

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

Raíza de Almeida Aguiar

**ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: quem são essas  
meninas e mulheres?**

Belo Horizonte

2021

Raíza de Almeida Aguiar

**ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: quem são  
essas meninas e mulheres?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sara de Pinho Cunha Paiva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

2021

A283a Aguiar, Raíza de Almeida.  
Atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais [recursos eletrônicos]: quem são essas meninas e mulheres? / Raíza de Almeida Aguiar. - - Belo Horizonte: 2021.  
33 f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Sara de Pinho Cunha Paiva.  
Coorientador (a): Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Delitos Sexuais. 2. Violência contra a Mulher. 3. Perfil de Saúde. 4. Estudos Transversais. 5. Hospitais Universitários. 6. Dissertação Acadêmica. I. Paiva, Sara de Pinho Cunha. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 309



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP**

**ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA: **RAIZA DE ALMEIDA AGUIAR****

Realizou-se, no dia 07 de outubro de 2021, às 14:00 horas, Plataforma virtual UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: QUEM SÃO ESSAS MENINAS E MULHERES?*, apresentada por RAIZA DE ALMEIDA AGUIAR, número de registro 2019714862, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Sara de Pinho Cunha Paiva - Orientador (UFMG), Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro (UFMG), Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

( ) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 07 de outubro de 2021.

Prof(a). Sara de Pinho Cunha Paiva ( Doutora )

Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro ( Doutora )

Prof(a). Helena Borges Martins da Silva Paro ( Doutora )



Documento assinado eletronicamente por Sara de Pinho Cunha Paiva, Professora do Magistério Superior, em 10/10/2021, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Marilene Vale de Castro Monteiro, Membro, em 10/10/2021, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Helena Borges Martins da Silva Paro, Usuário Externo, em 10/10/2021, às 22:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orcao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcao_acesso_externo=0), informando o código verificador 0990777 e

## **AGRADECIMENTOS**

Nessa pude contar com o incentivo e generosidade de muitos. O distanciamento físico imposto pela pandemia logo no início nos fez recalcular a rota algumas vezes e é com muita gratidão e esperança que sigo amparada por muitos que gostaria de agradecer especialmente.

À Paula Janaína, quem me deu o primeiro empurrão em direção ao mestrado. Sua benevolência foi fundamental para que eu me convencesse a aceitar o desafio.

À Professora Elza Melo, quem sonhou alto e com seu brilho no olhar concebeu esse programa que dá tantos frutos de saúde e poder às mulheres. Obrigada pelo incentivo desde os tempos de graduação e extensão.

À Professora Sara Paiva, por me inspirar e acolher nos atendimentos às vítimas de violência sexual. Seu cuidado e empatia marcaram definitivamente minha trajetória como médica e mulher.

Às Professoras Adalgisa Peixoto, Helena Paro e Marilene Vale, por dedicarem seu tempo e saberes em avaliar essa dissertação.

Aos queridos Sadraque Viana e Karine Ferreira, pela ajuda sensível, sagaz e amiga com as dificuldades do processo.

Aos colegas mestrandos que compartilharam desse caminho com trocas fundamentais para nossa chegada até aqui.

Às amigas Marcella e Carol, por acolherem minhas angústias.

Ao Pedro, pelo amor cotidiano em forma de calma e compreensão nessa travessia.

## RESUMO

Introdução: em 2019, foram 66.123 vítimas de estupro no Brasil, uma a cada oito minutos, sendo 85,7% do sexo feminino. Construir evidências sobre como ocorre a agressão sexual e quais as características das vítimas e dos agressores pode auxiliar no desenvolvimento de ferramentas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como criar iniciativas de promoção da cultura de paz, prevenção da violência e recuperação dos atores envolvidos. Objetivo: analisar quem são as meninas e mulheres vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Metodologia: esse é um estudo observacional e transversal, que envolveu 119 pacientes atendidas no ambulatório de violência sexual do HC-UFMG de 01/11/2014 a 31/12/2020. Resultados: durante o intervalo em estudo, das 119 vítimas de violência sexual tratadas, observou-se que a maioria eram adultas (82,4%), pardas (50,4%) e solteiras (74,8%). 58% delas não faziam uso de método anticoncepcional e foram violentadas por um único agressor (82,4%), com o qual não tinham relação prévia (59,7%). Em relação à distribuição bivariada, observou-se que o tempo até a procura no atendimento médico foi tardio (maior que 5 dias após a violência) proporcionalmente entre aquelas que tinham entre 14 e 17 anos (73,3%), eram pretas (83,3%), divorciadas (74,8%), tinham relação prévia com o agressor (74,4%), foram violentadas em eventos (76,9%), não realizaram boletim de ocorrência policial (86,2%) intercorreram com gravidez (94,6%) e tiveram o aborto legal autorizado (96,6%). Discussão: na população estudada, a maioria das vítimas se declarava parda (50%), seguida das brancas (23%) e pretas (5%). Observou-se uma associação maior entre aquelas vítimas que não realizaram boletim de ocorrência com aquelas cuja cor de pele era parda, independentemente de terem ou não sofrido outras agressões. Segundo a análise de correspondência, as vítimas com 18 ou mais anos se associaram àquelas cujo intervalo foi tardio (mais de 5 dias) na procura por atendimento e que engravidaram, bem como com aquelas vítimas cujo intervalo foi agudo (até 5 dias) e não engravidaram. As vítimas que realizaram boletim de ocorrência, independentemente de terem sofrido ou não outras agressões, associaram-se mais com as vítimas cuja cor de pele era branca. Além disso, houve uma associação maior entre aquelas vítimas que não intercorreram com gravidez e fizeram uso de contracepção de emergência com o tempo até o primeiro atendimento menor que 1 dia e de 1 e 7 dias. As vítimas cujo tempo até o primeiro atendimento foi maior que 7 dias se associaram com o não uso de contracepção de emergência, independentemente de intercorrer com gravidez ou não, sendo mais forte com as vítimas que engravidaram. Considerações finais: novos estudos são necessários, com uma metodologia que inclua outras variáveis associadas ao perfil epidemiológico das vítimas e agressores para um melhor entendimento das usuárias de tal serviço especializado do HC-UFMG.

Palavras-chave: violência sexual; estupro; violência contra a mulher; perfil epidemiológico.

## ABSTRACT

Introduction: there were 66,123 rape victims in Brazil in 2019, one every eight minutes, 85.7% of them being female. Building evidence on how sexual assault occurs and what are the characteristics of the victims and the offenders can help in the development of tools to improve the access to and the quality of health services, as well as create initiatives to promote a culture of peace, violence prevention and recovery of the people involved. Objective: to analyze who are the girls and women victims of sexual violence attended at the outpatient clinic for sexual violence at the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Methods: this is an observational and cross-sectional study, which involved 119 patients attended at the HC-UFMG sexual violence clinic from 11/01/2014 to 12/31/2020. Results: during the study interval, of the 119 victims of sexual violence treated, it was observed that most were adults (82.4%), brown (50.4%) and single (74.8%). 58% of them did not use contraceptive methods and were raped by a single aggressor (82.4%), with whom they had no previous relationship (59.7%). Using a bivariate distribution analysis, it was observed that the time to seek medical attention was proportionally bigger (greater than 5 days after the violence) among those who: were aged between 14 and 17 years (73.3%); were black (83.3%); were divorced (74.8%); had a previous relationship with the aggressor (74.4%); were raped in events (76.9%); did not file a police report (86.2%) intervened with pregnancy (94.6%); had legal abortion authorized (96.6%). Discussion: in the population studied, most victims declared themselves brown (50%), followed by white (23%) and black (5%). There was a greater association between those victims who did not file a police report with those whose skin color was brown, regardless of whether or not they had suffered other aggressions. According to the correspondence analysis, victims aged 18 or over were associated with those who became pregnant when the interval in seeking care was late (more than 5 days), as well as with those who did not get pregnant when the interval was acute (up to 5 days). Victims who filed a police report, regardless of having suffered other aggressions or not, were more associated with victims whose skin color was white. In addition, there was a greater association between those victims who did not experience pregnancy and used emergency contraception with an interval time until the first visit of less than 1 day and between 1 and 7 days. Victims whose time until the first visit was greater than 7 days were associated with not using emergency contraception, regardless of whether it was a pregnancy or not, being stronger with victims who became pregnant. Final considerations: further studies are needed, using a methodology that includes other variables associated with the epidemiological profile of victims and aggressors for a better understanding of the users of this specialized service at the HC-UFMG.

Keywords: epidemiological profile; rape; sexual violence; violence against women.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Caracterização das vítimas segundo estado civil .....	15
Gráfico 2 – Caracterização das vítimas segundo cor de pele .....	15
Gráfico 3 – Caracterização das vítimas segundo faixa etária .....	16
Gráfico 4 – Caracterização das vítimas segundo local da violência .....	17
Gráfico 5 – Mapa de correspondência entre o intervalo entre a violência e a procura por assistência, gravidez fruto da violência e faixa etária .....	21
Gráfico 6 – Mapa de correspondência entre realização de boletim de ocorrência policial (BO), sofrer outras agressões além da sexual e etnia .....	23
Gráfico 7 – Mapa de correspondência entre gravidez fruto da violência, uso de contracepção de emergência e tempo até o primeiro atendimento .....	25



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição univariada e bivariada do tempo até a procura no atendimento médico segundo as variáveis explicativas .....	17
Tabela 2 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Intervalo e gravidez) .....	22
Tabela 3 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Faixa etária) .....	22
Tabela 4 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Outras agressões, BO) .....	23
Tabela 5 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Cor de pele) .....	24
Tabela 6 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Gravidez, contracepção de emergência) .....	25
Tabela 7 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Tempo até o primeiro atendimento) .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	Belo Horizonte
BO	Boletim de Ocorrência Policial
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MAC	Método anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VS	Violência Sexual

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 Objetivo principal: .....	13
2.2 Objetivos secundários:.....	13
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	14
<b>4 RESULTADOS</b> .....	15
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sexual contra as meninas, adolescentes e mulheres é uma forma de violência de gênero e, ao mesmo tempo, uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública<sup>(1, 2)</sup>. Ela é definida pela Organização Mundial de Saúde como

qualquer relação sexual, tentativa de se obter uma relação sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas ou atos de tráfico ou coerção sexual por qualquer pessoa, independentemente de seu relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente<sup>(3)</sup>.

A coerção pode abranger vários níveis de força. Além da força física, pode ocorrer intimidação psicológica, chantagem ou ameaças, por exemplo, a ameaça de ser demitida de emprego ou de não obter um emprego pleiteado. A violência também pode ocorrer em situações em que a mulher não pode dar consentimento, como quando está bêbada, sob efeito de drogas, dormindo ou é incapaz mentalmente de compreender a situação. A violência sexual inclui o estupro e também a tentativa de estupro. Este se caracteriza pela penetração fisicamente forçada ou coagida – mesmo que leve – da vulva ou ânus, usando pênis, outras partes do corpo ou um objeto. A violência sexual pode incluir outras formas de agressão envolvendo um órgão sexual, incluindo contato forçado de genitália ou ânus contra a boca da vítima. Quanto ao número de agressores, o estupro é classificado como coletivo se houver dois ou mais perpetradores envolvidos<sup>(4, 5)</sup>.

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres. Em alguns estados brasileiros, como Ceará, Acre e Roraima, a taxa mais que dobrou no referido decênio. Em 2018 e 2019, uma mulher foi assassinada no Brasil a cada duas horas, totalizando 4.519 e 3.730 vítimas, respectivamente<sup>(6)</sup>.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE, realizada em 2019, 8,9% das mulheres alegaram já ter sofrido agressão sexual alguma vez na vida. Segundo esse inquérito populacional, a violência sexual gerou consequências psicológicas, físicas e sexuais (gravidez ou infecção sexualmente transmissível) para 60,2%, 19,4% e 5,0% das vítimas, respectivamente<sup>(7)</sup>. A violência contra a mulher associa-se a consequências em curto e longo prazo<sup>(8, 9, 10)</sup>. Estudos que avaliaram o risco de adoecimento mostraram um aumento de 2,59 para transtornos depressivos e 2,33 para abuso de álcool<sup>(3)</sup>. Em 2019, foram 66.123 vítimas de estupro no Brasil, uma a cada oito minutos, sendo 85,7% do sexo feminino<sup>(11)</sup>.

Apesar da vultuosidade do problema e da urgência em se planejar políticas públicas de enfrentamento à violência, são escassos os dados dos centros de referência ao atendimento desse público. Com a sistematização das informações para melhor entendimento da dinâmica do problema, políticas governamentais poderiam ser instituídas de maneira mais assertiva. Construir evidências sobre como ocorre a agressão sexual e quais as características das vítimas e dos agressores pode auxiliar no desenvolvimento de ferramentas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como criar iniciativas de promoção da cultura de paz, prevenção da violência e recuperação dos atores envolvidos<sup>(12,13,14)</sup>.

Um estudo nacional sobre os 68 serviços de aborto legal existentes no Brasil entre 2013 e 2015, constatou que apenas 37 deles informaram realizar interrupção da gestação decorrente de estupro<sup>(15)</sup>. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a violência contra a mulher tem sido um problema de elevada morbimortalidade frequentemente negligenciado na prática médica e tocoginecológica. Tal instituição aponta a importância de se qualificar e ampliar os serviços de atendimento a essas vítimas, incluindo questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexual nos currículos das graduações em medicina e outras áreas da saúde, bem como nos programas de pós-graduação, residência médica e educação continuada<sup>(16)</sup>.

O Ministério da Saúde, por meio de norma técnica, elaborou diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual para garantia da dignidade das pessoas violentadas. O documento preconiza o cuidado interdisciplinar, bem como orienta sobre a prevenção de doenças infecciosas e os procedimentos nos casos de gravidez e interrupção da mesma<sup>(17)</sup>.

O pronto atendimento da maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) é referência no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2012. O atendimento às pacientes nessa situação segue a norma técnica do Ministério da Saúde e visa não só a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez, mas também o acompanhamento clínico pelo risco de desenvolvimento de ISTs e transtornos socio-psíquicos juntamente à psicologia, psiquiatria e serviço social. As pacientes atendidas no pronto atendimento são encaminhadas para seguimento ao Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG, que está integrado ao Ambulatório/Rede Para Elas, Por elas, Por eles. Este presta cuidados convencionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, assistência jurídica, etc.), terapias complementares (homeopatia, reiki, antroposofia, yoga e espiritualidade) e também coletivas (medicina antiestresse, mindfulness, rodas de conversa e oficinas interdisciplinares) para as pacientes do município de Belo Horizonte, pelo Sistema Único de Saúde (SUS/BH)<sup>(18)</sup>.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Analisar quem são as meninas e mulheres vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG.

### **2.2 Objetivos secundários**

- Descrever as características mais prevalentes nos agravos, nas vítimas e agressores atendidos pelo ambulatório;
- Caracterizar o atendimento de urgência e ambulatorial oferecido pelo serviço de saúde;
- Estimar a prevalência entre as vítimas de realização de boletim de ocorrência policial;
- Avaliar o intervalo de tempo decorrido entre a violência e a procura por atendimento médico pelas vítimas;
- Estudar associações entre características das pacientes e a procura tardia por atendimento entre elas;
- Testar associação entre a cor de pele das vítimas e a presença de outras agressões além da sexual e a realização de boletim de ocorrência policial;
- Buscar correlação entre a procura tardia por atendimento, uso de contracepção de emergência e intercorrência de gravidez fruto da violência;
- Testar correspondência entre o intervalo entre a violência e a procura por assistência, gravidez fruto da violência e faixa etária.

### 3 METODOLOGIA

Este é um estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa das pacientes que procuraram o Ambulatório de Violência Sexual do HC / UFMG de 01/11/2014 a 31/12/2020. A coleta dos dados foi realizada por meio de leitura dos prontuários das pacientes atendidas no referido período. As variáveis incluídas foram idade, cor de pele, estado civil, uso rotineiro de contracepção, primeiro ou recidiva de episódio de violência, relação com o agressor, local de ocorrência, número de agressores, presença de outro tipo de violência concomitante, uso de preservativo, ocorrência de ejaculação, realização de boletim de ocorrência policial, tempo entre agressão e procura por atendimento médico, uso de contracepção de emergência, uso de profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis, realização de sorologias, gravidez resultante do estupro, seguimento ambulatorial pós-violência, aborto legal e encaminhamento para avaliação e seguimento psiquiátrico. O banco de dados foi estruturado em Microsoft Excel e o perfil da amostra foi definido segundo as variáveis em questão com valores de frequência absoluta (n), percentual (%), distribuição univariada, bivariada e a análise de correspondência (AC). Esta é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais se destacam.

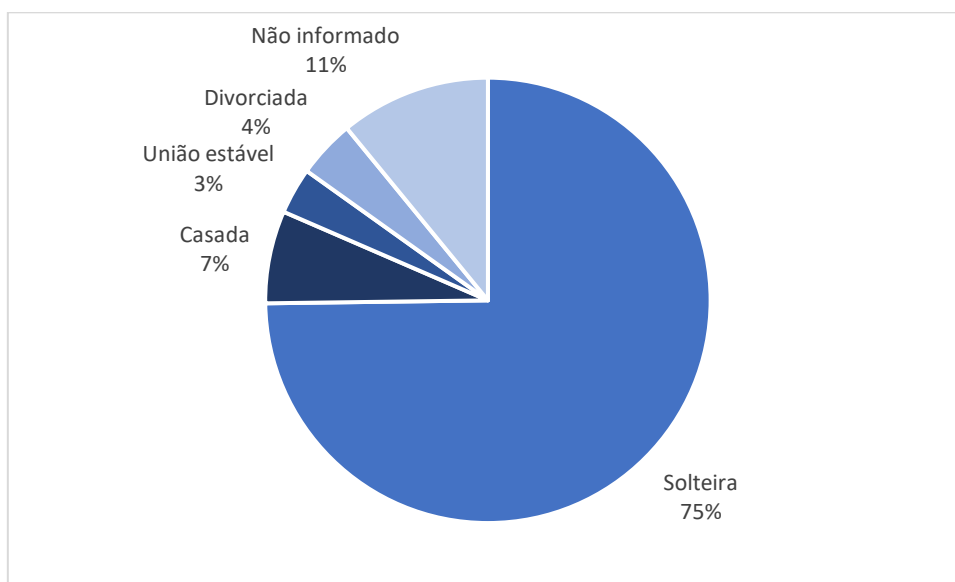
O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFMG, com projeto intitulado 'Violência sexual e estresse: importância da técnica de Mindfulness na diminuição dos níveis de estresse, depressão e melhora da qualidade de vida em mulheres que vivenciaram violência sexual', parecer número: 2.728.723, CAAE: 90432718.0.0000.5149 aprovado em 21/06/2018.



## 4 RESULTADOS

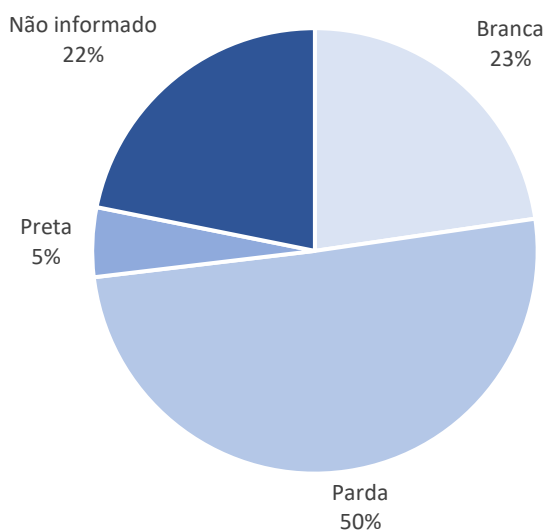
Em relação a distribuição univariada, observou-se que das 119 mulheres analisadas, a maioria eram adultas (82,4%), pardas (50,4%) e solteiras (74,8%), conforme apresentado nos gráficos 1, 2 e 3.

Gráfico 1 – Caracterização das vítimas segundo estado civil



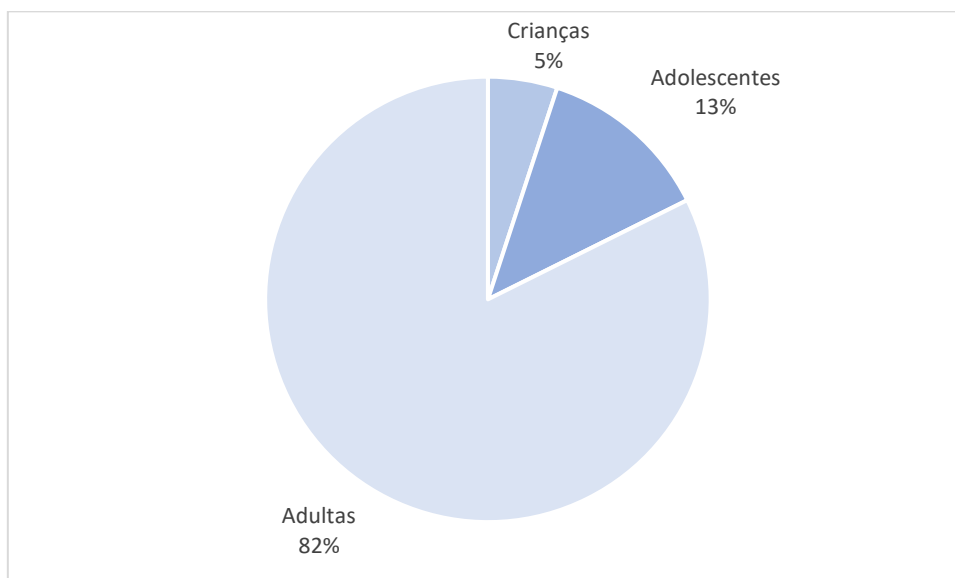
Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

Gráfico 2 – Caracterização das vítimas segundo cor de pele



Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

Gráfico 3 – Caracterização das vítimas segundo faixa etária

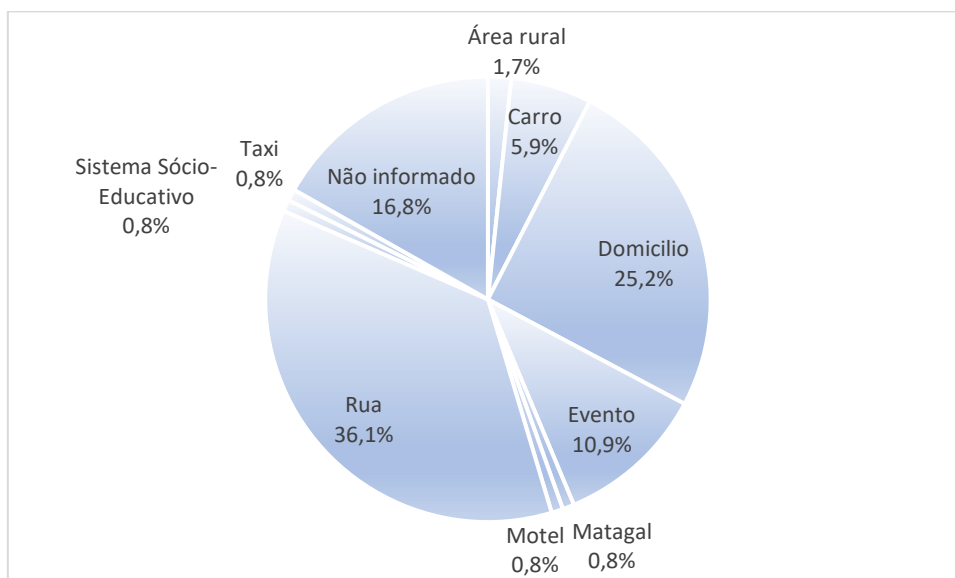


Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

58% delas não faziam uso de método anticoncepcional (MAC) e foram violentadas por um único agressor (82,4%), com o qual não tinham relação prévia (59,7%). Em relação à faixa etária, representada no gráfico 3, as pacientes com até 13 anos, inclusive, foram denominadas como crianças e corresponderam a 5% dos atendimentos. As com idade entre 14 e 17 anos, inclusive, foram denominadas adolescentes e compreenderam a 13% da população analisada. Em sua maioria, as pacientes atendidas eram adultas (82%).

Conforme representado no gráfico 4, o local mais comum de ocorrência da violência foi a rua (36,1%), seguido de domicílio (25,2%).

Gráfico 4 – Caracterização das vítimas segundo local da violência



Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

A Tabela 1 apresenta a distribuição univariada e bivariada do tempo até a procura no atendimento médico segundo as variáveis explicativas.

**Tabela 1** – Distribuição univariada e bivariada do tempo até a procura no atendimento médico segundo as variáveis explicativas

Variáveis explicativas	Intervalo entre a data da violência sexual e a procura no atendimento médico				Total	
	Precoce		Tardio		N	%
	N	%	N	%		
<b>Grupos etários (em anos)</b>						
0 a 13	2	33,3	4	66,7	6	5,0
14 a 17	4	26,7	11	73,3	15	12,6
Mais de 18	30	30,6	68	69,4	98	82,4
<b>Cor</b>						
Branca	6	22,2	21	77,8	27	22,7
Parda	21	35,0	39	65,0	60	50,4
Preta	1	16,7	5	83,3	6	5,0
Não informado	8	30,8	18	69,2	26	21,8
<b>Estado civil</b>						
Solteira	25	28,1	64	71,9	89	74,8
Casada	2	25,0	6	75,0	8	6,7

	União estável	2	50,0	2	50,0	4	3,4
	Divorciada	1	20,0	4	80,0	5	4,2
	Não informado	6	46,2	7	53,8	13	10,9
<b>MAC</b>							
	Sim	11	57,9	8	42,1	19	16,0
	Não	16	23,2	53	76,8	69	58,0
	Não informado	9	29,0	22	71,0	31	26,1
<b>Quantidade</b>							
	Ignorada	2	22,2	7	77,8	9	7,6
	1	30	30,6	68	69,4	98	82,4
	2	1	25,0	3	75,0	4	3,4
	3	3	50,0	3	50,0	6	5,0
	6	0	0,0	1	100,0	1	0,8
	Múltiplos	0	0,0	1	100,0	1	0,8
<b>Relação prévia</b>							
	Sim	10	25,6	29	74,4	39	32,8
	Não	22	31,0	49	69,0	71	59,7
	Não informado	4	44,4	5	55,6	9	7,6
<b>Local</b>							
	Área rural	1	50,0	1	50,0	2	1,7
	Carro	2	28,6	5	71,4	7	5,9
	Domicílio	8	26,7	22	73,3	30	25,2
	Evento	3	23,1	10	76,9	13	10,9
	Matagal	0	0,0	1	100,0	1	0,8
	Motel	1	100,0	0	0,0	1	0,8
	Rua	11	25,6	32	74,4	43	36,1
	Sistema Sócio-Educativo	0	0,0	1	100,0	1	0,8
	Taxi	1	100,0	0	0,0	1	0,8
	Não informado	9	45,0	11	55,0	20	16,8
<b>Outros tipos de agressão</b>							
	Sim	10	28,6	25	71,4	35	29,4
	Não	17	30,9	38	69,1	55	46,2
	Não informado	9	31,0	20	69,0	29	24,4
<b>Ejaculação</b>							
	Sim	8	15,1	45	84,9	53	44,5
	Não	2	40,0	3	60,0	5	4,2
	Não informado	26	42,6	35	57,4	61	51,3
<b>1º Episódio de VS</b>							
	Sim	24	29,3	58	70,7	82	68,9
	Não	7	30,4	16	69,6	23	19,3
	Não informado	5	35,7	9	64,3	14	11,8
<b>Uso de preservativo</b>							
	Sim	1	50,0	1	50,0	2	1,7
	Não	10	16,9	49	83,1	59	49,6
	Não informado	25	43,1	33	56,9	58	48,7

<b>Gravidez</b>						
Sim	4	5,4	70	94,6	74	62,2
Não	27	69,2	12	30,8	39	32,8
Não informado	5	83,3	1	16,7	6	5,0
<b>Aborto legal autorizado</b>						
Sim	2	3,4	56	96,6	58	48,7
Não	2	11,8	15	88,2	17	14,3
Não informado	32	72,7	12	27,3	44	37,0
<b>Realizou B.O.</b>						
Sim	17	54,8	14	45,2	31	26,1
Não	8	13,8	50	86,2	58	48,7
Não informado	11	36,7	19	63,3	30	25,2
<b>Realizou sorologias</b>						
Sim	35	32,7	72	67,3	107	89,9
Não	1	10,0	9	90,0	10	8,4
Não informado	0	0,0	2	100,0	2	1,7
<b>Profilaxia ISTs</b>						
Sim	34	89,5	4	10,5	38	31,9
Não	2	2,8	70	97,2	72	60,5
Não informado	0	0,0	9	100,0	9	7,6
<b>Contracepção de emergência</b>						
Sim	27	73,0	10	27,0	37	31,1
Não	7	10,0	63	90,0	70	58,8
Não informado	2	16,7	10	83,3	12	10,1
<b>Psiquiatria</b>						
Sim	23	23,2	76	76,8	99	83,2
Não	12	63,2	7	36,8	19	16,0
Não informado	1	100,0	0	0,0	1	0,8
<b>Tempo até o 1º atendimento (em dias)</b>						
< 1	19	90,5	2	9,5	21	17,6
1 a 7	15	93,8	1	6,3	16	13,4
> 7	2	2,4	80	97,6	82	68,9
<b>Total</b>						
Total	36	30,3	83	69,7	119	100,0

Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

Não aconteceram outros tipos de agressão além da sexual em 46,2% dos casos, com ejaculação em 44,5% dos estupros. A violência sexual ocorreu pela primeira vez em 68,9% das vítimas, sem uso de preservativo (49,6%), com gravidez (62,2%) e aborto legal autorizado (48,7%). Não houve realização de boletim de

ocorrência policial (BO) em 48,7% dos casos, sendo que em 89,9% deles se realizaram sorologias. A paciente não recebeu profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em 60,5% dos ocorridos e não recebeu contracepção de emergência em 58,8% das situações avaliadas.

Em relação ao cuidado em saúde mental, a maioria das vítimas (83,2%) teve atendimento psiquiátrico. O intervalo de tempo mais prevalente entre a violência e o primeiro atendimento foi mais de 7 dias (68,9%), sendo que ocorreu atendimento ambulatorial de 84,0% das pacientes atendidas no pronto-atendimento.

O tempo para procura de atendimento após a violência foi considerado tardio quando maior que 5 dias e precoce quando menor ou igual a 5 dias. A maioria das pacientes teve um tempo até a procura no atendimento médico tardio (69,7%).

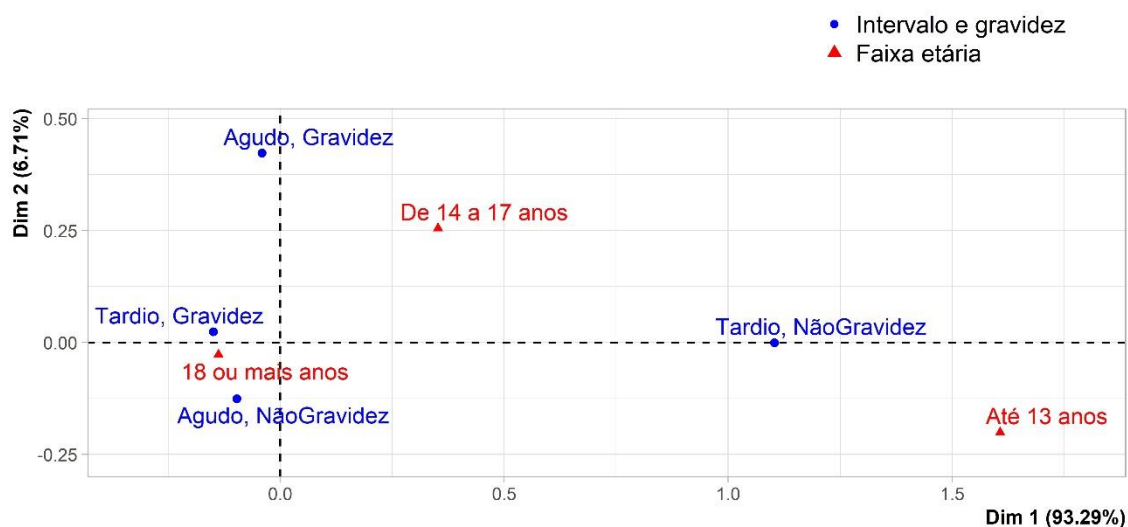
Em relação a distribuição bivariada, observou-se que o tempo até a procura no atendimento médico foi tardio proporcionalmente entre aquelas que tinham entre 14 e 17 anos (73,3%), eram pretas (83,3%) e divorciadas (74,8%).

Foi também proporcionalmente maior entre as que não faziam uso de MAC (76,8%), desconheciam a quantidade de agressores durante a ocorrência (77,8%) e tinham relação prévia com o agressor (74,4%). Nesse grupo de procura tardia por assistência, foi proporcionalmente maior a ocorrência da violência em eventos (76,9%) seguida das ocorridas na rua (74,4%) e com outros tipos de agressão além da sexual (71,4%).

Houve ejaculação em 84,9% dos casos desse grupo, sendo o primeiro episódio de violência sexual (70,7%), sem uso de preservativo (83,1%), com gravidez fruto da violência (94,6%), aborto legal autorizado (96,6%), não realização de B.O. (86,2%) e o primeiro atendimento médico ocorreu mais de 7 dias após a violência (97,6%). Não houve realização de sorologias em 90,0% desses casos, tampouco profilaxia de ISTS (97,2%) ou contracepção de emergência (90,0%). 76,8% deles foram avaliados pela psiquiatria.

O gráfico 5 apresenta o mapa de correspondência entre o intervalo entre a violência e a procura por assistência, gravidez fruto da violência e faixa etária.

Gráfico 5 – Mapa de correspondência entre o intervalo entre a violência e a procura por assistência, gravidez fruto da violência e faixa etária



Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (intervalo e gravidez: agudo, gravidez; agudo, não gravidez; tardio, gravidez; tardio, não gravidez) e dos perfis coluna (faixa etária: até 13 anos, de 14 a 17 anos e 18 ou mais anos) devem ser analisadas as Tabelas 2 e 3. Considerou-se o intervalo como agudo quando compreendeu até 5 dias, inclusive. E como intervalo tardio quando compreendeu mais de 5 dias entre a violência e a procura por assistência médica.

A Tabela 2, referente ao intervalo e gravidez, revela uma melhor representação dos níveis 'tardio, gravidez' e 'tardio, não gravidez' na dimensão 1 (em negrito),

e dos níveis 'agudo, gravidez' e 'agudo, não gravidez' na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 3, referente a faixa etária, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

Tabela 2 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Intervalo e gravidez)

Intervalo e gravidez	Dim 1	Dim 2
Agudo, Gravidez	0,0090	<b>0,9910</b>
Agudo, Não Gravidez	0,3747	<b>0,6253</b>
Tardio, Gravidez	<b>0,9744</b>	0,0256
Tardio, Não Gravidez	<b>1,0000</b>	0,0000

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

Tabela 3 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Faixa etária)

Faixa etária	Dim 1	Dim 2
Até 13 anos	<b>0,9847</b>	0,0153
De 14 a 17 anos	<b>0,6561</b>	0,3439
18 ou mais anos	<b>0,9623</b>	0,0377

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

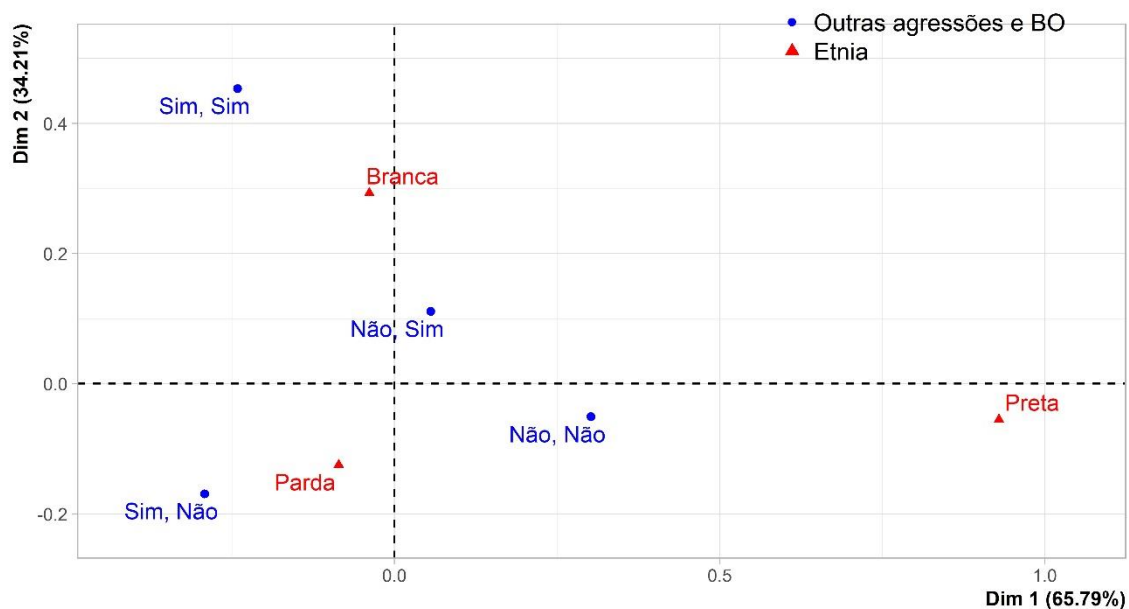
Com base no Gráfico 5, verifica-se uma associação maior entre aquelas vítimas cujo intervalo era agudo e engravidaram com aquelas cuja idade era de 14 a 17 anos. As vítimas cujo intervalo era tardio e não engravidaram se associaram moderadamente com a faixa etária até 13 anos certamente pela baixa frequência desta faixa etária no estudo. As vítimas com 18 ou mais anos, faixa etária com maior frequência nesse estudo, associaram-se mais com aquelas cujo intervalo foi tardio e engravidaram, bem como aquelas vítimas cujo o intervalo era agudo e não engravidaram.

O Gráfico 6 apresenta o mapa de correspondência entre realização de boletim de ocorrência policial, sofrer outras agressões além da sexual e etnia. Para a interpretação da associação entre os níveis e perfis linha (Outras agressões e BO: sim, sim; sim, não; não, sim; não, não) e os perfis coluna (Etnia: branca;



parda; preta) devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5.

Gráfico 6 – Mapa de correspondência entre realização de boletim de ocorrência policial (BO), sofrer outras agressões além da sexual e etnia



Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

**Tabela 4** – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Outras agressões, BO)

Outras agressões e BO	Dim 1	Dim 2
Sim, Sim	0.2207	<b>0.7793</b>
Sim, Não	<b>0.7491</b>	0.2509
Não, Sim	0.1992	<b>0.8008</b>
Não, Não	<b>0.9726</b>	0.0274

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Tabela 5** – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Cor de pele)

Cor de pele	Dim 1	Dim 2
Branca	0.0172	<b>0.9828</b>
Parda	0.3235	<b>0.6765</b>
Preta	<b>0.9966</b>	0.0034

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

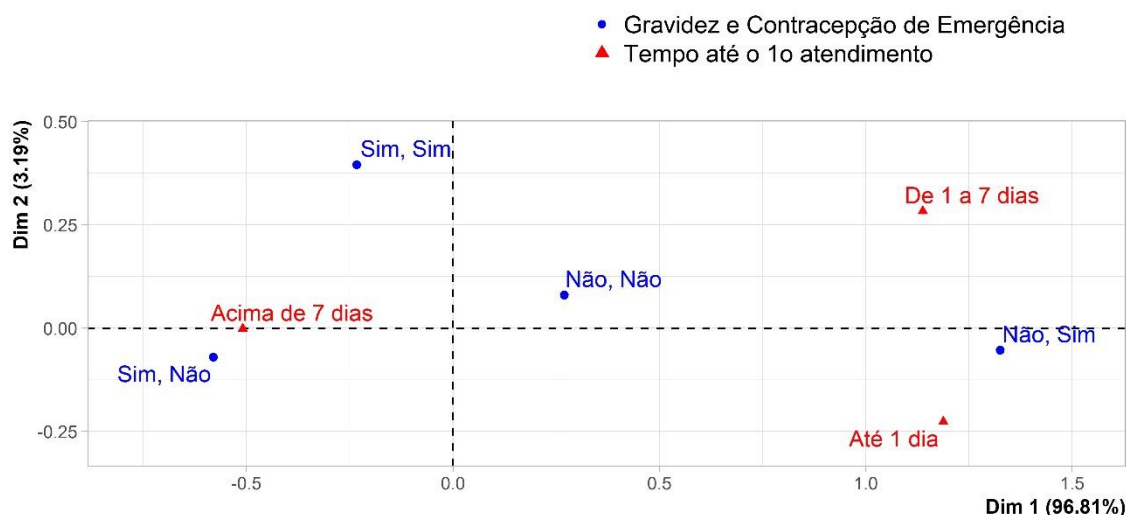
A Tabela 4, referente a outras agressões e BO, revela uma melhor representação dos níveis 'sim, não' e 'não, não' na dimensão 1 (em negrito), e dos níveis 'sim, sim' e 'não, sim' na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 5, referente à etnia, revela uma melhor representação dos níveis 'preta' na dimensão 1 e 'branca' e 'parda' na dimensão 2 (em negrito).

Com base no Gráfico 6, verifica-se uma associação maior entre aquelas vítimas que não realizaram boletim de ocorrência com aquelas cuja cor de pele era parda, independentemente de terem ou não sofrido outras agressões. As vítimas que realizaram boletim de ocorrência, independentemente de terem sofrido ou não outras agressões, se associaram mais com as vítimas cuja cor de pele era branca. Devido à baixa frequência da etnia parda na população sob estudo, esta não se associou fortemente com nenhum dos outros grupos.

O gráfico 7 apresenta o mapa de correspondência entre gravidez fruto de violência, uso de contracepção de emergência e tempo até o primeiro atendimento. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (gravidez fruto de violência e contracepção de emergência: sim,sim; não,sim; sim, não; não, não) e dos perfis coluna (tempo até o primeiro atendimento: até 1 dia; de 1 a 7 dias; acima de 7 dias) devem ser analisadas as Tabelas 6 e 7. A Tabela 6, referente à gravidez fruto da violência e uso de contracepção de emergência, revela uma melhor representação dos níveis 'não,sim', 'sim, não' e 'não,não' na dimensão 1 (em negrito), e do nível 'sim,sim' na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 7, referente ao tempo entre a violência até o primeiro atendimento

médico, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

Gráfico 7 – Mapa de correspondência entre gravidez fruto da violência, uso de contracepção de emergência e tempo até o primeiro atendimento



Fonte: Dados desta pesquisa, 2021.

**Tabela 6** – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Gravidez, Contracepção de emergência)

Gravidez, Contracepção de emergência	Dim 1	Dim 2
Sim, Sim	0.2574	<b>0.7426</b>
Não, Sim	<b>0.9984</b>	0.0016
Sim, Não	<b>0.9856</b>	0.0144
Não, Não	<b>0.9184</b>	0.0816

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Tabela 7** – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna  
(Tempo até o primeiro atendimento)

Tempo até o primeiro atendimento	Dim 1	Dim 2
Até 1 dia	<b>0.9650</b>	0.0350
De 1 a 7 dias	<b>0.9418</b>	0.0582
Acima de 7 dias	<b>1.0000</b>	0.0000

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Com base no Gráfico 7, verifica-se uma associação maior entre aquelas vítimas que não intercorreram com gravidez e fizeram uso de contracepção de emergência com o tempo até o primeiro atendimento menor que 1 dia e de 1 e 7 dias. As vítimas cujo tempo até o primeiro atendimento foi maior que 7 dias se associaram com o não uso de contracepção de emergência, independentemente de intercorrer com gravidez ou não, sendo mais forte com as vítimas que engravidaram. Observou-se também uma leve associação entre as vítimas que engravidaram e receberam contracepção de emergência com aquelas que procuraram atendimento entre 1 e 7 dias após a violência.

## 5 DISCUSSÃO

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE realizada em 2019, as pessoas pretas (20,6%) e pardas (19,3%) sofreram mais com a violência do que as pessoas brancas (16,6%) (6). Já em nossa população estudada, a maioria das vítimas se declarava parda (50%), seguida das brancas (23%) e pretas (5%). Observou-se em nossa população uma associação maior entre aquelas vítimas que não realizaram boletim de ocorrência com aquelas cuja cor de pele era parda, independentemente de terem ou não sofrido outras agressões.

Segundo ainda a PNS realizada em 2019, a maior parte das agressões sexuais contra mulheres foi perpetrada por companheiros, namorados, cônjuges ou ex-parceiros, citados em 53,3% das respostas e ocorreu na residência das próprias vítimas em 61,6% dos casos. (6) Tal achado diferiu do que foi visto na presente pesquisa, na qual a maioria das pacientes não tinha relação prévia com o agressor (59,7%) e a violência foi sofrida na rua (36,1%). Em concordância com uma investigação realizada em outro hospital universitário brasileiro, a maioria das vítimas do nosso estudo também sofreu violência por um único agressor, o qual era desconhecido na maioria das situações<sup>(19)</sup>.

Em relação à distribuição bivariada, observou-se que o tempo até a procura no atendimento médico foi tardio proporcionalmente entre aquelas que tinham entre 14 e 17 anos (73,3%), tinham relação prévia com o agressor (74,4%), eram pretas (83,3%) e divorciadas (74,8%). Uma revisão sistemática que avaliou artigos sobre os atendimentos para aborto legal no Brasil entre 2008 e 2018, observou que quando as vítimas eram mais jovens e conheciam o agressor havia maior demora na procura por atendimento<sup>(20)</sup>. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2015, garotas de 15 anos ou mais de cor de pele mais escura estão sob maior risco de violência que as demais<sup>(21,22)</sup>. De acordo com a PeNSE realizada em 2019, 8,8% das meninas escolares de 13 a 17 anos já haviam sofrido uma relação sexual forçada<sup>(23)</sup>. Tais dados em concordância com os achados dessa pesquisa apontam para a necessidade de recortes raciais e de idade dentro de políticas públicas para o atendimento das

vítimas de violência sexual visando maior acesso desse perfil de pacientes aos serviços de saúde<sup>(24)</sup>.

De acordo com a análise de correspondência realizada nessa pesquisa, houve associação entre o tempo até o primeiro atendimento maior que 7 dias e a ocorrência de gravidez fruto de violência e o não uso de contracepção de emergência. Por outro lado, observou-se associação entre o tempo até o primeiro atendimento menor que 1 dia e a não ocorrência de gravidez e uso de contracepção de emergência. Tal achado sugere que a procura e abordagem precoce da vítima se associa a melhores desfechos. A violência entre meninas e adolescentes sem assistência oportuna e longitudinal além de se associar mais à gestação não-planejada, altera o desenvolvimento feminino e traz desfechos piores, inclusive, para suas futuras gerações<sup>(25, 26, 27)</sup>.

Segundo o DATASUS, foram notificados em 2019 em Belo Horizonte 705 casos de violência sexual<sup>(28)</sup>, dos quais 27 (3,8%) foram atendidos pelo HC-UFMG. Tal dado nos aponta para algumas perguntas fundamentais para a melhoria no atendimento às vítimas de violência sexual. O acesso dessas vítimas aos cuidados em saúde em serviços especializados tem sido facilitado pela rede assistencial? Como garantir que mais mulheres recebam assistência oportuna e de longitudinal?

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se construam estratégias de melhoria no acesso e qualidade dos serviços já existentes no Brasil de atendimento às meninas e mulheres vítimas de violência sexual, é fundamental que se consiga conhecer o perfil epidemiológico das mesmas<sup>(29)</sup>. No presente estudo, um dos maiores obstáculos encontrados foi a obtenção de informações dos registros de atendimento em saúde. O prontuário não informatizado e não integrado entre os serviços de urgência e ambulatorial provocou inconsistência em vários dados coletados. Além disso, a não padronização da entrevista e exame físico realizados fez com que variáveis epidemiológicas importantes não entrassem para essa pesquisa. Escolaridade, ocupação, residência, município de ocorrência da violência, meio de agressão, uso de drogas, gênero, orientação sexual e presença de alguma deficiência são aspectos que precisam ser incluídos em todos os atendimentos, conforme a ficha de notificação compulsória já vigente no país<sup>(30,31)</sup>. Com a realização dessa dissertação e constatação de tais adversidades, foi implantado um formulário padronizado para ser aplicado em todas as pacientes desde o primeiro contato e também a criação de pasta digital em rede entre os dispositivos computacionais do serviço de urgência e ambulatorial para compartilhamento dos dados e não revitimização da paciente por ter que relatar sua história mais de uma vez. Novos estudos são necessários, com um desenho prospectivo e uma metodologia que inclua outras variáveis associadas ao perfil epidemiológico das vítimas e agressores.

## REFERÊNCIAS

- 1 SILVA L. E.; OLIVEIRA M. L. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. **Cien Saude Colet.**, Bethesda (USA), v. 20, n. 11, nov. 2015. Doi: 10.1590/1413-812320152011.11302014. PMID: 26602729. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tWkf7gCRjdr8wxNFCqqjszL/?lang=pt>
- 2 CHRISLER J. C.; FERGUSON S. Violence against women as a public health issue. **Annals of the New York academy of Sciences**, New York, v. 1087, n. 1, nov. 2006. Doi: 10.1196/annals.1385.009. PMID: 17189508. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1385.009>
- 3 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- 4 KRUG E. G.; DAHLBERG L. L.; MERCY J. A.; ZWI A. B.; LOZANO R. **World report on violence and health** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=C2%BC1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=C2%BC1)
- 5 BUCHANAN, J. A. Evaluation and management of adult and adolescent sexual assault victims. **UpToDate**. Literature review current through: agos. 2021. This topic last updated: 29 jul. 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims-in-the-emergency-department?topicRef=13854&source=see\\_link#!](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims-in-the-emergency-department?topicRef=13854&source=see_link#!)
- 6 CERQUEIRA D.; BUENO S. (Coord.). **Atlas da Violência 2020**. Brasília (DF): IPEA; 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
- 7 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
- 8 COKER A. L.; HOPENHAYN C.; DESIMONE C. P.; BUSH H. M.; CROFFORD L. Violence against women raises risk of cervical cancer. **J Womens Health (Larchmt)**. New York, v. 18, n. 8, ago. 2009. Doi: 10.1089/jwh.2008.1048. PMID: 19630537. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.1048>
- 9 MARK H.; BITZKER K.; KLAPP B.F.; RAUCHFUSS M. Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. **J Psychosom Obstet Gynaecol**. [s. l], v. 29, n. 3, set. 2008. Doi: 10.1080/01674820701832770. PMID: 18821266. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820701832770>



- 10 WEITLAUF J. C.; FINNEY J.W.; RUZEK J. I.; LEE T. T.; THRAILKILL A.; JONES S.; FRAYNE S. M. Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. **Obstet Gynecol.** [s. l], v. 112, n. 6, p. 1343-1350, dez. 2008. Doi: 10.1097/AOG.0b013e31818e4678. PMID: 19037045.  
Disponível em:  
[https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2008/12000/distress\\_and\\_pain\\_during\\_pelvic\\_examinations\\_.23.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2008/12000/distress_and_pain_during_pelvic_examinations_.23.aspx)
- 11 ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA: 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020. Disponível em:  
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.
- 12 CLARK H.; QUADARA A. **Insights into sexual assault perpetration: giving voice to victim/survivors' knowledge.** Melbourne (Austrália): Australian Institute of Family Studies. Disponível em:  
<https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/rr18.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- 13 BRASIL. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais – n. 1 (2016).** Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016. Disponível em:  
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/529424>
- 14 GREGORI R; SILVA R. V.; RIBEIRO H. M. Desafios para o acesso e sistematização dos dados de violência contra as mulheres no Brasil: a experiência de implementação do observatório da mulher contra a violência. In: **Boletim Legislativo: Núcleo de estudos e pesquisas da consultoria legislativa.** Brasília, n. 70, abr. 2018. Disponível em:  
<https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/pesquisa/desafios-para-o-acesso-e-sistematizacao-dos-dados-de-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil-a-experiencia-de-implantacao-do-observatorio-da-mulher-contra-a-violencia-1>
- 15 MADEIRO A. P.; DINIZ D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-72. Doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/?format=pdf>
- 16 LATHAM A. E. F.; ROSAS C. F.; PARO H. B. M.S.; PEDROSA, M. L.; ALBUQUERQUE, R. M.; MEDEIROS, R. D. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. **Femina**, v. 49, n. 4, p. 230-236, 2021.
- 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- 18 MELO, E.M.; MELO, V.H. (Org.). **Para elas, por elas, por eles, por nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/cpgpspv/wp-content/uploads/sites/48/2017/06/Para-Elas-20-07-2017.pdf>
- 19 SANTAREM, M. D.; MARMONTEL M.; PEREIRA, N.L.; VIEIRA. L.B.; SAVARIS, R., F. Epidemiological profile of the victims of sexual violence treated at a referral center in Southern Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [s. l.], v. 42, n. 9, p. 547-554, 2020. Doi: 10.1055/s-0040-1715577. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1715577>
- 20 FONSECA, S. C.; DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. C.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, fev. 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00189718. PMID: 32049121. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45xNf6pyjM4Fzt9ztnQRGjk/?lang=pt>
- 21 RAMOS, D. O.; GOES, E. F.; FERREIRA, A. J. F. Intersection of Race and Gender in Self-Reports of Violent Experiences and Polyvictimization by Young Girls in Brazil. **J Racial Ethn Health Disparities**. [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1506-1516, jun. 2021. Doi: 10.1007/s40615-021-01089-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34173224/>
- 22 OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, M. O.; ANDREAZZI, M. A. R.; MALTA, D. C. Characteristics of the national adolescent school-based health survey – PeNSE, Brazil. **Epidemiol Serv Saude**. Brasília (DF), v. 26, n. 3, p. 605-616, jul. set. 2017. Doi: 10.5123/S1679-49742017000300017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977184/>
- 23 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019**. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf> Acesso em: 17 set. 2021.
- 24 TORAZZI, E.; MERELLI, V.; BARBARA, G.; KUSTERMANN, A.; MARASCIUOLO, L.; COLLINI, F.; CATTANEO, C. Similarity and differences in sexual violence against adolescents and adult Women: the need to focus on adolescent victims. **J Pediatr Adolesc Gynecol**. Philadelphia (PA), v. 34, n. 3, jun. 2021. Doi: 10.1016/j.jpag.2020.11.018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33259887/>
- 25 NOLL, J. G.; SHENK, C.E.; YEH, M. T.; JI, J.; PUTNAM, F. W.; TRICKETT, P. K. Receptive language and educational attainment for sexually abused females. **Pediatrics**. Stanford (USA), v. 126, n. 3, p. e615-e622, 2010. Doi:10.1542/peds.2010-0496. Disponível em: <https://pure.psu.edu/en/publications/receptive-language-and-educational-attainment-for-sexually-abused>

- 26 TRICKETT, P. K.; NOLL, J. G.; PUTNAM, F. W. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. **Dev Psychopathol**. Cambridge (UK), v. 23, n. 2, p. 453-476, maio 2011. Doi: 10.1017/S0954579411000174. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786689/>
- 27 CAMPBELL, R.; LICHTY, L. F.; STURZA, M.; RAJA, S. Gynecological health impact of sexual assault. **Res Nurs Health**. Chicago (USA), v. 29, n. 5, p. 399-413, out. 2006. Doi: 10.1002/nur.20155. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16977640/>
- 28 BRASIL. **Datasus**, 2021. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- 29 DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: the scope of the problem. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. [s. l.], v. 27, n. 1, p. 3-13, fev. 2012 Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22940107/>
- 30 TURCHIK, J. A.; HEBENSTREIT, C. L.; JUDSON, S. S. An examination of the gender inclusiveness of current theories of sexual violence in adulthood: recognizing male victims, female perpetrators, and same-sex violence. **Trauma Violence Abuse**. [s. l.], v. 17, n. 2, p. 133-148, abr. 2016. Doi: 10.1177/1524838014566721. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838014566721>
- 31 VELOSO, M. M.; MAGALHÃES, C. M.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Cien Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PkkYlHmYPsBjMW6YSvMqKKg/>