

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DA VIOLÊNCIA

KARINA LAGE VIANNA TERCEIRO

PERFIL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS PELO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA MULHER DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2025

KARINA LAGE VIANNA TERCEIRO

**PERFIL DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS PELO
AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA MULHER DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Dr^a Graziella Lage Oliveira

Coorientador: Dr^a Sara de Pinho Cunha Paiva

Belo Horizonte
2025

V617p Vianna Terceiro, Karina Lage.
Perfil das vítimas de violência sexual atendidas pelo ambulatório de saúde da mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais [recurso eletrônico]. / Karina Lage Vianna Terceiro. - - Belo Horizonte: 2025.
92f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

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

1. Delitos Sexuais. 2. Violência contra a Mulher. 3. Aborto Legal. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Academias e Institutos. 6. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Graziella Lage. II. Paiva, Sara de Pinho Cunha. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 308

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

FOLHA DE APROVAÇÃO

13/03/2025, 14:09

SEI/UFMG - 3989633 - Ata de defesa de Dissertação/Tese



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MÉDICA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO/TESE

Às **quatorze** horas do dia vinte e sete de fevereiro de dois mil e vinte cinco, modo online, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de KARINA LAGE VIANNA TERCEIRO, número de registro **2022688095**, graduada no curso de Fisioterapia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube a Prof.ª Graziella Lage Oliveira - Orientadora (UFMG). Inicialmente a Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof.ª Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG), Prof.ª Taciana de Figueiredo Soares (UFMG) e Prof.ª Sara de Pinho Cunha Paiva (UFMG). Em seguida, a Presidente autorizou a aluna a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**Perfil das vítimas de violência sexual atendidas pelo Ambulatório de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da UFMG**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação **APROVADA**. O resultado final foi comunicado publicamente a aluna pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por Adalgisa Peixoto Ribeiro, Professora do Magistério Superior, em 11/03/2025, às 10:51, 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 Graziella Lage Oliveira, Professora do Magistério Superior, em 11/03/2025, às 11:10, 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 Taciana de Figueiredo Soares, Membro de comissão, em 12/03/2025, às 09:35, 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 Sara de Pinho Cunha Paiva, Professora do Magistério Superior, em 12/03/2025, às 11:19, 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 3989633 e o código CRC 4C9DBD66.

Referência: Processo nº 23072.211607/2025-31

SEI nº 3989633

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=43119398&infra_sistema=10000100&infra_unidade_atual=110001072&infra_hash=ff19b030e... 1/1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-reitora de Pós-graduação: Prof^a. Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora da Faculdade de Medicina: Prof^a. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof^a. Andréa Maria Silveira

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Profa. Luana Giatti Gonçalves

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

Coordenadora do Programa: Prof^a. Jandira Maciel Silva

Subcoordenadora: Prof^a. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo Colegiado do Programa:

Prof^a. Andréa Maria Silveira (titular)

Prof. Rubens Lene Carvalho Tavares (Suplente)

Prof^a. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo (titular)

Prof^a. Adriana de Souza Medeiros Batista (Suplente)

Prof^a. Graziella Lage Oliveira (titular)

Prof^a. Adalgisa Peixoto Ribeiro (suplente)

Prof. Helian Nunes de Oliveira (Titular)

Prof^a. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (Suplente)

Prof^a. Jandira Maciel da Silva (titular)

Prof. Luiz Paulo Ribeiro (suplente)

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (titular) Prof. Geraldo Cunha Cury (suplente)

Representante discente:

Membro titular: Pedro Henrique de Barcelos Lavareda (titular)

A Deus, meu Senhor e meu guia.

Ao meu marido Leonardo e às minhas filhas
Ester e Elisa.

Sem vocês nada faria sentido na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me sustentar durante todo este processo.

A todos os envolvidos no serviço de violência sexual do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), um serviço essencial que tem acolhido muitas mulheres.

A Profa. Sara de Pinho Cunha Paiva, uma das melhores pessoas que já conheci e que durante muito tempo estive à frente desse serviço, trazendo dignidade e esperança às mulheres. Agradeço ainda seu apoio e carinho com minha pessoa.

Agradeço a Profa. Graziella Lage Oliveira por aceitar prontamente a ser minha orientadora, pelo apoio, ajuda e paciência durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Simone França Nery por ser a primeira pessoa, no meio acadêmico, a acreditar no meu potencial de cursar o mestrado profissional.

Ao meu marido Leonardo, pelo incentivo diário e pela grande ajuda durante a elaboração dessa dissertação.

Às minhas filhas Ester e Elisa, pelo incentivo, sacrifício e paciência.

Aos amigos que sempre me apoiaram e me incentivaram.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

*“O primeiro passo para solucionar uma
questão é tirá-la da invisibilidade”*

Djamila Ribeiro

RESUMO

OBJETIVO: Conhecer o perfil das vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório de Saúde da Mulher do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG (HC/UFMG). **METODOLOGIA:** Estudo transversal utilizando dados secundários provenientes de prontuários médicos das vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório de saúde da mulher do HC/UFMG. Todos os prontuários abertos entre 2021 e 2022 foram avaliados e as informações relacionadas às mulheres, ao agressor, às circunstâncias de ocorrência da violência e aos cuidados recebidos foram analisadas. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e foram realizadas análises descritivas e comparativas das informações, utilizando o programa SPSS, versão 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. **RESULTADOS:** Foram coletadas informações de 97 mulheres atendidas no Ambulatório, sendo 53,6% (n=52) em 2021 e 46,4% (n=45) em 2022. A idade média das mulheres no atendimento era de 28,2 anos (variando entre 11-61 anos). A cor da pele mais prevalente foi a cor parda (50,5%), seguida da cor branca (25,8%). A maioria das mulheres (n=78; 80,4%) declarou-se como heterossexual e com mais de 13 anos de estudo (n=44; 45,4%). Aproximadamente 32% das mulheres possuíam algum transtorno mental, sendo os transtornos de humor os mais prevalentes (93,3%). Em 28,9% (n=28) dos casos, a violência sexual ocorreu na casa ou carro do agressor, seguido pela casa da vítima (21,6%) e de outra residência de algum familiar ou conhecido (18,6%). O período em que mais ocorreu a VS foi durante a noite/madrugada (n=68; 76,4%); sendo que 41,8% sofreram violência psicológica ou violência física. Em 55,7% dos casos (n=54), as mulheres estavam conscientes no momento da violência e 63,9% (n=62) afirmaram conhecer seus agressores. Em 27,4% dos casos (n=26), o agressor conhecia, mas não tinha relação íntima com a vítima (eram amigos de conhecidos ou colegas de trabalho); 18,6% (n=18) eram parceiros íntimos ou ex-parceiros; 8,2% (n=8) eram conhecidos de aplicativos de relacionamento. A VS resultou em gravidez em 63,8% dos casos, entre os quais 42 pacientes (43,3%) realizaram o Aborto Legal no HC/UFMG. A maioria das mulheres (66,0%) não utilizou contracepção de emergência e apenas 18,6% receberam a pílula do dia seguinte. O boletim de ocorrência foi registrado em 23,7% dos casos e em apenas 14,4% foi realizada a coleta de vestígios. O tempo decorrido entre a violência e a procura pelo primeiro atendimento variou de 1 dia a 18 anos, sendo que 42,3% das vítimas chegaram ao serviço entre 1 e 3 meses e 6,2% após 6 meses do evento violento. De maneira geral, a maioria dos agressores tinha entre 30-40 anos, era na maioria das vezes de cor branca. Mostraram-se associados à realização do aborto legal: idade da vítima à época da violência; local da violência; violência de repetição e uso de contracepção de emergência. **CONCLUSÕES:** Mais de 1/3 das mulheres procurou o atendimento após a confirmação da gestação, com tempo médio de chegada no serviço de dois meses após a violência, perdendo a oportunidade de receber contracepção de emergência e a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O ambulatório de saúde da mulher do HC/UFMG presta um atendimento integral, no entanto, a falta de adesão das mulheres ao seguimento ambulatorial pode refletir a esquivas das vítimas no sentido de evitar situações que lembrem o evento traumático. Essa abordagem pode ser melhorada a partir da evolução das políticas públicas existentes, visando garantir às vítimas um atendimento humanizado e segurança para o seguimento ambulatorial e é uma estratégia fundamental para o cuidado dessas mulheres no SUS.

Palavras-chave: Violência sexual; Violência contra mulher; Interrupção legal da gestação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the profile of victims of sexual violence treated at the Women's Health outpatient clinic at the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of UFMG (HC/UFMG). **METHODS:** Cross-sectional study using secondary data from medical records of victims of sexual violence treated at the women's health clinic at HC/UFMG. All medical records opened between 2021 and 2022 were evaluated and information related to the women, the aggressor, the circumstances in which the violence occurred and the care received was analyzed. The data were tabulated in a Microsoft Excel spreadsheet and descriptive and comparative analyzes of the information were carried out using the SPSS program, version 20.0. The study was approved by the UFMG Research Ethics Committee. **RESULTS:** Information was collected from 97 women treated at the Outpatient Clinic, 53.6% (n=52) in 2021 and 46.4% (n=45) in 2022. The average age of women receiving care was 28.2 years (ranging between 11-61 years). The most prevalent skin color was brown (55.7%) followed by white (25.8%). The majority of women (n=78; 80.4%) declared themselves heterosexual and with more than 13 years of education (n=44; 45.4%). Approximately 32% of women had some mental disorder, with mood disorders being the most prevalent (93.3%). In 28.9% (n=28) of cases, sexual violence occurred in the aggressor's home or car, followed by the victim's home (21.6%) and another residence belonging to a family member or acquaintance (18.6%). The period in which SV most occurred was during the night/early morning (n=68; 76.4%); 44.6% (n=41) suffered psychological/verbal violence or physical violence. In 55.7% of cases (n=54), women were conscious at the time of the violence and 63.9% (n=62) said they knew their attackers. In 27.4% of cases (n=26), the aggressor knew but did not have an intimate relationship with the victim (they were friends of acquaintances or co-workers); 18.6% (n=18) were intimate partners or ex-partners; 8.2% (n=8) were acquaintances from dating apps and 8.2% (n=8). SV resulted in pregnancy in 63.8% of cases, among which, 42 patients (43.3%) underwent Legal Abortion at HC/UFMG. The majority of women (66,0%) did not use emergency contraception and only 18.6% received the morning-after pill. A police report was registered in 23.7% of cases and evidence collection was done in only 14.4%. The time elapsed between the violence and seeking first care varied from 1 day to 18 years, with 42.3% of victims arriving at the service between 1 and 3 months and 6.2% after 6 months of the violent event. In general, the majority of attackers were between 30-40 years old and were most often white. The following were associated with legal abortion: age of the victim at time of violence; location of violence; repeat violence; aggressor is known or not; and use of emergency contraception. **CONCLUSIONS:** More than 1/3 of the women sought care after confirming their pregnancy, with an average time to arrive at the service of two months after the violence, missing the opportunity to receive emergency contraception and prophylaxis for Sexually Transmitted Infections (STIs). The women's health clinic at HC/UFMG provides comprehensive care, however, women's lack of adherence to outpatient follow-up may reflect the victims' avoidance of situations that resemble the traumatic event. This approach can be improved through the evolution of existing public policies, aiming to provide victims with humane care and ensure safety for outpatient follow-up, which is a fundamental strategy for the care of these women within the SUS.

Keywords: Sexual violence; Violence against women; Legal interruption of pregnancy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipologia da violência de acordo com a proposta da OMS de 2002	18
Figura 2 - Diagrama das tipologias da violência de acordo com a proposta de Silva & Ramos	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Notificações de violência interpessoal e violência sexual contra mulheres realizadas no SINAN nos anos de 2021 e 2022, Brasil.	30
Tabela 2 - Número de notificações de violência sexual e estupro no Brasil, por regiões, entre os anos de 2021 e 2022.	31
Tabela 3 - Número de notificações de violência e violência sexual contra mulheres realizadas ao SINAN em Belo Horizonte, MG, em 2021 e 2022.	33
Tabela 4 - Local de ocorrência da violência sexual em Belo Horizonte, MG.	33
Tabela 5 – Perfil das vítimas de violência sexual atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal.	48
Tabela 6 – Características da violência sexual e do perpetrador de violência sexual contra as mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal pela vítima.	50
Tabela 7 – Características do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal pela vítima.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP/VS	Atenção integral às pessoas em situação de violência sexual
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BO	Boletim de Ocorrência
CGD	Carga Global de Doenças
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CV/VS	Coleta de vestígios de violência sexual
DNA	Desoxyribonucleic acid (Ácido desoxirribonucleico)
FM/UFMG	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IBDFAM	Instituto Brasileiro de Direito de Família
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
IG	Interrupção de gestação
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPG/PSPV	Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência
PRONASCI	Plano Nacional de Segurança Pública e Cidadania
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes
VS	Violência Sexual
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	O conceito de violência e suas tipologias.....	16
2.2	A violência contra as mulheres.....	22
2.3	Tipos de violência contra a mulher.....	26
2.4	Violência sexual contra as mulheres	28
2.5	A violência contra a mulher em Minas Gerais	31
2.6	Impactos da violência na qualidade de vida das mulheres	34
2.7	Evolução das políticas públicas contra a violência no Brasil e no mundo	35
2.8	O Hospital das Clínicas da UFMG e o atendimento às vítimas de VS.....	42
3.	OBJETIVOS	45
4.	METODOLOGIA.....	46
5.	RESULTADOS	48
6.	DISCUSSÃO	55
7.	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	ANEXO A – PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL.....	71
	ANEXO B – FICHA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	88

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi motivada, em parte, por minha experiência profissional, cujo breve histórico descrevo a seguir: acredito que minha preocupação com a saúde e o bem-estar das pessoas foi uma das coisas que me influenciou a escolher a Fisioterapia como profissão. Já na graduação, participei de projetos e monitorias que visavam melhoria na qualidade de vida dos pacientes atendidos, como, por exemplo, o projeto antitabagismo e a monitoria na clínica de neurologia.

Terminei a graduação no ano 2000 e escolhi a Fisioterapia Respiratória como especialidade, passando por um treinamento no hospital Vera Cruz seguido de uma Pós-Graduação na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em 2001, comecei a trabalhar no Hospital Regional de Betim, permanecendo lá por 3 anos. Neste período, tive a oportunidade de trabalhar como professora da PUC-Minas, unidade de Betim, supervisionando o estágio prático dos alunos do 9º período de Fisioterapia por um ano, e este cargo despertou em mim o desejo de cursar mestrado. Entretanto, eu ainda não sabia onde ou que tipo de projeto desenvolver.

Em 2003, fiz o concurso do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG) e fui aprovada, o que me trouxe grande satisfação. Assumi meu cargo em junho de 2004 e, além de atuar diretamente no atendimento dos pacientes internados, fui preceptora dos alunos do 9º período de fisioterapia e desenvolvi alguns protocolos e instruções de trabalho técnico.

Em 2008, fui lotada na Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos. Além dos cuidados de fisioterapia respiratória nos recém-nascidos, procurei, desde o início, acolher os pais, principalmente as mães através da minha escuta e das orientações quanto aos cuidados com o bebê.

A proximidade com as mães me fez conhecer uma realidade com a qual eu não me preocupava até então: a violência contra a mulher. Percebi que, em muitos casos, as mães utilizavam drogas durante a gestação; em outros, eram vítimas de violência física e de violência sexual por parte de pessoas conhecidas, algo que a literatura sobre o tema tem confirmado (Dias *et al.*, 2021; Santarem *et al.*, 2020).

No intuito de conhecer mais sobre este assunto, em 2018, me matriculei em uma disciplina isolada do Mestrado Profissional oferecida pelo Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (PPG/PSPV) intitulada “Atenção integral à saúde da mulher em situação de violência”. Através dessa disciplina, aprendi um pouco sobre a evolução nas conquistas de direito das mulheres e no enfrentamento da violência ao longo do tempo. Além disso, a discussão de casos clínicos me trouxe o conhecimento da abordagem atual no acolhimento e atendimento dessas mulheres.

O aprendizado adquirido na disciplina motivou-me a inscrever-me no Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Por sugestão da Professora Sara de Pinho Cunha Paiva e da Professora Graziella Lage Oliveira, iniciei meus estudos analisando os prontuários das vítimas de violência sexual com o objetivo de conhecer suas características bem como as circunstâncias do evento. A motivação para este estudo foi principalmente o fato de que existem poucos estudos sobre violência sexual e o atendimento despendido às vítimas (Santarem *et al.*, 2020).

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi conhecer o perfil das vítimas de violência sexual atendidas nos anos de 2021 e 2022, no ambulatório de saúde da mulher do Hospital das Clínicas da UFMG. Além do perfil das vítimas, esse estudo objetiva determinar o perfil dos agressores, as circunstâncias em que a violência foi praticada bem como as ações legais tomadas pelas vítimas após o abuso, sejam elas imediatamente ao acontecimento ou de forma tardia.

O Hospital das Clínicas é um dos serviços de referência do tipo II nos termos da Lei Federal nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 2023), ou seja, um serviço que realiza atendimento por equipe multiprofissional, avaliação clínica, exames, testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS (IST/AIDS), profilaxia com antirretroviral IST/AIDS, anticoncepção de emergência e coleta de vestígios de violência sexual, de acordo com o caso. Além destes procedimentos, serviços hospitalares do tipo II também realizam a interrupção de gestação conforme previsto na lei). Baseado nestas informações, será possível também descrever a realização de seguimento ambulatorial dessas mulheres, bem como a porcentagem de realização de aborto legal.

Espera-se que este trabalho forneça dados importantes sobre as vítimas atendidas no ambulatório e que isso possa direcionar a criação de protocolos de atendimento multiprofissional.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O conceito de violência e suas tipologias

Em 1996, a 4ª Assembleia Mundial de Saúde definiu que a violência é o maior problema de saúde pública ao redor do mundo, trazendo prejuízos a curto e longo prazos para os indivíduos, comunidades e países onde ela ocorre (WHO, 2002). Nos dias atuais, a violência continua sendo um grande problema de saúde pública, não apenas por suas consequências imediatas para os envolvidos, mas também por seu custo para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo (Dahlberg & Krug, 2007).

O conceito de violência tem sofrido mudanças ao longo das últimas décadas, na medida em que os fenômenos sociais são estudados por historiadores, sociólogos e filósofos. Essas mudanças fizeram com que o conceito de violência de uma determinada época se tornasse obsoleto nos dias de hoje. Um exemplo disso é que as primeiras definições de violência se limitavam ao uso da força física para subjugar, matar ou ferir um indivíduo ou um determinado grupo (Misse, 2016). Esse conceito vem sendo mudado na medida em que os estudos mostram que outras formas de agressão são capazes de causar prejuízo à vida do indivíduo e à sociedade (Misse, 2016).

É importante ressaltar que a violência que ocorre numa determinada população deve ser analisada no contexto da sociedade que a produziu, por ser fruto das relações cotidianas construídas baseadas na cultura, política e economia dessa sociedade, num determinado momento histórico. Neste sentido, cabe destacar que essas violências não afetam igualmente os indivíduos, nem se distribuem homogeneamente nos diferentes espaços sociais. Do mesmo modo, elas variam de intensidade ao longo do tempo, dependendo das condições sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais (Misse, 2016).

No intuito de ter uma definição de violência mais abrangente, no ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a violência como: “o uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (WHO, 2002).

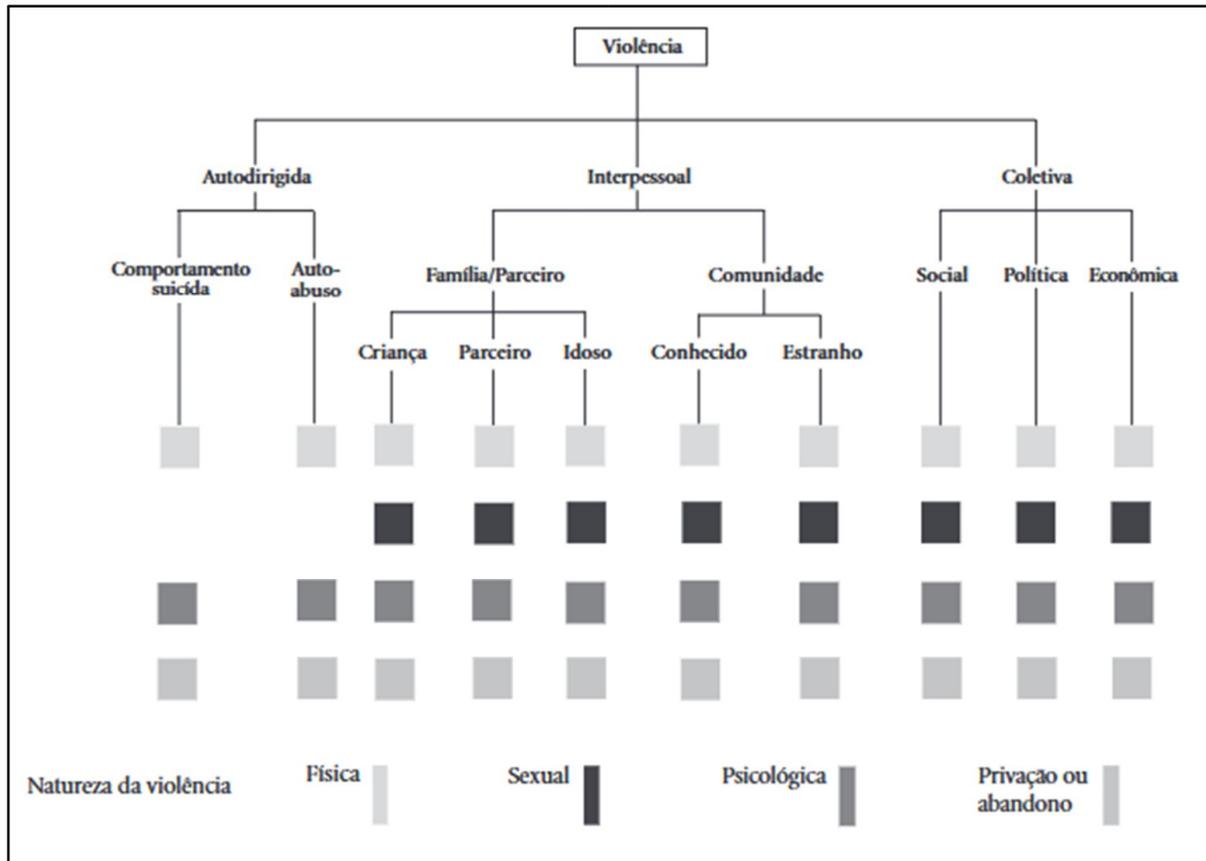
Esta nova definição permite ampliar a natureza do ato violento, não se restringindo mais ao ato físico. A inclusão da palavra “poder” se encarrega dessa ampliação e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de relações desequilibradas de poder. Desta maneira, o conceito de violência passa a incluir ameaças, intimidação, negligência ou atos de omissão, todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, suicídio e outros atos auto infligidos, além das violências já reconhecidas que envolvem a força física (Dahlberg & Krug, 2007).

De acordo com Dahlberg & Krug (2007), outro aspecto presente na definição de violência da OMS diz respeito à intencionalidade do ato violento, independentemente do resultado produzido. Estariam excluídos desta definição, portanto, os incidentes não intencionais como acidentes de trânsito e queimaduras em incêndio. De acordo com os autores, a questão da intencionalidade é um dos aspectos mais complexos da definição porque, às vezes, pode não estar claro para o autor do ato violento as possíveis consequências deste ato. Mesmo que haja distinção entre violência e atos não intencionais que produzem ferimentos, a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve intenção de causar dano: pode haver enorme disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional, já que o agressor pode cometer um ato intencional que, sob critério objetivo, pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados adversos para a saúde, mas não percebê-lo assim (Dahlberg & Krug, 2007).

Além da definição de violência propriamente dita, foram definidas também as tipologias da violência (WHO, 2002). Tais tipologias foram divididas em três grandes categorias: 1) Violência auto infligida (subdividida em comportamento suicida e agressão auto infligida); 2) Violência interpessoal (dividida em violência familiar e de parceiros íntimos e violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecer); 3) Violência coletiva (subdividida em violência social, política e econômica) (Dahlberg & Krug, 2007).

Na Figura 1, é possível visualizar de forma esquemática as tipologias da violência e a natureza dos atos violentos categorizadas em quatro: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica e 4) maus-tratos e negligência (também denominada privação ou abandono).

Figura 1 - Tipologia da violência de acordo com a proposta da OMS de 2002



Fonte: Dahlberg & Krug, 2007, p. 1167.

Após a publicação das tipologias da violência pela OMS em 2002, outras categorias e tipos de violência foram sendo agregados. Complementando este diagrama das tipologias, poderíamos citar dentro da violência coletiva a violência estrutural, que seria um tipo indireto de violência em que não é possível identificar um ator (pessoa concreta) que a comete, uma vez que esta está disseminada (embutida) na estrutura social (Silva & Ramos, 2023). Para Minayo (2020), a violência estrutural está relacionada às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras (WHO, 2002).

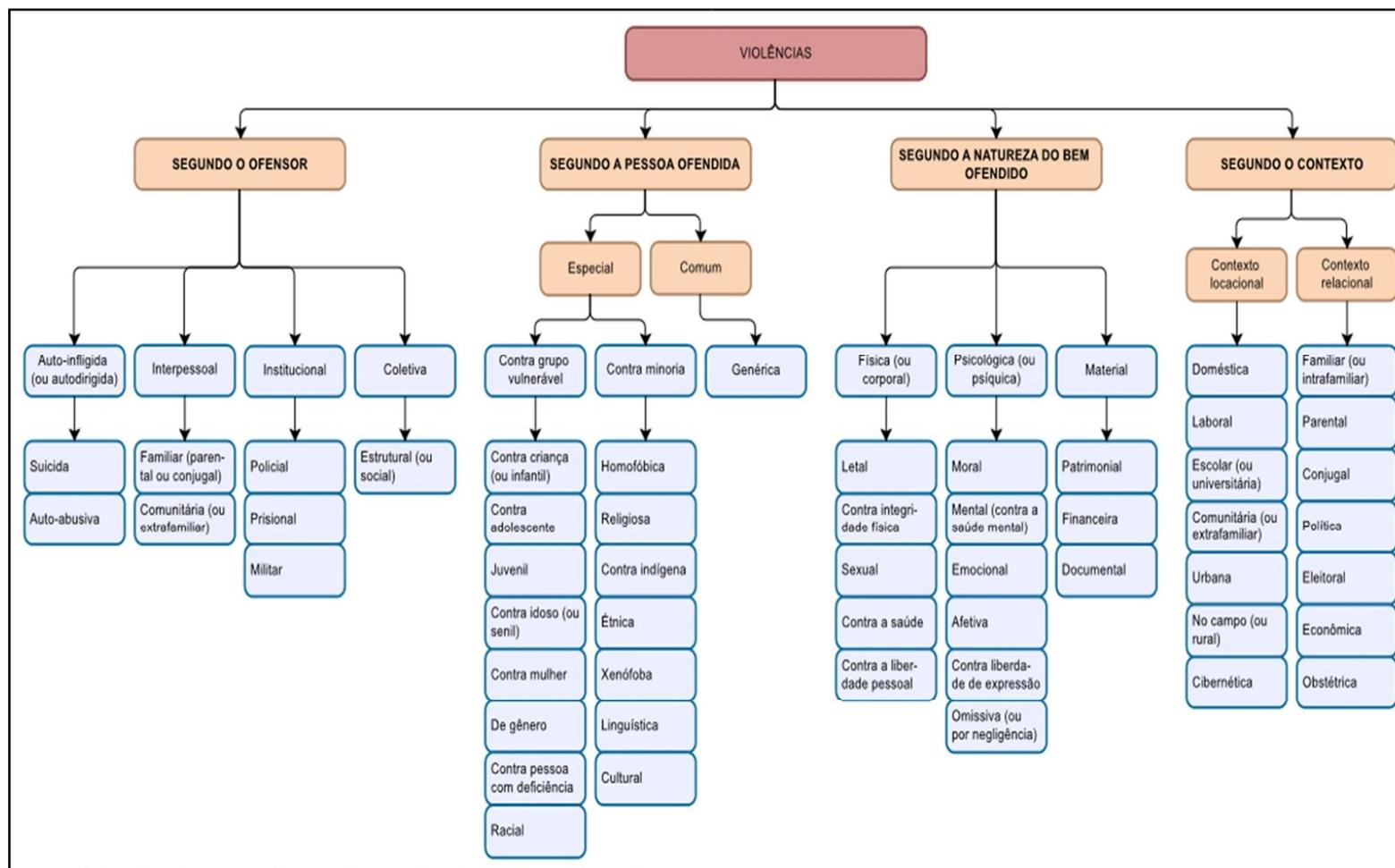
Uma tipologia da violência mais recente (Figura 2) inclui essa perspectiva de manter as bases da proposta da OMS de 2002, acrescida das violências estrutural e institucional, sugerindo a

elaboração de um diagrama matricial a partir de quatro grandes dimensões: 1) Perspectiva do ofensor; 2) Grupo da pessoa ofendida; 3) Natureza do bem atacado; e, 4) Contexto ou ambiente de ocorrência (Silva e Ramos, 2023).

No que se refere à primeira dimensão, Perspectiva do ofensor, o diagrama é bastante similar ao apresentado pela OMS em 2002, acrescido da violência cometida pelas instituições (violência institucional). Difere também em relação à subdivisão da violência coletiva (social, política e econômica) que passa a ser tratada apenas como violência estrutural (Figura 2). Os aspectos retirados são colocados em outras dimensões (Silva & Ramos, 2023).

No que se refere à segunda dimensão: Grupo da pessoa ofendida, os autores se propõem a estratificar os atos violentos cometidos contra dois grupos principais: pessoas vulneráveis (criança, idoso, adolescente, mulher, violência de gênero, pessoa com deficiência e violência racial) e minorias (homofóbica, religiosa, xenofóbica, étnica, contra indígenas, cultural, linguística) (Figura 2). Embora algumas categorias pareçam similares, os autores justificam a separação em função da importância de cada uma delas isoladamente, como mulher e violência de gênero para abarcar as violências ocorridas com transexuais, por exemplo (Silva & Ramos, 2023).

Figura 2 - Diagrama das tipologias da violência de acordo com a proposta de Silva & Ramos



Fonte: Silva & Ramos, 2023; p. 24.

Na terceira dimensão, referente à natureza do bem atacado, os autores mantêm as violências física e psicológica, incluindo outros aspectos em cada uma delas como desdobramento ou subtipo, e incluem também a violência material (Figura 2). Dentro da violência física estariam: letal (enquanto desdobramento), contra a integridade física (subtipo), sexual (subtipo), contra a saúde (subtipo) e contra a liberdade pessoal (subtipo). Dentro da violência psicológica estariam: violência moral, mental, emocional, afetiva, contra a liberdade de expressão e omissiva (por negligência ou abandono). Dentro da violência material estariam as violências patrimonial, financeira e documental (Silva & Ramos, 2023).

Na quarta e última dimensão, contexto ou ambiente de ocorrência, os autores incluem as violências de acordo com o seu local de ocorrência ou tipo de relação entre os envolvidos (Figura 2). Destacam-se: violência doméstica, laboral, escolar (ou universitária), comunitária (ou extrafamiliar), urbana, rural, cibernética, familiar (ou intrafamiliar), parental, conjugal, política, eleitoral, econômica e obstétrica (gestacional) (Silva & Ramos, 2023).

Esta proposta de tipologia da violência é bastante interessante e abarca questões ou problemas atuais no campo de estudos sobre violência, como a violência obstétrica e a violência cibernética, sobretudo para as mulheres, que acabam sendo as maiores vítimas destes tipos de violência (Oliveira & Almeida, 2022; Palma & Donelli, 2017).

Embora estas não sejam as únicas formas de violência contra as mulheres, a violência obstétrica é muito peculiar às mulheres enquanto vítimas. A próxima seção abordará especificamente a violência cometida contra as mulheres.

2.2 A violência contra as mulheres

Segundo Guimarães e Pedrosa (2015), a violência contra a mulher é um tema que vem recebendo destaque nas pautas dos órgãos públicos e governamentais pelas consequências que este problema traz para a vida social, econômica e física das vítimas e também pelo aumento nas estatísticas ao longo das últimas décadas. É considerada uma violação dos direitos humanos e consiste em qualquer ato violento baseado no gênero que resulte em dano físico, sexual ou psicológico. Estão incluídos neste conceito também a ameaça e a privação de liberdade em ambiente público e privado (Azambuja & Nogueira, 2008).

A violência contra a mulher constitui-se como um problema histórico que ainda não foi resolvido definitivamente, uma vez que a sociedade ainda reproduz as dinâmicas que subjogam pessoas que se identificam com o gênero feminino (Cerqueira *et al.*, 2023), sendo circunscrita por manifestações abusivas de poder nas quais o homem é colocado como superior à mulher (Melo *et al.*, 2022).

A internalização desta ideia ocorreu ao longo do desenvolvimento da maioria das sociedades através de regras, valores e modos de viver nos quais são ensinados que a mulher é inferior ao homem e deve obedecê-lo sem questionar. Nessa sociedade patriarcal, o homem detém o poder econômico, político e sexual sobre a mulher, à qual é ensinado que seu papel é cuidar dos filhos, da casa e do marido. Ao ser considerado como protetor e provedor dos recursos para manter sua família, o homem adquire o poder sobre a esposa e os filhos. Isso gera um desequilíbrio de valores e uma hierarquia que coloca a mulher como propriedade do homem. Essa subordinação construída ao longo da história gera como consequência a naturalização da violência contra a mulher e uma culpabilização da mesma por qualquer ato violento de que seja vítima, fazendo com que as mesmas não percebam que estão tendo seus direitos suprimidos (Guimarães & Pedrosa, 2015; Acosta *et al.*, 2013, Azambuja & Nogueira, 2008).

Exemplos bastante naturalizados sobre isso podem ser vistos na discrepância de salário entre homens e mulheres, sendo o primeiro melhor remunerado em alguns casos, apesar de ambos exercerem as mesmas funções, e a culpabilização da mulher ao sofrer violência sexual por se vestir de forma “provocante” ou por andar em lugares que não deveria (Almeida *et al.*, 2020).

Embora as mulheres tenham tido seu espaço reconhecido nas últimas décadas, infelizmente ainda persistem as desigualdades entre homens e mulheres a despeito de todo movimento no sentido de combatê-las. A violência contra mulheres não só persiste como vem aumentando a cada ano.

De acordo com o Anuário de Segurança Pública publicado em 2023, os feminicídios cresceram 6,1% em 2022, resultando em 1.437 mulheres mortas simplesmente por serem mulheres. Além dos crimes contra a vida, as agressões em contexto de violência doméstica tiveram aumento de 2,9%, totalizando 245.713 casos; as ameaças cresceram 7,2%, resultando em 613.529 casos; e os acionamentos ao 190, número de emergência da Polícia Militar, chegaram a 899.485 ligações, o que significa uma média de 102 acionamentos por hora. Além disso, registros de assédio sexual cresceram 49,7% e totalizaram 6.114 casos em 2022, e importunação sexual teve crescimento de 37%, chegando ao patamar de 27.530 casos no último ano. Ou seja, estamos falando de um crescimento muito significativo e que envolve praticamente todos os tipos de violência, desde o assédio até o estupro e os feminicídios (Brasil, 2023).

É importante lembrar que, na maioria das vezes, a mulher sofre mais de um tipo de violência e o local onde isso mais ocorre é o lar. O ciclo da violência praticado nesse ambiente é apresentado como basicamente o mesmo para todas as mulheres e os sinais de alerta são explicitados. Ele consiste de uma fase chamada fase de tensão, na qual a violência psicológica se inicia e consiste em xingamentos, humilhações e situações de controle, seguido por um evento agudo que é a violência física, onde ocorrem empurrões, chutes e puxões de cabelos. A última fase do ciclo é chamada de lua de mel, pois nessa fase o agressor se torna gentil, pede desculpas, faz promessas, envia flores e presentes para a mulher. A mulher alimenta o sonho de que tudo vai mudar e

decide não denunciar o agressor, entretanto, um novo ciclo ainda mais agressivo se inicia logo em seguida (Leitão, 2014).

Muitas mulheres não conseguem romper esse ciclo. Os motivos são vários: medo do julgamento da sociedade, dependência financeira, dependência psicológica e afetiva, medo de perder os filhos, dentre outros. Assim, passam uma vida sofrendo, chegando inclusive a acreditar que merecem o que estão passando (Leitão, 2014).

Entre 2015 e 2017, cresceu em 61% o número de mulheres que declararam ter sido vítimas de algum tipo de violência doméstica e familiar, no Brasil. Entre os principais problemas causados pelo abuso sofrido, destacam-se: distúrbios gastrointestinais, lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, sentimento de culpa, baixa autoestima, depressão, ansiedade, alcoolismo, abuso de drogas lícitas e ilícitas, desordens alimentares, estresse pós traumático, desenvolvimento de fobias e síndrome do pânico (Mascarenhas *et al.*, 2021).

De acordo com o estudo de Carga Global de Doença (GBD), em 2013 houve 973 milhões de pessoas feridas por acidentes e violências no mundo, sendo que 4,8 milhões das vítimas vieram a falecer (Malta *et al.*, 2017). Entre as principais causas de óbito estavam os acidentes de transporte terrestre (29,1%), suicídios (17,6%), quedas (11,6%) e homicídios (8,5%). Globalmente, aproximadamente 35,6% das mulheres sofreram violência sexual (VS), variando conforme a região/país em que vivem (Borumandnia *et al.*, 2020). Esse estudo aponta a violência como problema persistente de saúde pública no Brasil, exigindo esforços de prevenção sustentados e abrangentes e consideração de variações regionais com intervenções adaptadas a contextos estaduais específicos (Malta *et al.*, 2017).

Em Minas Gerais (MG), se observa o aumento da violência contra a mulher, fazendo com que este seja um problema a ser enfrentado. De acordo com um estudo que analisou os dados de violência doméstica e familiar contra a mulher no Estado, verificou-se que os 10 municípios com os maiores números de registros mensais de violência contra a mulher entre janeiro de 2018 e

agosto de 2021 foram: Belo Horizonte, Juiz de Fora, Betim, Contagem, Montes Claros, Sete Lagoas, Uberaba, Uberlândia, Governador Valadares e Ribeirão das Neves (Almeida & Nonato, 2021). Cabe chamar atenção para o fato de que estes municípios estão entre os 11 mais populosos do Estado, o que coloca a violência contra a mulher como um problema relacionado às condições sociais de vida.

Já o estudo de Garcia *et al.* (2008) investigou os aspectos epidemiológicos e clínicos da violência contra mulheres em Uberlândia, Minas Gerais, a partir da análise de dados provenientes de três fontes: o Hospital Universitário, uma organização não governamental local e o Instituto Médico Legal. Os principais achados incluem:

- **Subnotificação de violência psicológica e sexual:** A agressão física foi a principal razão das visitas ao Hospital Universitário e ao Instituto Médico Legal. No entanto, a ausência de registros sobre violência psicológica nesses serviços sugere uma possível subnotificação no contexto da atenção primária à saúde. Esse cenário ressalta a relevância de entrevistas especializadas para captar a real dimensão do problema. Além disso, os três serviços apresentaram relatos limitados sobre violência sexual, evidenciando sua invisibilidade, especialmente em casos de violência conjugal.
- **Divergências nos registros entre os serviços:** As formas de violência documentadas variaram conforme a instituição, refletindo as especificidades de cada serviço. A ONG registrou um maior número de ocorrências de violência psicológica e física, enquanto o hospital e o Instituto Médico Legal concentraram-se majoritariamente nos casos de agressão física. Esses dados indicam que cada tipo de serviço pode tanto atrair quanto documentar diferentes manifestações da violência.
- **Necessidade de abordagens personalizadas:** Os resultados apontam para a importância de respostas adaptadas à realidade de cada serviço, a fim de garantir um suporte mais eficaz às vítimas. O estudo destaca a necessidade de maior integração entre os serviços de saúde,

assistência social e instituições legais, possibilitando uma abordagem mais ampla e coordenada no enfrentamento da violência contra as mulheres (Garcia *et al.*, 2008).

2.3 Tipos de violência contra a mulher

Além da violência física, podemos citar outras formas de violência contra a mulher, a saber:

- **Violência psicológica:** consiste em condutas que causem dano emocional ou diminuição da autoestima da mulher ou visem degradar e controlar suas ações. A cada 30 minutos, alguém sofre violência psicológica ou moral no Brasil;
- **Violência Moral:** De acordo com a lei Maria da Penha (Brasil, 2006), a violência moral caracteriza-se por qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Por ser muito próxima da violência psicológica, muitas vezes é difícil distinguir uma da outra;
- **Violência patrimonial:** qualquer ação que cause destruição, retenção ou subtração de bens materiais, além de retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. A maioria dos casos de violência patrimonial ocorridos em 2018 no Brasil, foi exercida por companheiros e ex-companheiros, ou seja, 43,3% dos casos. Somados a familiares e a pessoas próximas da mulher, esse número aumenta para 59,9% dos casos (Almeida *et al.*, 2020).
- **Violência Obstétrica:** A violência obstétrica foi caracterizada pela OMS em 2002 como a apropriação do corpo da parturiente durante o trabalho de parto, através de um tratamento desumanizado, abuso de medicação e perda da autonomia da mulher sobre seu corpo. Como exemplo de violência obstétrica, podemos citar: uso rotineiro de enema e de tricotomia, xingamentos e comentários que ofendam a dignidade da mulher por parte

dos profissionais de saúde, recusa em permitir a presença de um acompanhante na sala de parto e negligenciar atendimentos de qualidade e agendar cesárea sem recomendação (Palma & Donelli, 2017);

- **Violência Cibernética:** Trata-se do uso da *internet* com o objetivo de atingir alguém ou algum grupo específico. O perpetrador da violência muitas vezes faz uso de fotos e vídeos das vítimas que foram compartilhados para chantagear, humilhar, coagir e extorquir (Oliveira & Almeida, 2022).
- **Femicídio:** O femicídio é considerado a expressão máxima de violência contra a mulher. De acordo com ALMEIDA *et al.*, 2020, femicídio “é todo e qualquer ato de violência proveniente da dominação de gênero e que é praticado contra a mulher, ocasionando sua morte”. Segundo Portela e Meneghel, (2017), os femicídios são fruto de uma sociedade patriarcal que estimula o sentimento de posse e controle dos corpos femininos por parte dos homens. Neste contexto, a violência seria uma forma de punição e um mecanismo para mantê-las na situação de subordinação. Assim, os femicídios são uma forma de violência sexista que não se refere a fatos isolados muitas vezes justificados por ciúmes e expressam um ódio misógino, desprezo às mulheres. São causas de mortes anunciadas e evitáveis, já que grande parte representa o final de situações crescentes de violências (Portela & Meneghel, 2017).
- **A violência sexual:** consiste em obrigar, por meio da força, intimidação, ameaça e coação, a praticar ou presenciar ato sexual contra a sua vontade. Também faz parte de violência sexual qualquer conduta que constranja a mulher 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; registro e divulgação de relação sexual ou nudez sem seu consentimento;

ou qualquer atividade que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos e induzir a mulher a comercializar ou a utilizar sua sexualidade de qualquer modo (Franco *et al.*, 2024).

A violência sexual traz consigo outros tipos de violência praticadas contra a mulher. Ao longo dos anos, o sexo vem sendo utilizado como forma de exercer poder sobre o outro. Ainda hoje, a cultura considera o corpo da mulher como um objeto a ser usado (Almeida *et al.*, 2020). Muitas mulheres não denunciam a violência sexual tanto pelo constrangimento quanto pelo sentimento de culpa, sentimento este gerado pelos conceitos de que uma mulher deve se comportar de forma a não provocar os desejos sexuais de um homem (Almeida *et al.*, 2020).

Por serem as mulheres vítimas de violência sexual objeto de interesse do presente trabalho, as próximas seções tratarão especificamente sobre este tema.

2.4 Violência sexual contra as mulheres

Como dito anteriormente, a violência sexual pode ser definida como qualquer ação que resulte em tentativas ou investidas sexuais indesejadas, com uso ou não da força e da coação, praticada por alguém que tenha ou não algum tipo de relacionamento com a vítima em qualquer contexto. Inclui atos como estupros, penetração forçada no namoro ou casamento ou por estranhos, o assédio sexual, expor a vítima a pornografia e o uso de poder hierárquico que obrigue a vítima a participar de qualquer atividade sexual contra a sua vontade (Coelho *et al.*, 2014). O Anuário Brasileiro de Segurança Pública classifica, além dos atos supra-citados como VS o abuso incestuoso, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada (Brasil, 2024).

Trata-se de um problema de magnitude mundial que atinge crianças, adolescentes, adultos e idosos, independentemente de sexo, posição social e etnia. Embora atinja a todos os gêneros, as mulheres, historicamente, são o grupo mais violentado em qualquer ciclo de vida. A violência sexual é uma violação dos direitos humanos que traz diversas consequências à saúde das vítimas, que podem incluir desde lesões físicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis até danos à saúde mental das vítimas e morte (Souza *et al.*, 2013; Moreira *et al.*, 2020).

A violência sexual está presente tanto dentro dos lares quanto fora deles. Estimativas da OMS apontam que, no mundo, em 2018, 736 a 852 milhões de mulheres sofreram violência sexual em algum momento de sua vida, seja pelo parceiro ou por alguém com quem não mantinham relacionamento íntimo. Estima-se que 1 em cada 3 mulheres tenha sofrido violência sexual ao longo de sua vida (WHO, 2018).

Borumandnia *et al.* (2020) realizaram um estudo analisando a base de dados de carga global de doenças entre os anos de 1990 a 2017, no mundo. Os resultados mostraram que a maioria das vítimas de violência sexual eram mulheres. Além disso, concluíram que a violência sexual contra as mulheres apresentou uma queda nos países com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) ao longo destes anos, ao passo que houve um aumento dessa violência em países com baixo IDH neste mesmo período (Borumandnia *et al.*, 2020).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontaram que, no Brasil, 18,3% das pessoas com 18 anos ou mais sofreram violência física, psicológica ou sexual (Minayo *et al.*, 2022). Esse resultado é superior ao encontrado na média mundial, a saber, 8%. As pessoas que residem em área urbana estão mais suscetíveis a sofrer violência e, dentre essas pessoas, as mulheres são as principais vítimas. Outro resultado importante deste estudo mostrou que, enquanto os homens são maioria entre as vítimas fatais de violência, as mulheres são as que mais sofrem decorrentes de agressões, sejam elas físicas, psicológicas ou sexuais (Minayo *et al.*, 2022).

De acordo com informações coletadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS (SINAN), no ano de 2021 foram registrados no Brasil 187.204 casos de violência interpessoal contra mulheres e 216.024 casos em 2022. Nota-se um aumento das notificações de violência contra mulheres de 15,39% do ano de 2021 para o ano de 2022. Desses casos, em 2021, 22,46% foram registrados como violência sexual, e em 2022, 23,53% (Tabela 1).

Tabela 1 - Notificações de violência interpessoal e violência sexual contra mulheres realizadas no SINAN nos anos de 2021 e 2022, Brasil.

Ano da Notificação	Violência Interpessoal		Violência sexual
	N	↑↓ (%)	N (%)
2021	187.204	15,39	42.055 (22,46)
2022	216.024		50.824 (23,53)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Entre as regiões do Brasil, observa-se que nos anos de 2021 e 2022, houve um número maior de notificações de violência sexual feminina de forma geral no país (Tabela 2). O número absoluto de notificações foi maior na Região Sudeste, em relação às demais, tanto em 2021 quanto em 2022, no entanto, quando analisa-se a variação percentual entre os anos, observa-se que a Região Centro-Oeste foi a que apresentou maior variação de aumento (30,4%). O estupro, embora tenha diminuído proporcionalmente em 2022 comparado a 2021, respondeu por mais de 69% de toda a violência sexual cometida contra as mulheres no período analisado (Tabela 2).

Cabe salientar que este aumento observado na Região Centro-Oeste e Sudeste pode tanto significar: 1) um aumento da violência sexual contra as mulheres nestes locais; 2) uma maior sensibilização e treinamento profissional para notificar os casos de violência.

Tabela 2 - Número de notificações de violência sexual e estupro no Brasil, por regiões, entre os anos de 2021 e 2022.

Região	Violência Sexual (VS)			Estupro			% Estupro em relação à VS ¹	
	2021	2022	↑↓(%) ²	2021	2022	↑↓(%) ²	2021	2022
Norte	5.998	6.946	15,8	4.718	5.392	14,3	78,7	77,6
Nordeste	8.683	9.618	10,8	6.818	7.503	10,0	78,5	78,0
Sudeste	16.452	20.819	26,5	11.588	14.466	24,8	70,4	69,5
Sul	7.096	8.452	19,1	5.264	5.868	11,5	74,1	69,4
Centro-Oeste	3.826	4.989	30,4	3.093	3.902	26,2	80,8	78,2

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

1. Percentual de estupros em relação ao total de Violência Sexual notificada ao SINAN.

2. Variação percentual entre os anos de 2022 e 2021.

Como observado, a maior parte das notificações de violência sexual contra mulheres no Brasil foi relacionada ao estupro (Tabela 2). Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o número de casos notificados de estupro foi de 18.110 vítimas, um aumento de 7% em relação ao ano de 2021 (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

No ano de 2024 o Brasil atingiu um novo recorde de estupros e estupros de vulneráveis consumados, com 83.988 vítimas no ano de 2023. Com a estatística atualizada, o país registrou 1 crime de estupro a cada 6 minutos, segundo os registros policiais. As principais vítimas, como já demonstrado em outras edições do Anuário, são basicamente meninas (88,2%), negras (52,2%), de no máximo 13 anos (61,6%), que são estupradas por familiares ou conhecidos (84,7%), dentro de suas próprias residências (61,7%) (Brasil, 2024). Isso faz com que os números divulgados sejam subestimados, uma vez que na maioria das vezes o crime de violência sexual não é denunciado.

2.5 A violência contra a mulher em Minas Gerais

A realidade relacionada à violência sexual contra a mulher no Estado de Minas Gerais não difere muito da realidade brasileira. A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) relata, através do Painel Epidemiológico, que de 2010 a 2023 foram notificados 48.268 casos de violência sexual em MG, sendo 86,44% das vítimas do sexo feminino. O painel também aponta

que 27.590 desses casos ocorreram dentro da residência da vítima ou de conhecidos. O levantamento de 2023 aponta que o Estado recebeu, de janeiro a outubro, 4.913 notificações de VS (Minas Gerais, 2024).

A literatura é escassa quando se trata de dados sobre VS contra mulheres em Minas Gerais. Pinto e colaboradores (2023) fizeram um estudo utilizando dados do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) de 2019 com registro de VS. Foram consideradas as variáveis sexo, idade, cor, região demográfica de residência em MG, estado civil, presença ou não de deficiência e de gestação, se a VS ocorreu outras vezes, o local da violência, o tipo de violência, o número de agressores, bem como o vínculo da vítima com o mesmo. Dos 4.429 casos notificados (uma média de 12 casos/dia), 11 foram excluídos pois não foram preenchidos os campos idade, sexo ou município de residência. Dos 4.418 registros analisados, 87% eram do sexo feminino, sendo que em todas as faixas etárias a maioria das vítimas eram mulheres. Dentre estas, 72% com idade entre 0-19 anos e 18% na faixa etária de 20 anos ou mais, sendo o estupro a forma de VS que mais prevaleceu: 60,8% (Pinto *et al.*, 2023).

Ainda de acordo com este estudo, a maioria das vítimas era parda e preta de ambos os sexos em todas as faixas etárias. Entre as vítimas do sexo feminino, adolescentes e adultas, a VS já havia sido notificada outras vezes (40,4% e 35,2%, respectivamente). Em ambos os sexos, o principal local de ocorrência foi a residência da vítima com um agressor conhecido, dado encontrado em outros estudos (Facuri *et al.*, 2013; Graciano *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2020).

Segundo dados extraídos do SINAN, em Belo Horizonte foram registrados 1.622 casos de violência contra a mulher em 2021 e 1.833 casos em 2022 (Tabela 3). Só a VS foi responsável por 45,62% das notificações em 2021 e 42,06% das notificações em 2022. Este número é bastante elevado, se considerarmos que o restante é dividido entre todas as outras formas de violência contra a mulher. É importante lembrar do problema da subnotificação nos casos de VS, por todas as razões já descritas, e dessa forma podemos considerar que estes números são inferiores ao que acontece na realidade.

Tabela 3 - Número de notificações de violência e violência sexual contra mulheres realizadas ao SINAN em Belo Horizonte, MG, em 2021 e 2022.

Ano da Notificação	Violência contra a mulher	Violência sexual	% Violência sexual em relação à violência total
2021	1.622	740	45,6
2022	1.833	771	42,1

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Novamente, é importante reforçar que esses números são apenas os casos notificados, sendo o problema muito maior do que é registrado. Pinto e colaboradores (2023) relatam que alguns fatores predisõem à ocorrência de VS a saber: baixos níveis de educação, atitudes e normas de naturalização da violência e das desigualdades de gênero, falta de emprego para mulheres, leis discriminatórias de gênero relacionadas à propriedade, casamento e divórcio, ideologia de direitos sexuais masculinos, dentre outros.

Conforme dados do SINAN, apresentados na Tabela 4, percebemos que em Belo Horizonte a maioria das notificações de violência sexual e estupro ocorreram em residências, contudo, não há distinção se foi na residência da vítima, do agressor ou de alguém conhecido.

Tabela 4 - Local de ocorrência da violência sexual em Belo Horizonte, MG.

Local ocorrência	Violência		Estupro	
	2021	2022	2021	2022
Residência	356	362	246	264
Habitação Coletiva	4	6	4	4
Escola	14	19	12	13
Local de prática esportiva	3	1	2	1
Bar ou Similar	19	21	18	16
Via pública	85	80	77	73
Comércio/Serviços	8	9	7	8
Outros	113	141	89	117
Ignorado	138	133	91	85
Em Branco	1	-	1	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2.6 Impactos da violência na qualidade de vida das mulheres

A violência sexual contra a mulher deixa marcas profundas difíceis de serem sanadas e pode afetar todos os âmbitos da vida da mulher que sofreu a violência: físico, emocional, psicológico e financeiro.

Do ponto de vista físico, pode-se citar, por exemplo, lesões vaginais, gravidez indesejada e a contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (Aragão *et al.*, 2018). A violência afeta também a vida sexual das mulheres, pois muitas apresentam transtornos de sexualidade, como comportamento sexual de risco (promíscuos), ninfomania, vaginismo, perda do orgasmo e até mesmo aversão total ao sexo (Souza *et al.*, 2013; Aragão *et al.*, 2018; Bezerra *et al.*, 2016).

Os danos à saúde mental da mulher podem incluir depressão, ansiedade, vergonha, culpa, medo de morrer e até suicídio. Algumas mulheres desenvolvem transtornos alimentares, vergonha e medo de serem abusadas novamente, enquanto outras desenvolvem comportamento de risco promíscuo, o que as expõe a situações de sofrerem novamente o abuso. É comum também o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Souza *et al.*, 2013).

Aragão e colaboradores (2018) descreveram a reação das vítimas durante o abuso como imobilidade tônica ou comportamento de congelamento, especialmente nas situações nas quais a luta ou a fuga não são possíveis. Estudos de neuroimagem revelaram que o fato de recordar, ou estar em situações ou lugares semelhantes àqueles onde sofreu a violência, ativa respostas biológicas e comportamentais levando à imobilidade tônica, que por sua vez, constitui-se como fator de risco para desenvolvimento de TEPT (Aragão *et al.*, 2018).

A violência sexual traz consequências negativas não apenas às vítimas, mas também à sociedade na qual a mesma está inserida. Dentre esses problemas, podemos citar perda do emprego, abandono dos estudos, separação conjugal e dificuldade nos relacionamentos familiares (Souza *et al.*, 2013). Mulheres que sobrevivem ao estupro enfrentam estigmas sociais, sentimento de culpa, rejeição de suas famílias e comunidades (Pinto *et al.*, 2023).

2.7 Evolução das políticas públicas contra a violência no Brasil e no mundo

Apesar da violência contra a mulher ser fomentada por uma cultura machista de desvalorização da mulher, sempre existiram mulheres que se posicionaram e lutaram para combatê-la (Azambuja & Nogueira, 2008). Entretanto, foi a partir da década de 1960 e meados de 1970 que a conscientização sobre a necessidade da criação de mecanismos institucionais para a melhoria das condições de vida das mulheres de todo o mundo ganhou força, esboçando as primeiras definições a esse respeito.

No ano de 1967, foi criada a Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres e, em 1979, aconteceu a primeira Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. O ano de 1975 foi muito marcante na luta contra a violência contra a mulher por ter sido proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Mulher e por ter sido realizada a I Conferência sobre as Mulheres, na Cidade do México. No período, compreendido entre os anos 1976 e 1985, foi declarado como a Década das Mulheres e aprovou-se o respectivo Plano de Ação Mundial (Azambuja & Nogueira, 2008).

A partir da década de 1980 e mais intensamente a partir de 1990, a violência contra a mulher passou a ser considerada como um problema de saúde pública, ganhando força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi nesse período que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar explicitamente em *violência* (Azambuja & Nogueira, 2008).

Em 1993, como resultado da Conferência sobre os Direitos Humanos realizada em Viena (Áustria), a ONU elaborou a Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. Este documento foi o primeiro a citar, de forma clara, a classificação das diferentes formas de violência contra a mulher (Azambuja & Nogueira, 2008; Guimarães & Pedroza, 2015; WHO, 2018).

Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Dentre as conclusões desse encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, uma vez que cabe a esse setor o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das suas vítimas (Azambuja & Nogueira, 2008).

No ano de 1995, foi realizada a Quarta Conferência Mundial da ONU sobre as Mulheres, em Beijing, e a violência contra a mulher passou a ser definida como uma violência de gênero, consistindo em todo o ato de violência baseado no gênero, do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos e coação ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres (Azambuja & Nogueira, 2008; WHO, 2018).

O Brasil seguiu a tendência mundial no movimento de luta pelo combate da violência contra a mulher e, desde meados da década de 1970 e, principalmente, da década de 1990, participa de diversas conferências no âmbito das Nações Unidas, assumindo compromissos no sentido de assegurar os direitos humanos das mulheres. Dentre os principais Tratados, Declarações, Pactos, Planos de Ação e Convenções Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, destacam-se a: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979, ratificada com reservas em 1984 e ratificada plenamente em 1994), a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção Belém do Pará (1994, ratificada em 1995) e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) (Azambuja & Nogueira, 2008; Pinto *et al.*, 2017).

Além de integrar em suas leis os pactos internacionais de combate à violência contra a mulher, o Brasil tem sido pioneiro na elaboração de leis e programas no enfrentamento deste problema.

Em 1980, foram criadas as "Delegacias da Mulher", órgãos especializados da Polícia Civil que procuram dar um atendimento mais adequado às vítimas de violência conjugal e sexual, sendo pioneiro no contexto internacional (Azambuja & Nogueira, 2008). Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a 1ª edição da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, contendo recomendações gerais de atendimento e apoio psicossocial e protocolos de procedimentos profiláticos (Pinto *et al.*, 2017).

Somente uma década após a promulgação da Constituição de 1988 foi criado o Plano Nacional de Segurança Pública (PNSP) no ano 2000, sendo a primeira política pública nacional tendo como objetivo articular ações de repressão e prevenção à criminalidade no país. Entretanto, o PNSP não produziu os efeitos esperados, por não envolver a participação e contribuição da sociedade (Carvalho, 2011). De toda forma, os anos 2000 foram marcados por uma crescente discussão sobre formas de proteção à vida das mulheres, principalmente porque inicia-se um movimento de qualificação das informações e criação de sistemas para registro dos casos; vigilância, monitoramento, notificação e desenvolvimento de estudos e pesquisas, de forma que as ações a serem tomadas fossem orientadas pelas necessidades específicas de diferentes populações (Brasil, 2001).

Com esta mudança de visão, a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública no Brasil a partir de 2001 com a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2001). Este instrumento é importante por identificar as formas de violência e os acidentes que acontecem com mais frequência na população brasileira, bem como seu efeito, seja ele incapacidade ou morte. A partir dessa identificação, as ações do setor de saúde são direcionadas no sentido de prevenir a ocorrência desses eventos e tratar as consequências do mesmo (Brasil, 2001).

Em 2003, houve a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, estimulando a criação de normas e padrões de atendimento. Ainda em 2003, a introdução da Lei 10.778, posteriormente regulada pelo Decreto-Lei 5.099/2004, que implantou a notificação compulsória de violência

contra a mulher no âmbito do SUS (Pinto *et al.*, 2017). Outra mudança importante ocorrida neste ano foi a mudança no novo Código Civil que finalmente eliminou todas as discriminações legais contra as mulheres que ainda vigoravam, como por exemplo: mulheres casadas eram consideradas relativamente incapazes, necessitando de autorização do marido para realizar atos como trabalhar, aceitar heranças ou viajar (Azambuja & Nogueira, 2008; Pinto *et al.*, 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), que incorporou o enfoque de gênero para os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens. Essa política, que enfatiza o enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher, iniciou um programa de apoio técnico e financeiro para secretarias estaduais e municipais de Saúde (Lima e Deslandes, 2014).

Já em 2005, a lei penal eliminou a possibilidade de impunidade do agressor sexual que se casasse com sua vítima, retirou do rol de criminalidades o adultério que servia para justificar as maiores atrocidades em nome da "defesa da honra" e eliminou a expressão "mulher honesta" na definição de crimes sexuais (Azambuja & Nogueira, 2008, Pinto *et al.*, 2017).

Em 2001, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos por negligência e tolerância à violência doméstica contra as mulheres. Essa condenação foi um marco, pois resultou em mudanças significativas, como a criação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) em 2006, destinada especificamente ao combate da violência doméstica e familiar, reconhecendo-a como uma violação dos direitos humanos (Lopes, 2002). Essa lei define uma política pública articulada destinada à segurança das mulheres (Pinto *et al.*, 2017). Este foi um importante marco legislativo, principalmente por criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e incorporar dispositivos que envolvem o SUS e o Sistema de Segurança Pública (Brasil, 2006). Ainda em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com o objetivo de colher dados dessas violências para melhor entendimento da situação.

Em 2007, é lançado o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI). O PRONASCI envolveu, por meio de acordos e convênios, órgãos e entidades da administração pública, entidades de direito público e organizações da sociedade civil de interesse público (Madeira e Rodrigues, 2015). Ao mover de um modelo baseado no conceito de segurança do Estado para segurança cidadã, incorporou a visão de defesa da saúde, educação e igualdade de oportunidades, articulando políticas de segurança com ações sociais (Madeira e Rodrigues, 2015).

No ano de 2011, foi definida a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que estabeleceu conceitos, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra a mulher (Pinto *et al.*, 2017).

Em 13 de março de 2013, foi publicado o Decreto Nº 7.958 que estabeleceu diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, incluindo os procedimentos a serem prestados pelos profissionais de saúde nos hospitais (Pinto *et al.*, 2023). Em agosto de 2013, foi instituída a Lei Nº 12.845, que dispôs sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual nos hospitais integrantes da rede do SUS, que 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 (Art. 1º). Com relação ao atendimento a ser prestado:

Art. 3. O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - Amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - Facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - Profilaxia da gravidez;

V - Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - Fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1 Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2 No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico-legal.

§ 3 Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor. (Brasil, 2013; pp. 1)

A sociedade e os movimentos feministas têm cobrado do governo um posicionamento com relação ao combate da violência sexual e garantia de atendimento humanizado às vítimas. Em resposta a isso, o governo tem estabelecido e aprimorado políticas públicas que garantam os direitos constitucionais às mulheres, com a clara tentativa de garantir a assistência à vítima de violência, em especial, no tocante ao atendimento de saúde. Um desdobramento disso foi a instituição, em 2014, da notificação compulsória imediata ao atendimento às vítimas de VS, que passou a ser obrigatória (Teixeira *et al.*, 2023).

Em 2015, a Lei nº 13.104/2015 alterou o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, ao mesmo tempo em que incluiu essa prática no rol dos crimes hediondos (Almeida *et al.*, 2020). Segundo Almeida e colaboradores (2020), além de criar leis, o governo tem criado serviços que visam a prevenção da violência e o tratamento das vítimas. Alguns exemplos são:

- **A Rede de Enfrentamento à Violência contra a mulher** foi criada para garantir às vítimas de violência uma assistência integral e especializada. Tem por objetivos a prevenção, combate, assistência e garantia de direitos às mulheres vítimas de violência (Almeida *et al.*, 2020).
- **Ligue 180:** Canal de denúncia gratuito, sigiloso e confidencial, que funciona 24 horas todos os dias e através do qual pode-se fazer uma denúncia de violência. Esse canal também dá informações sobre direitos da mulher, amparo legal e a rede de atendimento e acolhimento (Almeida *et al.*, 2020).

- **Delegacias Especializadas de Atendimento à mulher (DEAMS):** Lugar onde é possível realizar denúncias de violência contra a mulher através do registro de boletim de ocorrência, além de acionar medidas protetivas de urgência em caso de violência doméstica, além de realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal (Almeida *et al.*, 2020).
- **Hospitais:** Muitas vezes, os hospitais são a porta de entrada para as mulheres vítimas de violência. A Lei nº 13.931/2019 estabeleceu que os casos com indícios ou confirmação de violência devem ser notificados à autoridade policial no prazo de 24 horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos (Brasil, 2019).
- **Centros de Referência de atendimento à mulher (CRAMS):** Atendimento psicológico e social às mulheres vítimas de violência (Almeida *et al.*, 2020).
- **Casas Abrigo:** Oferecem asilo protegido e atendimento integral às mulheres com risco de morte, acompanhadas ou não dos filhos (Almeida *et al.*, 2020).
- **Centros de Referência da Assistência Social (CRAS):** Desenvolvem atendimento com a família com o objetivo de promover um bom relacionamento familiar (Almeida *et al.*, 2020).
- **Juizados Especializados de violência doméstica e familiar contra a mulher:** De competência cível e criminal, são responsáveis por julgar os atos de violência contra a mulher (Almeida *et al.*, 2020).
- **Medidas protetivas:** O juiz pode conceder uma medida para que o agressor seja retirado do lar, além de ser proibido de se aproximar ou ter contato com a mulher. Pela lei Maria da Penha, qualquer mulher pode pedir medida protetiva após registro de boletim de ocorrência, mesmo que não tenha um advogado, mediante o Ministério Público ou Defensoria Pública (Almeida *et al.*, 2020).

O Governo do Estado de Minas Gerais tem tentado diminuir estes números através de ações de prevenção da violência e de cuidados às vítimas. Uma dessas ações foi o desenvolvimento de uma cartilha intitulada: "Violência Sexual: o que você deve saber". Esta cartilha traz informações

práticas nas quais a mulher consegue identificar se foi vítima de VS e onde procurar um atendimento caso a VS tenha ocorrido (Melo, *et al.*, 2023).

Apesar de todo esse avanço, nos últimos 20 anos, o Brasil enfrentou alguns retrocessos significativos no combate à violência contra a mulher. Por exemplo, em 2015, a Secretaria de Políticas para as Mulheres perdeu o status de ministério, o que reduziu sua relevância institucional e capacidade de implementar políticas públicas eficazes. Em 2022, foi registrado o menor orçamento federal para os órgãos de combate desse problema (IBDFAM, 2025).

A pandemia de COVID-19 teve um impacto profundo nas políticas de combate à violência contra a mulher, tanto no Brasil quanto em outros países. Entre os principais efeitos, temos o aumento da violência doméstica, dificuldade de acesso a serviços de apoio e sobrecarga dos sistemas de emergência (STOCK *et al.*, 2024).

2.8 O Hospital das Clínicas da UFMG e o atendimento às vítimas de VS

Em Minas Gerais, a Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIBSUS/MG, 2022, regulamentou o funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (Conselho Estadual de Saúde, 2022) em conformidade com os termos da Lei Federal Nº 12.845. Desta maneira, foi elaborada uma grade de referência com os serviços responsáveis pelo atendimento das vítimas de VS em cada microrregião de saúde de Minas Gerais.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG (HC-UFMG) é um dos quatro serviços em Belo Horizonte que prestam assistência do tipo II (atribuída pelo Anexo I da Deliberação CIB-SUS Nº 3.939) na microrregião de Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté (Conselho Estadual de Saúde, 2022). Os atendimentos às vítimas de VS iniciaram-se no HC em 2006.

O HC-UFGM oferece assistência às vítimas de violência sexual do sexo feminino, a partir de 14 anos de idade, 24 horas por dia, todos os dias, através do plantão da maternidade no pronto-socorro, sem necessidade de agendamento prévio. Além do atendimento via pronto socorro, o hospital possui um ambulatório especializado no atendimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual, que funciona toda sexta-feira no ambulatório Jenny Faria. As vítimas menores de 14 anos são atendidas pela equipe de pediatria (Rede EBSEH, 2024; Santos, 2024).

O acolhimento é a primeira etapa do atendimento, sendo fundamental que o mesmo seja ético, confidencial, sigiloso e respeite a privacidade da paciente. Atualmente, as vítimas são atendidas por uma equipe multidisciplinar de profissionais especializados (ginecologistas e obstetras, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) de maneira sistematizada (Santos, 2024).

Atualmente, o HC utiliza um protocolo para atendimento às vítimas de VS que abarca as diretrizes do Ministério da Saúde, para prevenção e tratamento de lesões decorrentes; o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual do Instituto Médico Legal (IML) e o protocolo do Pacto Nacional de Combate à Violência contra a Mulher (Anexo A).

Se o atendimento ocorreu nas primeiras 72 horas da VS, a vítima passa por um exame clínico, avaliação e tratamento de lesões. Após essa avaliação, é realizada uma triagem para identificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e as vítimas recebem medicamentos para prevenir infecções como sífilis, hepatite e AIDS. Além disso, as vítimas recebem contracepção de emergência visando evitar a gestação, fruto da violência sofrida. É importante lembrar que esse atendimento de urgência só é possível se a paciente comparecer ao pronto atendimento em até 5 dias após a violência sexual. A partir de então, a paciente é encaminhada para acompanhamento ambulatorial por no mínimo 6 meses, sendo o primeiro retorno após um mês, o segundo retorno após 2 meses e o terceiro atendimento após 6 meses para checagem das sorologias das IST. É importante dizer que a qualquer momento a vítima pode buscar o ambulatório e algumas acabam retornando anos depois solicitando apoio psicológico para lidar com o trauma sofrido (Santos, 2024).

No ambulatório, as vítimas são atendidas por um médico residente de ginecologia acompanhado de seu preceptor. Neste momento, é realizado o exame físico e uma escuta na qual a vítima relata o evento ocorrido e todas as informações são anotadas no prontuário eletrônico. A ficha de anamnese do ambulatório encontra-se no Anexo B. Todas as vítimas são encaminhadas para acompanhamento com as equipes de psiquiatria, psicologia e assistência social (Santos, 2024).

Se for constatada a gravidez, a vítima é encaminhada para fazer o ultrassom obstétrico no ambulatório Jenny Faria com a equipe de ginecologia e obstetrícia do HC. Se a idade gestacional do concepto coincidir com a idade da violência, será agendada uma consulta com a equipe de assistência social e de psiquiatria na qual são emitidos laudos constatando que a vítima está apta a realizar o aborto legal. Caso a vítima seja menor de 18 anos, é necessária a autorização dos representantes legais para a realização da interrupção da gestação (Santos, 2024).

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 obstetrícia 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 (Santos, 2024).

3. OBJETIVOS

GERAL

- Caracterizar os casos de violência sexual contra mulheres atendidas no ambulatório de Saúde da Mulher do HC nos anos de 2021 e 2022 e verificar as variáveis associadas à realização do aborto legal.

ESPECÍFICOS:

- Identificar o perfil das vítimas de violência sexual atendidas pelo ambulatório de Saúde da Mulher do HC nos anos de 2021 e 2022;
- Identificar o perfil dos perpetradores de violência sexual contra mulheres que foram atendidas pelo ambulatório de Saúde da Mulher do HC;
- Descrever as características da situação de violência sexual sofrida pelas mulheres atendidas pelo ambulatório de Saúde da Mulher do HC;
- Descrever as características relacionadas ao atendimento realizado às vítimas de violência sexual atendidas pelo ambulatório de Saúde da Mulher do HC;
- Verificar as variáveis relacionadas à realização do aborto legal.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal utilizando dados secundários provenientes de prontuários médicos das vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório de saúde da mulher do HC/UFG. As informações coletadas são referentes ao período entre 01 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2022.

Todos os prontuários abertos neste período foram avaliados pelo pesquisador num período de 4 meses com o consentimento da chefia do serviço de ginecologia e obstetrícia do HC/UFG, e as informações relacionadas aos atendimentos feitos pelos médicos da equipe de ginecologia e obstetrícia durante as consultas foram coletadas. Entre tais variáveis estavam informações relacionadas:

- À vítima: tempo entre a ocorrência da violência e a primeira consulta; idade em que sofreu a agressão; idade no dia da primeira consulta; raça/cor da pele autodeclarada; estado civil; escolaridade; presença de transtorno mental, declarado pela própria mulher; uso de medicamentos que interfiram com o nível de consciência; uso regular de algum método de contracepção; se já foi vítima de violência sexual previamente; gravidez (decorrente da violência), orientação sexual e se a vítima usou algum tipo de droga ilícita ou álcool previamente à violência e o estado de consciência da vítima.
- À violência sexual: data da violência; horário do evento; local de ocorrência; estado de consciência da vítima; uso de drogas/álcool pela vítima e pelo agressor no momento da ocorrência; presença de algum tipo de ameaça; presença de outra forma de violência associada; lesão física em decorrência da violência; local de penetração; uso de preservativo pelo agressor; ocorrência ou não de ejaculação.
- Ao agressor: idade presumida; raça/cor da pele; relação com a vítima e uso de drogas ou álcool no momento da violência.
- Ao atendimento prestado: tempo entre a ocorrência da violência e a primeira consulta, contracepção de emergência, aborto legal; número de consultas; acompanhamento

ambulatorial com equipe de psiquiatria, psicologia e assistência social pós-violência; registro de boletim de ocorrência e coleta de vestígios.

Foram incluídos no estudo o prontuário de todas as mulheres vítimas de violência sexual atendidas no ambulatório que procuraram atendimento espontaneamente ou foram encaminhadas ao serviço. Apesar do ambulatório atender apenas vítimas com idade ≥ 14 anos, uma adolescente de 11 anos foi incluída pois foi atendida no ambulatório no período deste estudo. Prontuários sem informações ou fora do período de interesse foram excluídos.

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e foram realizadas análises descritivas (por meio da distribuição de frequências, médias e desvios-padrão) e comparativas das informações (por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson e do Teste Exato de Fisher, quando apropriado), utilizando o programa SPSS, versão 20.0. Para a verificação da significância estatística, foi considerado um valor- $p \leq 0,05$.

O estudo seguiu as diretrizes éticas para estudos com humanos. As informações foram coletadas sem a informação pessoal das pacientes e permaneceram sob os cuidados exclusivos da pesquisadora. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o parecer CAAE 90432718.0000.5149.

5. RESULTADOS

Entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022, foram atendidas 97 mulheres vítimas de VS no ambulatório de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina do HC/UFMG, sendo 53,6% (n=52) em 2021 e 46,4% (n=45) em 2022. Apenas duas variáveis estavam presentes em todos os prontuários a saber: idade na época da violência e tempo entre a VS e o atendimento. Entre as 97 mulheres, um total de 42 (43,3%) realizou o aborto legal.

A maioria das mulheres (n=78; 80,4%) declarou-se como heterossexual, com mais de 13 anos de estudo (n=44; 45,4%) e 24,7% estavam solteiras (n=27). A cor da pele mais prevalente foi a cor parda (50,5%), seguida da cor branca (25,8%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Perfil das vítimas de violência sexual atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal.

Variáveis	Categorias	Toda a amostra ¹	Realizou Aborto Legal			Valor p ²
			Sim	Não	Em branco	
			n (%)	n (%)	n (%)	
Idade na época da violência	< 20 anos	17 (17,5)	3 (17,6)	10 (58,8)	4 (23,5)	0,007
	20-39 anos	68 (70,1)	37 (54,4)	23 (33,8)	8 (11,8)	
	> 40 anos	12 (12,4)	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	
Cor da pele	Branca	25 (25,8)	14 (56,0)	10 (40,0)	1 (4,0)	0,576
	Parda	49 (50,5)	19 (38,8)	22 (44,9)	8 (16,3)	
	Preta	14 (14,4)	6 (42,9)	5 (35,7)	3 (21,4)	
	Em branco	9 (9,3)	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	
Orientação Sexual	Heterossexual	78 (80,4)	35 (44,9)	33 (42,3)	10 (12,8)	0,523
	Não Heterossexual ³	11 (11,3)	4 (36,4)	4 (36,4)	3 (28,6)	
	Em branco	8 (8,2)	3 (37,5)	5 (62,5)	0 (0,0)	
Escolaridade (anos de estudo)	Menor que 8 anos	9 (9,3)	4 (44,4)	5 (55,6)	0 (0,0)	0,694
	8-12 anos	35 (36,1)	14 (40,0)	17 (48,6)	4 (11,4)	
	> 13 anos	44 (45,4)	21 (47,7)	15 (34,1)	8 (18,2)	
	Em branco	9 (9,3)	3 (33,0)	5 (55,6)	1 (11,1)	
Tem transtorno mental	Sim	31 (32,0)	9 (29,0)	18 (58,1)	4 (12,9)	0,239
	Não	60 (61,9)	30 (50,0)	21 (35,0)	9 (15,0)	
	Em branco	6 (6,2)	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	

continua

Variáveis	Categorias	Toda a amostra ¹	Realizou Aborto Legal			Valor p ²
			Sim	Não	Em branco	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Consumiu álcool	Sim	43 (44,3)	19 (44,2)	18 (41,9)	6 (14,0)	0,100
	Não	23 (23,7)	10 (43,5)	11 (47,8)	2 (8,7)	
	Em branco	31 (32,0)	13 (41,9)	5 (16,3)	13 (41,9)	

Fonte: Elaborada pela autora

1- O total variou de acordo com a exclusão de variáveis sem resposta

2- Obtido por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado

3- Não-heterossexual incluiu as categorias Homossexual e Bissexual

A idade média das vítimas na data do atendimento foi de 28,2 anos (desvio-padrão=9,4 anos), variando entre 11 e 61 anos. Já a idade média da vítima quando da ocorrência da violência foi de 27,7 anos (desvio-padrão=9,6 anos), variando entre 10 e 61 anos. A maioria das pacientes sofreu a violência quando tinha entre 20 e 39 anos (70,1%), seguido das que sofreram entre 10 e 19 anos (17,5%), sendo esta a única variável relacionada ao perfil das vítimas que se mostrou associada à realização do aborto legal no HC (Tabela 5).

Aproximadamente 32,0% das mulheres possuíam algum transtorno mental, sendo que a realização de aborto foi percentualmente maior entre aquelas que não possuíam transtorno (30,0%), sem, no entanto, ser estatisticamente significativa tal diferença. Um total de 43 mulheres (48,3%) afirmou ter consumido álcool na ocasião da violência e, embora 44,2% delas (n=19) tenham realizado o aborto, a diferença não foi estatisticamente significativa (valor- $p > 0,05$) (Tabela 5).

As características do ato violento e do agressor podem ser vistas na Tabela 6. Em 28,9% (n=28) dos casos, a violência sexual ocorreu na casa ou carro do agressor, seguido pela casa da vítima (21,6%) e de outra residência de algum familiar ou conhecido da mesma (18,6%). O período que mais ocorreu a VS foi durante a noite/madrugada (n=68; 76,4% - dado não apresentado em tabela). A maioria das vítimas (75,3%) atendidas no período analisado não sofreu VS de repetição, sendo que 41,8% (n=41) sofreu ameaças durante o ato violento (Tabela 6). Entre as

ameaças mais prevalentes estavam a violência psicológica/verbal (58,5%), seguida da violência física (34,1%) (Tabela 6).

Em 83,5% dos casos (n=81), houve penetração durante a VS (Tabela 6), sendo a penetração por via vaginal a maioria dos casos, ou seja, 70,2% (n=66), seguida da penetração por mais de uma via (15%), uma por via anal (1,1%) e uma oral (2,1%) (dados não apresentados em tabela). Um total de 42 mulheres (43,3%) informou ocorrência de ejaculação na VS, enquanto 41,2% (n=40) não souberam informar e 60,8% delas (n=59) afirmaram o não uso de preservativo durante a VS (Tabela 6).

O uso de substância para sedar a vítima ocorreu em 27% (n=9) dos casos, conforme relato das vítimas. Essas substâncias variaram entre remédios indutores do sono, gás sedativo e droga acrescentada na bebida, sendo que 15,5% (n=15) das vítimas suspeitam que foi colocado algum tipo de droga indutora do sono em sua bebida (dados não apresentados em tabela). Em 55,7% dos casos (n=54), as mulheres estavam conscientes no momento da violência e em 43,8% (n=42) estavam inconscientes ou sonolentas (Tabela 6). Uma das pacientes, cuja violência se repetiu várias vezes, relatou estados diferentes de consciência, ora sonolenta, ora alerta e ora totalmente inconsciente.

Tabela 6 – Características da violência sexual e do perpetrador de violência sexual contra as mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal pela vítima.

Variáveis	Categorias	Realizou Aborto Legal				Valor p ²
		Toda a amostra ¹	Sim	Não	Em branco	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Local da violência	Casa/carro agressor	28 (28,9)	10 (35,7)	13 (45,4)	5 (17,9)	0,021
	Casa da vítima	21 (21,6)	7 (33,3)	12 (57,1)	2 (9,5)	
	Casa de conhecidos	18 (18,6)	13 (72,2)	3 (13,7)	2 (11,1)	
	Via Pública	16 (16,5)	9 (56,3)	3 (18,8)	4 (25,0)	
	Outros locais ³	8 (8,2)	2 (25,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	
	Em branco	6 (6,2)	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	

continua

conclusão

Variáveis	Categorias	Toda a amostra ¹	Realizou Aborto Legal			Valor p ²
		n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Em branco n (%)	
Violência de repetição	Sim	21 (21,6)	3 (14,3)	14 (66,7)	4 (19,0)	0,018
	Não	73 (75,3)	37 (50,7)	27 (37,0)	9 (12,3)	
	Em branco	3 (3,1)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	
Envolveu ameaça	Sim	41 (41,8)	17 (41,5)	20 (48,8)	4 (9,8)	0,738
	Não	51 (52,0)	22 (43,1)	20 (39,2)	9 (17,6)	
	Em branco	5 (6,1)	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	
Tipo de ameaça	Física	14 (34,1)	7 (50,0)	6 (42,9)	1 (7,1)	0,681
	Psicológica/verbal	24 (58,5)	10 (41,7)	12 (50,0)	2 (8,3)	
	Física/Psicológica/verbal	3 (7,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Houve penetração	Sim	81 (83,5)	35 (43,2)	34 (42,0)	12 (14,8)	0,386
	Não	4 (4,1)	0 (0,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	
	Não sabe informar	10 (10,3)	6 (60,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	
	Em branco	2 (2,1)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Houve ejaculação	Não	12 (12,4)	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	0,639
	Não sabe informar	40 (41,2)	15 (37,5)	19 (47,5)	6 (15,0)	
	Em branco	3 (3,1)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Uso de preservativo	Sim	5	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0,860
	Não	59 (60,8)	24 (40,7)	26 (44,1)	9 (15,3)	
	Não sabe informar	27 (27,8)	14 (51,9)	10 (11,1)	3 (5,2)	
	Em branco	6 (6,2)	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)	
Estado de consciência na violência	Consciente	54 (55,7)	19 (35,2)	26 (48,1)	9 (16,7)	0,360
	Inconsciente	29 (29,9)	17 (58,6)	9 (31,0)	3 (10,3)	
	Sonolenta	13 (13,9)	5 (38,5)	7 (53,8)	1 (7,7)	
	Em branco	1 (1,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Agressor era conhecido	Sim	62 (63,9)	22 (35,5)	33 (53,2)	7 (11,3)	0,50
	Não	34 (35,1)	19 (55,9)	9 (26,5)	6 (17,6)	
	Em branco	1 (1,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Fonte: Elaborada pela autora

1. O total variou de acordo com a exclusão de variáveis sem resposta
2. Obtido por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado
3. Outros locais incluíam: camping, motel, local de trabalho, galpão

Na maioria das vezes, ou seja, 65,9% (n=64), o item “uso de drogas” não foi preenchido. Das 97 vítimas, 29,9% (n=29) das pacientes relataram não terem usado droga ilícita por vontade

própria na ocorrência da violência e 4,1% (n=4) relataram terem feito uso de algum tipo de entorpecente (dados não apresentados em tabela).

Das vítimas, 63,9% (n=62) afirmaram conhecer seus agressores (Tabela 6). Em 27,4% dos casos (n=26), o agressor conhecia, mas não tinha relação íntima com a vítima (eram amigos de conhecidos ou colegas de trabalho); 18,6% (n=18) eram parceiros íntimos ou ex-parceiros; 8,2% (n=8) eram conhecidos de aplicativos de relacionamento e 8,2% (n=8) possuíam algum tipo de parentesco com a vítima (dados não apresentados em tabela).

Mostraram-se associadas à realização do aborto legal as variáveis: local da violência (valor $p=0,021$); violência de repetição (valor $p=0,018$) e o fato de o agressor ser ou não conhecido (valor $p=0,015$), sendo mais prevalente a ocorrência de aborto nos casos em que o agressor é desconhecido (55,9%), ao passo que quando o agressor é conhecido, 53,2% não realizam o aborto (Tabela 6).

No que se refere às variáveis relacionadas ao atendimento no HC, pode-se perceber que o tempo decorrido entre a violência e a procura pelo primeiro atendimento variou de 1 dia a 18 anos, sendo que 22,7% (n=22) das vítimas chegou ao serviço em até 30 dias do evento violento; 42,3% (n=41) entre 1 e 3 meses e 3,2% (n=6) após 6 meses do evento violento (Tabela 7). Assim, temos 65,0% buscando o serviço em até três meses.

A VS resultou em gravidez em 63,8% (60 mulheres) dos casos. Destes casos, 42 pacientes (50,0%) realizaram aborto, sendo que um (2,4%) destes foi aborto espontâneo e os demais foram procedimentos de aborto legalizados realizados no HC/UFMG (dado não apresentado em tabela). A maioria das mulheres, ou seja, 66,0% (n=64) delas, não utilizou contracepção de emergência e apenas 18 (18,6%) receberam a pílula do dia seguinte. Das 97 pacientes atendidas, apenas 23 (23,7%) registraram boletim de ocorrência e em apenas 14,4% (n=14) dos casos foi realizada a coleta de vestígios (Tabela 7).

Tabela 7 – Características do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Hospital das Clínicas da UFMG, entre os anos de 2021 e 2022, para toda a amostra e de acordo com a realização ou não de aborto legal pela vítima.

Variáveis	Categorias	Toda a amostra ¹	Realizou Aborto Legal			Valor p ²
			Sim	Não	Em branco	
			n (%)	n (%)	n (%)	
Tempo entre a violência e o atendimento	Menos de 1 mês	22 (22,7)	2 (9,1)	16 (72,7)	4 (18,2)	0,001
	Entre 1-3 meses	41 (42,3)	27 (65,9)	7 (17,1)	7 (17,1)	
	Entre 4-6 meses	10 (10,3)	6 (60,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	
	Mais de 6 meses	6 (6,2)	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	
	Em branco	18 (18,6)	6 (33,3)	10 (56,6)	2 (11,1)	
Recebeu pílula do dia seguinte	Sim	18 (18,6)	6 (33,3)	7 (38,9)	5 (27,8)	0,78
	Não	63 (64,9)	29 (46,0)	30 (47,6)	4 (6,3)	
	Em branco	16 (16,5)	7 (43,8)	5 (31,3)	4 (25,0)	
Contraceção de emergência	Sim	17 (17,5)	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)	0,016
	Não	64 (66,0)	31 (48,4)	27 (42,2)	6 (9,4)	
	Em branco	16 (16,5)	9 (56,3)	4 (25,0)	3 (18,8)	
Houve coleta de vestígio	Sim	14 (14,4)	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)	0,064
	Não	75 (77,3)	36 (48,0)	30 (40,0)	9 (12,0)	
	Em branco	8 (8,2)	3 (37,5)	2 (25,0)	3 (37,5)	
Realizou Boletim de Ocorrência	Sim	23 (23,7)	7 (30,4)	14 (60,9)	2 (8,7)	0,089
	Não	67 (69,1)	33 (49,3)	26 (38,8)	8 (11,9)	
	Em branco	7 (7,2)	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	
Seguimento ambulatorial	Sim	71 (73,2)	35 (49,3)	30 (42,3)	6 (8,5)	0,07
	Não	20 (20,6)	6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)	
	Em branco	6 (6,2)	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)	

Fonte: Elaborada pela autora

1. O total variou de acordo com a exclusão de variáveis sem resposta

2. Obtido por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado

Em 73,2% (n=71) dos casos, houve acompanhamento ambulatorial (Tabela 7), sendo que a maioria das mulheres (37,4%; n=34) realizou apenas uma consulta após a primeira consulta; 20,9% (n=19) realizaram duas consultas; 12,1% (n=11) realizaram três consultas e 7,7% (n=7) realizaram mais de quatro consultas (dados não apresentados em tabela). Todas as vítimas atendidas foram encaminhadas para serem atendidas pela equipe de psiquiatria (n=11; 14,9%), psicologia (n=9; 17,3%) e assistência social (n=11; 34,4%), das quais 78,4% (n=58) foram acompanhadas pela psiquiatria após primeiro atendimento, 61,5% (n=32) pela equipe de psicologia e 34,4% (n=11) pela assistência social (dados não apresentados em tabela). Cabe ressaltar que os percentuais foram calculados com base na quantidade de informações válidas e, particularmente, para as variáveis relacionadas aos atendimentos após a primeira consulta, houve um número muito alto de informações faltantes (*missings*): 23,7% (n=23) para psiquiatria, 46,4% (n=45) para psicologia e 67% (n=65) para assistência social (dados não apresentados em tabela).

Mostraram-se associadas à realização do aborto legal as variáveis relacionadas ao atendimento no HC: contracepção de emergência (valor-p=0,016) e coleta de vestígios (valor-p=0,037) (Tabela 7).

Outra informação importante é que a maioria das informações referentes ao agressor não estava preenchida na maioria dos prontuários. Nos prontuários com as informações preenchidas, mostrou-se que a idade do agressor variou entre 18 e 70 anos. Muitas pacientes não souberam informar com exatidão a idade do agressor, relatando apenas a faixa etária que achavam que o mesmo apresentava. De maneira geral, a maioria dos agressores tinha entre 30-40 anos, era na maioria das vezes de cor branca e a vítima não sabia informar se o mesmo tinha utilizado álcool ou drogas ou se possuía algum transtorno mental.

6. DISCUSSÃO

Os principais achados do estudo demonstram que o perfil das mulheres atendidas no HC entre os anos de 2021 e 2022 foi composto por mulheres jovens (entre 20-39 anos), com bom nível de escolaridade (81,5% acima de 8 anos de estudo) e em sua maioria negras (64,9%, sendo 50,5% destas de cor de pele parda e 14,4% de cor de pele preta). Estes achados podem refletir o fato de que mulheres com melhor acesso à informação podem procurar mais o serviço de saúde, principalmente nos casos em que há a gestação como resultado da violência.

Quanto à idade das vítimas, a literatura aponta que as maiores vítimas de violência sexual são crianças e adolescentes (Santarem *et al.*, 2020; Souto *et al.*; 2012; Moreira *et al.*, 2020; Brasil, 2024), o que difere do presente estudo (maioria entre 20-39 anos). Este achado pode ser explicado pelo fato de que o ambulatório presta assistência para mulheres acima de 14 anos, e por isso, essa população não participou deste estudo, com exceção da vítima de 11 anos que foi atendida. Embora este achado seja diferente do encontrado na literatura, a segunda faixa etária mais atingida por VS é justamente a idade das vítimas deste estudo, ou seja, entre 20 e 39 anos (Moreira *et al.*, 2020, Souto *et al.*, 2011). É interessante notar que a idade média das mulheres atendidas entre os anos de 2021 e 2022 no mesmo serviço aumentou em relação àquelas atendidas entre 2019 e 2020 (Santos *et al.*, 2021), cujas médias foram de 28,2 anos e 25,8, respectivamente.

Melo e colaboradores (2022) realizaram um estudo no qual se caracterizou os casos de VS em Minas Gerais e encontraram que na maioria das notificações dos casos a vítima tinha menos de 29 anos de idade. Outro estudo realizado na região sul do Brasil (Santarem *et al.*, 2020) mostrou que a idade média das vítimas era de 24.4 anos, enquanto que num estudo realizado na região norte do Brasil mostrou que a maioria das vítimas tinham entre 10 e 19 anos (MOREIRA *et al.*, 2020). Isso mostra uma divergência nas idades das mulheres que notificaram a VS, no presente estudo não foi possível determinar a causa dessa diferença.

Com relação à cor da pele, foi observada maior prevalência de mulheres autodeclaradas pardas. Este achado corrobora com o que é notificado no município de Belo Horizonte, como um todo,

de acordo com os dados do SINAN, no que se refere às vítimas de VS. Esse fato também é corroborado pelos estudos de Melo *et al.* (2022) e Moreira *et al.* (2020).

No que se refere às características do ato violento e do agressor, observou-se que o maior percentual de VS ocorreu na casa ou carro do agressor (28,9%) e na casa da própria vítima (21,6%). Conforme visto na Tabela 4, dados das notificações feitas ao SINAN no município de Belo Horizonte no período de 2021 e 2022 corroboram estes achados, com maior número de casos ocorrendo nas residências (embora não haja distinção se foi na residência da vítima, do agressor ou de alguém conhecido). Este achado é corroborado por outros estudos (Melo *et al.*, 2022; Moreira *et al.*, 2020); Santarem *et al.*, 2020).

Este resultado pode estar relacionado ao fato de que a maioria dos agressores era conhecida das vítimas (64,6%), o que também foi observado em outros estudos (Silva e Oliveira, 2015; Abrahams *et al.*, 2014; Pinto *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2020, Santarem *et al.*, 2020). No presente estudo, 18,6% dos agressores eram ou já tinham sido parceiros das vítimas e quase 30% era conhecido da vítima, mesmo que sem relação íntima com a mesma (amigos de conhecidos ou colegas de trabalho). Este fato mostra uma maior vulnerabilidade para VS, uma vez que esta ocorre justamente dentro do círculo seguro do lar, da família e dos amigos. Tal circunstância contribui para a invisibilidade da violência, tornando o crime mais difícil de ser denunciado e mantendo a impunidade dos agressores (Moreira *et al.*, 2020). É importante salientar que a cultura machista está presente no Brasil, independente da região, devido ao desempenho desigual dos papéis de gênero na sociedade. Dessa forma, o agressor consegue manter as mulheres em situação de vulnerabilidade através das limitações impostas pelo poder que ele exerce sobre elas (Bezerra *et al.*, 2016).

Este achado pode ser corroborado pelo fato de que a realização de aborto legal foi mais prevalente entre as mulheres cujo agressor era desconhecido, enquanto foi menor entre aquelas cujos agressores eram conhecidos (com diferença estatisticamente significativa). É importante lembrar que a violência cometida por parceiros não íntimos também é subnotificada pelas mesmas razões que a cometida por pessoas conhecidas das vítimas, o que também pode ajudar a explicar a baixa realização de Boletim de Ocorrência (BO) observada no presente estudo.

Em uma revisão sistemática, Abrahams *et al.* (2014) mostraram que pesquisas sobre violência sexual contra mulheres cometidas por parceiros não íntimos é um problema global significativo, com 7,2% das mulheres acima de 15 anos relatando experiências desse tipo em 2010. Em algumas regiões, como a África Subsaariana Central, a prevalência chega a 21%. O estigma em torno da violência sexual leva a subnotificações, dificultando a avaliação precisa do problema. Onde foram feitas as pesquisas, há similaridades em termos de fatores de risco e extensos efeitos na saúde, no entanto, estupros cometidos por estranhos são mais violentos, causando mais ferimentos. De acordo com esse artigo de revisão (que envolveu mais de 7000 estudos, cobrindo 56 países), foram observados percentuais distintos, com menores índices na Ásia. Ainda, segundo esse estudo, no mundo todo, 7,2% das mulheres com 15 anos ou mais relataram violência sexual cometida por estranhos (Abrahams *et al.*, 2014).

Quanto ao período de ocorrência da VS, a maioria das agressões ocorreu no período noturno (76,4%). Este fato condiz com o resultado encontrado em alguns estudos, pois geralmente o agressor procura discricção e locais escuros, sendo a noite a melhor opção para cometer o crime sem que outras pessoas percebam (Moreira *et al.*, 2020; Souto *et al.*, 2012).

Cerca de um terço das vítimas do presente estudo relataram ter sofrido agressão física durante a violência, no entanto, a agressão verbal e psicológica foi a mais relatada (58,5%). Dias e colaboradores (2021) analisaram o perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher e encontraram como resultado a prevalência de uma combinação de violências, principalmente a violência física, sexual e psicológica (Dias *et al.*, 2021). O uso da força física constituiu um meio muito utilizado pelos agressores, já que a desproporcionalidade física entre a vítima e o agressor é um fator preponderante e suficiente para garantir a violência (Souto *et al.*, 2012).

Mais da metade (56,3%) das vítimas deste estudo que sofreram violência estava consciente. Souza e colaboradores (2012) relataram que a violência física é maior quando as vítimas estão conscientes e que essas mulheres têm maior probabilidade de sofrerem lesões físicas e desenvolverem Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e depressão. O estupro associou-se a medo, ferimentos, lembrança clara do evento e percepção da violência como crime (Souza *et al.*, 2013). A legislação brasileira define o estupro de vulnerável como “qualquer ato de

conjunção carnal ou ato libidinoso com vítimas menores de 14 anos ou incapazes de consentir por qualquer motivo, como deficiência ou enfermidade” (Brasil, 2024). Neste caso, estariam incluídas as vítimas inconscientes que não teriam condições de decidir se queriam ou não o ato sexual naquele momento.

Vasconcelos *et al.* (2024) realizaram um estudo utilizando dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) e da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) de 2019. Os dados do SINAN foram obtidos a partir da notificação compulsória que é realizada por profissionais de saúde ao atender uma pessoa vítima de violência. Já os dados da PNS foram obtidos a partir de entrevistas utilizando uma amostra de conglomerado. Em ambos foram coletados dados referentes à violência física, sexual ou psicológica contra a mulher. Observou-se neste estudo que houve uma subnotificação de 98,5%, 75,9% e 89,4% para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente. A subnotificação neste estudo esteve relacionada à falta de preparo do profissional de saúde tanto em reconhecer a violência quanto ao desconhecimento em como preencher as fichas de notificação (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Teixeira *et al.*, 2023, relatam outro problema com relação à falta de notificação pelos profissionais de saúde: a falta de acolhimento e empatia que existe por parte de alguns profissionais, o que causa o constrangimento das vítimas em denunciar a violência sofrida. Os mesmos autores definem acolhimento como reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/ serviços e usuários/ populações. É preciso que esses profissionais estejam aptos a acolher as vítimas e a cumprir os protocolos. A falta de notificação adequada dificulta a criação de políticas de prevenção e combate à violência, ações para acolhimento, assistência oportuna e encaminhamento a serviços apropriados (Teixeira *et al.*, 2023).

Grande parte das vítimas do presente estudo (30,9%) procurou o atendimento num período entre 30 a 90 dias. Destas, 23 (79,3%) estavam grávidas em decorrência da violência e 14 (63,6%) realizaram o aborto legalizado. Este fato chama a atenção porque muitas vezes as mulheres só relatam a violência quando descobrem a gravidez. Ruschel e colaboradores (2022) relataram em seu trabalho que muitas mulheres mantêm o silêncio sobre a violência sofrida por acreditarem ser este um meio para esquecer o acontecido e seguir com a vida. O rompimento deste silêncio

se dá com a descoberta da gravidez, quando não existe mais como esconder a VS. Santarem e colaboradores (2020), observaram que 80,7% das pacientes procuraram atendimento com 72 horas após a violência e Moreira e colaboradores (2020), identificaram que 72,17% das vítimas buscaram atendimento em até 5 dias.

A comunicação do agravo deveria ocorrer no período de até 24 horas a partir do conhecimento do caso para garantir à vítima o acesso imediato à profilaxia contra o HIV e outras ISTs, além da contracepção de emergência. No entanto, devido às questões já relatadas, as mulheres não buscam o atendimento no momento em que poderiam receber a contracepção de emergência e a medicação para tratamento e prevenção de ISTs (Pinto *et al.*, 2023). Este fato gera a subnotificação da VS e é um grande obstáculo no combate à violência contra a mulher. Estudos apontam que apenas 10% dos casos de VS são denunciados à segurança pública (Ruschel *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2023). Já o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023 aponta que apenas 8,5% dos estupros no Brasil são reportados às polícias e 4,2% aos sistemas de informação da saúde (Brasil, 2023).

Em relação à realização do Boletim de Ocorrência (BO), apenas 25,6% das mulheres do presente estudo o fizeram. Este achado não difere do que é habitualmente encontrado na literatura que lista como prováveis causas o medo, vergonha, o sentimento de culpa, constrangimento de submeterem-se à coleta de exames, falta de credibilidade no sistema judicial e até mesmo o medo de represálias por parte do agressor (Ruschel *et al.*, 2022; Souto *et al.*, 2012; Graciano *et al.*, 2017). Em um estudo conduzido com mulheres do mesmo serviço nos anos de 2019 e 2020, apenas 30% das vítimas de 2019 registraram BO, ao passo que em 2020 apenas 35% das vítimas. Tal fato pode ser explicado pelo isolamento social imposto pela pandemia, além de todos os outros fatores já mencionados como causa da subnotificação (Santos *et al.*, 2021). No entanto, chama atenção a diminuição no percentual de BO realizados (30% em 2019; 35% em 2020 e 25,6% entre 2021 e 2022).

No presente estudo, 63,8% das mulheres que procuraram o serviço do HC tiveram gestações resultantes da violência e, entre estas, 42 fizeram o aborto legal. No presente estudo não foi possível determinar as razões pelas quais as demais mulheres que estavam grávidas não realizaram aborto. Em estudo conduzido por Moreira e colaboradores (2020) 66,06% das

pacientes não realizaram aborto. Outro estudo, realizado no mesmo serviço em 2019 e 2020, 34 mulheres descobriram a gestação decorrente do abuso e destas, 31 realizaram a interrupção legal da gestação, o que corresponde a 87,5% dos casos (Santos *et al.*, 2021). O acompanhamento de equipe multiprofissional, principalmente psiquiatria, psicologia e assistência social, pode ser muito importante, visto que a descoberta da gravidez pode ser percebida como uma nova violência e pode trazer consequências psicológicas e sociais complexas (Ruschel *et al.*, 2022).

Embora o seguimento ambulatorial seja disponibilizado às mulheres vítimas de VS, poucas seguiram o acompanhamento ambulatorial preconizado por seis meses. A maioria das mulheres voltou ao serviço uma (37,4%) ou duas vezes (20,9%), sendo que 22% nunca mais voltou após a primeira consulta. A literatura é escassa em estudos que mostrem a causa dessa não adesão ao seguimento ambulatorial. Trigueiro e colaboradores (2018) entrevistaram 11 mulheres que foram atendidas em um hospital universitário de Curitiba, Paraná. As mulheres relataram como motivo de não adesão ao seguimento ambulatorial a falta de acolhimento nas unidades de saúde, a falta de empatia do profissional que as atendeu, o constrangimento e sofrimento diante dos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não estão capacitados acerca do atendimento humanizado ou do protocolo de atendimento neste caso. Outra questão citada pelas vítimas deste estudo é que o local de atendimento traz lembranças da violência sofrida, uma vez que é o primeiro lugar que elas buscam ajuda (Trigueiro *et al.*, 2018).

Apesar do protocolo de acompanhamento do ambulatório de Saúde da mulher do HC-UFMG ser de 6 meses, 80,3% (n=73) das mulheres registradas não realizaram o acompanhamento conforme o protocolo, ou seja, 3 retornos após o primeiro atendimento. Desse total, 20 compareceram somente ao primeiro atendimento e 34 ao segundo atendimento, totalizando uma taxa de não adesão de 22%. É importante lembrar que um dos objetivos do protocolo de 6 meses é acompanhar a sorologia para IST, o que não ocorreu com estes casos. Esse resultado é semelhante ao observado em um estudo conduzido em Campinas, São Paulo, cuja taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi de 24,5% (Trigueiro *et al.*, 2018).

O pesado fardo econômico e social da VS sobre as vítimas e a sociedade necessita de programas sobre violência sexual e de gênero. Esses programas devem incluir homens e mulheres, principalmente aqueles que estão na linha de frente para atender essas vítimas, sejam eles

profissionais da segurança pública ou profissionais de saúde. Esse treinamento deve ser capaz de fornecer orientação sobre como acessar sobreviventes, facilitar a denúncia e oferecer proteção e serviços médicos, jurídicos e sociais essenciais.

Outro aspecto importante a relatar que pode ser considerado uma limitação do presente estudo é a grande quantidade de informações não preenchidas nos prontuários, que pode ser evidenciada nas Tabelas 5, 6 e 7, tanto em relação ao agressor, cujas respostas faltantes impediram análises mais robustas acerca do seu perfil, quanto de aspectos clínicos das pacientes, como acompanhamento de equipe multiprofissional. Dados ausentes podem levar a estimativas imprecisas, comprometendo a capacidade de medir corretamente as associações ou prevalências no estudo. Quanto mais dados faltarem, menor será o tamanho efetivo da amostra, o que pode limitar a capacidade de detectar diferenças ou associações estatisticamente significativas. Outro aspecto a se considerar como limitação do estudo é a sua própria natureza: por se tratar de estudo transversal utilizando dados secundários, não é possível estabelecer causalidade, havendo assim, comprometimento da temporalidade das relações entre as variáveis.

Apesar destas limitações, o estudo permitiu identificar o perfil das vítimas atendidas pelo HC e as circunstâncias da violência.

7. CONCLUSÃO

Ainda hoje, a violência contra a mulher é tratada como um tabu cheio de preconceitos e juízos de valor, passados de geração a geração. Romper essa linha de pensamento requer uma força da sociedade, seja através de mudança de pensamentos, seja na formação de profissionais mais acolhedores e humanos, capacitados a lidar com as especificidades de cada mulher vítima de violência e atuar na prevenção primária, secundária e terciária.

Mais de $\frac{1}{3}$ das mulheres procurou o atendimento após a confirmação da gestação, com tempo médio de chegada no serviço de dois meses após a violência, perdendo a oportunidade de receber contracepção de emergência e a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O ambulatório de saúde da mulher do HC/UFMG presta um atendimento integral, no entanto, a falta de adesão das mulheres ao seguimento ambulatorial pode refletir a esquivas das vítimas no sentido de evitar situações que lembrem o evento traumático. Garantir às vítimas um atendimento humanizado, que garanta acolhimento e segurança para o seguimento do acompanhamento, é uma estratégia fundamental para o cuidado dessas mulheres no SUS.

Outro aspecto importante se relaciona ao fato de que os casos de violência sexual são subnotificados em nosso país. Dentre as causas de subnotificação, podemos citar a vergonha e o medo que as vítimas têm de denunciar seus agressores, dificuldade de acesso aos serviços que prestam assistência a essas mulheres e despreparo dos profissionais que atendem essas vítimas.

Este estudo torna-se relevante na medida em que seus resultados permitem conhecer os dados epidemiológicos das vítimas que buscam atendimento neste serviço e assim promover o planejamento adequado de políticas públicas de prevenção à violência e maior qualidade no atendimento a estas vítimas.

Uma das sugestões seria promover treinamento dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do prontuário, reforçando a importância e obrigatoriedade do preenchimento das fichas de notificação, a fim de garantir consistência da entrada de dados, buscando, inclusive, reduzir o número de campos em branco ou ignorados. A presença considerável de dados em branco prejudica o monitoramento eficiente das ações e a análise do sistema.

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual será verdadeiramente eficaz apenas quando houver uma atuação intersetorial, sustentada por políticas públicas claras e eficientes, além da capacitação adequada dos profissionais de saúde.

Dessa forma, o suporte e treinamento eficaz da equipe multiprofissional necessita de alguns itens e estratégias essenciais como: 1) Capacitação contínua com a promoção de treinamentos periódicos sobre a identificação de sinais de violência, abordagem humanizada e aplicação de protocolos de atendimento; 2) Disponibilidade de guias e manuais atualizados com diretrizes práticas, informações legais e direitos das vítimas; 3) Implementar simulações e estudos de caso para que os profissionais vivenciem situações reais e aprimorem suas habilidades de resposta; 4) Oferecimento de acompanhamento emocional à equipe, considerando os impactos de lidar com casos de violência; 5) Criação de fóruns e encontros regulares para troca de experiências e enfrentamento dos desafios no atendimento; 6) Busca pela integralidade do atendimento, evitando uma trajetória descontínua de cuidado, na qual a paciente é atendida por diferentes categorias de profissionais sem conexão entre si; 7) Revisões periódicas de protocolos clínicos e fichas de atendimento; 8) Discussão em equipe modos de identificar as diversas causas do baixo retorno das pacientes e como melhorar esse índice.

Com essas medidas, espera-se que o ambulatório de atendimento às vítimas de VS cumpra seu papel de atendimento integral, além de incentivar as vítimas a comparecerem em todo seguimento ambulatorial proposto pelo protocolo de atendimento.

Aumentar a conscientização da importância do combate à violência contra a mulher dentro do ambiente do HC, com servidores e pacientes, por meio de: 1) Campanhas de conscientização: Promover campanhas educativas para informar as mulheres sobre seus direitos e os serviços disponíveis, além de desmistificar o atendimento de saúde como um espaço de acolhimento e apoio; 2) Divulgação de canais de denúncia: Reforçar a importância de ferramentas como o Ligue 180, que pode orientar as mulheres sobre como acessar os serviços de saúde e proteção.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMS, N. *et al.* Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. **The Lancet**, v. 383, n. 9929, p. 1648–1654, maio 2014.
- ACOSTA D.F., GOMES V.L.O., BARLEM E. L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(6):547-53.
- ALCANTARA, P. P. T. D. *et al.* Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e08992023, 2024.
- ALMEIDA, D. N.; PERLIN, G.D.B.; VOGEL L. H.; WATANABE, A. N. (org). Violência contra mulher. BRASÍLIA, DF: Câmara dos Deputados - Coordenação Edições Câmara, 2020. ISBN 978-85-402-0781-3
- ALMEIDA, D.S. e NONATO, L.G. Visualização de dados de violência contra a mulher usando o Orange., 2021. In: **Anais do XVI Encontro Anual de Computação**. Organização Silva N.R, Cordeiro D. F. 2021 CAtalão: UFCAT. Disponível em <https://repositorio.usp.br/directbistream/32b05211-240d-42b7-as22-963f6efdb916/3066187.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2024.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2023. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 17, 2023. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/721e3396-1a66-4ff6-8ceb-ea319684a57a>
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 18, 2024. ISSN 1983 -7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f62c4196-561d-452d-a2a8-9d33d1163af0>
- ARAGÃO, D., R., N., TURRA, V., CHARIGLIONE, I., P., F., S. Violência sexual contra a mulher: contribuições das neurociências. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. 29(2), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i2.59>
- AZAMBUJA, M. P. R. D.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 101–112, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>
- BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, 1 set. 2017.
- BEZERRA, J. da F. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 29(1), 51–59, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p51>
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 de maio de 2024.

BRASIL. **Portaria nº737 DE 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.htm Acesso em: 10 de agosto de 2024.

BRASIL. **Lei Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, pp1. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm

BRASIL, 2004. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

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 ago. 2024

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 de Ago. 2024.

BRASIL, **LEI Nº 13.931, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113931.htm. Acesso em 15 de julho de 2024.

BORUMANDNIA, N. *et al.* The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, 30 Nov., 2020.

CAMPOS, M. E. A. D. L. *et al.* Subnotificação e (In)visibilidade da violência em grupos vulneráveis com ênfase no gênero feminino: Relato de experiência. In: POISSON, E. **Tópicos em Ciências da Saúde** -Volume 13. [S.l.]: Editora Poisson, 2019. Disponível em: http://www.poisson.com.br/livros/saude/volume13/Saude_vol13.pdf.

CARVALHO, V. A. DE; SILVA, M. DO R. DE F. E. Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 59–67, jun. 2011.

CASTRO, J. D. O ESTADO COMO GARANTIDOR DOS DIREITOS HUMANOS. **Revista da Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, v. 35, n. 74, p. 111–145, dez. 2014.

CAVALCANTE, J. M. *et al.* O papel da equipe integrada no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual: um estudo clínico-qualitativo sobre percepções de profissionais de saúde em ambulatório universitário especializado. In: 30^o Congresso Médico Acadêmico da Unicamp - Campinas - SP, 2021. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/comau2021/trabalho/208496>>.

CERQUEIRA, D., BUENO, S. **Atlas da Violência 2023**. Brasília, Ipea, FBSP, 2023. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/250/atlas-da-violencia-2023>

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da violência 2024: retrato dos municípios brasileiros. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/287/atlas-da-violencia-2024>

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (Minas Gerais). Deliberação nº 3.939/CES/SES, de 21 de setembro de 2022. 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. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: Poder Executivo**, Belo Horizonte, ano 130, n. 200, p. 30, 24 set 2022.

DAHLBERG, L. L. & KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

DIAS, L., D., PRATES, L., A., CREMONESE, L. Perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. **SANARE (Sobral online)**. 20(1), Jan-Jun, 2021.

FACURI, C., O., FERNANDES, A., M., S., OLIVEIRA, K., D., ANDRADE, T., S., AZEVEDO, R., C., S., Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 29 (5), maio 2013.

GARCIA MV *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2551–2563, nov. 2008; 24(11):2551–63.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 3, p. 451–454, set. 2016.

GRACIANO A., R., ALMEIDA, R., I., CARNEIRO, L., Z. Violência sexual como um desafio à saúde pública: perfil epidemiológico. **Revista Educação em Saúde**, 5 (2), 2017.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: Problematizando definições teóricas, filosóficas e políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256–266, ago. 2015.

IBDFAM. Relatório revela retrocessos nas políticas públicas para as mulheres no Brasil. *In: IBDFAM*. [S. l.], 11 jan. 2002. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12646issao-do-estado-brasileiro/1547581670>. Acesso em: 16 mar. 2025.

INCERPE, P. R. B.; CURY, V. E. Atendimento a Mulheres em Situação de Violência: A Experiência de Profissionais de um Creas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 919–939, 10 set. 2020.

LEITÃO M. N. C. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos- a difícil transição para a autonomia. **Rev Esc Enferm USP 48 (ESP) pp07-15, 2014**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600002>

LIMA, C. A. DE; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: Conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 787–800, set. 2014.

LOPES, Reginaldo. O caso Maria da Penha e a omissão do Estado brasileiro. *JUSBRASIL*, [s. l.], 11 jan. 2002. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-caso-maria-da-penha-e-a-omissao-do-estado-brasileiro/1547581670>. Acesso em: 16 mar. 2025.

MADEIRA, L. M.; RODRIGUES, A. B. Novas bases para as políticas públicas de segurança no Brasil a partir das práticas do governo federal no período 2003-2011. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 1, p. 3, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 142–156, maio 2017.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Prevalência da exposição à violência entre adultos - Brasil, 2019. **Rev Bras Epidemiol**; 24 : Sup 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980549720210019.supl.2>

MELO, C. M. DE; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3715–3728, 15 ago. 2022.

MELO, C. M. DE.; BEVILACQUA, P. D.; FRANCO, A. C. R. Cartilha Violência sexual: o que você deve saber. Belo Horizonte: Instituto René Rachou, 2023

MINAS GERAIS, 2020. Referências técnicas para atuação profissional nos Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência - Caderno 1 - Organização cotidiana do trabalho. Disponível em <https://serdh.mg.gov.br/serdh-start/ser-dh/serdh->

backend/public/storage/uploads/2021/03/08/RXK7zBfzKvYjOdTyzhJJdditc82WPgkO5v3jsL9Q.pdf

MINAS GERAIS, 2024 (Estado). Minas lança cartilha para fortalecer o enfrentamento à violência sexual. Disponível em www.saude.mg.gov.br/violenciasexual. Acesso em 20 de dezembro de 2024.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ**, 2020, pp. 19-42. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0003>.

MINAYO, M. C. D. S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. D. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701–37

MISSE, M. Violência e teoria social. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. Vol.9, n.1, 2016. pp. 45-63.

MOREIRA, K.,F.,A., BICALHO, O.,B., MOREIRA, T., L.. Violência sexual contra mulheres em idade fértil na região norte do Brasil. **Revista Eletrônica acervo saúde/ Eletronic Journal Collection Health**. Vol.12(3), mar de 2020.

OLIVEIRA, B. L. C. de., & ALMEIDA, A. A. de . (2022). MODERNIZAÇÃO DOS CRIMES SEXTING E REVENGE PORN: NO AMBIENTE VIRTUAL CONTRA A MULHER. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. 8(1), 263–270, 2022. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i1.3781>

Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):605-612.

PAINEL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA, SES/MG, 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/violenciasexual>.

PALMA, C. C., & DONELLI, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, 48(3), 216–230, 2017. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>

Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: Desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, 20(1), 124-135. doi:10.1590/S0104-12902011000100015

PINTO, I. V. *et al.* Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e dos serviços de atendimento especializado em Minas Gerais, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, 32 (2), 2023.

PINTO, L. S. S. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1501–1508, 2017.

PROJETOS, S.; MINISTÉRIO, D.; SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>.

REDE EBSEERH, UNIDADE DE COMUNICAÇÃO DO HC/UFMG. Dia da Mulher: acolhimento de mulheres vítimas de violência sexual é lembrado neste 8 de março pelo HCUFG. Sexta-feira, 8 de março 2024, às 11h48. Acesso em 10 de junho de 2024. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/assessoria-de-imprensa/release/dia-da-mulher-acolhimento-demulheres-vitimas-de-violencia-sexual-e-lembrado-neste-8-de-marco-pelo-hc-ufmg>

RUSCHEL, A. E.; MACHADO, F. V; GIUGLIANI, C.; KNAUTH, D. R. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Caderno de Saúde Pública**, 38 (10), 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT105022>

SANTAREM, M. D. *et al.* Epidemiological Profile of the Victims of Sexual Violence Treated at a Referral Center in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 42, n. 09, p. 547–554, set. 2020.

SANTOS, L. Subnotificação e (In)visibilidade da violência em grupos vulneráveis com ênfase no gênero feminino: Relato de experiência. **Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 13**, v. 13, 1 jan. 2019.

SANTOS, L. G., NOGUEIRA L. L., AGUIAR R. A., PAIVA, S. P. C. Covid-19 e violência sexual: perfil do atendimento 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*: BARWINSKY, D. L. L. B. **Experiências, dificuldades e desafios: retratos dos serviços em tempos de COVID-19**. Editora: Livros Legais, 2021. Páginas 184-198.

SANTOS, L.G. O impacto do seguimento em um serviço de saúde especializado na qualidade de vida de mulheres vítimas de violência sexual. **Tese de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**, Universidade Federal de Minas Gerais, p. 25, 2024.

SILVA ELP, OLIVEIRA MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20(11), 2015.

SILVA F.R., RAMOS, E.M.L.S. Diagrama e Taxonomia da Tipologia das Violências. Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública. **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**. Universidade Federal do Pará. PPGSP/IFCH/UFPA, 2023.

SOUTO, R., Q., CARVALHO, F., K., ARAÚJO, D., CAVALCANTI, A., L., Violência sexual: Análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor. **Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza**. 25(2), abr/jun, 2012.

SOUZA, F., B. *et al.* Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução e climatério**. 27 (3), 2013.

STOCK, T. O. *et al.* Violência contra as mulheres na pandemia de Covid-19: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34037, 2024.

TEIXEIRA, F., GOMES, B.S., OLIVEIRA, V. V.; LEITE, R.V. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. **Saúde Soc São Paulo**, v.32, n.3, 2023.

TRIGUEIRO, H., H., SILVA M., H., OLIVEIRA D., M., JESUS M., C., P., MERIGLU., M., A., B., Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto contexto enferm** 27(1), 2018.

VASCONCELOS, N. M. *et al.*.Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência e Saúde Coletiva**, 29 (10), out. 2024. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>

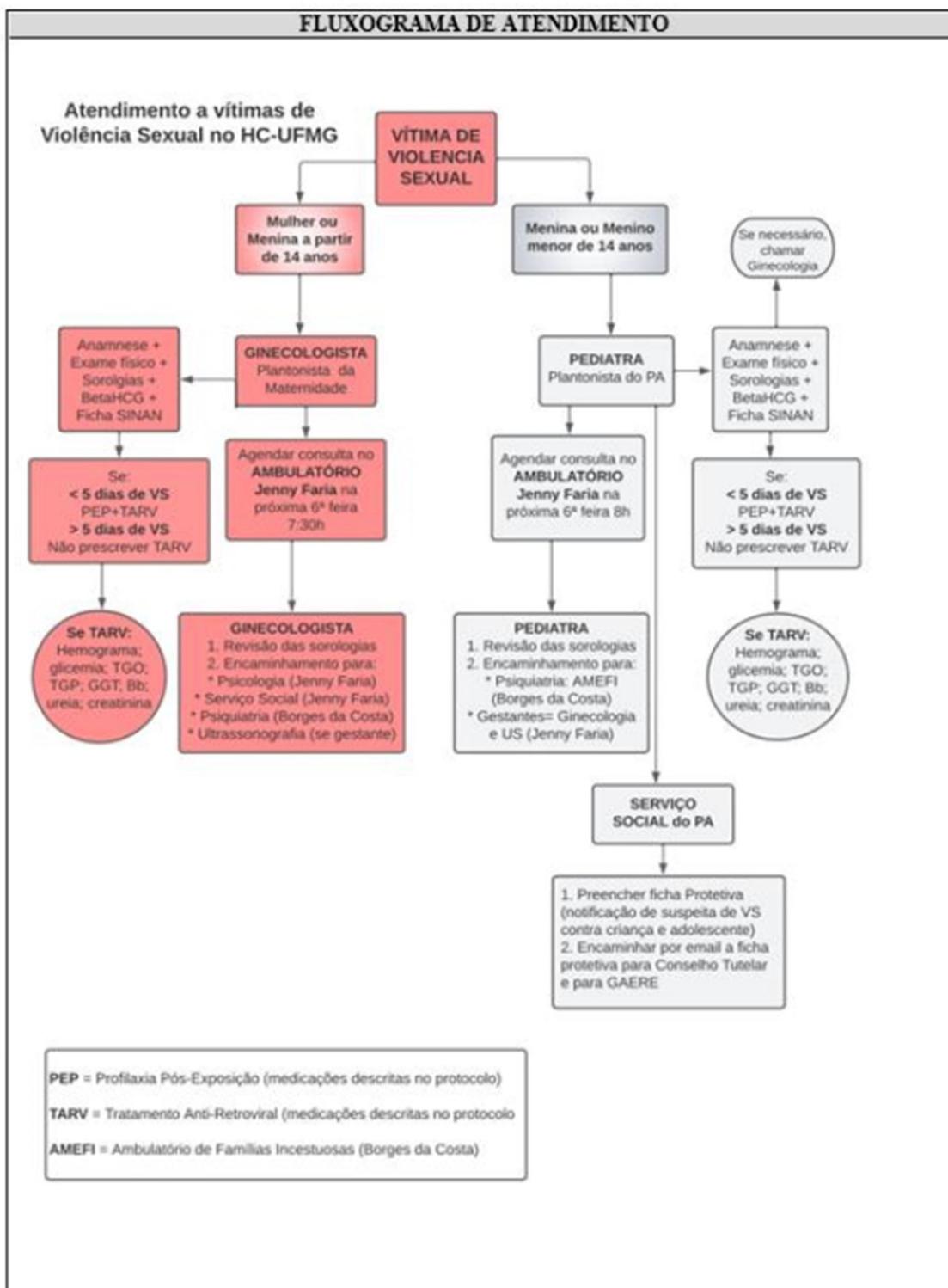
WHO. World Report on violence and health. Geneva, 2002. Chapter 6, pp 149. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>

WHO. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. **WHO, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (VAW-IAWGED), 2018**. Disponível em:

<<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>>.

ANEXO A – PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL

		PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL			
Tabela Descrição gerada automaticamente				Página 1 de 19	
Tema: Atendimento de Vítimas de Violência Sexual e Doméstica do Hospital das Clínicas da UFMG				Revisão	
Protocolo No 128 3ª Versão: março de 2023				Data Emissão:	
Responsável Técnico: Dra. Sara de Pinho Cunha Paiva					
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 Atenção 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				
CRITERIOS 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 TÉCNICAS 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				



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 tem 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 vítima⁶.</u></p>
OBJETIVOS
<p>O objetivo desse protocolo é normatizar o acolhimento, conduta propedêutica 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 NECESSÁRIAS (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 cobrem 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.
- **E 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).
- **E 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's, 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 APOS 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-indicação 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	OUTROS TIPOS DE FERIMENTO	
		SAT ou IGHAT*	VACINA SAT ou IGHAT*
incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos.	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos.	não	não	sim
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos.	sim	não	sim

(*) 5.000 unidades de SAT (ou antitetânico) via IM, após realização do teste de sensibilidade, em alérgicos ao SAT indicar Monogêto. Uma 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/Ebserh 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 INTERRUÇÃO 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 INTERRUÇÃO 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 INTERRUÇÃO DE GESTAÇÃO

 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação*	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{1,2,3} 800 µg VSI a cada 3 horas ou VV ⁴ /VB a cada 3–12 horas (2–3 doses)	Interrupção da gravidez^{1,2,3} 13–24 semanas: 400 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 3 horas ^{5,6} 25–26 semanas: 200 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 4 horas ⁷	Interrupção da gravidez^{1,2,3} 27–28 semanas: 200 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 4 horas ⁸ > 28 semanas: 100 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 6 horas	Profilaxia da hemorragia pós-parto (HP^{9,10}) 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HP ^{9,10} (perda de sangue aprox. > 350 ml) 800 µg VSI (x1)
Aborto retido¹ 800 µg VV ⁴ a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{1,11} 200 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 4–6 horas	Morte fetal^{1,11} 27–28 semanas: 100 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 4 horas ⁸ > 28 semanas: 25 µg VV ⁴ a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas ⁸	Tratamento da HP^{9,10} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{1,12} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400–800 µg VV ⁴ (x1)	Aborto inevitável^{1,13,14} 200 µg VV ⁴ /VSI/VB a cada 6 horas	Indução do parto^{1,15} 25 µg VV ⁴ a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico¹ 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV ⁴ 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para aborto cirúrgico¹ 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 guidelines for safe abortion, 2014 2. van Hest et al. <i>Lancet</i> , 2002; <i>Abortion et al.</i> 2016; <i>WHO</i> abstract 3. Semwal Semwal et al. <i>Lancet</i> , 2007 4. Loh et al. <i>Human Reproduction</i> , 2015; Kopp et al. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2016 5. Nelson et al. <i>Lancet</i> , 2015 6. Farrel et al. <i>Contraception</i> , 2012 7. Mack et al. <i>Lancet</i> , 2016 8. WHO Recommendations for induction of labour, 2011 9. FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012 10. Pugh et al. <i>B. J. O. G.</i> , 2010 11. FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012	Notas 1. De a interrupção extensa (gestacional), siga o regime posológico prescrito para interrupção + misoprostol 2. Incluído no Livro Branco de Medicamentos Essenciais da OMS 3. No caso de abortos incompletos, recomeçar a medicação com o mesmo esquema em uso, também oral e sob a forma posológica recomendada por falta de última menstruação (UM) 4. Usar este fármaco durante 1 ou 2 semanas antes do caso de hemorragia extensa ou infeção 5. Pode ser administrado uma dose adicional (até a placenta não tenha sido expulsa) 30 minutos após a expulsão fetal 6. Para abortos induzidos a 20 semanas é comum a presença dos sintomas apresentados aqui antes da utilização dos 6 doses, mas estes sintomas continuam por até 2 dias a seguir ao último uso, mesmo se não foram expulsa após a ingestão de misoprostol 7. Incluído na lista dos medicamentos essenciais para o parto 8. Seguir o protocolo local ou caso de gravidez prévia ou recente, utilizar misoprostol 9. De acordo com as recomendações da OMS, o uso de misoprostol para prevenção de HP é baseado no uso vaginal 10. De não utilizar misoprostol oral ou no caso de infeção de canal vaginal, foram investigadas 11. Usar para abortos inevitáveis	Via de administração VV: via vaginal VSI: sublingual (que não de língua) VO: oral VB: vaginal (sem a bexiga)	

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
CRITÉRIO(S) DE SAÍDA DO PROTOCOLO ou CRITÉRIOS 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 TÉCNICAS 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 POLICIA 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 alva. Após fazer a coleta, colocar os swabs no envelope assinalado como "outro local", indicando o local de coleta (ex: mamas, braços, joelhos, costas, etc).

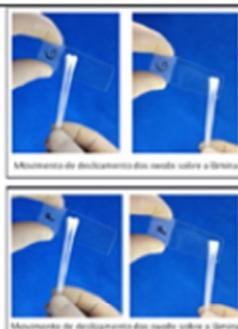
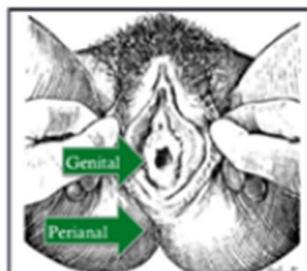


Identificação de local de possível contato de secreção do agressor e captura com swabs umedecidos.



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

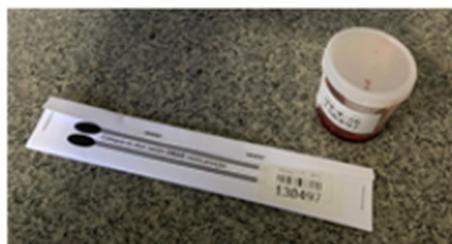
5. Inspeccionar a região perineal, incluindo vulva e região perianal. Tracionar os grandes lábios, para visualizar adequadamente o introito vaginal e introduzir o espéculo (nos casos indicados – penetração vaginal).
6. Esfregaço Genital: Introduzir o espéculo vaginal para avaliar parede vaginal, colo 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	Marlene Vale de Castro Monteiro Sara de Pinho Cunha Paiva	Médica-UFMG Médica-Ebserh	
1ª Versão–2016	Avaliado por	Marlene 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	Marlene 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			

