

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

Letícia Gomes Santos

**O IMPACTO DO SEGUIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO
NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Belo Horizonte

2023

Letícia Gomes Santos

**O IMPACTO DO SEGUIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO
NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

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 obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora: Profa. Dra. Sara de Pinho Cunha Paiva

Coorientadora: Profa. Dra. Ilka Afonso Reis

Belo Horizonte

2023

Santos, Letícia Gomes.

SA237i O impacto do seguimento em um serviço de saúde especializado na qualidade de vida de mulheres vítimas de violência sexual [recursos eletrônicos]. / Letícia Gomes Santos.

-- Belo Horizonte: 2023.

84f.: il.

Formato:

PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Sara de Pinho Cunha Paiva.

Coorientador (a): Ilka Afonso Reis.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



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 LETÍCIA GOMES SANTOS

Realizou-se, no dia 10 de outubro de 2023, às 08:00 horas, através da Plataforma TEAMS, a defesa de dissertação, intitulada: *O IMPACTO DO SEGUIMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL*, apresentada por LETÍCIA GOMES SANTOS, número de registro 2021724730, 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), Ilka Afonso Reis – coorientadora (UFMG), Prof(a). Marilene Vale de Castro Monteiro (UFMG) e 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, 10 de outubro de 2023.

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

Prof(a). Ilka Afonso Reis – coorientadora (Doutora)

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

Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Sara de Pinho Cunha Paiva, Professora do Magistério Superior**, em 23/10/2023, às 11:09, 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 23/10/2023, às 13:01, 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 **Ilka Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 23/10/2023, às 13:32, 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 **Adalgisa Peixoto Ribeiro, Professora do Magistério Superior**, em 24/10/2023, às 13:20, 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?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2666888** e o código CRC **F13FECFA**.

Referência: Processo nº 23072.259309/20 23-61

SEI nº 2666888

A Deus, meu amparo diário. À minha família, meu suporte incondicional na busca pelos meus objetivos profissionais. Pai, Mãe e Marcus, obrigada pelo incentivo e carinho de sempre. Ao Guilherme, meu companheiro, obrigada pelo amor, cumplicidade e apoio.

AGRADECIMENTOS

A todos os envolvidos no serviço de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFG), em especial à Profa. Marilene Vale de Castro Monteiro por ser pioneira na criação e desenvolvimento do serviço e à minha orientadora Profa. Sara de Pinho Cunha Paiva pela dedicação e organização do serviço nos últimos anos e por acreditar no meu potencial durante todo o projeto. Você é minha inspiração na vida profissional e grande exemplo de mulher.

A todos que foram meus professores nesta longa trajetória da vida acadêmica, em especial aos mestres da medicina: vocês me impulsionaram para eu chegar aqui.

Ao Hospital das Clínicas da UFG por ser escola que muda vidas, tanto dos seus alunos quanto dos pacientes, os quais são assistidos nesta grandiosa instituição.

Por fim, agradeço às mulheres atendidas no ambulatório de violência sexual do HC-UFG, que contribuíram com este estudo mesmo vivenciando um momento de grande fragilidade. Vocês foram peça fundamental na minha caminhada profissional, ampliando meu olhar e aprimorando minha forma de cuidar.

“A vulnerabilidade não é sinal de fraqueza, mas de coragem”

(Brené Brown – Livro: A coragem de ser imperfeito)

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar como o seguimento em um serviço de saúde especializado pode impactar na qualidade de vida de mulheres vítimas de violência sexual. A partir da análise, ampliar e otimizar o atendimento multidisciplinar prestado e desenvolver estratégias complementares que auxiliem na melhoria da qualidade de vida das pacientes. **METODOLOGIA:** Estudo observacional longitudinal com pacientes acima de 18 anos atendidas no ambulatório de violência sexual do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG) entre fevereiro de 2021 a setembro de 2022. Para análise do impacto do serviço na qualidade de vida dessa população, utilizou-se o questionário validado *WhoQol-bref* aplicado em dois momentos distintos. As variáveis dependentes foram os quatro domínios do questionário (físico, meio ambiente, psicológico e relações sociais) e as duas perguntas iniciais sobre a percepção da qualidade de vida geral. As covariáveis incluíram idade das vítimas e tempo entre as respostas. Como desfechos secundários avaliou-se: realização do aborto legal, seguimento psiquiátrico e nos grupos de Intervenção Baseada em *Mindfulness* (MBI). Para comparação das variáveis nos dois tempos utilizou-se Teste de Postos de Sinais de *Wilcoxon*. Análises estatísticas foram feitas com o software R. **RESULTADOS:** Dentre as 60 mulheres incluídas no estudo, 17 responderam ao questionário pela segunda vez (perda de seguimento de 71,7%). A idade das participantes concentrou-se dos 20 aos 35 anos. O aborto legal foi realizado por 45% das pacientes, 60% fizeram seguimento psiquiátrico e 18,4% participaram dos grupos de MBI. Houve aumento pontual na média de todos os domínios do WhoQoL-bref, mas detectada mudança estatisticamente significativa apenas na mediana do domínio físico e da pontuação geral ($p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** Devido às limitações éticas e assistenciais à população estudada, não foi possível acompanhar um grupo controle para diferenciar os efeitos do protocolo de atendimento no serviço especializado no tempo proposto. Considerando um aumento estatisticamente significativo na mediana do domínio físico, estudos com maior número de pacientes podem trazer informações mais abrangentes. O aumento na média das pontuações em todos os domínios, demonstra a tendência do impacto positivo do acompanhamento ambulatorial na qualidade de vida das mulheres vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: Violência sexual. Indicadores de qualidade de vida. Serviços de saúde. Equipe multidisciplinar. Saúde Pública. Promoção da saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate how follow-up care in a specialized health service can impact the quality of life of women victims of sexual violence. Based on the analysis, expand and optimize multidisciplinary care provided and develop complementary strategies that can help improve patients' quality of life. **METHODOLOGY:** Longitudinal observational study with patients over 18 years of age treated at the sexual violence outpatient clinic at Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG) between February 2021 and September 2022. To analyze the impact of the service on the quality of life of this population, the WhoQol-bref questionnaire was applied at two different times. The dependent variables were the four domains of the questionnaire (physical, environmental, psychological and social relationships), and the two initial questions about the perception of general quality of life. Covariates included victim age and time between responses. As secondary outcomes, the following were evaluated: legal abortion, psychiatric follow-up and mindfulness- based intervention groups (MBI). To compare the variables at both times, the Wilcoxon Test was used. Statistical analyzes were performed using R software. **RESULTS:** Among 60 women included in the study, 17 answered the questionnaire for the second time (loss of follow-up 71,7%). The age density of the participants was concentrated between 20 and 35 years old. Legal abortion was performed by 45% of patients, 60% underwent psychiatric follow-up and 18,4% participated in MBI groups. There was a specific increase in the mean of all domains of the WhoQoL-bref and in the average of the domains, but a statistically significant change was detected only in the median of the Physical domain and the overall score ($p < 0.05$). **CONCLUSION:** Due to ethical and care limitations for the studied population, it was not possible to monitor a control group to differentiate the effects of the care protocol in the specialized service within the proposed time. Considering a statistically significant increase in the median of the physical domain, studies with a larger number of patients can provide more comprehensive information. The increase in the average scores of all domains demonstrates the trend towards a positive impact of outpatient monitoring on patients' quality of life.

Keywords: Sexual violence. Indicators of Quality of Life. Health Service. Multidisciplinary health team. Public health. Health promotion

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da média dos domínios, percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde entre as respostas ao questionário WhoQol-bref	40
Gráfico 2.0 e 2.1: Percepção da qualidade de vida - distribuição da nota pelo tempo.....	41
Gráfico 2.2 e 2.3: Satisfação com a saúde - distribuição da nota pelo tempo	41
Gráfico 2.4 e 2.5: Domínio Físico - distribuição da nota pelo tempo	41
Gráfico 2.6 e 2.7: Domínio Psicológico - distribuição da nota pelo tempo	42
Gráfico 2.8 e 2.9: Domínio das Relações Sociais - distribuição da nota pelo tempo.....	42
Gráfico 2.10 e 2.11: Domínio do Meio ambiente - distribuição da nota pelo tempo.....	42
Gráfico 3.0 e 3.1: Média de idade das mulheres incluídas no estudo.....	45
Gráfico 4.0 e 4.1: Média de tempo entre as respostas ao questionário WhoQol-bref.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da agressão sofrida pelas pacientes participantes do estudo quanto a características do agressor e da agressão	36
Tabela 2: Caracterização das pacientes participantes no início do estudo (Momento 1) quanto à idade, realização de aborto legal, seguimento psiquiátrico, participação em grupos de mindfulness e os domínios do WhoQoL-bref, segundo permanência no estudo	38
Tabela 3: Caracterização das pacientes participantes no final do estudo (Momento 2) quanto à idade, realização de aborto legal, seguimento psiquiátrico, participação em grupos de mindfulness.....	39
Tabela 4: Análise descritiva e comparativa da pontuação nos domínios do WHOQoL-bref nos momentos 1 e 2 para as 17 pacientes que finalizaram o estudo	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES:

CIB-SUS	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema nico de Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema nico de Saúde
DEMs	Delegacias especializadas de atendimento  mulher
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IML	Instituto Médico Legal
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
MBI	Interveno Baseada em Mindfulness
OMS	Organizao Mundial da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher
SINAN	Sistema de Informao de Agravos de Notificao
SUS	Sistema nico de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1. Dados históricos de combate à violência sexual contra mulher no Brasil	19
2.2. Dados Epidemiológicos	21
2.3. O que diz a literatura sobre o impacto da violência sexual na qualidade de vida das vítimas	22
3. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG NO CENÁRIO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	24
3.1. Protocolo de atendimento do serviço de violência sexual do HC-UFMG	25
4. OBJETIVOS	28
5. METODOLOGIA	29
5.1 Coleta e análise dos dados	29
5.2 As análises estatísticas	30
5.2.1 <i>Teste de Postos de Wilcoxon</i>	31
5.2.2 <i>Regressão linear simples</i>	32
5.3 Viabilidade de execução, aspectos éticos e conclusão da pesquisa	33
5.4 Inserção em linha de pesquisa do programa	34
5.5 Instalações e equipamentos necessários para execução das atividades	34
5.6 Aprovações do trabalho (Anexos D a F)	34
6. RESULTADOS	35
6.1 Características da amostra	35
6.2 Avaliação comparativa entre as respostas ao questionário	39
6.2.1 <i>Comparação entre as médias dos domínios</i>	39
6.2.2 <i>Comparação entre as medianas dos domínios</i>	40
6.2.3 <i>Comparação proporcional (análise percentual) da diferença das respostas entre os domínios</i>	43
6.3 Comportamento da média das respostas ao questionário WhoQol-bread em relação as covariáveis	43
6.3.1 <i>Comportamento da média das respostas em relação à idade das pacientes</i>	43
6.3.2 <i>Comportamento da média das respostas em relação ao tempo entre as respostas</i>	43
6.4 Comportamento da média das respostas ao questionário WhoQol-bread em	

relação aos desfechos secundários	44
6.5 Apêndice dos Resultados	44
7. DISCUSSÃO	46
8. CONCLUSÃO	50
8.1 Recomendações aos serviços de saúde especializados no seguimento de mulheres vítimas de violência sexual	50
8.1.1 <i>O que manter e/ou inserir nos serviços:</i>	50
8.1.2 <i>O que retirar e/ou evitar nos serviços</i>	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXO A - Questionário WHOQol-bref aplicado no estudo.....	58
ANEXO B - Protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual no HC UFMG.....	62
ANEXO C – Ficha de atendimento à vítima de violência sexual no ambulatório do HC-UFMG.....	79
ANEXO D – Aprovação do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil	81
ANEXO E – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia	82
ANEXO F – Parecer de aprovação da emenda no projeto de pesquisa pelo departamento de ginecologia e obstetrícia	84
ANEXO G – Comprovação da recomendação de publicação do Artigo “The Impact of Follow-up Care in a Specialized Health Service on the Quality of Life of Women Victims of Sexual Violence” extraído da presente dissertação, na revista brasileira de ginecologia e obstetrícia (RBGO).....	85

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é uma grande realização pessoal e profissional para sua autora. Desde o Ensino Médio em 2011, sempre houve dedicação e inclinação especial para as atividades relacionadas à docência, atuando como professora particular de química no ensino médio. Durante a faculdade de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, a dedicação se expandiu para as atividades de monitoria, projetos de extensão e iniciação científica. Já na especialização em Ginecologia e Obstetrícia, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), mesmo diante de tamanha carga horária, o olhar se manteve atento para as atividades acadêmicas. O aprendizado, muito além de teórico no ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG, motivou a inscrição, em 2021, na pós-graduação do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Vivenciando o contexto turbulento da pandemia da COVID-19, os desafios pareciam se multiplicar, mas, ainda assim, durante as atividades como residente e sob a orientação da professora Sara de Pinho Cunha Paiva, iniciou-se o sonho do mestrado.

No Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre os tipos de violência, a escolha foi por abordar a violência sexual às mulheres, exatamente por observar de perto a difícil realidade das mulheres atendidas no HC-UFMG, além do crescente número de vítimas durante a pandemia. A percepção era de urgência em estudar um serviço de atendimento especializado buscando aprimorá-lo e ampliar o acesso às mulheres vulneráveis. Acredita-se também que iniciar esse projeto durante a residência em Ginecologia e Obstetrícia possibilitou uma visão mais humanista e capacitada profissionalmente, para lidar com as mulheres e suas vulnerabilidades.

A violência sexual contra mulheres compreende todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo de maneira não consensual. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório mundial sobre violência e saúde, complementa que “a coerção pode ocorrer de diversas formas e por meio de diferentes graus de força, intimidação psicológica, extorsão e ameaças”. (WHO, 2002). Mesmo com essa definição clara da OMS, a violência sexual, por ser um conceito multidimensional, configura desafio para a compreensão de muitos profissionais da saúde ou segurança pública que lidam diretamente com as vítimas (BRADFORD, 2006). Fazendo uma análise jurista, conforme o Código Penal revisado em 2009, no Brasil, estupro é constranger alguém, mediante violência, ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (BRASIL, 2009).

O Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, aprovado no Brasil, considera a violência sexual um crime contra a humanidade (ESTATUTO DE ROMA, 2012). Ademais, pode-se encontrar na Lei Maria da Penha em seu artigo 7, alínea III, definições que nos levam a delimitar a violência sexual para além do estupro: a Lei define violência sexual como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006).

Adicionalmente, a violência sexual está inclusa como uma forma de violência de gênero, já que acomete primariamente pessoas do gênero feminino em qualquer período de suas vidas (FACURI et al., 2013) e em muitas situações está atrelada à violência doméstica e ao estereótipo machistas de total serventia das mulheres às suas parcerias, incluindo no âmbito sexual. Com o desenvolvimento da internet tornou-se também um dos tipos de crimes cibernéticos (BRADFORD, 2006), gerando violações de intimidade e vítimas online diariamente. Cabe ressaltar que toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; com coerção física ou por medo do que ocorra também são formas de violência sexual (Taquette, 2007).

Combater os diversos tipos de violência ainda é desafiante, especialmente a violência contra a mulher, que configura grave violação dos direitos humanos (IBGE, 2020). Dada a gravidade e seriedade do problema e aos seus desdobramentos para as vítimas e para a sociedade, a violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública global em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS (UNITED NATIONS, 1993).

Barreto et al. (2016) assevera que, por ser um problema tão impactante na saúde global, é mandatório e urgente que ocorra o aprimoramento dos serviços de saúde e segurança disponíveis, pois atualmente esses ainda não atendem às necessidades das vítimas em sua completude. As Nações Unidas Brasil (2021), em seu relatório de março de 2021, indicam que ao longo da vida, uma em cada três mulheres (aproximadamente 736 milhões de pessoas) é submetida a violência física ou sexual por parte de seu parceiro, ou violência sexual por parte de um não parceiro; e essa violência começa cedo: uma em cada quatro mulheres jovens (de 15 a 24 anos) que estiveram em um relacionamento já terá sofrido violência de seus parceiros por volta dos vinte anos. No mesmo documento, a OMS destaca ainda o impacto que o contexto da pandemia de COVID-19 gerou, agravando a violência endêmica contra a

mulher, principalmente em seus próprios lares. É válido ressaltar que devido às subnotificações desses casos, os números podem ser ainda maiores.

A mulher, que já é vítima e sofre com as diversas consequências da violação sofrida, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a ser submetida à outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância. Este fator faz com que muitas mulheres não denunciam os agressores nem procuram assistência necessária (BEDONE; FAÚNDES, 2007). Corrigir essas lacunas da assistência e fornecer o adequado acompanhamento e suporte às vítimas pode minimizar várias consequências físicas, psicológicas e sociais geradas pela violência sexual. Distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade e o estresse pós-traumático acometem até 33% das mulheres que sofreram violência sexual (BARBARA et al., 2022), e a tentativa de suicídio chega a ser cogitada em quase metade das mulheres que já vivenciaram um estupro (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2017). Alterações físicas como piora do sono, de hábitos alimentares e sintomas gastrointestinais também são consequências frequentes (DROSSMAN, 1995). O conjunto de todos esses distúrbios acaba resultando em uma piora da qualidade de vida dessas mulheres em curto e longo prazo.

Além de garantir o acesso aos serviços de saúde especializados, é preciso fornecer cuidado com uma equipe capacitada que atenda às necessidades das vítimas e, principalmente, que diminua a não adesão ao acompanhamento (VIEIRA; HASSE, 2017). Os principais entraves para estruturar um serviço de qualidade são a fragmentação da atenção, o subfinanciamento estatal, estruturas físicas inadequadas, baixo número de profissionais e alta rotatividade destes nos serviços (BRANCO et al., 2020), bem como uma visão viciada que faz os profissionais e as vítimas serem negligentes e não perceberem ou nomearem o que foi experienciado como violência, limitando ainda mais a execução e a eficácia das políticas públicas (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2022).

Esta dissertação consiste, portanto, em avaliar como um serviço especializado no atendimento de vítimas de violência sexual pode impactar a qualidade de vida delas. Para fazer essa análise foi conduzido um estudo no serviço especializado do HC-UFMG. Com essa análise espera-se desenvolver estratégias que possam ajudar ainda mais no combate ao estresse pós-traumático e, conseqüentemente, impactar positivamente na melhora da qualidade de vida das vítimas, como, por exemplo, a implementação de grupos de MBI para gestão do estresse.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Dados históricos de combate à violência sexual contra mulher no Brasil

No Brasil, a luta pela proteção às mulheres vítimas de violência sexual é histórica. Em 1985, na Década da Mulher declarada pela ONU, foi inaugurada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), por meio da Lei 7353/85. No ano seguinte, no estado de São Paulo, foi criada a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte (BRASIL, 2010). De 1985 a 2002, a criação de DEMs (Delegacias Especializadas de atendimento à Mulher) e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política nacional.

Sobre os avanços históricos do combate à violência sexual contra a mulher, no âmbito da saúde, destacam-se as principais Leis, políticas e programas que moldaram a assistência às vítimas desse tipo de violência no Brasil:

- 2002: foi criado o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher sob a gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM) vinculada ao Ministério da Justiça e promulgada a Lei 10.778 (BRASIL, 2003), que instituiu um novo avanço: a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos ou privados.

- 2004: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento nas questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Classificou como um de seus objetivos promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, organizando redes integradas de atenção às vítimas, articulando a atenção com ações de prevenção de DST/aids e promovendo ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

- 2006: Publicação primária da Lei Maria da Penha Lei 11.340 (BRASIL, 2006). Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Afirma, que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservando sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Em seu artigo 7º: “São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras”, parágrafo III - “a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação,

ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 2006).

- 2008: II Plano Nacional de Políticas para as mulheres. No capítulo 4, o Plano traz medidas de enfrentamento para todas as formas de violência contra as mulheres. O II PNPM propõe uma intervenção pública de caráter multissetorial buscando, simultaneamente, desenvolver ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência. Logo, a noção de enfrentamento não se restringe apenas à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres.

Além disso, o plano nacional fomenta a importância da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação, reaparelhamento ou reforma de serviços especializados (Casas-abrigo, Centros de Referência, Centros de Reabilitação e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento a partir da articulação dos governos – federal, estadual, municipal – e da sociedade civil para estabelecer uma rede de parcerias que permitam o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento (BRASIL, 2008).

- 2011: Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Ampliou e aperfeiçoou a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência e teve em vista sistematizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres (BRASIL, 2010).

- 2013: foi sancionada a Lei nº 12.845, que garantiu às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, em todos os hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência sofrida (BRASIL, 2013).

- 2013: Programa “Mulher, Viver sem Violência”, cujo objetivo é integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência (implementação da Casa da Mulher Brasileira, ampliação da Central de Atendimento à mulher, Organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual, implantação e manutenção dos Centros de Atendimento às mulheres nas regiões de fronteira seca, campanhas continuadas de

conscientização e Unidades móveis para atendimento a mulheres em situação de violência no campo e na floresta). A iniciativa foi transformada em Programa de Governo por meio do Decreto nº. 8.086, de 30 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013).

2.2. Dados Epidemiológicos

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, constatou que 19,4% das mulheres já sofreram algum tipo de violência e que a prevalência de casos é maior nas populações jovens: 27% de 18 a 29 anos. A pesquisa também constatou que 60% das vítimas de violência sexual tiveram consequências psicológicas, em decorrência da agressão (BRASIL, 2021). No contexto de “lockdown”, durante a pandemia da COVID-19, segundo a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços de disque denúncia (disque 100: denúncia de violação dos direitos humano e disque 180: central de atendimento à mulher em situação de violência).

Em 2021, Tedros A. Ghebreyesus, diretor-geral da OMS declarou que

[...] ao contrário da Covid-19, a violência contra as mulheres não pode ser interrompida com uma vacina. Só podemos lutar contra isso com esforços sustentados e enraizados — por governos, comunidades e indivíduos — para mudar atitudes prejudiciais, melhorar o acesso a oportunidades e serviços para mulheres e meninas e promover relacionamentos saudáveis e mutuamente respeitosos. (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021).

Seguindo este ideal, criou-se o guia “COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020), para orientar os serviços e profissionais de saúde envolvidos no atendimento a essas mulheres.

Em Minas Gerais (MG) o cenário estatístico reflete o nacional já mencionado. Em 2017, havia no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 32.571 notificações de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres mineiras. O estupro foi a violência sexual mais frequente (73,5%), representando média de cinco notificações pelos serviços de saúde por dia. 65,5% desses casos foram notificados menos de 72 horas após a ocorrência (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2022). Em 2020, no contexto da pandemia do COVID 19-9, foram notificados, segundo o SINAN, 29.346 casos de violência interpessoal/autoprovocada contra mulher, sendo 3.249 (11%) dessas, violência sexual. Em 2021, ainda durante a pandemia, a mesma fonte mostrou 28.862 notificações de violência interpessoal/autoprovocada entre

mulheres em MG, sendo 3617 (12,5%) casos de violência sexual. Percebe-se que a redução das notificações foi expressiva durante a pandemia. Houve queda de 10% entre 2017 e 2020, e de aproximadamente 2% entre 2020 e 2021. No entanto, proporcionalmente, em 2021 os casos de violência sexual foram maiores do que em 2020, o que também corrobora a tendência nacional e gera a dúvida se a diminuição progressiva das notificações é fidedigna ao menor número de casos ou se reflete o período pandêmico no qual houve defasagem das notificações e do acesso aos serviços (BRASIL, 2021).

2.3. O que diz a literatura sobre o impacto da violência sexual na qualidade de vida das vítimas

Poucos estudos abrangem a correlação direta entre a violência sexual e impacto na qualidade de vida das vítimas, principalmente a longo prazo. Hisasue et al. (2020), conduziu na Finlândia, de 2013 a 2016, estudo com 22.398 mulheres que objetivou avaliar associações entre exposição à violência, qualidade de vida e estresse psicológico. Os resultados mostraram que mulheres expostas à violência tiveram pontuações significativamente piores no questionário avaliador de qualidade de vida (EuroHis Qol – adaptação do WhoQol-bref), (ROCHA et al., 2012) e o sofrimento psicológico foi significativamente pior ($p < 0,001$) em comparação com as mulheres não expostas. (HISASUE et al., 2020). Cardenas, Johnson e Postmus (2021), avaliaram a percepção sobre qualidade de vida de mulheres vítimas de violência por seus parceiros, confirmando a hipótese de pior percepção por esse grupo ($M = 4.07$, $SD = 1.12$). O estudo destaca também como existem poucas pesquisas abordando formas de melhorar a qualidade de vida entre as vítimas sobreviventes a tais violências. DeMaria et al. (2023), asseguram que a agressão sexual impacta negativamente na saúde reprodutiva e sexual, com os sobreviventes sendo menos propensos a procurar e manter assistência ginecológica de rotina, incluindo cuidados contraceptivos, aumentando os riscos de gestação e doenças sexualmente transmissíveis em curto e longo prazo.

Schou-Bredal et al. (2020) conduziram um estudo norueguês que analisou a prevalência de agressão sexual ao longo da vida em 1792 pessoas adultas do sexo masculino e feminino (10,9% das mulheres e 1,9% dos homens) e correlacionaram, por meio de dados extraídos de respostas a questionários, a associação entre agressão sexual e percepção de saúde, qualidade de vida e autossuficiência. O estudo demonstra que as vítimas de agressão sexual tiveram uma percepção da qualidade de vida inferior ao grupo controle (68,1 vs. 75,9, $p = 0,04$) e não houve

diferença significativa na avaliação da qualidade de vida entre os gêneros. Outros dados apresentados demonstram que a agressão sexual parece estar relacionada à ocorrência de múltiplos problemas de saúde ao longo da vida para ambos os sexos. Dentre as vítimas, 19 (15,8%) tentaram suicídio, 19 (15,8%) cometeram automutilação e 32 (26,7%) tiveram ou sofreram transtorno alimentar. Os problemas físicos que mais se destacaram foram as dores crônicas (47,5%) e as doenças osteomusculares (30,8%). As proporções de problemas de saúde física e mental não foram significativamente diferentes entre as vítimas do sexo masculino e feminino, embora a agressão sexual pareça afetar menos negativamente os homens.

No Brasil, as estatísticas e os dados epidemiológicos apresentados na sessão anterior corroboram a hipótese de que a violência sexual pode causar danos biopsicossociais irreparáveis às vítimas. Estudo sobre o atendimento às mulheres que sofreram violência sexual no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) reforça que a violência sexual tem consequências graves para as mulheres. Além dos danos psicológicos, aumenta a possibilidade de gravidez indesejada, de doenças sexualmente transmissíveis e potencializa os riscos de exposição ao uso de drogas, à prostituição e a episódios de depressão. O estudo também salienta a relevância da capacitação dos centros especializados no atendimento a essas mulheres e destaca o projeto Iluminar Campinas, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, visando padronizar e normatizar o atendimento das vítimas de violência sexual da região metropolitana da cidade (BEDONE et al., 2007).

Figueira (2020), avaliou a prevalência de violência sexual entre pacientes com queixa de disfunção sexual. Em sua dissertação, é notório que as consequências do abuso sexual são de grande magnitude e de natureza diversa para as vítimas. Como, em muitos casos, a violência sexual está associada a outros tipos de violência, como a física e a psicológica, é compreensível que isso traga implicações graves para a saúde dessa pessoa e cause o surgimento de sérios problemas psicossociais a curto e longo prazo. No entanto, a generalização ou a delimitação dos efeitos do abuso sexual é uma tarefa complexa, uma vez que a gravidade e a extensão das consequências dependem das particularidades da experiência de cada vítima.

Outra pesquisa descritiva, realizada na Universidade Estadual de Campinas, analisou as características das vítimas e a agressão sofrida, bem como o atendimento prestado a elas em um serviço universitário de referência. O estudo reforçou que, apesar de não ser possível avaliar o impacto da violência sexual no sofrimento psíquico ou no aparecimento de sintomas na população estudada, foi possível inferir que muitas delas necessitam de assistência em saúde mental e, caso não o façam ou tenham acesso, podem ter sequelas de longa duração (FACURI et al., 2013).

3. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG NO CENÁRIO DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde – (CIB-SUS), por meio da deliberação nº 4.762, de 7 de dezembro de 2022 (MINAS GERAIS, 2022), propôs a grade que identifica a instituição de referência para atendimento hospitalar às vítimas de violência sexual, em cada microrregião de saúde de Minas Gerais. O quadro também diferencia os serviços, sendo o tipo I aquele que realiza atendimento por equipe multiprofissional, avaliação clínica, exames, testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), profilaxia com antirretroviral, anticoncepção de emergência e coleta de vestígios de violência sexual; e no tipo II, são realizados todos esses procedimentos, bem como a interrupção legal da gestação. Nota-se que mesmo com proposta de expansão, os serviços concentram-se principalmente na macrorregião Centro e, paralelamente, ocorrem vazios assistenciais em outras regiões. (MELO; SOARES; BEVILACQUA, 2022) e (BRASIL, 2021).

O HC-UFMG, localizado em Belo Horizonte, foi classificado como serviço tipo II. Os atendimentos às vítimas de violência sexual no hospital iniciaram em 2006 e desde então, aproximadamente 400 mulheres já foram atendidas até 2022. Com o passar dos anos o serviço aprimorou-se buscando garantir atendimento longitudinal e multidisciplinar às pacientes. Atualmente, as vítimas são atendidas por equipe multidisciplinar de profissionais especializados (ginecologistas e obstetras, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) de maneira sistematizada, visando abordar os casos de forma menos invasiva, contribuindo para a proteção a estas mulheres e oferecendo acesso às demais políticas públicas.

Assim como os outros serviços, durante a pandemia, a instituição teve o desafio de se adaptar para continuar sendo eficaz e acessível em seus atendimentos. Em 2019, aproximadamente 15% dos casos atendidos ocorreram em ambiente domiciliar, e em 21,2% dos eventos, a vítima já havia sido violentada anteriormente. No período pandêmico, de 11 de março de 2020 até 22 de abril de 2022, 35% dos casos ocorreram em ambiente domiciliar, 30% com episódios prévios de abuso sexual e 65% sem denúncia em órgãos responsáveis pela segurança. Além disso, em 2020, 25% das mulheres já conheciam o agressor, reforçando o cenário de violência sexual “crônica” (SANTOS et al., 2021). O serviço de violência sexual do HC-UFMG, como mencionado, é considerado um centro de referência ao atendimento de vítimas de violência sexual em Minas Gerais e no Brasil, sendo local de suporte para as mulheres vulneráveis.

3.1. Protocolo de atendimento do serviço de violência sexual do HC-UFG

O protocolo de atendimento da instituição às vítimas de violência sexual é baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento de lesões decorrentes de violência sexual; no protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual do Instituto Médico Legal (IML); no Pacto Nacional de Combate à Violência contra a Mulher e em leis da Constituição Federal como a Lei “Maria da Penha”. Defende o atendimento humanizado aos pacientes, ações de prevenção, combate à violência, assistência e garantia dos direitos de cidadania.

O acesso ao serviço pode ser feito pela portaria de emergência da maternidade do HC-UFG, disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. As pacientes são atendidas imediatamente no Pronto Atendimento da maternidade do HC-UFG. As de até 14 anos são direcionadas para atendimento com equipe de pediatria e acima desta idade, são atendidas por médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia supervisionados pelo ginecologista e obstetra de plantão. As informações coletadas são devidamente registradas no prontuário eletrônico da instituição. Neste primeiro atendimento, caso seja identificada a violência sexual de ocorrência imediata, as vítimas são submetidas ao exame físico com coleta de vestígios, triagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), recebem profilaxia adequada para ISTs e contracepção de emergência, quando necessário. Em se tratando de violência sexual remota, a paciente passará também por exame físico, e caso apresente queixa específica, coletará sorologias para ISTs e realizará teste de gravidez (Beta HCG) se houver suspeita ou possibilidade de gestação em curso.

Ainda neste primeiro atendimento, as pacientes são encaminhadas imediatamente ao serviço social (atendimento no pronto atendimento (PA) geral do hospital de 7 às 19h, sendo orientadas a retornar na manhã seguinte nos casos de atendimentos noturnos), bem como para o ambulatório especializado para seguimento, por no mínimo 6 meses (mulheres acima de 14 anos: às sextas-feiras das 8 às 12h no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, situado em Belo Horizonte - MG, Brasil e até 14 anos às sextas-feiras das 8 às 11h no CTR-Orestes Diniz, situado em Belo Horizonte - MG, Brasil).

Todos os casos são notificados consoante as diretrizes da vigilância epidemiológica neste primeiro atendimento de urgência, bem como o Conselho tutelar é acionado quando há vítimas menores de idade. É importante salientar que, caso a mulher não apresente o boletim de ocorrência anteriormente, é recomendável que o realize. No entanto, se a mulher não desejar fazer isso, não há impedimento para que ela siga com o atendimento.

No primeiro atendimento ambulatorial, as pacientes terão um ambiente de escuta novamente, se assim desejarem, mas os médicos responsáveis pelo atendimento (um residente de Ginecologia e Obstetrícia e sua preceptoria) já poderão acessar toda a primeira anamnese registrada em seu prontuário eletrônico. Com isso, analisam os resultados dos primeiros testes de sorologia, prescrevem tratamento se necessário e encaminham todas as vítimas para acompanhamento com as equipes de assistência social e psiquiatria. Além disso, caso a paciente queira, pode participar dos grupos de MBI, os quais são organizados periodicamente, de forma presencial ou on-line (técnica adicional implementada no serviço que consiste em uma estratégia de meditação com atenção plena no presente). (DE NEVE et al., 2013).

A primeira consulta de retorno é agendada em até 6 meses após o primeiro teste sorológico realizado, mas a paciente é notificada de que tem o direito de utilizar o ambulatório e o serviço de urgência sempre que precisar, sem a necessidade de agendamento prévio. Em casos de gravidez decorrente de violência sexual, as pacientes que procuram o primeiro atendimento no ambulatório, caso desejem prosseguir com o procedimento de aborto legal e cumpram os critérios previstos na legislação (idade gestacional até 20–22 semanas), deverão seguir o seguinte fluxo de atendimento:

Na primeira consulta:

- Serão avaliadas e examinadas pela equipe médica;
- Encaminhadas para realização de Ultrassom obstétrico (agendado com médicos da equipe do HC-UFMG) no mesmo prédio (Jenny Faria de Andrade);
- Encaminhadas para avaliação com o serviço social e a psiquiatria (onde serão emitidos laudos pelos profissionais assistentes, atestando que a vítima está apta a realizar o processo de abortamento legal).

No retorno ao ambulatório:

- São avaliadas as condições de cada caso e a consistência das informações fornecidas pela mulher aos diferentes profissionais que a atenderam, bem como análise dos relatórios emitidos pelos outros profissionais;
- Checagem da idade gestacional com o tempo de ocorrência da violência sexual;
- Em casos de menores de 18 anos, torna-se necessária a concordância entre a vontade da gestante e de seus representantes legais;
- Estando apta à realização do aborto legal, a paciente é encaminhada para a maternidade com horário e data definida para realizar o procedimento. Ao receber a alta, terá o

agendamento da próxima consulta no ambulatório de violência sexual para seguimento. Importante ressaltar que antes do procedimento a paciente é novamente informada sobre todo o processo e deverá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Amostras do material embrionário, devem ser guardadas para eventual investigação de DNA e encaminhadas ao IML.

As mulheres que não desejam o aborto legal ou não cumprem os requisitos estabelecidos em lei, são encaminhadas para o pré-natal com a equipe de obstetra do HC-UFMG, acompanhadas por psiquiatra e serviço social ao longo da gestação. É importante salientar que os acompanhamentos das equipes de serviço social e psiquiatria ocorrem no mesmo complexo Hospitalar do HC-UFMG, tendo em vista o tempo de duração a ser considerado necessário pelos profissionais responsáveis, tendo em vista as necessidades de cada vítima.

4. OBJETIVOS

Avaliar como o seguimento em um serviço de saúde especializado pode impactar na percepção da qualidade de vida de mulheres vítimas de violência sexual.

Dada a relevância do HC-UFMG como centro de referência no atendimento a vítimas de violência sexual em Minas Gerais e no Brasil, este estudo busca compreender o impacto que um serviço especializado tem na qualidade de vida das mulheres que recebem acompanhamento.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional longitudinal de pacientes recrutadas em sua primeira consulta no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG, no período de fevereiro de 2021 a setembro de 2022. Como critérios excludentes foram aplicados a menoridade (idade abaixo de 18 anos), a não assinatura do TCLE, pacientes atendidas apenas na urgência da HC-UFMG, não comparecendo à consulta ambulatorial e pacientes do sexo masculino. Uma análise de poder *post-hoc* foi realizada e será explicada abaixo, no item 5.2.

Todas as 60 pacientes convidadas para participar deste estudo assinaram o termo de consentimento eletrônico. Na primeira consulta, foi aplicado o questionário *WhoQoL-brief* por meio da plataforma Google Forms, utilizando o dispositivo eletrônico do serviço (tablet). As instruções de preenchimento e o objetivo da pesquisa antecederam o questionário e as respostas foram registradas automaticamente em tabela gerada pela plataforma. Na consulta de acompanhamento agendada para seis meses após, foi solicitado que a paciente preenchesse o mesmo questionário semelhantemente. Nos casos em que as pacientes não compareceram à consulta de retorno, foi realizada busca ativa via e-mail e/ou mensagem de texto via WhatsApp, para acesso ao questionário. Em ambos os casos, as respostas também foram enviadas automaticamente para a tabela gerada pela plataforma Google.

5.1 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados foi realizada por intermédio da aplicação do questionário *WhoQoL-bref*. A equipe responsável pelo primeiro atendimento ambulatorial no HC-UFMG (médico residente em ginecologia e obstetrícia e sua preceptora responsável), explicou detalhadamente para a participante o objetivo do estudo, bem como as instruções para preenchimento do TCLE e do questionário.

O instrumento utilizado para análise da qualidade de vida foi o questionário validado da Organização Mundial de Saúde (OMS) *WhoQoL-bref* (FLECK et al., 2000), em sua versão em português. O *WhoQoL-bref* é uma versão de 26 itens da avaliação WHOQOL-100 e a escolha pelo uso deste questionário foi por ele ser indicado como uma avaliação sólida e transculturalmente válida para analisar a qualidade de vida pela OMS (SKEVINGTON; LOTFY; O'CONNELL, 2003). Além disso, como bom preditor de qualidade de vida em várias subpopulações no mundo, o *WhoQoL-bref* online apresentou validade estrutural satisfatória e consistência interna na análise da qualidade de vida de

mulheres gestantes (que compõem parte da nossa amostra). Todos os domínios apresentaram correlações positivas significativas com itens de qualidade de vida e saúde geral. Os domínios físico e psicológico foram os preditores mais evidentes nos modelos de regressão (RONDUNG; OLIVEIRA; ESTEVES, 2023). Além disso, o questionário apresenta boas evidências de conformidade e reprodutibilidade na versão online, assim como na versão impressa, facilitando o envio para as participantes analisadas e a compilação dos dados (CASAMALI et al., 2019).

Estudo utilizando uma versão abreviada do *WhoQoL-bref*, o *EuroHis Qol*, foi conduzido por Hisasue et al. (2020) na Finlândia, avaliando uma população semelhante a deste estudo: mulheres vítimas de violência e o questionário *EuroHis Qol* de 8 itens, mostrou um desempenho transcultural aceitável, bem como uma validade discriminante satisfatória. Sendo assim, sua versão ampliada pode ser ainda mais discriminatória e confiável para análise da qualidade de vida dessas mulheres.

O *WhoQoL-bref* questionário possui 26 questões, sendo que as duas primeiras tratam da qualidade de vida geral e percepção de saúde; as demais, 24 questões estão agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada um deles composto por sete, seis, três e oito questões, respectivamente. Todas elas utilizam uma escala Likert de 5 pontos para registrar as respostas (1 a 5) e quanto maior o número, maior a qualidade de vida. A pontuação de um domínio é calculada como a média das respostas às questões pertencentes a esse domínio. Neste estudo, os escores dos quatro domínios, bem como os escores de percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde foram considerados variáveis dependentes. Além disso, foi calculada a média dos escores dos quatro domínios (escore geral) como um resumo dos escores dos quatro domínios.

As variáveis idade e tempo entre as duas aplicações do *WhoQoL-brief* foram consideradas como covariáveis. As variáveis aborto legal (sim ou não); acompanhamento psiquiátrico (sim ou não); a participação nos grupos do MBI (sim ou não) foram utilizadas como desfechos secundários. Os dados dessas variáveis foram extraídos dos prontuários eletrônicos da instituição.

5.2 As análises estatísticas

Na análise descritiva dos dados utilizou-se medidas resumo (média, desvio padrão, mediana e primeiro e terceiro quartis) e técnicas de visualização gráfica como *boxplots* e diagramas de dispersão. Para comparar os dois momentos de coleta de dados foi utilizado o

Teste dos Postos Sinalizados de *Wilcoxon* com correção de continuidade. Modelos de regressão linear simples foram ajustados para estabelecer a relação entre a mudança nos escores do *WhoQoL-breve* entre as duas consultas e a idade das pacientes, bem como entre essa mudança e o tempo entre as duas aplicações do questionário. Toda a análise estatística foi realizada utilizando o *software R*. (R CORE TEAM, 2019).

Uma avaliação de poder *post-hoc* foi realizada usando GPower 3.1.9.7, considerando o teste *Wilcoxon* bicaudal para dados pareados, quando usado para detectar efeitos dos tamanhos 0,25 (moderado), 0,35 e 0,55 (grande). Considerando um nível de significância de 0,05 em um teste *Wilcoxon* bicaudal para dados pareados, uma amostra de 17 pares levaria a um poder de 16%, 26% e 47% para detectar um efeito de tamanho 0,25, 0,35 e 0,55, respectivamente.

5.2.1 Teste de Postos de *Wilcoxon*

O teste de postos com sinais de *Wilcoxon* é uma ferramenta de análise estatística utilizada para comparar se as duas amostras foram retiradas de populações com a mesma distribuição. É um teste de hipóteses não paramétrico.

O software estatístico R inclui uma implementação de teste como (`wilcox.test x,y, paired=TRUE`), onde x e y são vetores de mesmo comprimento (THE WILCOXON, 2017) e (WILCOXON,1945).

O teste avalia duas hipóteses:

H_0 : A diferença entre os pares segue uma distribuição simétrica em torno de zero;

H_1 : A diferença entre os pares não segue uma distribuição simétrica em torno de zero.

O cálculo do teste estatístico W pode ser representado abaixo:

$$W = \sum_{i=1}^{N_r} [\text{sgn}(x_{2,i} - x_{1,i}) \cdot R_i],$$

1. Para $i = 1, \dots, N_r$, calcule $|x_{2,i} - x_{1,i}|$ e $\text{sgn}(x_{2,i} - x_{1,i})$, onde sgn é a função sinal.
2. Exclua os pares com $|x_{2,i} - x_{1,i}| = 0$. Seja N_r o tamanho da amostra reduzida.
3. Ordene N_r os pares remanescentes da menor diferença absoluta para a maior diferença absoluta, $|x_{2,i} - x_{1,i}|$
4. Atribua postos aos pares, começando com o menor como 1. Valores repetidos recebem um posto igual a média dos postos que eles abrangem. Seja R_i denotando o posto do par i .

5.2.2 Regressão linear simples

A análise de regressão estuda a relação entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes. A relação entre elas é representada por um modelo matemático, que faz a associação. O modelo utilizado no presente estudo foi o de regressão linear simples, com o qual se define uma relação linear entre uma variável dependente (diferença entre as pontuações nos dois tempos) e as variáveis independentes (idade da paciente e tempo entre as respostas).

Os dados para a análise de regressão e correlação simples são da forma:

$$(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_i, y_i), \dots, (x_n, y_n)$$

O modelo de regressão linear simples pode ser demonstrado pela fórmula seguinte:

$$Y = E(Y|X = x) + \epsilon = \alpha + \beta x + \epsilon$$

Y - variável dependente (aleatória)

X - variável independente medida sem erro (não aleatória)

α - coeficiente de regressão, que representa o intercepto (parâmetro desconhecido do modelo - > a estimar)

β - coeficiente de regressão, que representa o declive (inclinação)

ϵ - erro aleatório, onde se procuram incluir todas as influências no comportamento da variável Y que não podem ser explicadas linearmente pelo comportamento da variável X

Importante salientar que o termo linear é utilizado para indicar que o modelo é linear nos parâmetros da regressão α e β .

Com base nos dados constrói-se o diagrama de dispersão, que deve exibir uma tendência linear para que se possa usar a regressão linear. Esse diagrama permite decidir empiricamente se um relacionamento linear entre as variáveis X e Y deve ser assumido, ou se o grau de relacionamento linear entre as variáveis é forte ou fraco, conforme o modo como se situam os pontos ao redor de uma reta imaginária que passa mediante o enxame de pontos (KENNEY; KEEPING, 1962).

Na sequência, os diagramas de dispersão que sugerem uma regressão linear entre as variáveis:



Existência de correlação positiva



Existência de correlação negativa

Estabelecida a correlação linear entre as variáveis, pode-se realizar o cálculo do coeficiente de correlação linear (mede o grau de dependência entre as variáveis) por meio da fórmula abaixo:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n x_i y_i - n\bar{x}\bar{y}}{\sqrt{(\sum_{i=1}^n x_i^2 - n\bar{x}^2) (\sum_{i=1}^n y_i^2 - n\bar{y}^2)}}$$

$$-1 \leq r \leq 1;$$

$r = 1$: relação linear perfeita (e positiva) entre X e Y;

$r = 0$: inexistência de relação linear entre X e Y;

$r = -1$: relação linear perfeita (e negativa) entre X e Y;

$r > 0$: relação linear positiva entre X e Y;

$r < 0$: relação linear negativa entre X e Y.

5.3 Viabilidade de execução, aspectos éticos e conclusão da pesquisa

Este estudo foi realizado conforme a Declaração de Helsinque (2013) e seguindo as diretrizes e normas contidas na Resolução CNS 466/12. As informações foram obtidas após a assinatura das pacientes, com consentimento eletrônico sobre a pesquisa e suas finalidades. Os dados foram retirados das repostas ao questionário aplicado e dados do prontuário eletrônico do HC-UFGM.

O princípio do sigilo foi preservado, mantendo-se anônimos os dados pessoais das pacientes. A divulgação dos resultados da pesquisa é feita sem a citação do nome ou qualquer forma de identificação das participantes. A pesquisa não apresentou ônus material ou de pessoal técnico para a instituição ou para os sujeitos da pesquisa e não apresenta nenhum conflito de interesse. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM.

5.4 Inserção em linha de pesquisa do programa

Este projeto se inseriu nas linhas de pesquisa do programa de mestrado profissionalizante, intitulado “Promoção da saúde e prevenção da violência”, focando na violência sexual contra a mulher, buscando compreender o impacto do atendimento oferecido às meninas e mulheres atendidas no serviço de atendimento a vítimas de violência sexual atendidas do HC-UFMG na qualidade de suas vidas.

5.5 Instalações e equipamentos necessários para execução das atividades

Instalações utilizadas durante a pesquisa: Ambulatório Jenny de Andrade Faria do HC-UFMG. Equipamentos necessários: dispositivo eletrônico próprio do serviço (tablet), para aplicação do questionário por meio da plataforma Google Forms.

5.6 Aprovações do trabalho (Anexos D a F)

- Projeto inscrito e aprovado na Plataforma Brasil – CAAE 90432718000005149
- Aprovado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Parecer n° 2728723.

6. RESULTADOS

6.1 Características da amostra

Participaram do estudo 60 mulheres que tiveram o primeiro atendimento ambulatorial entre fevereiro de 2021 e setembro de 2022. Neste período, a média de atendimentos mensais no ambulatório de violência sexual do HC-UFMG foi de 2,2. Foram excluídas as pacientes que não assinaram o TCLE, as que passaram apenas pelo serviço de urgência no período, mas não compareceram ao seguimento ambulatorial agendado, 8 menores de 18 anos e os pacientes do sexo masculino.

Dentre as pacientes incluídas no estudo, todas relataram que o agressor era do sexo masculino e para 35% delas, a idade deste estava entre 20 e 40 anos, 31,7% declararam que o agressor era branco, 15% pardos e 8,3% pretos (as demais não informaram a raça). 91,7% lembraram da presença de apenas um agressor, e 8,3% de 2 ou mais homens envolvidos. Em 65% dos casos a violência ocorreu no horário da noite/madrugada, 26,7% tiveram como local o domicílio da própria vítima, 10% o carro do agressor, 30% a casa de uma terceira pessoa (amigos em sua maioria), 10% em festas e 10% em vias públicas. Uma vítima relatou a violência em carro de aplicativo de transporte, outra no próprio carro e uma no trabalho. 35% disseram ter sofrido ameaças e 40% sofreram violência física concomitantemente à violência sexual. 21,7% disseram sofrer violência sexual cronicamente e 56,7% conheciam o agressor. 41 vítimas referiram ocorrência de penetração vaginal durante o ato sexual violento e dessas, 38 não souberam dizer se houve uso de preservativo masculino, mas 31 confirmam que houve ejaculação do agressor. Todos esses números foram extraídos da análise de dados colhidos nas anamneses registradas no prontuário eletrônico da instituição, como detalhado na Tabela 1.

Das 60 pacientes iniciais, 17 responderam duas vezes ao questionário *WhoQoL-bref* (na primeira consulta e no retorno). Características da amostra inicial (momento 1) como média de idade (28,1 anos), realização ou não do aborto legal, seguimento ou não com o serviço de psiquiatria e participação ou não nos grupos de *mindfulness* estão listadas na Tabela 2. Na Tabela 3, os mesmos itens são avaliados para caracterização das 17 mulheres que responderam pela segunda vez o questionário; essas têm a idade na faixa dos 20 aos 35 anos, com média de 29,6 anos.

Tabela 1: Caracterização da agressão sofrida pelas pacientes participantes do estudo quanto a características do agressor e da agressão

Amostra inicial (N=60)	
	n (%)
Sexo do agressor	
Masculino	60 (100)
Feminino	0
Idade do agressor (anos)	
<20	1 (0,17)
20-40	21 (35)
40-60	9 (15)
Não lembra	29 (48,3)
Raça do agressor	
Branco	19 (31,7)
Preto	5 (8,3)
Pardo	9 (15)
Não lembra	33 (55)
Quantidade de agressores	
1	55 (91,7)
>/=2	5 (8,3)
Agressor conhecido	
Sim	34 (56,7)
Não	26 (43,3)
Local da agressão	
Domicílio da vítima	16 (26,7)
Casa de conhecidos	8 (13,3)
Casa do agressor	8 (13,3)
Carro da vítima	1 (1,7)
Carro do agressor	6 (10)
Carros de aplicativo	1 (1,7)
Via pública	6 (10)
Trabalho	1 (1,7)
Festa	6 (10)
Motel	1 (1,7)
Não lembra	6 (10)
Horário da agressão	
Manhã	0
Tarde	6 (10)
Noite	39 (65)
Vários horários	5 (8,3)
Não lembra	10 (16,7)

Amostra inicial (N=60)	
	n (%)
Violência Crônica	
Sim	13 (21,7)
Não	47 (78,3)
Violência Física associada	
Sim	24 (40)
Sofreu ameaça (verbal, armas, psicológica...)	
Sim	21 (35)
Não	39 (65)
Ocorreu penetração	
Sim	41 (68,3)
Não	2 (3,3)
Não lembra	17 (28,3)
Ocorreu uso de preservativo	
Sim	0
Não	38 (63,3)
Não lembra	22 (36,7)
Ocorreu ejaculação do agressor	
Sim	31 (51,7)
Não	14 (23,3)
Não lembra	15 (25)

Tabela 2: Caracterização das pacientes participantes no início do estudo (Momento 1) quanto à idade, realização de aborto legal, seguimento psiquiátrico, participação em grupos de mindfulness e os domínios do WhoQoL-bref, segundo permanência no estudo

Amostra inicial (N=60)	
n (%) ou média (dp)	
Aborto legal*	
Não	20 (42.6)
Sim	27 (57.4)
Seguimento Psiquiátrico	
Não	36 (60.0)
Sim	24 (40.0)
Participação em grupos de mindfulness	
Não	49 (81.7)
Sim	11 (18.3)
Idade (anos)	28.1 (7.4)
WhoQoL-bref	
Percepção Geral da Qualidade de Vida	3.0 (1.2)
Satisfação com a Saúde	2.9 (1.2)
Domínio Físico	2.7 (0.7)
Domínio Psicológico	2.7 (0.7)
Domínio Relações Sociais	3.0 (0.8)
Domínio Meio Ambiente	3.1 (0.6)

*13 pacientes sem informação no momento 1, dp: desvio-padrão.

Tabela 3: Caracterização das pacientes participantes no final do estudo (Momento 2) quanto à idade, realização de aborto legal, seguimento psiquiátrico, participação em grupos de mindfulness

Amostra que respondeu ao questionário pela segunda vez (N=17)	
n (%) ou média (dp)	
Aborto legal*	
Não	5 (29.4)
Sim	12 (70.6)
Seguimento Psiquiátrico	
Não	8 (47.1)
Sim	9 (52.9)
Participação em grupos de mindfulness	
Não	11 (64.7)
Sim	6 (35.3)
Idade (anos)	29.6 (9.1)
Tempo entre as respostas (dias)	214.71 (36.62)

6.2 Avaliação comparativa entre as respostas ao questionário

6.2.1 Comparação entre as médias dos domínios

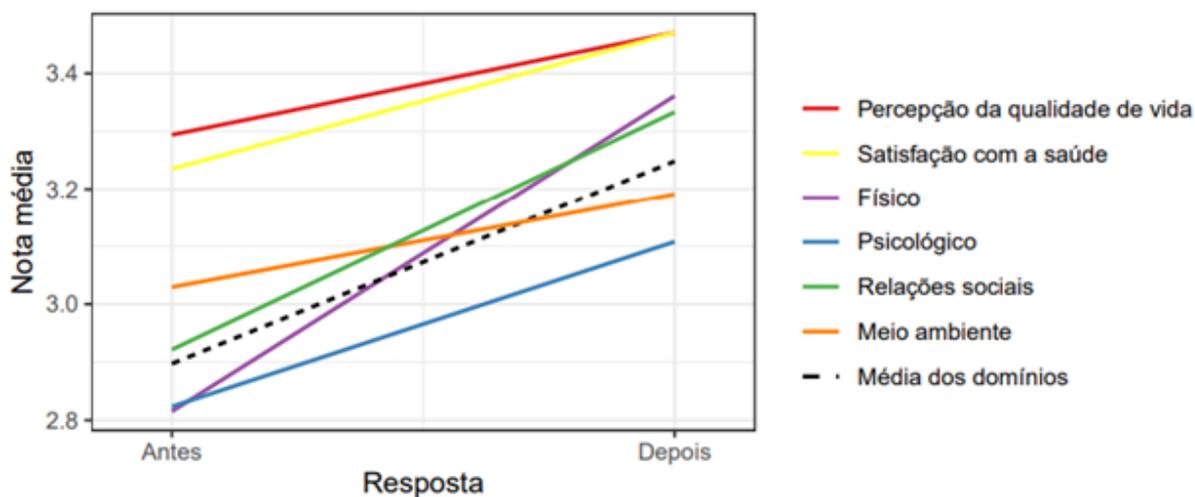
Em todos os domínios do *WhoQoL-bref*, assim como nas questões sobre a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, houve melhora pontual na média das pontuações (Tabela 4 e Gráfico 1).

Tabela 4: Análise descritiva e comparativa da pontuação nos domínios do WHOQoL-bref nos momentos 1 e 2 para as 17 pacientes que finalizaram o estudo

WhoQoL-bref	Momento 1		Momento 2		Valor-p
	Média (dp)	Mediana (Q1;Q3)	Média (dp)	Mediana (Q1;Q3)	
Percepção Geral da Qualidade de Vida	3.0 (1.2)	4.00 (3.00-4.00)	3.3 (1.3)	4.00 (3.00-4.00)	0.3876
Satisfação com a Saúde	2.9 (1.2)	3.00 (3.00-4.00)	3.2 (0.8)	3.00 (3.00-4.00)	0.4888
Domínio Físico	2.7 (0.7)	2.71 (2.43-3.00)	2.8 (0.6)	3.29 (3.00-4.00)	0.0415
Domínio Psicológico	2.7 (0.7)	2.83 (2.33-3.33)	2.8 (0.8)	3.33 (2.67-3.67)	0.0924
Domínio Relações Sociais	3.0 (0.8)	3.00 (2.33-3.33)	2.9 (1.0)	3.33 (3.00-4.00)	0.0640
Domínio Meio Ambiente	3.1 (0.6)	2.88 (2.62-3.62)	3.0 (0.7)	3.38 (2.88-3.50)	0.3619

Dp: desvio padrão | Q1: quartil um | Q3: quartil três

Gráfico 1: Evolução da média dos domínios, percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde entre as respostas ao questionário WhoQol-bref



6.2.2 Comparação entre as medianas dos domínios

Quanto à mediana e as outras medidas de posição (Q1 e Q3), houve estabilidade ou melhora da pontuação (Tabela 4). Essa estabilização também pode ser observada nos Gráficos 2.0 a 2.11, que mostram a distribuição das diferenças nas pontuações entre o primeiro e segundo atendimento. Percebe-se com as representações gráficas que em todos os grupos ocorrem deslocamento das densidades em direção a pontuações mais altas do *WhoQol-bref* no segundo momento, e pelo menos 50% das mulheres apresentam diferença positiva nas pontuações, refletindo o aumento em média das notas apontado anteriormente.

Observa-se também que o domínio “Físico” destoa um pouco dos outros, apresentando maior evidência de melhoria por apresentar maior assimetria na distribuição da pontuação. Além disso, para o domínio Físico e para a pontuação geral, foi possível estabelecer a significância estatística do aumento na pontuação mediana entre o primeiro e o segundo atendimento ($p=0.0415$ e 0.0348), respectivamente.

Gráfico 2.0 e 2.1: Percepção da qualidade de vida - distribuição da nota pelo tempo

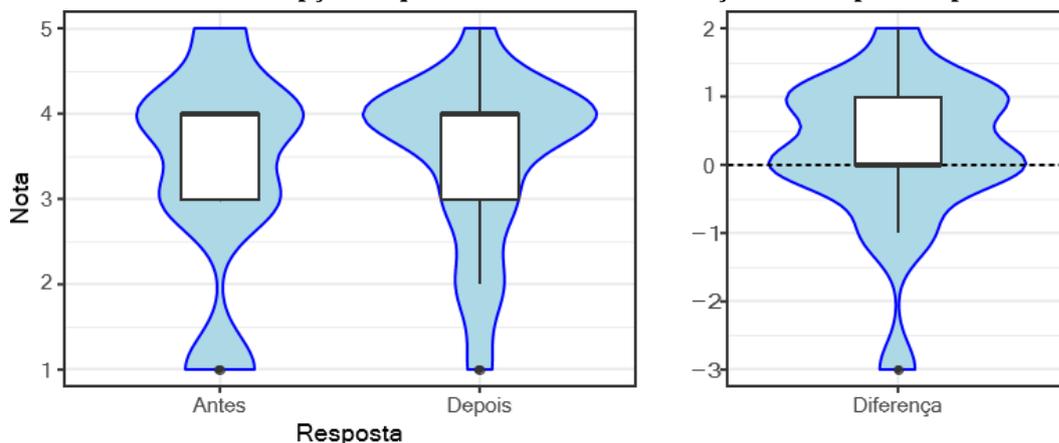


Gráfico 2.2 e 2.3: Satisfação com a saúde - distribuição da nota pelo tempo

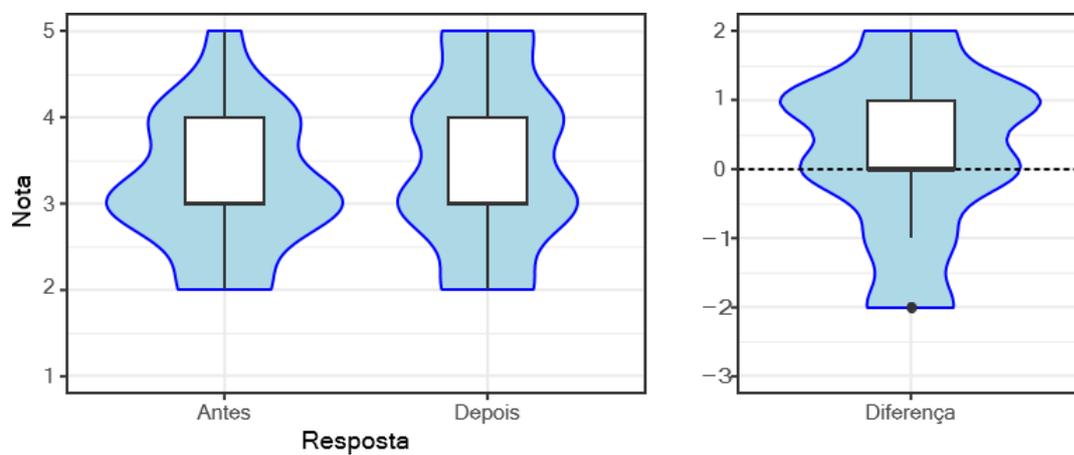


Gráfico 2.4 e 2.5: Domínio Físico - distribuição da nota pelo tempo

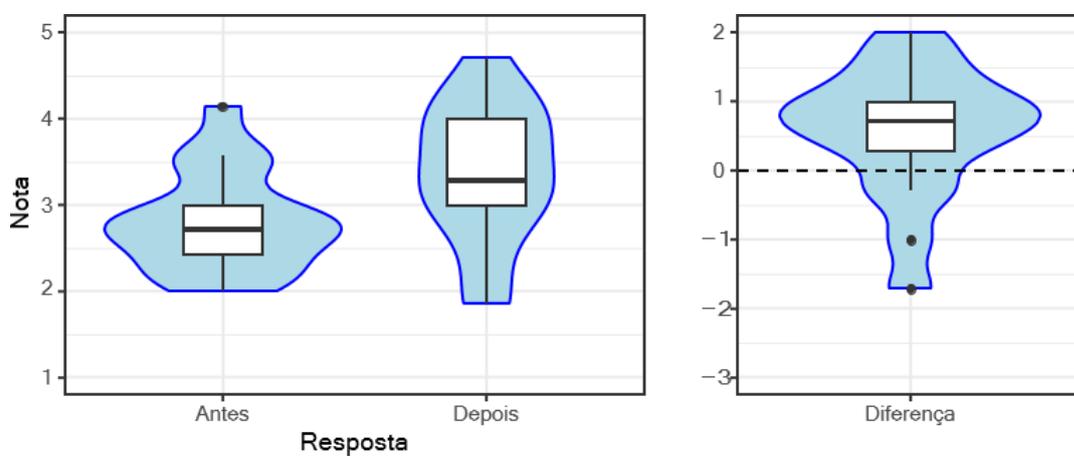


Gráfico 2.6 e 2.7: Domínio Psicológico - distribuição da nota pelo tempo

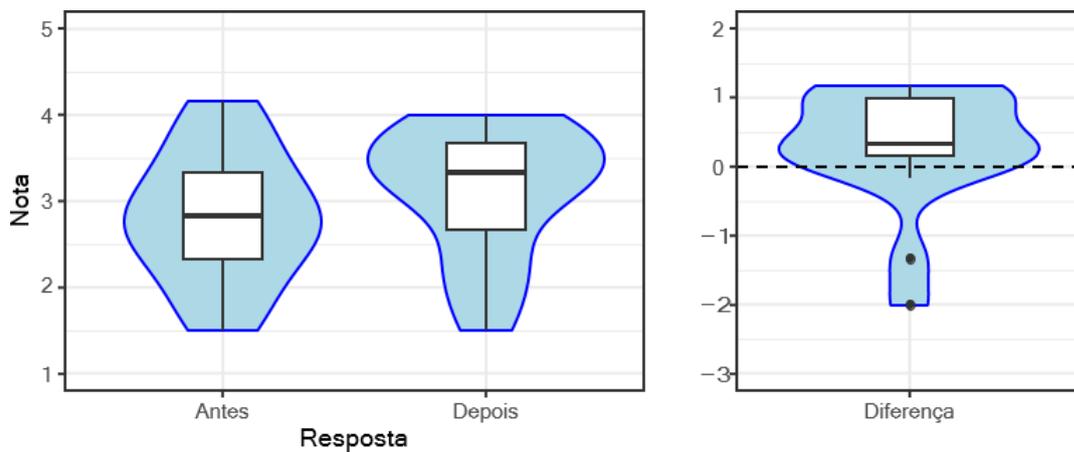


Gráfico 2.8 e 2.9: Domínio das Relações Sociais - distribuição da nota pelo tempo

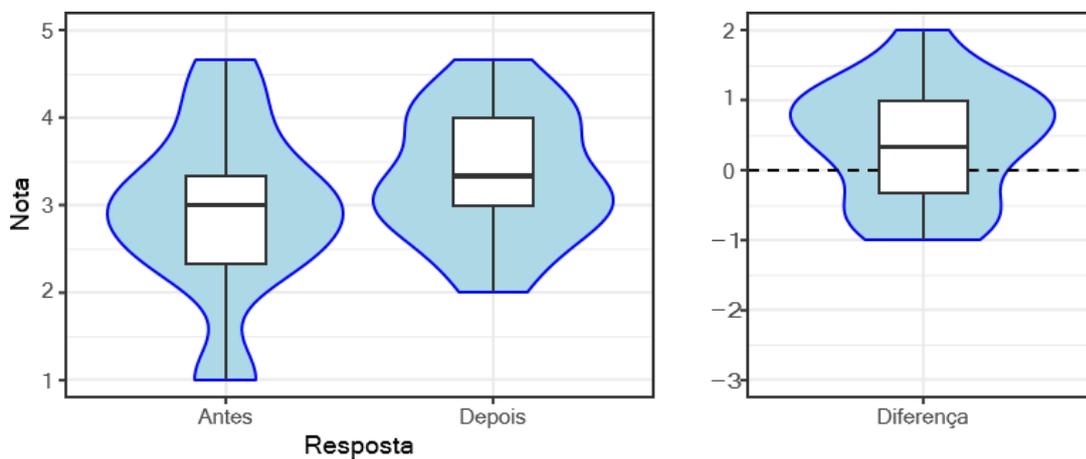
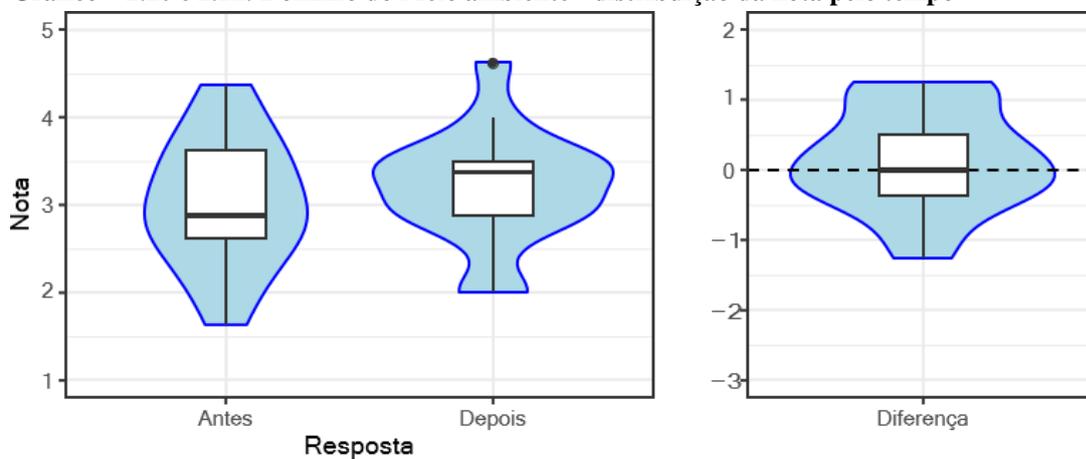


Gráfico 2.10 e 2.11: Domínio do Meio ambiente - distribuição da nota pelo tempo



6.2.3 *Comparação proporcional (análise percentual) da diferença das respostas entre os domínios*

Considerando-se como “melhora” ter uma pontuação maior no segundo atendimento em relação à pontuação do primeiro atendimento, nos domínios “Físico”, “Psicológico” e de “Relações sociais”. Foi notada uma proporção de pacientes com melhoras acima de 70% em aspectos físicos, psicológicos e relações sociais.

6.3 **Comportamento da média das respostas ao questionário WhoQol-brief em relação as covariáveis**

6.3.1 *Comportamento da média das respostas em relação à idade das pacientes*

Em todos os grupos avaliados nota-se haver uma tendência de diminuição da nota com o aumento da idade, sendo exceção apenas o domínio Meio ambiente. A Satisfação com a saúde e o domínio das Relações sociais apresentaram diferença constante das notas com a progressão da idade, e o restante dos grupos apresenta leve redução da diferença com o aumento da idade. Além disso, o domínio Meio ambiente é o único cuja reta de regressão da diferença entra significativamente nos números negativos, apontando para melhora das pacientes abaixo de 35 anos e piora das acima, o que pode ter relação com os dois grupos citados anteriormente na distribuição da idade.

6.3.2 *Comportamento da média das respostas em relação ao tempo entre as respostas*

Em relação ao tempo entre as respostas, a densidade da distância entre elas concentra-se em 214,7 dias, o que é compatível com aproximadamente 7 meses; um mês a mais do preconizado pelo protocolo do ambulatório (cerca de 6 meses em relação ao primeiro atendimento ambulatorial), como mostra a Tabela 3. Em quase todos os grupos houve queda na diferença das respostas com a ampliação da distância entre as respostas. O único domínio que fugiu deste padrão foi o das Relações Sociais, que pode ser consequência do ponto influente com mais de trezentos dias entre as respostas. Além disso, a Percepção da Qualidade de Vida, Satisfação com a Saúde e o domínio do Meio Ambiente foram os únicos nos quais a reta de regressão entrou no domínio dos negativos, mas todos no entorno da média. Cabe ressaltar, que esses domínios foram os mesmos que não apresentaram mudança na mediana pelo teste de *Wilcoxon* (Tabela 4).

6.4 Comportamento da média das respostas ao questionário WhoQol-brief em relação aos desfechos secundários

Como desfechos secundários ocorridos com a amostra das 17 mulheres que responderam ao questionário nos dois momentos, considerou-se a realização do aborto legal (sim ou não), a participação nos grupos de MBI (sim ou não) e a realização do seguimento psiquiátrico (sim ou não). As Tabelas 2 e 3 mostram a distribuição desses desfechos na amostra analisada nos dois momentos.

Houve uma grande diferença entre o grupo que realizou o aborto legal e o grupo que não o fez (Tabelas 2 e 3). Dentre as pacientes que não realizaram o aborto legal, 2 não tiveram o procedimento autorizado devido à idade gestacional superior a 22 semanas de gestação, e as outras 3 não eram gestantes.

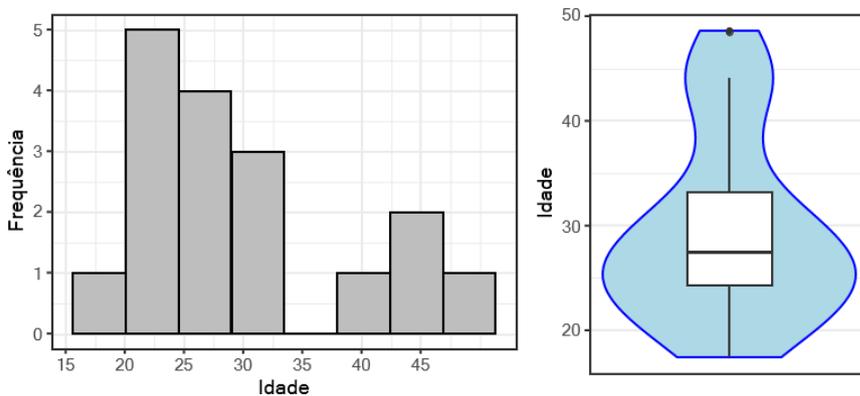
As mulheres que não passaram pelo aborto legal tiveram notas médias menores antes e depois do seguimento, mas tiveram diferenças médias maiores em quase todos os grupos, com exceção da Satisfação com a Saúde e do Meio Ambiente. Em relação às pacientes que realizaram o seguimento psiquiátrico, em todos os domínios do WhoQoL-brief, houve uma média positiva nos dois grupos, mas apenas no domínio Psicológico a diferença média foi maior para as pacientes que fizeram acompanhamento psiquiátrico.

Sobre a participação nos grupos de MBI, 6 dos 17 pacientes que responderam ao questionário pela segunda vez participaram da intervenção (Tabela 3). A baixa adesão e continuidade na participação nos grupos de mindfulness dificultou uma percepção real da melhoria na qualidade de vida, mas observou-se que o grupo participante teve diferença positiva na média dos domínios das Relações Sociais e do Físico.

6.5 Apêndice dos Resultados

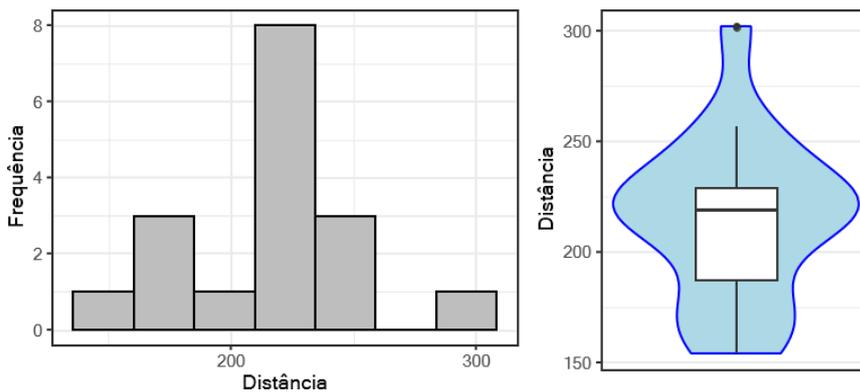
A amostra inicial do estudo é dividida em dois grupos em termos de idade, sendo um abaixo de 35 anos e o outro, minoria, próximo a 45 anos (Gráficos 3.0 e 3.1).

Gráfico 3.0 e 3.1: Média de idade das mulheres incluídas no estudo



A média do tempo entre as respostas do questionário é de 214,7 dias, aproximadamente 7 meses, mas há um ponto atípico com mais de 300 dias entre as respostas, provável reflexo do atraso ou perda do seguimento (Gráficos 4.0 e 4.1 — Apêndice).

Gráfico 4.0 e 4.1: Média de tempo entre as respostas ao questionário WhoQol-bref



7. DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a melhora no domínio físico foi a mais significativa estatisticamente antes e depois do seguimento no serviço estudado, o que pode estar ligado ao grande impacto da violência sexual nas vítimas, além do comprometimento emocional e psíquico, queixas orgânicas, como algias pélvicas, disfunções ginecológicas, dentre outras (DROSSMAN, 1995; DICKINSON et al., 1999; TRIGUEIRO et al., 2018).

Um estudo realizado com 298 vítimas atendidas pelo serviço de emergência para mulheres violentadas revelou que 70% delas relataram imobilidade tônica significativa durante a agressão sexual, o que resultou em maior incidência de estresse pós-traumático e depressão (FAÚNDES et al., 2000). Isto demonstra como questões físicas e mentais estão ligadas e como a melhora do domínio físico também consegue impactar outros domínios, sendo importante marcador de qualidade de vida.

Ao realizar seguimento no serviço especializado, a vítima é examinada, tratando possíveis agravos físicos decorrentes da violência sexual, justificando também a melhora observada no domínio físico. Vale salientar que 40% das mulheres selecionadas para participar do estudo, relataram a violência física com a violência sexual, enfatizando que o dano físico também é frequente nessas mulheres. As questões de número 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 são as que avaliam o domínio físico no questionário *WhoQoL-bref*. Por intermédio delas, busca-se dimensionar questões como a presença de dor e desconforto, a quantidade de energia e fadiga, a avaliação do sono, mobilidade, das atividades cotidianas, dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho, considerando diversos fatores físicos que influenciam a qualidade de vida.

A comparação em dois tempos do seguimento foi possível para 28,3% da amostra inicial (17 em 60 pacientes), confirmando a tendência observada nos serviços ambulatoriais de violência sexual: o abandono do acompanhamento pelas pacientes. Uma das estratégias para minimizar essa perda de seguimento é oferecer rede assistencial multidisciplinar e bem articulada (TRIGUEIRO et al., 2018). Nesse sentido, o serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do HC-UFMG tem aprimorado cada vez mais seu atendimento, oferecendo atendimento de urgência seguido de referência de todas as vítimas para o ambulatório específico com atendimento ginecológico e para seguimento com assistência social e psiquiatria. Além disso, todos os atendimentos prestados ocorrem no mesmo complexo hospitalar, facilitando, assim, a logística de agendamentos para as pacientes.

Dentre as covariáveis estudadas, analisando o período entre as respostas ao questionário, o tempo médio ideal seria de seis meses (período médio para avaliação das sorologias, tratamento e alta ambulatorial). No entanto, devido à pouca adesão das pacientes ao retorno, sendo necessário busca ativa de muitas, nem sempre esse período foi atingido. O tempo entre as respostas de algumas das pacientes foi superior ao esperado, o que pode ter influenciado nas mudanças desfavoráveis ou inexistentes de alguns domínios do questionário, mostrando que com o tempo a percepção da melhoria na qualidade de vida pode diminuir ou até ocorrer novo episódio de violência com a vítima. Em relação à amostra selecionada, 21,7% das mulheres afirmaram sofrer violência sexual crônica. Além disso, como é frequente o abandono do seguimento, intervenções que têm seu efeito beneficiado com a ação do tempo, como, por exemplo, os grupos de MBI e o seguimento psiquiátrico, acabam não sendo tão impactantes quanto poderiam na percepção da qualidade de vida ao longo do tempo. Avaliando a covariável idade, a média da amostra (28,1 anos) corrobora com dados estatísticos que citam a maioria das vítimas de violência sexual no Brasil como mulheres jovens (MÖLLER; SÖNDERGAARD; HELSTRÖM, 2017; NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021).

Analisando os desfechos secundários na amostra estudada, percebe-se que o fato do aborto para as vítimas de violência sexual ser prática autorizada por lei desde 1940, no Código Penal Brasileiro — artigo 128 e o HC-UFMG, um dos principais centros aptos para realização desse procedimento em Belo Horizonte — Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022), é possível justificar que dentre as vítimas estudadas, mais de dois terços tenham realizado o aborto previsto em lei. Deve-se considerar, entretanto, que essas vítimas também sofrem com as memórias dolorosas e oprimidas evidenciadas pela gravidez (TORRES et al., 2022), bem como com vários obstáculos enfrentados até conseguirem acesso ao direito ao aborto legal, o que impacta ainda mais no processo saúde — doença (AQUINO et al., 2022). Além disso, é imperioso reconhecer a importância do acompanhamento psíquico dessas pacientes, que, em muitos casos, carregam sentimento de culpa pelo ato violento e pela interrupção da gestação. Todo esse contexto dificulta a superação da violência sofrida, podendo estar associado à menor percepção de melhoria na qualidade de vida a curto prazo.

Li et al. (2023) faz uma revisão sistemática na literatura para investigar as características da violência sexual contra a mulher, buscando fornecer subsídios para melhorias na gestão de serviços de saúde e policiais. Constatam que embora uma em cada três mulheres em todo o mundo já tenha sido vítima de violência sexual e mais da metade dessas mulheres desenvolvam transtorno de estresse pós-traumático, apenas um terço considerou procurar ajuda (SANTOS; FONSECA, 2022). Avaliando o seguimento psiquiátrico pelas pacientes estudadas não foi

diferente. Quase metade das vítimas não realizou o acompanhamento oferecido. Válido ressaltar que a exposição à violência está associada com efeitos psicológicos que podem persistir mesmo após a violência (HISASUE et al., 2020) e por isso o seguimento psiquiátrico deve ser um cuidado central quando se planeja atendimento multidisciplinar para as vítimas.

Como estratégia adicional para minimizar os efeitos do trauma sofrido, o HC–UFMG dispões de grupos de MBI. Nos últimos 40 anos, houve a incorporação da MBI em contextos clínicos como depressão, ansiedade, dor crônica, abuso de drogas, distúrbios de atenção, distúrbios alimentares, estresse traumático (LI et al., 2023) e ampliou-se a necessidade por conhecimento da técnica para otimizar e auxiliar o tratamento dessas afecções para além de soluções estritamente medicamentosas. Oferecer grupos de Mindfulness é um diferencial, pois mulheres com história de violência sexual tendem a aceitar menos suas experiências internas e a viver a negação do presente (WIELGOSZ et al., 2019). Com a prática, elas observam mais suas próprias sensações, auxiliando a organização dos pensamentos e o autoacolhimento que auxilia no processo de superação. Para funcionar, contudo, torna-se necessário o comprometimento, assiduidade nos grupos e tempo de prática (HILL et al., 2011). Mesmo com tantos benefícios, a baixa adesão (apenas 6 mulheres), dificultou análises estatísticas dos efeitos dessa intervenção, na qualidade de vida.

Como mencionado por Cardenas, Johnson e Postmus (2021), existem poucos estudos que avaliam a violência e a qualidade de vida, menos ainda, estudos que afirmam estratégias para minimizar o efeito que a violência sexual pode causar na qualidade de vida da vítima. É de extrema importância, considerando que saúde inclui o bem-estar físico, mental e social, estudar maneiras de aumentar a qualidade de vida desse grupo de mulheres violentadas sexualmente, para que elas possam viver como as mulheres sem esse histórico (TORRES et al., 2022). Facuri et al. (2013) afirmam que, se as vítimas não utilizarem o acompanhamento oferecido nos serviços especializados, elas podem desenvolver sequelas de longa duração.

A escassez de pesquisas nessa área pode refletir os desafios para conceituar qualidade de vida em relação à experiência de violência. Hisasue et al. (2020) conduziram estudo na Finlândia, que avaliou associações entre exposição à violência, qualidade de vida e estresse psicológico. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário EUROHIS-QOL-8, que por ser uma ferramenta genérica de análise da qualidade de vida tem limitações na captura de algumas informações sobre impactos da saúde mental ou de fatores ambientais (HISASUE et al., 2020), diferente do WHOQOL-bref usado no presente estudo (ROCHA et al., 2012). Buscando ampliar o conhecimento e a associação entre violência sexual e qualidade de vida das mulheres vítimas, esta pesquisa se faz útil e necessária para aumentar e incentivar os serviços

especializados, demonstrando o impacto que estes podem ter durante todo o processo de recuperação da percepção de qualidade de vida das vítimas de violência sexual.

Dada a ausência de um grupo de controle por questões éticas, dificulta-se distinguir o efeito da passagem do tempo como fator determinante na superação de adversidades, do efeito do seguimento fornecido no ambulatório de um serviço especializado. No entanto, com este estudo longitudinal observacional, concluímos que, considerando o aumento estatisticamente significativo na mediana do domínio físico, estudos com maior número de pacientes podem fornecer dados ainda mais abrangentes. O aumento nos domínios mostra o impacto positivo do acompanhamento ambulatorial na qualidade de vida das mulheres vítimas de violência sexual.

8. CONCLUSÃO

Houve um aumento estatisticamente significativo apenas na mediana das pontuações do domínio físico, embora nos outros domínios avaliados houve um aumento nas médias, reforçando a ideia da percepção de melhoria na qualidade de vida após seguimento ambulatorial.

A média de idade da amostra, de atendimentos/mês no período estudado, e a expressiva descontinuidade do seguimento ambulatorial, reforçam dados estatísticos nacionais e estaduais sobre o acometimento majoritário de mulheres jovens e a necessidade de ampliar o conhecimento e acesso aos serviços especializados em atendimento às vítimas de violência sexual. Estruturar os serviços com protocolos fundamentados em atendimento humanizado, e buscar novas estratégias como os grupos de MBI podem ser maneiras de contornar a perda de seguimento das pacientes e de auxiliar na melhoria da qualidade de vida delas.

Estudos com maior número de pacientes e com duração de seguimento maior podem trazer respostas mais amplas e abrangentes. Esta pesquisa enfatiza a relevância de aprimorar constantemente os serviços especializados para alcançar mulheres subnotificadas que sofrem violência cotidiana, inclusive em suas residências, e, dessa maneira, serem instrumentos efetivos para aprimorar a qualidade de vida dessas mulheres.

8.1 Recomendações aos serviços de saúde especializados no seguimento de mulheres vítimas de violência sexual

8.1.1 *O que manter e/ou inserir nos serviços*

- Atendimento universal, longitudinal e integral às mulheres vítimas de violência. Preferencialmente oferecendo atendimento 24 horas por dia, 7 dias na semana.
- Equipe multidisciplinar e bem articulada para promover o seguimento após o primeiro atendimento.
- Notificação compulsória dos casos de violência sexual feita mediante o preenchimento da ficha do SINAN.
- Aperfeiçoamento constante dos profissionais da equipe sobre os fluxos e protocolos de atendimentos, sempre atualizando sobre os direitos legais dessas vítimas.
- Respeitar a decisão da vítima em realizar formalmente o boletim de ocorrência ou não.

- Organizar um fluxo adequado e ético para a coleta de vestígios, buscando a construção de um banco de dados, bem como promover articulação sólida do serviço de violência sexual com o Instituto Médico-legal.

- Oferecer a realização do aborto legal e/ou pré-natal com equipe preparada para lidar com as demandas especiais de uma gestação decorrente de estupro.

- Prontuário organizado com a maior riqueza de detalhes possível sobre o ato violento, mas, principalmente, sobre a mulher vítima. Com isso, é possível traçar metas de proteção e auxílio às mulheres mais vulneráveis, bem como facilitar nos casos em que se faça necessária a busca ativa dessas pacientes para manutenção do acompanhamento.

- Ampliar formas de atendimento (exemplo: teleconsulta), e a divulgação dos serviços que ajudem essas vítimas, aumentando o conhecimento por parte da população e dos serviços de segurança pública.

- Realizar busca ativa de vítimas que não realizaram ou perderam o seguimento ambulatorial psiquiátrico, principalmente aquelas que realizaram o aborto legal.

- Manter a oferta de serviços de rastreamento, profilaxia e tratamento de ISTs, contracepção emergencial e coleta de vestígios quando necessário.

8.1.2 *O que retirar e/ou evitar nos serviços*

- Evitar equipe de profissionais com alta rotatividade e pouca experiência no atendimento às mulheres vítimas.

- Realizar atendimento apenas emergencial, sem que a paciente seja referenciada para um serviço onde mantenha o seguimento, visando minimizar a cronicidade da violência e os impactos a longo prazo para a mulher.

- Obrigatoriedade da realização do boletim de ocorrência para receber atendimento.

- Subnotificação dos casos em que a ficha do SINAN não foi preenchida.

- Prontuários incompletos.

- Qualquer julgamento da situação vivenciada pela paciente.

- Não oferecer encaminhamento ou tratamento para os casos em que haja direito ao aborto legal.

- Limitar o acesso da mulher ao serviço por qualquer motivo ou circunstância.

REFERÊNCIAS

AQUINO, N. M. R. D. et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. **Rev. Saúde Pública**. p. 954–960. Dec. 2009.

BARBARA, G. et al. **Sexual violence in adult women and adolescents**. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 2022 Jun, 74.

BARRETO, P. P. Messias, et al. **Bioética e apoio à mulher vítima de violência sexual: revisão de literatura**. Santiago: *Acta bioeth.* v. 22, n. 1, p. 91-100, junho 2016.

BEDONE, Aloisio J.; FAÚNDES, Anibal. **Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HxsphsbYXg4tqHdQbWFFxYJ/?format=pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRADFORD, John M. W. **On sexual violence**. PubMed. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16874129/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRANCO, O.G.J. et al. **Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual**. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2020, 25.

BRASIL. **Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm. Acesso em: 15 dez. 2023. Revogado pelo Decreto nº 11.431, de 8 de março de 2023. Institui o Programa Mulher Viver sem Violência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11431.htm#art8.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98170/lei-10778-03>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. **LEI nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1035667/lei-12845-13>. Acesso em 10 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Política Nacional Enfrentamento à Violência.** Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/pacto-nacional/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf/view>. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019.** Acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília, DF: 2021. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=310620&VComp=00&VTerc=00&VServico=165. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNESNet. DATASUS. **Violência Interpessoal/Autoprovocada - Minas Gerais.** Brasília, DF: 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violemg.def>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004 – 2007.** Brasília – DF, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2023.

CARDENAS, I.; JOHNSON, L.; POSTMUS, J. L. Improving Quality of Life Among Latina Intimate Partner Violence Survivors Through Economic Empowerment. **Journal of Interpersonal Violence**. 2021, apr. 29; 088626052110139.

CASAMALI, Flávia Fernanda C. et al. **Accordance and reproducibility of the electronic version of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires**. *Experimental Gerontology*. ScienceDirect. Volume 125, 1 oct. 2019, 110683. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2019.110683>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DEMARIA, Andrea L. et al. **The role of community healthcare professionals in discussing sexual assault experiences during obstetrics and gynecological healthcare appointments**. *BMC Women's Health*. 15 may 2023. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02401-4>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DE NEVE, J-E. et al. The objective benefits of subjective well-being. In: HELLIWELL, J.; LAYARD, R.; SACHS, J. (eds.). **World Happiness Report 2013**. New York: UN Sustainable Development Solutions Network, 2013.

DICKINSON, L. M. et al. **Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse**. *Arch Fam Med*. p. 35-43, jan-feb, 1999.

DROSSMAN, D. A. **Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness**. *Scand J Gastroenterol Suppl*. p. 90-6, 1995.

ESTATUTO de Roma. Título en Mantenimiento. **Naciones Unidas Derechos Humanos**. Disponível em: <https://acnudh.org/pt-br/estatuto-de-roma-del-tribunal-penal-internacional/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

FACURI, Cláudia de O. et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo**. *Caderno de Saúde Pública*, maio/2013.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**. p. 153-7, 22 mar 2000.

FIGUEIRA, Juliana Ribeiro. **Impacto da violência sexual em mulheres com disfunção sexual**. Orientador: Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva. 2020. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**. p. 178-83, Apr. 2000.

HILL, J.M. et al. **The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse.** J Clin Psychol. 2011 May 4.

HISASUE, T. et al. **Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships:** a population-based study in Finland. BMC Women's Health. apr. 28, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KENNEY, J. F; KEEPING, E. S. **Linear Regression and Correlation.** Ch. 15. In: Mathematics of Statistics, Pt. 1, 3rd ed. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1962, p. 252-285.

LI. L. et al. **Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world.** 26 apr. 2023.

MARILL, T.; GREEN, D. On the effectiveness of receptors in recognition systems. In: **IEEE Transactions on Information Theory.** vol. 9, no. 1, p. 11-17, jan. 1963.

MELO, M.C.; SOARES, Q.M.; BEVILACQUA, D.P. **Violência sexual:** avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. Ciênc. Saúde Coletiva, 27 set. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 4062, de 07 de dezembro de 2022.** Aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022, que aprova a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual pelos estabelecimentos hospitalares de saúde e institui a grade de referência por Região de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=24244-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-062-de-07-de-dezembro-de-2022?layout=print. Acesso em: 10 ago. 2023.

MÖLLER, A.; SÖNDERGAARD, H. P.; HELSTRÖM, L. **Tonic immobility during sexual assault** - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. Acta Obstet Gynecol Scand. p. 932-938, 2017.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Notícias. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência.** Brasília, DF: 10 mar 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em 10 ago. 2023.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência.** Brasil, 10 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 4 mar. 2023.

ORAM, S; KHALIFEH, H; HOWARD L. M. **Violence against women and mental health.** The Lancet Psychiatry, 2017, Feb 4, 159–70.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Organização Mundial da Saúde – OMS. Human Reproduction Programme – HRP. **COVID-19 e a violência contra a mulher.** O que o setor/sistema de saúde pode fazer. Trabalho disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Número de referência: OPAS/BRA/Covid-19/20-042 em 26 de março 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042_por.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

ORSILLO, S. M.; ROEMER, L.; HOLOWKA, D. Terapias comportamentais baseadas em aceitação para ansiedade: usando aceitação e atenção plena para aprimorar abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais. In: ORSILLO, S. M.; ROEMER L. (eds.). **Abordagens baseadas na aceitação e mindfulness para a ansiedade: conceituação e tratamento.** Nova York: Springer, 2005, p. 3-36.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing.** R Foundation for Statistical Computing. Vienna: Austria, 2013. 2019. Disponível em: <http://www.r-project.org/>. Acesso em: 10 ago 2023.

ROCHA, N. S. da et al. **EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF.** Value in Health. p. 449–572, 15 may. 2012.

SANTOS, G. L. et al. **Covid-19 e violência sexual: Perfil do atendimento clínico às mulheres no serviço de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) durante a pandemia da Covid-19 no Brasil.** In: BARWINSKI, B L L S.; CRUZ, A R., BELTRAME, B A (coord.). **Experiências, dificuldades e desafios: retratos dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos da Covid 19-9.** Belo Horizonte: UFMG, 2021. p. 184-197. E-book.

RONDUNG, Elisabet; OLIVEIRA, Sandra; ESTEVES, Francisco. **Validity and reliability of the WHOQOL-BREF in a pregnant population.** Health and Quality of Life Outcomes. Bio Med Central. Published: 21 aug. 2023. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-023-02166-2>. Acesso em: a5 dez. 2023.

SANTOS, D. L. A. dos; FONSECA, R. M. G. S. da. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2022 Apr 29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WfhmRpSZSpssgwbzhHyJNjt/?lang=en>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SCHOU-BREDAL, Inger et al. **Sexual Assault and the Association With Health, Quality of Life, and Self-Efficacy in the General Norwegian Population.** Sage Journals. First published online jun. 9 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0886260520926307>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K.A. **The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial**. Accepted in revised form 5 mar. 2003. *Quality of Life Research* 13: 299–310, 2004.

TAQUETTE, Stela R. (Org.). **Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

THE WILCOXON SIGNED-RANK TEST. **web.archive.org**. 2017. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20170601125133/http://vassarstats.net/textbook/ch12a.html>. Acesso em: 12 set 2023.

TORRES, A. S. B. et al. **Sexual Violence Suffered by Women in Early and Late Adolescence: Care Provided and Follow-Up**. *Rev Bras Ginecol Obstet*. p. 667-677, 29 aug. 2022.

TRIGUEIRO, T. H. et al. **Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual**. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 2018.

UNITED NATIONS. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva, 1993. Disponível em: https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf. Acesso em: 15 dez. 2023.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. **Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência**. *Interface (Botucatu)*, 2017, 21(60):52-62.

WIELGOSZ, J. et al. Mindfulness Meditation and Psychopathology. **Annual Review of Clinical Psychology**. p. 285–316, 7 may. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6597263/pdf/nihms-1025535.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

WILCOXON F. Individual Comparisons by Ranking Methods. **Biometrics Bulletin**. 1945,1(6):80–3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Livrotab, graf, 2002. 357 p.

ANEXO A - Questionário WHOQol-bref aplicado no estudo

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	–	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

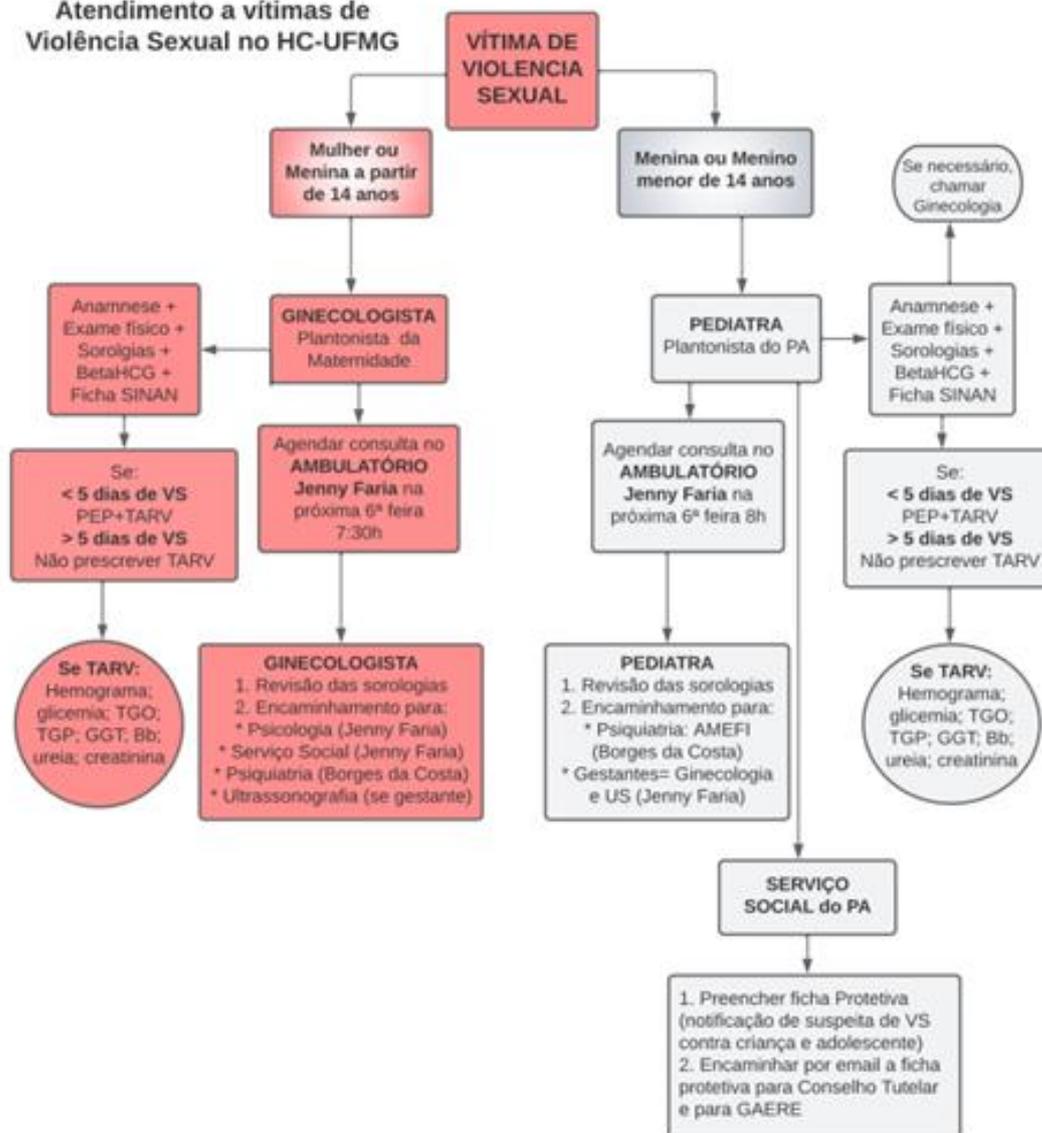
.....

ANEXO B - Protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual no HC UFMG

		PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL			
Tema: Atendimento de Vítimas de Violência Sexual e Doméstica do Hospital das Clínicas da UFMG				Página 1 de 19	
Protocolo No 128 3ª Versão: março de 2023				Revisão	
Responsável Técnico: Dra. Sara de Pinho Cunha Paiva				Data Emissão:	
Versão - Data	Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	
1ª Versão –	Elaborado por	Marilene Vale de Castro Monteiro Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica- UFMG Médica-Ebserh		
1ª Versão –	Avaliado por				
1ª Versão –	Revisado por	Marilene Vale de Castro Monteiro			
1ª Versão –	Aprovado por	Dra. Andrea Maria Silveira	Gerente Atensão à Saúde e Diretora Técnica		
2ª Versão – 2018 e 2021	Elaborado por	Marilene Vale de Castro Monteiro Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-UFMG Médica-Ebserh		
3ª Versão 2023	Revisado por	Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-Ebserh		
SIGLAS					
MS	Ministério da Saúde				
IST	Infecção Sexualmente Transmissível				
SUMARIO					
SUMARIO					1
FLUXOGRAMA.....					2
CONFLITOS DE INTERESSE					3
JUSTIFICATIVAS					3
OBJETIVOS					3
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO.....					3
CONDIÇÕES NECESSARIAS.....					4
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS/RESPONSABILIDADES.....					4
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....					5
CONCEITOS.....					5
EXAMES COMPLEMENTARES.....					5
DIAGNOSTICO E ATIVIDADES ESSENCIAIS.....					5
• Roteiro de Atendimento no Hospital das Clínicas.....					6
• Anticoncepção de emergência.....					8
• Prevenção de IST's não virais e virais					8
• Prevenção de infecção pelo HIV					9
ORIENTAÇÃO PARA ABORTO LEGAL					10
PARTO EM RECEM-NASCIDO DE VIOLENCIA SEXUAL					12
CRITÉRIO(S) DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....					13
NORMAS TECNICAS E DOCUMENTOS VINCULADOS.....					13
MONITORAMENTO.....					13
• Anexo 1 – Como utilizar o novo Kit padrão de coleta de vestígios					14
• Anexo 2 – Ficha de atendimento à vítima de violência sexual					17
REFERÊNCIAS.....					19
HISTORICO DAS VERSOES.....					19

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Atendimento a vítimas de Violência Sexual no HC-UFMG



PEP = Profilaxia Pós-Exposição (medicações descritas no protocolo)

TARV = Tratamento Anti-Retroviral (medicações descritas no protocolo)

AMEFI = Ambulatório de Famílias Incestuosas (Borges da Costa)

CONFLITOS DE INTERESSE
Os participantes declaram não haver conflito de interesse.
JUSTIFICATIVAS
<p>A violência contra mulheres é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada”¹.</p> <p>A luta contra a violência no Brasil teve maior representatividade após 1988² com a inclusão do artigo que coíbe a violência intrafamiliar na Constituição Federal. Mas seu principal marco é a Lei Maria da Penha de 2006 que aumenta o rigor das punições das agressões contra a mulher ³ e o lançamento do Pacto Nacional para o enfrentamento da Violência contra as Mulheres em 2007 em que o Ministério da Saúde se responsabiliza pela estruturação das redes de atendimento às mulheres vítimas de violência⁴. Desde março de 2008 o Governo do Estado de Minas Gerais torna obrigatória a oferta de serviço de atendimento médico específico para as vítimas de violência sexual em municípios com mais de 100.000 habitantes do Estado de Minas Gerais.</p> <p>A violência acarreta ônus humano e econômico aos países. Estima-se que o Brasil gaste 2% do PIB com assistência a saúde resultante de violência (não somente contra mulheres)⁵. A violência pode ser classificada em física, doméstica, moral, sexual, patrimonial, psicológica, institucional, assédio sexual e tráfico de mulheres.</p> <p>A violência é uma violação dos Direitos Humanos, tem caráter multidimensional e requer ações de prevenção, combate a violência, assistência e garantia dos direitos de cidadania.</p> <p>Em 2009 o conceito de estupro é revisto a partir da Lei 12.015 que o descreve como o “ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Desde agosto de 2013 o Governo Federal dispôs em forma da Lei 12845 que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.</p> <p>A violência contra mulheres no âmbito doméstico e a violência sexual são fenômenos sociais e culturais ainda cercados pelo silêncio e dor. Estima-se que 54% dos casos de violência contra mulheres são causadas pelo companheiro ou parceiro íntimo, de forma crônica e ainda pouco revelada. <u>Essas mulheres têm maior mortalidade na idade reprodutiva e todos os casos suspeitos devem ser investigados e notificados, principalmente quando essas pacientes são atendidas em pronto-atendimentos ou unidades de trauma. Os protocolos de atendimento a saúde da mulher devem obrigatoriamente incluir na anamnese questões sobre possível violência, seja ela de qualquer natureza, pois muitos dos casos começam no início da adolescência e geralmente o agressor é muito próximo da vítima</u>⁶.</p>
OBJETIVOS
<p>O objetivo desse protocolo é normatizar o acolhimento, conduta propeidêutica e terapêutica para atendimento de pacientes vítimas de violência sexual/doméstica no Hospital das Clínicas da UFMG, baseado nas melhores evidências científicas.</p> <p>Essa normatização favorecerá o atendimento humanizado às pacientes, ações de prevenção, combate a violência, assistência e garantia dos direitos de cidadania.</p>
CRITERIOS DE ADMISSAO
Todas as pacientes do sexo feminino e pacientes do sexo masculino até 14 anos de idade incompletos com relato de violência sexual/doméstica.
CRITERIOS DE EXCLUSAO
Pacientes do sexo masculino com mais de 14 anos de idade

CONDIÇÕES NECESSARIAS (EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS)	
1- Salas de atendimento clínico no Pronto Atendimento, no Instituto Jenny Faria; 2- Mesa ginecológica, mesa de exame clínico, instrumental ginecológico; 3- Luvas de procedimento, luvas estéreis, gazes, solução antisséptica 4- Kit de coleta de vestígios biológicos	
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS / RESPONSABILIDADES	
Enfermeiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as ações de sua equipe durante o atendimento ambulatorial - Participar da reunião multidisciplinar - Registrar em prontuário as atividades realizadas.
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a (o) paciente sobre as Legislações que coíbem violência, redes de proteção, sobre denuncia e Delegacias de Mulheres e da Infância e Adolescência. - Acionar Conselho Tutelar em caso de vítimas menores de idade - Encaminhar ficha de notificação ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica - Monitorar os casos atendidos - Participar da reunião multidisciplinar
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento psicológico dos (as) pacientes atendidos - Participar da reunião multidisciplinar
Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento psiquiátrico dos (as) pacientes atendidos - Participar da reunião multidisciplinar - Avaliação dos casos de aborto legal - Acompanhamento dos casos a nível ambulatorial
Médico(a)	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento dos (as) pacientes - Articulação das ações de prevenção e atenção a saúde - Orientação dos Residentes; - Discussão dos casos e determinação de condutas; - Prescrever e orientar a administração de medicamentos; - Coordenar projetos de pesquisa; - Registrar em prontuário as atividades realizadas. - Acompanhamento ambulatorial por pelo menos 6 meses dos (as) pacientes - Participar e coordenar a reunião multidisciplinar - Coordenar grupo multidisciplinar nas indicações de aborto legal
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> - Coletar material para exames
Gesqualis	Não tem papel neste protocolo.
CCIH	Acompanhar a prescrição de antibióticos e retrovirais de acordo com as normas da CCIH
Gestores de área	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a previsão e controle de materiais de consumo médico-hospitalar e bens permanentes para abordagem da IU; - Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação das medidas cabíveis diante de não conformidades; - Garantir infraestrutura adequada; - Providenciar aquisição de suprimentos;

	- Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.
Diretoria Geral	- Garantir infraestrutura adequada; - Providenciar aquisição de suprimentos; - Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
<p>A Classificação de Risco será aplicada no primeiro atendimento no Pronto Socorro. Todo atendimento em violência sexual deve ser classificado como LARANJA.</p> <p>A avaliação dos riscos deverá ser feita junto com a (o) usuária (o). É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação</p>	
CONCEITOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Violência sexual: qualquer forma de atividade sexual não consentida. • Violência doméstica ou pelo parceiro íntimo: quando a mulher sofre algum tipo de violência (sexual, física, psicológica, comportamento controlador, restrição econômica) pelo parceiro íntimo ou parceira íntima. • Violência física: uso da força com o objetivo de ferir, deixando ou não marcas evidentes. • Agressor: Aquele que ataca e agride. • Violência contra mulheres: qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada. 	
EXAMES COMPLEMENTARES	
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, coagulograma, bioquímica renal, provas de função hepática, glicemia • Sorologias: VDRL, Anti-HIV, HBsAg, Anti-HCV, Anti HBs • Beta-HCG 	
DIAGNOSTICO	
<p>O atendimento das pacientes vítimas de violência começa pelo acolhimento a partir de um projeto de humanização do serviço baseado no respeito, ausência de julgamento moral, solidariedade e cuidado. As pacientes são informadas sobre o fluxo de atendimento e procedimentos. Sua autonomia é respeitada. O suporte emocional é oferecido no primeiro atendimento numa situação mais crítica e a cada encaminhamento ambulatorial. A história clínica é registrada em prontuário assim como todos os outros passos do atendimento.</p> <p>A paciente é submetida a exame ginecológico completo e verifica-se a presença de lesões ou secreções decorrentes do ato violento. Quando o atendimento é realizado dias ou meses após o ato de violência, o exame físico e ginecológico também é realizado.</p> <p>O registro da história da violência deve conter: local, dia e hora aproximada, tipo(s) de violência sexual sofrido(s), forma(s) de constrangimento utilizado (s), tipificação e número de autores da violência e órgão que realizou o encaminhamento (quando for o caso).</p> <p>As providências instituídas também devem ser registradas: atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas, realização do Boletim de Ocorrência Policial, comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes), outras medidas legais cabíveis e verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.</p> <p>Se há gravidez decorrente da violência sexual, suspeita ou confirmada, a paciente é orientada dos seus direitos de permanecer ou interromper a gravidez; e apresentar alternativas à interrupção da gravidez, assistência ao pré-natal ou entregar o recém-nascido a adoção.</p> <p>Ao se diagnosticar traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, determinam-se as medidas clínicas e</p>	

cirúrgicas.

Desde 24/11/2003 através da Lei 10.778, é compulsória a notificação dos casos de violência contra a mulher. A notificação é realizada pelo médico (Ginecologista ou Pediatra) através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O sigilo no atendimento é garantido.

ROTEIRO DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL DAS CLINICAS:

- Após o atendimento médico, todos pacientes devem ser encaminhados ao Serviço Social. As mulheres serão atendidas pela equipe do Jenny Faria, de acordo com marcação após a consulta ambulatorial. No caso de crianças, o atendimento deve ser realizado pela equipe do PA de 7:00 as 19:00 h.
- Quando o atendimento for noturno, o cuidador/tutor da criança deve ser ~~contactado~~ pela equipe do Serviço Social do PA no dia seguinte, para dar seguimento e tomar as providências necessárias.
- **É OBRIGATORIA** a Notificação ao Conselho Tutelar de todos os casos de violência em menores de idade (Será realizado pelo Serviço Social do PA- Ramal 9335).
- **É OBRIGATORIA** a Notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência (preenchimento da ficha do SINAN).
- Devem-se solicitar exames laboratoriais (sorologias) de todos os casos com suspeita de contato com material biológico (mesmo os casos crônicos).
- O encaminhamento para controle ambulatorial das crianças será orientado pelo Serviço Social do PA e pelo Pediatra que fez o atendimento no PA.
- Orientar a paciente ou responsável da importância da coleta de material biológico para possível identificação do DNA do agressor, pois é necessário o consentimento para essa coleta.
- A vítima de violência não precisa ser encaminhada ao IML para colher material ou exame pericial (exceto quando é preciso fazer exame de sangue para dosagem de substâncias e drogas). Nosso atendimento serve para laudo pericial indireto.
- Todos os casos de gravidez decorrente de violência sexual devem ser atendidos no PA (a qualquer hora) e depois encaminhados ao ambulatório de Ginecologia para atendimento e acompanhamento.
- Atendimento Médico: a Pediatria do PA irá atender as crianças até 14 anos, mas contará com a Ginecologia para auxiliar na dúvida do exame ou para ajudar na coleta de material para o IML. A Ginecologia atenderá paciente do sexo feminino maior de 14 anos
- Preencher Ficha de Notificação/Investigação Individual (ficha do SINAN) em 1 via. A secretaria da Maternidade vai tirar uma cópia para Serviço Social. No horário noturno quando não há Assistente Social, deixar a ficha de notificação com a secretária do ~~pré-parto~~.
- Tratamento das lesões agudas existentes.
- Coleta de exames no PA: Beta-HCG nos casos agudos e na suspeita de gravidez, TESTE RÁPIDO DE HIV, sorologias de VDRL, ~~HbsAg, Anti-HIV e Anti-HCV~~. Os resultados serão avaliados na consulta ambulatorial
- Os exames de hemograma, glicemia, TGO, TGP, GGT, creatinina, Fosfatase alcalina serão solicitados apenas quando forem prescritos os retrovirais e realizados ambulatorialmente.
- As sorologias de VDRL, ~~HbsAg e Anti-HCV~~ serão solicitadas ambulatorialmente até completar 6 meses de acompanhamento.
- Avaliar a possibilidade de colher teste rápido de HIV no agressor
- Agendamento da consulta ambulatorial de acompanhamento e continuação das medicações retrovirais:

Mulheres e meninas a partir de 14 anos, na próxima sexta-feira, às 07:30 h, no ambulatório de Ginecologia VVS no 4º andar do Instituto Jenny Faria. Enviar encaminhamento no receituário e ficha do atendimento no pronto socorro.

Meninas e meninos menores de 14 anos: na próxima sexta-feira, às 7:30h no 4º andar do

Instituto Jenny Faria. Enviar encaminhamento no receituário e ficha do atendimento no pronto socorro (realizado pelo Pediatra que assistiu a vítima no Pronto Atendimento do HC UFMG)

- A profilaxia de DSTs, Hepatite e HIV NÃO é indicada em casos de violência crônica e prolongada, como nos casos de crianças em que há tipos de abusos diferentes da penetração vaginal, anal e oral. Nos casos de abuso crônico com coito recente, tentar colher exame do agressor e material biológico do menor.
 - Coleta do material biológico: somente se a paciente ou responsável concordar e **ATE 10 dias APÓS O ATO**, seguindo orientação recente da equipe de sexologia forense do IML.
1. A paciente deve assinar o consentimento (4ª página da ficha de atendimento).
 2. Preencher a ficha de atendimento médico do IML-HC-Polícia Civil.
 3. Colher 2 swabs da cavidade oral e mais dois de cada local aonde houve penetração (vaginal ou anal/perineal) e coloca-los no envelope branco destinado a cada coleta, já marcado com a etiqueta do número de atendimento.
 4. Colher material de outros locais possivelmente contaminados com DNA do agressor (machucados, manchas de sangue, secreção, sêmen) após umedecer os swabs com água bidestilada e colocar os swabs nos envelopes brancos destinados à coleta de "outros locais".
 5. Em caso de vítima relatar uso de bebida alcoólica, drogas e/ou possível intoxicação através de substância colocada na bebida (com redução da capacidade de resistência) a paciente deve ser **SEMPRE** encaminhada para exame no Instituto Médico Legal (IML) de Belo Horizonte (Rua Nícias Continentino, 1291 – Nova Gameleira, telefone 31 3379-5072) ou para o serviço Médico Legal daquela jurisdição, independentemente do horário de atendimento.
 6. Em caso de interrupção legal da gestação, o material coletado deve ser colocado em um frasco estéril e identificado com a etiqueta contendo o código do kit de coleta, o nome completo e registro da paciente. Este material deve ser acondicionado no refrigerador do Bloco Obstétrico imediatamente (4o andar), para posteriormente ser recolhido pela equipe do IML juntamente com os outros materiais coletados. Coletar 2 swabs da cavidade oral da gestante e coloca-los no envelope branco destinado a cada coleta, já marcado com a etiqueta do número de atendimento.
 7. Em caso de recém-nascido de gestante vítima de violência sexual, deverá ser coletado secreção da cavidade oral da gestante e do RN. Coletar 2 swabs da cavidade oral do RN e coloca-los no envelope branco destinado a OUTROS LOCAIS. Escrever material da cavidade oral do RN.
 8. Colocar todos os envelopes brancos com swabs dentro do envelope BRANCO com código de barra do IML, identificando-o com nome da paciente, a data e o registro do prontuário. Este envelope já estará identificado com a etiqueta contendo o mesmo número dos tubos e envelopes de swabs. Inserir dentro do envelope uma cópia da ficha de atendimento da paciente. Lacrar o envelope BRANCO com código de barra, carimbar e assinar.
 9. Destacar o encaminhamento para Delegacia de Mulheres (última página da ficha de atendimento do IML-HC) e entregar a paciente devidamente preenchido.
 10. Entregar o envelope à secretária do pré-parto.
 - Lacrar o envelope com a ficha clínica e os materiais colhidos e entrega-lo à secretária da Maternidade.
 - Em caso de menores com material biológico disponível para ser colhido, o responsável deve autorizar a coleta do material biológico. Se há forte suspeita que o agressor seja o responsável do (a) menor e este não autorizou a coleta, e o ou outro responsável também não autorizou, telefonar para a equipe de Sexologia Forense do IML (31 3379-5042) para avaliar a vinda da Polícia Civil ou da Promotoria. Este telefone se encontra disponível 24h por dia, 7 dias da semana.
 - O Manual de Operação Padrão da Polícia civil e IML está na pasta para consulta.
 - **O kit de coleta de material biológico é enviado periodicamente pelo IML e possui:** Envelope branco com: Estojo com 2 lâminas (G e P), dez swabs individuais, cinco porta-swabs (envelopes), Formulário do SINAN, Ficha complementar, Rol de etiquetas (kit adicional), Protocolo de consentimento.

1- Anticoncepção de emergência

- a. Indicação: todas mulheres expostas a gravidez por contato certo ou duvidoso com sêmen
- b. Período: até 5 dias após o crime sexual
- c. Esquemas (via oral ou vaginal):
 - i. Levonorgestrel 0,750 mg: 2 cp VO em dose única ou 1 cp VO de 12/12 h
 - ii. Anticoncepcional oral combinado: 4 cp VO (contra-indicado quando for usado o retroviral nelfinavir ou ritonavir e nos casos de AVC e tromboembolismo) 4 cp VO em dose única ou 2 cp VO de 12/12h

2- Prevenção de IST's não virais

- a. Período: até 5 dias após o crime sexual
- b. Esquema para mulheres adultas e adolescentes > 45 KG
 - i. Penicilina Benzatina - 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1.2 milhões de UI em cada nádega) (opção de eritromicina 500 mg, VO, 6/6h, por 15 dias)
 - ii. Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única para pacientes até 150kg (opção do Ofloxacino 400 mg, VO, dose única ou Ciprofloxacino 500 mg em dose única VO) Para pacientes acima de 150kg de peso corporal, fazer uso de Ceftriaxona 1g, IM, dose única.
 - iii. Azitromicina – 1g VO dose única (opção de amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8h, por 7 dias)
 - iv. Metronidazol – 2g (8 comp de 250 mg) VO dose única
- c. Esquema para crianças e adolescentes < 45 kg
 - i. Penicilina Benzatina - 50 ml UI/Kg, IM, dose única (opção de eritromicina 50 mg/kg/dia, 6/6 h, VO, por 15 dias)
 - ii. Ceftriaxona – 250 mg IM, dose única
 - iii. Azitromicina – 20 mg/kg, VO, dose única
 - iv. Metronidazol – 15 mg/kg/dia, VO, 8/8h, por 7 dias.
- d. Esquema para gestantes
 - i. Penicilina Benzatina - 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1.2 milhões de UI em cada nádega) (opção de eritromicina 500 mg, VO, 6/6h, por 15 dias)
 - ii. Ceftriaxona – 500 mg IM, dose única
 - iii. Azitromicina – 1g VO dose única (opção de eritromicina 500 mg, VO, 6/6h, por 7 dias)
 - iv. Metronidazol – 2g (8 comp de 250 mg) VO dose única
- e. OBS: pode ser postergada a critério do médico (individualizar no caso de crianças)

3- Hepatite B

- a. Indicação: casos de violência com exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor.
- b. Período: até 14 dias após o crime sexual
- c. Contra-indicada em mulheres e crianças imunizadas (Anti HBs positivo) corretamente
- d. Esquema em mulheres, gestantes e crianças não imunizadas ou que desconhecem o status vacinal:
 - i. Receitar a 1ª dose da vacina, IM, no deltóide, ou completar a dose que falta.
 - ii. Ao receitar a 1ª dose, orientar receber a 2ª dose com 1 mês, e a 3ª dose com 6 meses depois.
 - iii. Dose única da Imunoglobulina humana anti-hepatite B, IM, 0,06ml/kg. (Prescrição

em receituário e preencher a Ficha para Registro no **CRIE** conforme modelo que está na pasta). A paciente **NAO** precisa aguardar no HC a chegada da imunoglobulina. Com a prescrição no receituário e a ficha de registro ela é orientada a procurar o Crie logo depois do atendimento médico em horário comercial.

- iv. Crie = Santa Casa (av. Francisco Sales 1111 - Bairro Santa Efigênia) - Belo Horizonte / tel.: (31) 3277.4949 - 3238.8289

4- Prevenção de infecção pelo HIV

RECOMENDADA	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
NÃO RECOMENDADA	Penetração oral sem ejaculação Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

- a. Indicação: casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral.
b. Período: até 72 horas após o crime sexual.
c. Esquema para mulheres adultas, adolescentes > 45 kg e gestantes > 12 semanas:

- i. Tenofovir (TDF) de 300mg associado a Lamivudina (3TC) de 300mg, 1 comprimido ao dia
ii. Dolutegravir (DTG) de 50mg, 1 comprimido ao dia

Posologia: TDF/3TC(1comp./dia) + DTG(1comp./dia)

OBS: Gestantes ≤ 12semanas ou suspeita de gestação: Tenofovir de 300mg associado a Lamivudina de 300mg, 1 comprimido ao dia + Atazanavir(ATZ) 300mg, 1 comprimido ao dia + Ritonavir(RTV) 100mg, 1 comprimido ao dia.

Posologia: TDF/3TC(1comp./dia) + ATV(1comp./dia) + RTV (1comp./dia)

- d. Duração do tratamento: 28 dias
Lembrar de interações medicamentosas com tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

5- Profilaxia do Tétano

- a. Indicação: casos de lesões pérfuro-cortantes
i. Período: até 72 h após a lesão. Geralmente é realizada no Posto de Saúde com prescrição realizada no atendimento médico. Encaminhar ao CRIE

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL VACINA	SAT ou IGHAT*	OUTROS TIPOS DE FERIMENTO VACINA	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos.	não	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos.	não	não	sim	não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos.	sim	não	sim	não

(*): 5.000 unidades de SAT (para antitetânico) ou IM, após realização do teste de sensibilidade, aos alérgicos ao SAT indicar imunoglobulina humana dose única de 250 unidades.

ORIENTAÇÃO PARA ABORTO LEGAL (Norma Técnica do Ministério da Saúde 2012)

- O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento
- A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e o hemograma devem ser procedimentos de rotina.
- O Hospital das Clínicas da UFMG/Epserh **NÃO** realiza interrupção da gravidez após **20 semanas** de idade gestacional
- Recomenda-se que **amostras do material embrionário** do abortamento induzido **sejam guardadas para eventual investigação de DNA e encaminhadas ao IML**. Coletar também **swab** oral da paciente, para avaliação de DNA. Deixar os dois materiais juntos (colocar o frasco com material embrionário em saco plástico para não vazar) dentro do envelope de coleta de vestígios do IML, acondicionando na geladeira do bloco obstétrico, com a cópia da notificação e autorização de coleta de material biológico assinado pela paciente. Este material deve ficar sob custódia de Chefia de Enfermagem do plantão.
- É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção de gravidez.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Para a interrupção da gravidez de até 12 semanas de idade gestacional o método de escolha é a aspiração a vácuo intrauterina. Em gestações de primeiro trimestre, principalmente entre nove e 12 semanas, a preparação ou maturação do colo de útero com **misoprostol** torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente indicado para **nulíparas** e adolescentes, ou para aquelas que apresentam anomalia ou cirurgia cervical prévia. Recomenda-se utilizar dose única de 400 microgramas de **misoprostol**, via vaginal, de três a quatro horas antes do procedimento.

A segunda opção é o uso de **misoprostol**. As evidências mais recentes permitem recomendar a dose de 800 microgramas, aplicada nos fundos de saco laterais da vagina, a cada 3 - 12 horas, até completar três doses. A maioria dos abortamentos ocorre nas primeiras 24 horas e, em alguns casos, pode ser necessário aguardar até 72 horas pela expulsão fetal. Após esse prazo, não ocorrendo o abortamento, o **misoprostol** pode ser repetido, nas mesmas doses, por até uma semana do início do tratamento. Pode-se, também, optar pela aspiração a vácuo ou pela curetagem uterina, considerando-se o desejo da mulher.

O **misoprostol** é contraindicado em mulheres ou adolescentes com disfunção hepática severa, com coagulopatias ou em uso de anticoagulante, e com antecedente de alergia às prostaglandinas. Em portadoras de doenças cerebrovasculares, cardíacas ou vasculares; neuropatias, diabetes mellitus ou hipertensão arterial descompensada, o **misoprostol** deve ser acompanhado de rigorosa vigilância.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO APOS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

No segundo trimestre, o abortamento medicamentoso constitui método de eleição.

Para as gestações com mais de 12 e menos de 22 semanas de idade gestacional recomenda-se a utilização do misoprostol para a dilatação cervical e expulsão do concepto.

Entre os esquemas disponíveis, recomenda-se utilizar 400mcg de misoprostol, via vaginal, via oral ou via sublingual a cada 3 horas.

Em casos de hemorragia ou sinais de infeção, evitar a via vaginal (vide tabela abaixo com os regimes recomendados pela FIGO).

A aspiração intrauterina ou a curetagem devem ser realizadas apenas após a expulsão do concepto.

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DO MISOPROSTOL PARA INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO

 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestação	13-26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ^a	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{1,2} 800 µg VV ^a a cada 3 horas (x2) ou VV ^b /VB a cada 3-12 horas (2-3 doses)	Interrupção da gravidez^{1,2} 13-24 semanas: 400 µg VV ^b /VSI/VB a cada 3 horas ² 25-26 semanas: 200 µg VV ^b /VSI/VB a cada 4 horas ²	Interrupção da gravidez^{1,2} 27-28 semanas: 200 µg VV ^b /VSI/VB a cada 4 horas ² > 28 semanas: 100 µg VV ^b /VSI/VB a cada 6 horas	Profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP)^{3,4} 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HPP ^{3,4} (perda de sangue aprox. > 350 ml) 800µg VSI (x1)
Aborto retido^{1,2} 800 µg VV ^a a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{1,2,5,6} 200 µg VV ^b /VSI/VB a cada 4-6 horas	Morte fetal^{1,2} 27-28 semanas: 100 µg VV ^b /VSI/VB a cada 4 horas ² > 28 semanas: 25 µg VV ^a a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas ²	Tratamento da HPP^{3,4} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{1,2,5,6} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400-800 µg VV ^a (x1)	Aborto inevitável^{1,2,5,6,7} 200 µg VV ^b /VSI/VB a cada 6 horas	Indução do parto^{1,2} 25 µg VV ^a a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico⁸ 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV ^a 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para aborto cirúrgico⁸ 13-19 semanas: 400 µg VV 3-4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades		
Referências 1 WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014 2 van Hestven et al. Lancet, 2002; Quilley et al. 2010 FPMG abstract 3 Lomax-Davies et al. LANCET, 2007 4 Sato et al. Human Reproduction, 2014; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014 5 Dabash et al. LANCET, 2015 6 Perotti et al. Contraception, 2013 7 Mack et al. LANCET, 2015 8 WHO recommendations for induction of labour, 2011 9 FIGO Guidelines: Procedures of PPH with misoprostol, 2012 10 Raghavan et al. BJOL, 2015 11 FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012	Notas 1 Se a misoprostol estiver disponível (genérica ¹), siga o regime posológico prescrito para misoprostol e misoprostol. 2 Incluído na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS. 3 No caso de aborto (complicado) inevitável, a mulher deve ser valor por tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data de última menstruação (DUM). 4 Dose de abortifacientes durante 1 ou 2 semanas desde no caso de hemorragia excessiva ou infeção. 5 Pode ser administrado antes doses adicionais caso a paciente não tenha sido expulsa 30 minutos após a ingestão final. 6 Vários estudos limitaram a dosagem a 5 doses, a maioria das mulheres apresentaram expulsão fetal antes da utilização das 5 doses, mas outros estudos continuaram para além das 5 doses e obtiveram uma taxa de sucesso total superior sem problemas de segurança. 7 Incluiu-se cultura das mãos antes quando parto for induzido. 8 Seguir o protocolo local no caso de cessar de praxia ou cessar de praxia uterina transmutual. 9 Se alguma mulher não responder completamente de 200 µg, podem ser preparadas doses adicionais. Disponíveis em em Apog (ver www.misoprostol.org). 10 Se não estiver disponível nenhuma ou se as condições de conservação forem inadequadas. 11 Opção para programas comunitários.	Via de administração VV: via vaginal VSI: sublingual (por baixo da língua) VB: oral VO: oral (para a boca) * Dose VV (via vaginal) no caso de hemorragia pós-parto de indução. A via oral não está incluída como via recomendada devido ao perfil farmacocinético e do estar associado a maior eficácia por esta via.	

PARTO DE RECEM-NASCIDO DE VIOLENCIA SEXUAL

Em caso de RECEM-NASCIDO (a tempo ou prematuro), o material coletado deverá ser acondicionado como descrito a seguir.

1. Retirar 4 swabs do KIT ROTINA, para colher material da cavidade oral (para avaliação do DNA da paciente e do RN)
2. Cavidade oral da gestante: Introduzir dois swabs simultaneamente na cavidade oral, com movimentos giratórios junto à mucosa interna, lateralmente. Colocar os dois swabs no envelope escrito "oral".
3. Cavidade oral do Recém-nascido: Introduzir dois swabs simultaneamente na cavidade oral, com movimentos giratórios junto à mucosa interna, lateralmente. Colocar os dois swabs no envelope escrito "OUTROS LOCAIS" e escrever "cavidade oral do RN".
4. Colocar os envelopes dos swabs dentro do envelope pardo, identificando-o com nome da paciente, a data e o registro do prontuário. Este envelope já estará identificado com a etiqueta contendo o mesmo número dos tubos e envelopes de swabs. Lacrar o envelope parto, carimbar e assinar. O envelope pardo deve ser colocado dentro do envelope de plástico, também identificado com etiqueta contendo mesmo número de identificação.
5. Destacar o encaminhamento para Delegacia de Mulheres (última página da ficha de atendimento do IML-HC) e entregar à paciente devidamente preenchido
6. Grampear o envelope de plástico (contendo o envelope pardo e todos os materiais coletados) na ficha de atendimento e entregar à secretária do pré-parto.
7. Em caso de menores com material biológico disponível para ser colhido, o responsável deve autorizar a coleta do material biológico.

FLUXOGRAMA – ATIVIDADES ESSENCIAIS
CRITERIO(S) DE SAIDA DO PROTOCOLO ou CRITERIOS DE ALTA
<ul style="list-style-type: none">• O critério de saída do protocolo é individualizado.• Geralmente após o primeiro atendimento a paciente fica em acompanhamento ambulatorial por 6 MESES, para avaliação sorológica e acompanhamento emocional.
NORMAS TECNICAS E DOCUMENTOS VINCULADOS
Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Ministério da Saúde. 2012
MONITORAMENTO
<p>O monitoramento do protocolo é realizado através dos seguintes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">- Número de atendimentos;- Tempo de acompanhamento ambulatorial;- Intercorrências clínicas;- Conversão sorológica no acompanhamento ambulatorial;- Número de abortos legais e correlação com a contracepção de emergência;- Necessidade de busca ativa das pacientes atendidas.

ANEXOS

**ANEXO 1:
 COMO UTILIZAR O NOVO KIT PADRÃO DE COLETA DE VESTÍGIOS:**


O Kit Padrão compõe-se de um envelope BRANCO, com adesivo prateado escrito POLÍCIA CIVIL na aba para lacrar o mesmo. que após retirado o lacre e fechado, só poderá ser aberto pela equipe da Polícia Civil. Este envelope deve ser preenchido com o nome completo e data de nascimento da paciente, assim como a data e local da coleta dos vestígios (HC-UFMG), nome e assinatura do médico responsável pela coleta.

O Kit completo deve conter:

1. Um envelope BRANCO com código de barra com orientações quanto ao seu manuseio, onde deverão ser inseridos os porta-syabs (envelopinhos) contendo os syabs impregnados por material biológico e externamente anexadas as lâminas e a autorização de coleta;
2. Um estojo aderido ao envelope pardo no qual há duas lâminas (com identificação G e P – que em breve terão numeração correspondente ao kit);
3. Dez syabs em embalagens próprias seladas;
4. Quatro porta-syabs (envelopinhos) com aba adesiva discriminando o tipo de coleta (oral, vaginal, perineal, outros locais);
5. Um formulário do SINAN (frente e verso);
6. Um formulário da Ficha complementar (frente e verso);
7. Protocolo de consentimento que deve ser preenchido e assinado pelo médico que fará a coleta. Este protocolo deve ser entregue à paciente com a orientação de que ela deve fazer a Representação na Polícia Civil e entregar este documento na Delegacia de Mulheres – Av. Barbacena, 288 Barro Preto – BH, MG.

KIT ROTINA:

1. Calçar luvas estéreis e mantê-las durante todo o procedimento de coleta de vestígios

2. Abrir os invólucros contendo os swabs e fazer a coleta do material como descrito a seguir
3. Cavidade oral: Introduzir dois swabs simultaneamente na cavidade oral, com movimentos giratórios junto à mucosa interna, lateralmente. Colocar os dois swabs no envelope escrito "oral".
4. Outro local: Para coleta de material em outro local, umedecer dois swabs com água estéril e deslizar sobre a área corpórea alvo. Após fazer a coleta, colocar os swabs no envelope assinalado como "outro local", indicando o local de coleta (ex: mamas, braços, joelhos, costas, etc).



Abertura, abertura e posicionamento dos swabs

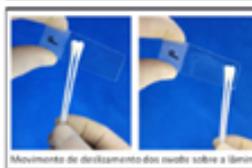
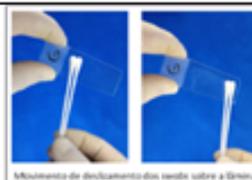
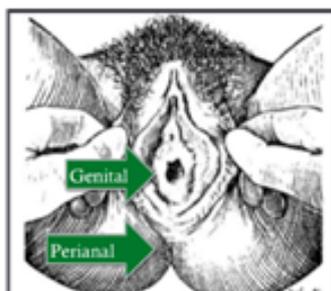


Identificação de local de possível contato de secreção do agressor e captura com swabs umedecidos.



Colocação dos swabs no envelope próprio.
Observar a posição adequada.

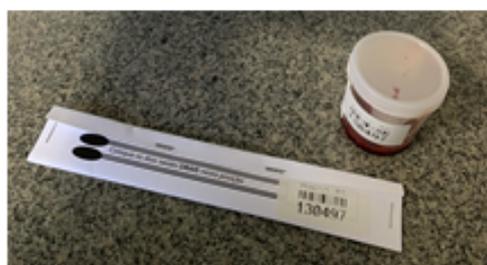
5. Inspeccionar a região perineal, incluindo vulva e região perianal. Tracionar os grandes lábios, para visualizar adequadamente o introito vaginal e introduzir o espéculo (nos casos indicados – penetração vaginal).
6. Esfregaço Genital: Introduzir o espéculo vaginal para avaliar parede vaginal, colo uterino e fundo de saco. Colher a secreção no fundo de saco e fazer o esfregaço genital na lâmina com a inicial "G" (genital). Após fazer a coleta, colocar os swabs no envelope assinalado "G".
7. Esfregaço Perianal: O procedimento de coleta é semelhante ao esfregaço genital, contudo os swabs devem ser umedecidos previamente com a água estéril. Colher o material esfregando levemente de forma giratória os swabs umedecidos na região perianal (não há necessidade de introduzir na região anal) e fazer o esfregaço na lâmina com a inicial "P" (perianal). Após fazer a coleta, colocar os swabs no envelope assinalado "P".



PRODUTO DE CONCEPÇÃO HUMANA (PCH):

Em caso de interrupção legal da gestação, o material coletado deverá ser acondicionado como descrito a seguir.

1. Produto de concepção humana: Colocar os restos ovulares, embrionários e/ou placentários em um frasco estéril (frasco estéril de coletar urina – SEM conservantes/formol).
2. Identificar o frasco com a etiqueta com código de barra e outra etiqueta com nome completo, data de nascimento e prontuário da paciente.
3. Inserir o frasco com material colhido dentro do saco plástico do KIT ADICIONAL.
4. Retirar 2 swabs do KIT ROTINA, para colher material da cavidade oral (para avaliação do DNA da paciente). Depois de colher a saliva da paciente, inserir os dois swabs dentro do envelope branco designado para cavidade oral, grampear e colocar dentro do envelope BRANCO com código de barras. Inserir uma cópia do atendimento da paciente dentro do envelope antes do mesmo ser lacrado.
5. Destacar o encaminhamento para Delegacia de Mulheres (última página da ficha de atendimento do IML-HC) e entregar à paciente devidamente preenchido.
6. Entregar o envelope BRANCO com código de barra lacrado à enfermeira supervisora da unidade para acondicionamento sob dentro do refrigerador no Bloco Obstétrico (4º andar) até o recolhimento pela Delegacia.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará” (Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral). www.cidh.org/basicos/portugues/n.belem.do.para.ratif.htm
- 2- https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Constituição Federal do Brasil, em seu parágrafo 8º, art. 226.
- 3- https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004.../lei/111340.htm. *Lei Maria da Penha*
- 4- *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres*. <http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/texto-pacto-enfrentamento-violencia-contra-mulheres>.
- 5- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Ministério da Saúde. 2012
- 6- Protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual: orientações médico-legais para abordagem nos hospitais referenciados. Programa de Humanização do atendimento à vítima de violência sexual. Superintendência de Polícia Técnico-Científica – SPTC. Instituto Médico Legal (IML) de Belo Horizonte-MG. 2018

HISTORICO DAS VERSOES

Versão - Data	Atividades	Nome	Cargo	Rubrica
1ª Versão – Outubro 2015	Elaborado por	Marilene Vale de Castro Monteiro Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-UFMG Médica-Ebserh	
1ª Versão–2016	Avaliado por	Marilene Vale de Castro Monteiro	Médica-UFMG	
1ª Versão –	Revisado por			
1ª Versão – Dezembro 2016	Aprovado por	Dra. Andrea Maria Silveira	Gerente de Atenção à Saúde e Diretora Técnica	
2ª Versão – Outubro 2018	Elaborado por	Marilene Vale de Castro Monteiro Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-UFMG Médica-Ebserh	
2ª Versão–2018	Avaliado por	Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-Ebserh	
3ª Versão–2021	Avaliado por	Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-Ebserh	
3ª Versão-2023	Revisado por	Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-Ebserh	
3ª Versão –	Aprovado por			

Relação com a pessoa que cometeu a violência sexual:

- N° de envolvidos:
- Conhecido? () Não () Sim, especificar:
- Idade:
- Sexo: () Masculino () Feminino
- Raça/Cor do agressor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado
- Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Desconhece
- Pessoa com deficiência ou transtorno psiquiátrico? () Desconhece () Não () Sim, especificar:

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

- Possui comorbidades? () Não () Sim, especificar:
- Uso contínuo de medicações? () Não () Sim, especificar:
- Situação Vacinal:
 - Tétano () Não () Sim
 - Hepatite B () Não () Sim
- Passado de violência física ou psicológica? () Não () Sim, especificar:

HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA

- Menarca: DUM:
- Era virgem antes da agressão: () Não () Sim
- Gestante: () Não () Sim, IG:
- Usava algum método Contraceptivo? () Não () Sim, especificar:
- Última relação sexual consentida:

EXAME FÍSICO: *descrição detalhada do exame físico geral e ginecológico*

EXAMES SOLICITADOS

Registrou Boletim de Ocorrência? () Não () Sim – Data: Hora:

CONDUTAS E ENCAMINHAMENTOS

1. Orientar a paciente quanto ao seguimento ambulatorial por 6 meses para avaliação sorológica e emocional.
2. Solicitar sorologias: VDRL, Anti-HIV, Anti-HCV, HbsAg (resultados serão avaliados no ambulatório)
3. Solicitar dosagem de beta-HCG
4. Encaminhar para Ambulatório de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual, próxima sexta-feira às 7:00h no 4º andar do Jenny Faria.

ANEXO D – Aprovação do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER		
Informe o número do CAAE ou do Parecer:		
Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="90432718.0.0000.5149"/>	<input type="text" value="2728723"/>	<input type="button" value="Pesquisar"/>
<i>Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.</i>		
DETALHAMENTO		
Título do Projeto de Pesquisa:		
<input type="text" value="VIOLÊNCIA SEXUAL E ESTRESSE: IMPORTÂNCIA DA TÉCNICA MINDFULNESS NA DIMINUIÇÃO DOS"/>		
Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="90432718.0.0000.5149"/>	<input type="text" value="2728723"/>	
Quem Assinou o Parecer:	Pesquisador Responsável:	
<input type="text" value="Vivian Resende"/>	<input type="text" value="SARA DE PINHO CUNHA PAIVA"/>	
Data Início do Cronograma:	Data Fim do Cronograma:	Contato Público:
<input type="text" value="01/11/2017"/>	<input type="text" value="31/12/2018"/>	<input type="text" value="SARA DE PINHO CUNHA PAIVA"/>

ANEXO E – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia



Parecer GOB 36/2017

Título: Violência sexual e estresse: Importância da técnica *mindfulness* na diminuição dos níveis de estresse, depressão e melhora na qualidade de vida em mulheres que evidenciaram violência sexual.

Interessados: Profa. Sara de Pinho Cunha Paiva

Documentos: Projeto de pesquisa, questionário DASS21 (depression, anxiety e stress scale – 21), PGWB-I (Índice psicológico de bem estar geral), TCLE (grupo de estudo e grupo controle), termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável

Objetivos:

Implantar o Programa de Mindfulness e Medicina Anti-Estresse (PMAE), já estabelecido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFG), como forma de terapia alternativa e complementar ao tratamento clínico de mulheres em acompanhamento no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG; Identificar o perfil demográfico, profissional e em termos de saúde mental de mulheres acompanhadas no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG; Implementar um programa específico para atendimento a pacientes vítimas de violência sexual utilizando as técnicas do PMAE; Gerar assistência anti-estresse para mulheres acometidas por violência sexual na região metropolitana de Belo Horizonte e Minas Gerais, utilizando as técnicas do PMAE; Ensinar às pacientes acompanhadas no Ambulatório de Violência Sexual do HCUFG a lidarem com os fatores de estresse do dia-a-dia, assim como os fatores decorrentes da violência sofrida, através das técnicas do PMAE; Incrementar a realização de pesquisas clínica sobre violência sexual e estresse; Correlacionar idade, estado civil, paridade e nível sócio-econômico das pacientes acompanhadas no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG com níveis de estresse, depressão e qualidade de vida antes e após a participação no PMAE; Interdisciplinaridade e possibilidade de desenvolvimento de trabalhos científicos e de pós-graduação nas áreas de medicina, psicologia, através da participação e treinamento de alunos de graduação, médicos residentes e outros profissionais de saúde da Faculdade de Medicina da UFMG (FM-UFMG) e do HC-UFMG.

Metodologia: Serão selecionadas 30 pacientes com idade acima de 18 anos e que fazem acompanhamento e tratamento no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG e que foram encaminhadas para o PMAE. Estas mulheres serão divididas em dois grupos: o grupo de estudo será composto por 15 pacientes com participação em grupo suporte seguindo o PMAE por oito semanas e o grupo controle serão outras 15 sem participação em grupo suporte. A equipe que irá realizar o atendimento é multidisciplinar e composta por profissionais de saúde da UFMG e do HC-UFMG contando com a participação de alunos de graduação e médicos residentes. Os grupos serão organizados segundo o protocolo PMAE com participação de até 10 pacientes por grupo sendo que estes encontros serão semanais, com duração de 2hs e por 8



semanas sob a supervisão da pesquisadora. Os níveis de depressão, ansiedade e estresse percebidos serão avaliados pelo DASS-21, a qualidade de vida será realizada pelo PGBW-I. No grupo de estudo os questionários serão aplicados antes e após o PMAE e no grupo controle no primeiro encontro e após 8 semanas.

Voto: O estudo está bem estruturado fazendo parte da linha de pesquisa da professora Sara sendo de grande relevância por abordar um tema de tamanha importância em nossos dias que é a violência sexual. Todos os documentos necessários foram apresentados. Não existem riscos aos sujeitos do estudo. Somos portanto, SMJ pela aprovação do estudo.

AVALIAÇÃO FINAL DA PROPOSTA

- APROVADO SEM RESTRIÇÕES
 DILIGÊNCIA
 NÃO APROVADO

PARECER APROVADO PELA CÂMARA DEPARTAMENTAL EM 18/12/2017

Eura Martins Lage
 Prof. Agnaldo Lopes
 Prof. Eura Martins Lage
 Subchefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
 Chefe Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
 Presidente em exercício da Câmara Departamental

**ANEXO F – Parecer de aprovação da emenda no projeto de pesquisa pelo departamento
de ginecologia e obstetrícia**



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Parecer GOB 02/2022

PARECER EMENDA DE PROJETO DE PESQUISA

Título: Violência sexual e estresse: Importância da técnica *mindfulness* na diminuição dos níveis de estresse, depressão e melhora na qualidade de vida em mulheres que evidenciaram violência sexual

CAAE 90432718.0000.5149 Número do parecer 2.728.723 de interesse da professora Sara de Pinho Cunha Paiva

Objetivos: O estudo que já havia sido aprovado anteriormente, tem como metodologia selecionar 30 pacientes com idade acima de 18 anos e que fazem acompanhamento e tratamento no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG. Estas mulheres são divididas em dois grupos sendo que 15 participam do grupo de suporte seguindo no PAME por 8 semanas e o grupo controle de 15 sem participação em grupo suporte. Devido ao contexto da pandemia e para melhorar o atendimento destas mulheres foi acrescentado um novo modelo de anamnese e iniciada a aplicação do WHOQOL. A alteração na metodologia do projeto se faria apenas por inclusão e análises estatísticas geradas a partir destes dados coletados, buscando ampliar o entendimento de como os atendimentos e as técnicas empregadas para diminuição dos níveis de estresse e depressão estão impactando na qualidade de vida das pacientes

Voto: Por não apresentar mudanças substanciais na metodologia do projeto somos portanto SMJ pela aprovação da emenda proposta

AVALIAÇÃO FINAL DA PROPOSTA

- APROVADO
 DILIGÊNCIA
 NÃO APROVADO

PARECER APROVADO PELA CÂMARA DEPARTAMENTAL EM 18/02/2022

Fernando Marcos dos Reis:60285710672
Prof. Fernando Marcos dos Reis
Chefe Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Presidente da Câmara Departamental

Digitally signed by Fernando
Marcos dos Reis:60285710672
Date: 2022.02.18 14:21:09 -03'00'

ANEXO G – Comprovação da recomendação de publicação do Artigo “The Impact of Follow-up Care in a Specialized Health Service on the Quality of Life of Women Victims of Sexual Violence” extraído da presente dissertação, na revista brasileira de ginecologia e obstetrícia (RBGO)



Editorial Office <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Para: Leticiasantos98@hotmail.com

Cc: bscaldaferri02@gmail.com; ilka.reis@gmail.com; sara.paiva.ufmg@gmail.com; sarapcpaiva@gmail.com



Qui, 03/08/2023 19:25

03-Aug-2023

Dear Dr. Santos:

Manuscript ID **RBGO**-2023-0177 entitled "The Impact of Follow-up Care in a Specialized Health Service on the Quality of Life of Women Victims of Sexual Violence" which you submitted to the Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, has been reviewed. The comments of the reviewer(s) are included at the bottom of this letter.

The reviewer(s) have recommended publication, but also suggest some revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to the reviewer(s)' comments and revise your manuscript.