medical Journal*, 4(11), 596-602. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011858>

- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Huedo-Medina, T. B. (2020). Appraisal and coping link sexual victimization history to emotional experience: A multilevel daily diary study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(88626052095769), 11-27. <https://doi.org/10.1177/0886260520957691>
- Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., & Queirós, C. (2020). Stress e trauma na emergência médica pré-hospitalar: *Coping* disfuncional como mediador. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 176-182. <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210126>
- Hidaka, Y., Operario, D., Tsuji, H., Takenaka, M., Kimura, H., Kamakura, M., & Ichikawa, S. (2014). Prevalence of sexual victimization and correlates of forced sex in japanese men who have sex with men. *PLOS ONE*, 9(5), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095675>
- Howard, D. E., Griffin, M. A., & Boekeloo, B. O. (2008). Prevalence and psychosocial correlates of alcohol-related sexual assault among university students. *Adolescence*, 43(172), 733-750. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19149143/>
- Jones, J. S., Alexander, C., Wynn, B. N., Rossman, L., & Dunnuck, C. (2009). Why women don't report sexual assault to the police: The influence of psychosocial variables and traumatic injury. *The Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.077>
- Júnior, W. P., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de *coping* de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Long, L., & Ullman, S. E. (2016). Correlates of problem drinking and drug use in black sexual assault victims. *Violence and Victims*, 31(1), 71-84. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00024>
- Mgolozeli, S. E., & Duma, S. E. (2019). "As i was walking down the street, four strange guys came and took me under the bridge, where they all raped me": An interpretative phenomenological analysis of the types of rape experienced by men in South Africa. *American Journal of Men's Health*, 13(6), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1557988319882589>
- Mukamana, D., Collins, A., & Rosa, W. E. (2018). Genocide rape trauma: A conceptual framework for understanding the psychological suffering of Rwandan survivors. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 32(2), 125-143. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.32.2.125>

- Nunes, R., Carvalho, P., Alves, M., Cunha, A., & Loureiro, M. (2018, janeiro). *Sintomatologia depressiva e conflitos no contexto das relações íntimas de estudantes universitários*. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Pais Ribeiro, J. L., & Ribeiro, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250101>
- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual victimization and physical health: An examination of explanatory mechanisms. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 117-132. <https://doi.org/10.1080/10538710801916309>
- Patiño, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17-24. <https://doi.org/10.1159/000255959>
- Proulx, J., Koverola, C., Fedorowicz, A., & Kral, M. (1995). Coping strategies as predictors of distress in survivors of single and multiple sexual victimization and nonvictimized controls. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(16), 1464-1483. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02627.x>
- Rees, S., Simpson, L., McCormack, C. A., Moussa, B., & Amanatidis, S. (2019). Believe #metoo: Sexual violence and interpersonal disclosure experiences among women attending a sexual assault service in Australia: A mixed methods study. *BMJ Open*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026773>
- Seelman, K. L. (2015). Unequal treatment of transgender individuals in domestic violence and rape crisis programs. *Journal of Social Service Research*, 41(3), 307-325. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.987943>
- Short, N. A., Morabito, D. M., & Gilmore, A. K. (2020). Secondary prevention for posttraumatic stress and related symptoms among women who have experienced a recent sexual assault: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 37(10), 1047-1059. <https://doi.org/10.1002/da.23030>
- Sui, S. G., King, M. E., Li, L. S., Chen, L. Y., Zhang, Y., & Li, L. J. (2014). Posttraumatic stress disorder among female victims of sexual assault in China: Prevalence and psychosocial factors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(4), 405-413. <https://doi.org/10.1111/appy.12155>
- Ullman, S. E., & Lorenz, K. (2019). Correlates of African American sexual assault survivors' medical care seeking. *Women & Health*, 60(08), 1-15. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1671947>

Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2009). Revictimization as a moderator of psychosocial risk factors for problem drinking in female sexual assault survivors. *Journal of studies on alcohol and Drugs*, 70(1), 41-49. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.41>

Anexos

Anexo A

Questionário Brief COPE

(Versão portuguesa: Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida desde que experienciou algum tipo de vitimação sexual. Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que fez para lidar com este problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com este problema. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz. Quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido eficaz ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade, de acordo com a escala:

- 0 - Nunca faço isto;
- 1 - Faço isto por vezes;
- 2 - Em média é isto que faço;
- 3 - Faço quase sempre isto.

	0 Nunca faço isto	1	2	3 Faço quase sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio/a: "Isto não é verdade".				

4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.				
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto.				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.				
13. Faço críticas a mim próprio.				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras.				

20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.				
21. Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento.				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
24. Tento aprender a viver com a situação.				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação.				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.				
27. Rezo ou medito.				
28. Enfrento a situação com sentido de humor.				

Anexo B

Inventário de Sintomas Psicopatológicos

(Versão Portuguesa: Canavarro, 1999)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço, de acordo com a escala:

- 1 – Nunca;
- 2 - Poucas Vezes;
- 3 - Algumas Vezes;
- 4 - Muitas Vezes;
- 5 - Muitíssimas Vezes.

Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	1 Nunca	2	3	4	5 Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.					
2. Desmaios ou tonturas.					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					

6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
7. Dores sobre o coração ou no peito.					
8. Medo na rua ou praças públicas.					
9. Pensamentos de acabar com a vida.					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11. Perder o apetite.					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16. Sentir-se sozinho.					
17. Sentir-se triste.					
18. Não ter interesse por nada.					
19. Sentir-se atemorizado.					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
22. Sentir-se inferior aos outros.					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
25. Dificuldade em adormecer.					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					

27. Dificuldade em tomar decisões.					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.					
29. Sensação de que lhe falta o ar.					
30. Calafrios ou afrontamentos.					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.					
32. Sensação de vazio na cabeça.					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
36. Ter dificuldade em se concentrar.					
37. Falta de forças em partes do corpo.					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.					
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.					

45. Ter ataques de terror ou pânico.					
46. Entrar facilmente em discussão.					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho.					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.					
50. Sentir que não tem valor.					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
52. Ter sentimentos de culpa.					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.					

