

Protocolos *CLÍNICOS*

**Assistência a pacientes vítimas
de violência sexual e na situação
de exposição sexual suspeita ou
confirmada**

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
DIRETORIA ASSISTENCIAL
COMISSÃO CENTRAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pela autoria de textos e imagens são dos autores/área técnica. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessado na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

1ª Edição - 2023.

Assistência a pacientes vítimas de violência sexual e na situação de exposição sexual suspeita ou confirmada

AUTORES

Alisson Rubson Alves¹
Mônica das Graças de Azevedo²
Flávio Souza Lima³

COLABORADORES

Camila de Andrade Oliveira⁴
Desirée Mainart Braga⁵
Érika Cristina Fernandes Chamon⁶

VALIDADORES

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad⁷
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos⁸

¹ Enfermeiro do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS

² Enfermeira Obstetra da Maternidade Odete Valadares/FHEMIG

³ Médico infectologista, Coordenação de Segurança do Paciente/DIRASS

⁴ Acadêmica de Enfermagem do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS

⁵ Enfermeira, RT do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS

⁶ Enfermeira, coordenadora da Segurança Assistencial/DIRASS

⁷ Gerente de Diretrizes Assistenciais da DIRASS

⁸ Diretora Assistencial da FHEMIG

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pela Lei Federal nº 8080 de 1.990, regula, em todo território nacional, ações e serviços de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, considerando os arranjos organizativos de ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando garantir a integralidade do cuidado.

Em 2.011, o governo federal reconheceu a necessidade de se estabelecer as redes temáticas, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - foco deste trabalho - favorecendo, assim, o fortalecimento da RAS.

A RAPS, ao criar pontos de atenção nos diversos níveis de complexidade do SUS, garante a oferta de ações preventivas, curativas e de reabilitação, estando a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) inserida neste contexto, representada por suas Unidades Assistenciais e Complexos Hospitalares.

Este Protocolo, elaborado por diversos autores, inclui diretrizes para o cuidado às vítimas de violência e exposição sexual, possibilitando eficácia no processo de trabalho de forma que haja maior aproximação dos profissionais de saúde a vítima e suas referências afetivas, no sentido de se implementar o atendimento humanizado, digno e seguro no cuidado das vítimas de violência e de pacientes em situação de exposição sexual.

Além da abordagem dos principais pontos de atenção da RAPS, e suas atribuições, serão discutidos, aqui, os encaminhamentos para serviços especializados no acolhimento e no tratamento clínico, as estratégias de acompanhamento, atribuições da equipe multiprofissional e tópicos especiais.

Este documento trabalha a transversalidade e a integralidade do cuidado nas Unidades da FHEMIG, fornecendo subsídios tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor.

Boa leitura.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos
Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Procuradoria

João Viana da Costa

Controladoria Seccional

Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessoria de Comunicação Social

Janaína de Oliveira

Assessoria Estratégica

Bárbara Campos de Andrade

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Gestão de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias

Diana Martins Barbosa

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício Giarola Oliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek – **Cláudia Fernanda de Andrade**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**
Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias – **Polyana de Oliveira**
Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**
Maternidade Odete Valadares – **Raquel Mariz Martins**
Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**
Casa de Saúde Santa Fé – **Claudete Bernardo Basaglia**
Casa de Saúde Santa Izabel – **Gabriella Rodrigues da Silva**
Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**
Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

LISTA DE SIGLAS

3TC – Lamivudina

AE – Anticoncepção de Emergência

AHOC – Anticoncepção Hormal Oral Combinada

Anti-HBs – Anticorpos contra Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B.

Anti-HCV – Anticorpo específico contra o Vírus da Hepatite C.

ARV – Antirretrovirais

AZT – Zidovudina

BhCG- Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental

CIB – Comissão de Intergestores Bipartite.

CRAM – Centro de Referência de Atenção a Mulher em Situação de Violência.

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.

DNA – Ácido Desoxirribonucléico.

DST – Doença Sexualmente Transmissível.

DTG – Dolutegravir

EP – Exposição sexual

FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

HBsAg – Antígeno de superfície da Hepatite B.

HCV – Vírus da Hepatite C.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

HPV: Papiloma Vírus Humano

IGHAHB – Imonoglobulina Humana Anti-Hepatite B.

IGHAT - Imunoglobulina Humana Antitetânica

IML – Instituto Médico Legal.

IST – Infecção Sexualmente Transmissível.

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexuais.

LPV/r – Lonavir/Ritonavir

MG – Minas Gerais

NVP – Neviparina

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.

PEC – Proposta de Emenda à Constituição.

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PTI – Projeto Terapêutico Individual.

RAL – Raltegravir

SAT: Soro antitetânico

SINAN – Sistema de Informação e Agravos de Notificação.

SUS – Sistema único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TFD – Tenofovir

TGO - Transaminase Oxalacética

TGP – Transaminase Pirúvica

VDRL – Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (identificação de Sífilis).

VPI – Violência por Parceiro íntimo.

VS – Violência Sexual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MINAS GERAIS	13
1.2	PRINCIPAIS CONCEITOS E LEGISLAÇÕES RELEVANTES	15
1.3	A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI)	17
2	PALAVRAS-CHAVE	18
3	OBJETIVO GERAL	18
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	PÚBLICO ALVO.....	19
5	UTILIZADORES POTENCIAIS	19
6	METODOLOGIA.....	19
7	TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	20
8	RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	22
9	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS	24
10	ATIVIDADES ESSENCIAIS	25
11	A VIOLÊNCIA SEXUAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE	26
11.1	ASPECTOS CRÍTICOS RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
11.2	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E RESPOSTA À VS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	30
11.3	AVANÇOS LEGISLATIVOS NO COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
12	PROTEGENDO A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA: COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL	32
13	ETAPAS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E EXPOSIÇÃO SEXUAL....	39
13.1	ACOLHIMENTO	39
13.2	ESCUTA QUALIFICADA.....	40
13.3	REGISTRO DA HISTÓRIA	40
13.4	EXAME CLÍNICO E GINECOLÓGICO.....	41
13.5	COLETA DE VESTÍGIOS.....	42
13.6	EXAMES LABORATORIAIS	44
13.7	PROFILAXIA CONTRA INFECÇÃO PELO HIV.....	46
13.8	PROFILAXIA CONTRA AS HEPATITES VIRAIS	51

13.9 INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	54
13.9.1 Vacinação contra o HPV	55
13.10 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	56
13.11 INTERVENÇÃO NOS CASOS DE GRAVIDEZ CONFIRMADA MEDIANTE A VIOLÊNCIA SEXUAL	57
13.11.1 Aborto previsto em lei	58
13.11.2 Material Coletado Após Aborto Legal (BRASIL, 2012)	59
13.12 ACOMPANHAMENTO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	61
13.12.1 A ética e a responsabilidade	63
13.13 O ATENDIMENTO COMPARTILHADO NOS SERVIÇOS DA RAS	63
13.14 ACOLHIMENTO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM LEITOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	66
13.15 PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM SEGURA	67
14 O CONCEITO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL	68
14.1 RISCO DA EXPOSIÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	69
14.2 ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR A EXPOSIÇÃO SEXUAL	70
14.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE ALTA VULNERABILIDADE	71
14.4 PROCEDIMENTOS EM CASO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL FURTIVA DURANTE A INTERNAÇÃO	72
14.5. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO SEXUAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE	73
15 INICIATIVAS EM MINAS GERAIS CONTRA A VIOLÊNCIA SEXUAL	74
REFERÊNCIAS	76
ANEXO I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN	82
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLETA DE VESTÍGIOS	84
ANEXO III –ORIENTAÇÕES SOBRE A COLETA DE VESTÍGIOS	86
ANEXO IV – TERMO CIRCUNSTANCIADO	87
ANEXO V – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO	88
ANEXO VI – TERMO DE RESPONSABILIDADE	89
ANEXO VII– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é um evento extremamente prejudicial para a vítima, uma vez que atinge profundamente sua vida, saúde e integridade física. Suas implicações são complexas e afetam indivíduos de diversas classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais. Enfrentar essa forma de violência é um desafio significativo que requer a coordenação e integração eficazes de serviços e atendimento, com o objetivo de evitar a retraumatização das pessoas (BRASIL, 2015).

Nas últimas duas décadas, tem-se observado um aumento na prevalência de determinados tipos de violência contra mulheres e meninas, com destaque para a violência sexual, como apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016. A violência dirigida contra mulheres afeta uma em cada três mulheres nas Américas e pode ter consequências graves, incluindo a possibilidade de óbito. Além disso, ela pode acarretar efeitos profundos e de longa duração na saúde das sobreviventes, tais como lesões físicas, gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis e uma série de desdobramentos negativos na saúde mental, como transtornos de ansiedade, depressão e um maior risco de suicídio, conforme relatado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2018.

No Brasil, durante o período de 2011 a 2022, foram oficialmente registrados os números absolutos de 704.840 de vítimas de estupro (FBSP, 2023). É fundamental ressaltar que esses números se limitam aos casos notificados, uma vez que há uma considerável subnotificação devido a diversos fatores, como a complexidade na compreensão do crime, o medo, constrangimento, ameaças por parte do agressor, receio de represálias, sentimento de culpa e a preocupação de não serem acreditadas. Além disso, é importante destacar que estudos realizados em diferentes regiões do Brasil e dos Estados Unidos revelaram que oito em cada dez vítimas de violência sexual, com idade igual ou superior a 12 anos, optam por não denunciar as agressões sofridas (FBSP, 2022).

Com base nas informações apresentadas no parágrafo anterior, é importante ressaltar a ocorrência de casos em que as vítimas buscam atendimento nos serviços de saúde e a violência que sofreram passa despercebida. Isso ocorre especialmente quando não há sinais físicos explícitos de violência, o que pode dificultar a identificação por parte

dos profissionais de saúde, que podem não associá-la a outras evidências significativas, como infecções sexualmente transmissíveis (IST), impactos na saúde sexual e reprodutiva, ocorrência de abortos, angústia disfuncional e sintomas depressivos.

Embora seja verdade que meninas e mulheres são mais frequentemente vítimas de violência sexual, tal barbárie não se limita apenas às mulheres e afeta, crianças, adolescentes, bem como pessoas de todos os gêneros.

No período de 2015 a 2021, foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, sendo 83.571 (41,2%) em crianças e 119.377 (58,8%) em adolescentes [...]. Observa-se que em crianças 76,9% das notificações ocorreram entre meninas (N = 64.230). Tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino a maior parte das notificações de violência sexual aconteceu na faixa etária de 5 a 9 anos (53,6% e 60,1%, respectivamente) e com negros (pardos N = 35.216, 42,1%; e pretos N = 5.831, 7,0%). A maioria relatou não ter alguma deficiência ou transtorno (meninas N = 53.297, 83,0%; e meninos N = 15.389, 79,6%) e que residiam na Região Sudeste (meninas N = 27.644, 43,0%; e meninos N = 8.839, 45,7%) (BRASIL, 2023).

Além disso, um número significativo de homens relata ter sido vítima de violência sexual em algum momento de suas vidas. Embora as estatísticas possam ser subnotificadas devido ao estigma, estudos indicam que uma parcela substancial de estupro envolve vítimas masculinas. Conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2009 a 2013 houve o aumento de 291,92% nas notificações de violência sexual contra meninos e homens, sendo que em 2013 os casos de violência contra essa população já representavam 12,58% do total dos casos notificados (FERREIRA, *et al.* 2023).

Quando se trata da violência sexual direcionada a pessoas da comunidade LBGTQIAP+, é importante reconhecer que o Estado enfrenta uma significativa subnotificação em relação a esse tipo de violência. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023) registrou aproximadamente 390 notificações de estupro entre 2021 e 2022 no Brasil, direcionadas a essa população. É fundamental compreender que esses números podem não refletir a totalidade dos casos, destacando a necessidade de maior conscientização e combate a essa forma de violência.

No que diz respeito às mulheres, é importante destacar que os principais fatores de risco para serem vítimas de violência sexual incluem desigualdade de gênero, desemprego, situação de pobreza e desigualdade econômica, disponibilidade de armas de

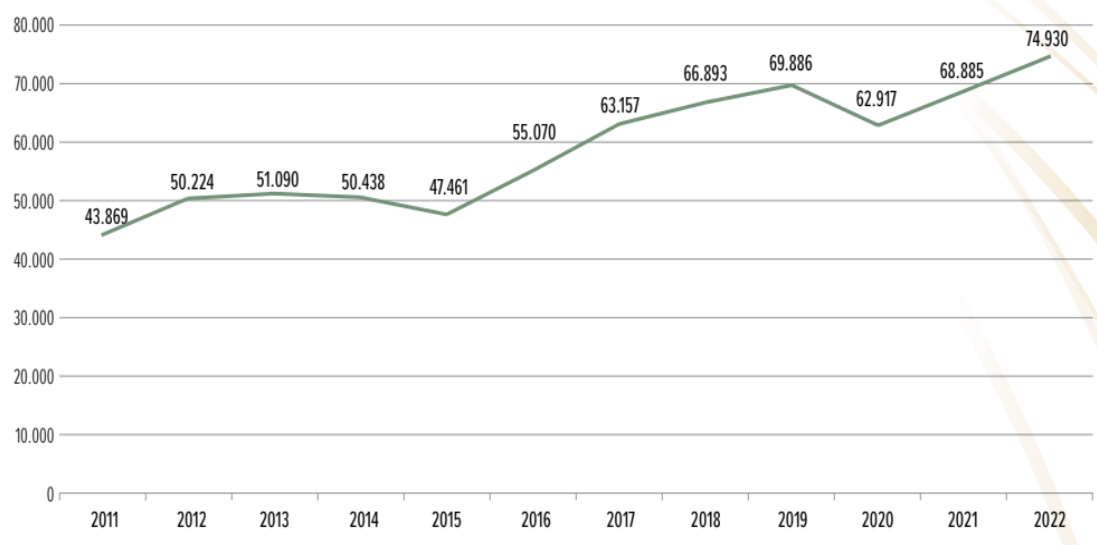
fogo, acesso facilitado ao álcool, envolvimento com o tráfico de drogas e descumprimento da lei, como indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016.

A violência contra a mulher tem impactos significativos que se manifestam em curto, médio e longo prazo, afetando tanto a saúde física quanto a mental e o bem-estar da mulher, bem como das crianças e da família. Além disso, ela acarreta graves problemas sociais e econômicos para o país e a sociedade em geral. Em 2020, a pandemia de COVID-19 exacerbou essa situação, uma vez que as medidas de distanciamento social contribuíram para o aumento dos casos de violência contra a mulher. Notavelmente, observou-se um aumento no registro de casos de violência perpetrada por parceiros íntimos das mulheres. É importante salientar que estudos e relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), anteriores à pandemia, já apontavam para a alta prevalência da violência contra a mulher em uma perspectiva global (OMS, 2018).

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023, p.10), o ano de 2022 foi marcado por índices alarmantes de violência sexual no Brasil, como evidenciado na Figura 1. Nesse ano, houve o registro do maior número de casos de estupro e estupro de vulnerável na história do país, afetando um total de 74.930 vítimas. É importante destacar que esses números representam apenas os casos notificados às autoridades policiais, o que significa que eles são apenas uma fração da real incidência de violência sexual experimentada por mulheres, homens, meninas e meninos de todas as idades.

Em relação ao ano de 2021 a taxa de estupro e estupro de vulnerável cresceu 8,2% e chegou a 36,9 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. Os números aqui apresentados consideram os casos de estupro, que somaram 18.110 vítimas em 2022, crescimento de 7% em relação ao ano anterior, bem como os casos de estupro de vulnerável, com um total de 56.820 vítimas, incremento de 8,6%. Isto significa dizer que 24,2% das vítimas eram homens e mulheres com mais de 14 anos, e que 75,8% eram incapazes de consentir, fosse pela idade (menores de 14 anos), ou por qualquer outro motivo (deficiência, enfermidade etc.). (FBSP, 2023).

Figura 1 – Evolução do número de estupros e estupros de vulnerável no Brasil entre 2011-2022



Fonte: FBSP, 2023

1.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 2021 A 2022

Em Minas Gerais (MG), entre os anos de 2021 e 2022, foi registrada uma quantidade total de 9.374 vítimas de estupro e estupro de vulnerável. As taxas de incidência para estupro por 100 mil habitantes foram de 6,0 em 2021 e 5,4 em 2022, com números absolutos correspondentes de 1.224 e 1.103 vítimas, respectivamente. No que diz respeito aos casos de estupro de vulnerável, em 2021 a taxa por 100 mil habitantes foi de 17,9, enquanto em 2022 foi de 16,5, com números absolutos de 3.659 e 3.388 vítimas, respectivamente.

As notificações de tentativas de estupro foram de 307 no ano de 2021 e 275 em 2022 no Estado de Minas Gerais. Os casos de estupro totalizaram 2.215 vítimas durante o biênio, enquanto os casos de estupro de vulnerável somaram 6.120 vítimas. Quanto aos assédios, houve 1.228 casos notificados nos dois anos analisados, e os registros de importunação sexual alcançaram 6.444 vítimas (FBSP, 2023).

Em síntese, os dados revelam a preocupante incidência de casos de estupro e estupro de vulnerável em Minas Gerais durante o período de 2021 a 2022. As taxas de ocorrência por 100 mil habitantes indicam uma persistência significativa desses crimes, apesar de uma leve redução em 2022. A análise detalhada evidencia a complexidade e gravidade do problema, com números expressivos de vítimas, especialmente no caso de estupro de vulnerável.

As notificações de tentativas de estupro e os registros de casos envolvendo vítimas do sexo feminino ressaltam a necessidade urgente de estratégias abrangentes de prevenção e suporte às vítimas. Além disso, a quantidade de casos de assédio e importunação sexual destaca a importância de medidas para combater diversas formas de violência de gênero. Esses dados reforçam a urgência de políticas públicas e ações eficazes para enfrentar e mitigar o impacto desses crimes, garantindo a segurança e integridade da comunidade.

Neste protocolo, são delineadas as diretrizes fundamentais para a abordagem de vítimas de violência sexual que procuram atendimento nas Unidades Assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Um capítulo específico é dedicado aos casos de violência sexual nos serviços de saúde, com abordagem das consequências, estratégias de prevenção e medidas de proteção às vítimas. Além disso, reconhecendo semelhanças nas abordagens terapêuticas e farmacológicas para situações de exposição sexual, foram abordados em capítulos distintos os casos de exposição sexual furtiva, particularmente aqueles que ocorrem durante a internação, muitas vezes associados a condições psiquiátricas. Como resultado desse protocolo, são destacadas as principais intervenções a serem adotadas para reduzir a incidência da violência sexual e minimizar seus impactos na saúde e na vida das pessoas. Isso inclui a consideração das consequências decorrentes de exposições sexuais, como a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e os prejuízos psicossociais.

É relevante ressaltar que, conforme estabelecido na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3939, datada de 21 de setembro de 2022, em seu Art. 4º, existe uma diretriz que estipula que "o atendimento às vítimas de violência sexual é integral e obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede SUS, nos termos da Lei Federal nº 12.845, de 1º de agosto de 2013." A finalidade desse direcionamento é estabelecer uma referência sólida para a

organização do fluxo de atendimento, enfatizando que não deve haver restrições ao acesso a esse serviço.

1.2 PRINCIPAIS CONCEITOS E LEGISLAÇÕES RELEVANTES

Quadro 1 – Conceitos

TERMOS UTILIZADOS	CONCEITO
Importunação sexual	Praticar contra alguém e sem sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro.
Violência sexual	Todo ato sexual ou tentativa de consumir o ato sexual através de coerção. Geralmente vem acompanhada por violência física.
Estupro	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. O estupro é considerado um dos crimes mais violentos, sendo considerado crime hediondo. O crime praticado mediante violência real (agressão) ou presumida (quando praticado contra menores de 14 anos, alienados mentais ou contra pessoas que não puderem oferecer resistência). Conforme o STJ (Superior Tribunal de Justiça), os atos libidinosos (apalpar, lamber, tocar, desnudar, masturbar-se e ejacular em público), contra os menores de 14 anos, configuram estupro, portanto não pode ser enquadrado como importunação ofensiva (crime menos grave)
Estupro de Vulnerável	O que caracteriza o estupro de vulnerável é a idade da vítima, menor de 14 anos, ou ter ela alguma enfermidade ou deficiência mental que a impeça de consentir ou, ainda, esteja temporariamente, por qualquer razão, impedida de dar um consentimento consciente.
Exposição sexual	Exposição de mucosa oral, genital ou anal de uma pessoa a penetração ou exposição a secreções genitais de outra pessoa.
Exposição sexual suspeita	Exposição sexual que não foi testemunhada por observação direta do ato sexual ou por observação indireta de sinais de conjunção carnal.
Exposição sexual confirmada	Exposição sexual testemunhada ou confirmada por metodologia de exame clínico ou forense.
Profilaxia pós exposição sexual	Modalidade de tratamento medicamentoso com o objetivo de minimizar o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez após uma exposição sexual.

Fonte: OMS, 2018; FBSP, 2023

Quadro 2 – Caminho da Legislação Brasileira em Defesa da Mulher e da Igualdade de Gênero

Ano	Marco Legal
1890	Decreto 181 de 24 de janeiro de 1890: retirou do marido o direito de impor castigo corpóreo à mulher e aos filhos.
1962	Lei 6.121 - 1962 (Estatuto da Mulher Casada): permitiu que as mulheres não precisassem de autorização do marido para trabalhar, além de garantir direitos à herança e à guarda dos filhos em caso de separação.
1988	Constituição Federal: determinou a igualdade de gênero entre homens e mulheres.
2003	Lei 10.778/2003: incluiu a Violência doméstica na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória.
2006	Lei Maria da Penha: criada para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher.
2009	Lei 12.015/09: tipificou como hediondo o crime de estupro de vulnerável e alterou a redação do Título VI do Código Penal, dedicado aos crimes contra os costumes, para crimes contra a dignidade sexual.
2010	Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher: estabelecida para auxiliar mulheres vítimas de violência.
2013	Lei 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte): determinou o atendimento obrigatório a vítimas de violência sexual e o registro e encaminhamento de informações aos órgãos competentes.
2015	Tipificação do feminicídio: o crime motivado por razões de gênero passou a ser considerado crime hediondo.
2017	PEC que torna o estupro crime imprescritível: Impede que o estupro seja considerado prescrito ao longo do tempo.
2019	Ampliação das medidas protetivas: agressores em casos de violência doméstica e familiar são imediatamente afastados do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima. Além disso, a Lei 13.931 de dezembro de 2019 estabelece a notificação compulsória de indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, bem como a comunicação à autoridade policial em até 24 horas.
2023	Lei 14.541 de 3 de abril de 2023: dispõe sobre o funcionamento ininterrupto de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. Também prevê atendimento policial especializado para mulheres e ações do Poder Público para assegurar assistência psicológica e jurídica às vítimas de violência. Para municípios sem DEAM, a delegacia deve priorizar o atendimento por agente feminina especializada.

Fonte: adaptado de LUZ e FUCHINA (2009); FBSP (2020); BRASIL (2023).

1.3 A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO (VPI)

O termo VPI (Violência por Parceiro Íntimo) abrange qualquer forma de comportamento prejudicial dirigido a um parceiro íntimo atual ou anterior, que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais. Isso engloba diversos tipos de violência, como violência física, abuso emocional, violência sexual e comportamentos de controle e coerção (ORAM et al., 2022). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 30% das mulheres nas Américas já tenham experimentado violência física e/ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo, e cerca de 11% relataram ter sido vítimas de violência sexual por um agressor (OPAS, 2015). Pesquisas sobre VPI destacaram que pessoas transexuais enfrentam um risco de duas a três vezes maior de serem vítimas de violência sexual em comparação com indivíduos cisgêneros. Além disso, a VPI pode ser mais prevalente entre pessoas gays e lésbicas do que entre heterossexuais. Outros fatores críticos que contribuem para o aumento da VPI incluem situações de intolerância, preconceito, discriminação e segregação enfrentadas por povos indígenas e imigrantes, bem como a pobreza (ORAM et al., 2022).

VPI é um problema de gênero. A maioria das vítimas de VPI são mulheres—em todo o mundo, estima-se que 27% das mulheres e meninas com 15 anos ou mais sofreram VPI física ou sexual—mas altas taxas de VPI também são vivenciadas por outros grupos, incluindo minorias sexuais e de gênero, pessoas com deficiência, imigrantes e pessoas de grupos étnicos ou indígenas marginalizados. A relação entre VPI e saúde mental é complexa. A exposição à VPI na infância ou na idade adulta aumenta a probabilidade de desenvolver uma série de problemas de saúde mental, ideação suicida e tentativa de suicídio (ORAM et al., 2022).

Adicionalmente, de acordo com Oram *et al.* (2022), os serviços de saúde devem estar devidamente preparados para oferecer medidas abrangentes de identificação, acolhimento e proteção às vítimas de VPI. Isso requer uma abordagem interdisciplinar que envolva equipes multidisciplinares compartilhando conhecimentos interdisciplinares. Além disso, para enfrentar eficazmente a VPI, é fundamental considerar fatores sociais e

estruturais, como o acesso à educação, oportunidades de emprego e estratégias de redução da pobreza. O cumprimento rigoroso das leis e políticas que priorizam a segurança das mulheres e outros grupos vulneráveis à VPI também é essencial, bem como a implementação de estratégias legais que combatam diferentes formas de violência e o uso prejudicial de álcool e outras substâncias.

2 PALAVRAS-CHAVE

Saúde da mulher; violência sexual; abuso sexual; crimes sexuais.

3 OBJETIVO GERAL

Fortalecer a assistência prestada às pessoas vítimas de violência e abuso sexual, incluindo aquelas que passaram por exposição sexual furtiva durante internações hospitalares, e estabelecer diretrizes de atendimento nas Unidades Assistenciais da FHEMIG.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprimorar o acolhimento e as intervenções destinadas às vítimas de violência sexual.
- Compartilhar experiências clínicas que promovam a segurança do atendimento às vítimas de violência sexual.
- Facilitar a integração dos cuidados prestados com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir uma assistência completa às vítimas de violência sexual.
- Desenvolver critérios para identificar pessoas em potencial risco de sofrer violência sexual.
- Estabelecer um procedimento para orientar ações legais junto às autoridades competentes em casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual.

4 PÚBLICO ALVO

Pacientes atendidos nas Unidades Assistenciais da FHEMIG que são vítimas de violência sexual, bem como aqueles que passaram por exposição sexual furtiva, suspeita ou confirmada, juntamente com seus familiares, referências afetivas e cuidadores que prestem apoio social de alguma forma.

5 UTILIZADORES POTENCIAIS

Profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde (RAS), da FHEMIG, no estado e municípios de Minas Gerais, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de outros membros da equipe multiprofissional.

6 METODOLOGIA

A metodologia empregada fundamentou-se na condução de uma revisão sistemática de literatura. Inicialmente, foram formuladas perguntas-chave de pesquisa, seguidas pela busca de evidências científicas em bases de dados, tais como Pubmed/Medline, Lilacs e Bireme. Posteriormente, as evidências encontradas foram submetidas a uma avaliação de qualidade. Além disso, foram incluídos estudos epidemiológicos que abordavam a temática da violência e exposição sexual, bem como manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde como fontes adicionais.

7 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Diversos tipos de violência, que podem ocorrer em diferentes contextos e afetar tanto mulheres quanto outras vítimas, estão listados no Quadro 3.

Quadro 3 – Formas de violência sexual

TIPOS DE VIOLÊNCIA	CONCEITOS
Assédio sexual	Caracterizado como um comportamento sexual indesejado e inadequado, no qual uma pessoa recorre a avanços, insinuações, coerção, intimidação ou qualquer tipo de pressão não consentida com o intuito de obter favores sexuais de outra pessoa. Pode ocorrer em várias circunstâncias, como no ambiente de trabalho, em cenários sociais, em espaços públicos ou mesmo em situações online.
Atentado violento ao pudor	Expressão historicamente empregada para caracterizar crimes sexuais que consistiam em comportamentos sexuais inadequados, forçados ou violentos, contrariando as normas sociais relativas à decência e ao respeito. Essa terminologia tem perdido aplicação nas leis modernas, sendo substituída por termos mais precisos e atualizados.
Importunação Ofensiva ao pudor	Refere-se a comportamento sexualmente inadequado e ofensivo que envolve avanços, atos ou gestos indesejados e indecentes, frequentemente direcionados a outra pessoa em espaços públicos ou privados. Comportamentos incluem exposição indecente, toques inapropriados ou gestos obscenos que causam desconforto, constrangimento ou ofensa à vítima.
Violência física	Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal.
Violência psicológica	Qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima ou prejudique o pleno desenvolvimento, visando degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões por meio de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, entre outros meios que causem prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Violência sexual	Qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza à comercialização ou utilização da sexualidade de qualquer modo; que impeça o uso de métodos contraceptivos; ou que force o matrimônio, a gravidez, o aborto ou a prostituição, por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de direitos sexuais e reprodutivos.
Violação sexual mediante fraude	Descreve um tipo específico de comportamento sexual ilegal, referindo-se a situações em que uma pessoa comete um ato sexual com outra sob falsas pretensões, enganos ou manipulações, enganando a vítima para obter consentimento sexual. Pode envolver

TIPOS DE VIOLÊNCIA	CONCEITOS
	fraude de identidade, promessas falsas, manipulação emocional e omissão de informações relevantes.
Violência patrimonial	Conduta que envolve retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores, direitos ou recursos econômicos destinados a satisfazer as necessidades da vítima.
Violência moral	Conduta que envolve calúnia, difamação ou injúria.
Violência obstétrica	Atos exercidos por profissionais da saúde relacionados ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, manifestados por uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.
Violência no trabalho	Violência física e psicológica no ambiente de trabalho, incluindo agressões verbais, assédio moral e discriminação racial.

Fonte: BRASIL (2018); ANDRADE (2014); RÉGIA, 2023

A Lei Federal 13.722, de 19 de dezembro de 2018, trouxe modificações significativas na legislação brasileira. Esta lei alterou a Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, bem como o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, que corresponde ao Código Penal. Essas alterações visaram reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar. Além disso, a lei também estabeleceu a criminalização do registro não autorizado de conteúdo contendo cenas de nudez, atos sexuais ou libidinosos de caráter íntimo e privado.

Vale destacar que em 2021, o Código Penal foi novamente atualizado para incluir o crime de perseguição (*stalking*) no Art. 147-A e o crime de violência psicológica no Art. 147-B. Essas adições à legislação representam um marco importante no combate à violência contra a mulher. A perseguição, agora reconhecida por lei como uma forma de violência, é um indicador crucial de risco de morte. Portanto, o monitoramento e a abordagem desse tipo de violência são avanços significativos no enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2022).

8 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

A violência sexual afeta predominantemente meninas e mulheres, e é um reflexo da desigualdade de gênero. Além disso, ela tem sérias implicações na saúde pública e representa uma violação direta dos direitos humanos. As consequências para as mulheres submetidas à violência doméstica pelo parceiro íntimo ou à violência sexual praticada por outra pessoa que não seja o parceiro são devastadoras. Portanto, é fundamental implementar ações de prevenção e respostas eficazes à violência em todas as fases da vida das mulheres: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Relatórios da OMS ressaltam a tendência de subnotificação da violência contra a mulher nas estatísticas nacionais e internacionais, bem como a sua aceitação social, os obstáculos sociais e a relutância em buscar ajuda, devido ao medo e à vergonha. Além disso, esses relatórios destacam as limitações encontradas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para identificar e atender vítimas de violência sexual (OPAS, 2015).

Os princípios gerais que norteiam a assistência a vítimas de violência e em casos de exposição sexual suspeita ou confirmada incluem um acolhimento adequado, um tratamento digno e não discriminatório, uma escuta qualificada que facilite a expressão dos sentimentos vivenciados, a crença no relato da pessoa, uma comunicação empática e a importância de evitar juízos de valor ou ações/intervenções que possam revitimizar a pessoa (Quadro 4).

Além do sofrimento da vítima, é fundamental combater a violência institucional, que ocorre em instituições públicas e privadas, como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e o sistema judiciário. Essa violência é perpetrada por agentes que deveriam proteger as vítimas de violência, garantindo-lhes um atendimento humanizado, preventivo e de reparação de danos. Ela se manifesta de diversas formas, incluindo a submissão das vítimas às decisões dos profissionais de saúde (BOTTI, 2013).

A Lei Federal nº 12.845, de 01 de agosto de 2013 (Lei do Minuto Seguinte), estabelece a obrigatoriedade do atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual. Ela determina que esse atendimento seja prestado de forma emergencial e multidisciplinar nos hospitais, com foco no controle e tratamento dos danos físicos e psicológicos. Além disso, a lei prevê o encaminhamento, quando necessário, para os

serviços de assistência social (BRASIL, 2013). Em 2014, a Portaria nº 485 do Ministério da Saúde redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando obrigatória a notificação no primeiro atendimento por meio da ficha do SINAN – Anexo I (RIO DE JANEIRO, 2020).

Em Minas Gerais, a Comissão de Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde aprovou a regulamentação do funcionamento dos serviços da Rede de Atenção às vítimas de violência sexual pelos estabelecimentos hospitalares de saúde e instituiu a grade de referência por Região de Saúde do SUS-MG, conforme a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3939, de 21 de setembro de 2022.

O Ministério da Saúde, em colaboração com as Secretarias de Saúde das Unidades da Federação, sociedades científicas e movimentos sociais, tem atualizado as diretrizes que normatizam o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Isso possibilita a elaboração de Protocolos Clínicos e Normas Técnicas mais abrangentes.

Neste Protocolo, são abordadas as intervenções necessárias para o acolhimento qualificado, o fluxo e realização de exames clínicos e laboratoriais, os cuidados na anticoncepção de emergência e a administração de quimioprofilaxias para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como o acompanhamento psicossocial oferecido às vítimas da violência sexual (BRASIL, 2015).

Quadro 4 - Conceitos de Revitimização

O que é revitimização?
- Desrespeitar as garantias e os direitos fundamentais das vítimas;
- Submeter as vítimas a tratamentos desumanos e constrangedores que transformam sua situação de vítima em culpada, como se fosse responsável pela violência sofrida;
- Criar ambiente que provoque a repetição da lembrança de atos de violência sofridos, ou seja, quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais;
- Necessitar de peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento;
- Oferecer atendimento sem privacidade, expondo a dor e sofrimento diante de terceiros.

Fonte: BRASIL (2015).

9 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem; assistente social, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional e outros profissionais com aptidão para o atendimento;
- maca clínica/ginecológica;
- biombo;
- foco de luz;
- lençol descartável;
- tubos para coleta de sangue e lâminas;
- espécuro;
- pinças Cheron
- aparelho telefônico;
- computadores com acesso à internet;
- ficha de notificação SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação (Anexo I).
- lista de contatos dos Serviços de Saúde Mental atualizada;
- lista de contatos, com telefones e endereços atualizados, de delegacias da mulher, Centros de Referência Especializados de Assistência (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), abrigos municipais, Defensoria Pública do município, Instituto Médico Legal (IML), Conselho Tutelares, entre outros;
- sala privativa para atendimento de pacientes e familiares, garantindo o sigilo;
- transporte para pacientes conforme a necessidade de encaminhamentos para os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde;
- armário com cadeado para o acondicionamento dos kits e geladeira com tranca para acondicionamento da coleta de vestígios de aborto legal;
- equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultrassonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas (BRASIL, 2012);

- material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem, além de equipamentos próprios de um centro cirúrgico (para serviços referência em abortamento previsto em Lei). Na rede FHEMIG, são credenciadas a Maternidade Odete Valadares (MOV), Hospital Júlia Kubitschek (HJK) Hospital Regional João Penido (HRJP) e Hospital Regional Antônio Dias (HRAD).

10 ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Promover o acolhimento e a escuta qualificada das pessoas vítimas de violência sexual, bem como nos casos de exposição sexual furtiva suspeita ou confirmada.
- Orientar as vítimas de violência sexual sobre a importância do Boletim de Ocorrência policial.
- Garantir a confidencialidade do atendimento.
- Identificar os sinais de violência, mesmo que não sejam declarados pela vítima.
- Avaliar o potencial de risco em que a vítima pode estar envolvida.
- Iniciar o tratamento das condições clínicas e psicoemocionais.
- Realizar exames clínicos e coletar material com consentimento informado (Anexo II).
- Iniciar a contracepção de emergência, após informar e esclarecer todas as dúvidas da mulher durante o atendimento.
- Realizar a profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (IST/AIDS) e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas e até 14 dias para IST não virais.
- Preencher os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada em até 24 horas (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014) – 2 duas vias, uma via ficará com o serviço notificante e a outra deve ser

encaminhada a secretaria municipal de saúde e/ou vigilância epidemiológica do município de ocorrência do caso - *vide* anexo I.

- Encaminhar os atendimentos subsequentes e acompanhamentos aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Possibilitar, quando desejado pela vítima de violência sexual, a interrupção legal da gestação, conforme as orientações do Ministério da Saúde.

Observação: os serviços de pré-natal e de atendimento a crianças e adolescentes (hospitais maternidades, ambulatórios de pediatria, centros e postos de saúde) devem estar atentos para notificação e denúncias de atividade sexual e gravidez em menores de 14 anos, pois isso configura estupro de vulnerável (não há "consentimento" nessa faixa etária, de acordo com o Código Penal brasileiro) e deve ser obrigatoriamente notificado ao Conselho Tutelar e à Autoridade Policial. Em caso de gravidez, encaminhar para serviços de referência da rede e orientar quanto ao direito ao aborto legal.

Quando identificada qualquer ato de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente).

No caso de observância de violência contra pessoa idosa, é obrigatório comunicar a quaisquer dos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso (Lei nº 10.741/2013).

11 A VIOLÊNCIA SEXUAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A violência sexual em serviços de saúde no Brasil é um agravo alarmante e que se tornou amplamente discutido, mediante as denúncias feitas pela vítima, profissionais e familiares (figura 2). Esses incidentes podem envolver pacientes, visitantes e até mesmo os profissionais de saúde como vítimas. Veja alguns exemplos:

Assédio sexual por profissionais de saúde: alguns pacientes relataram terem sido vítimas de assédio sexual por parte de profissionais de saúde enquanto estavam sob seus cuidados. Isso pode incluir comentários inapropriados, toques não consentidos ou avanços sexuais indesejados.

Abuso de pacientes vulneráveis: pacientes vulneráveis, como crianças, idosos ou pessoas com deficiências, podem ser alvo de abuso sexual por parte de profissionais de saúde, cuidadores ou outros pacientes.

Casos de violência sexual entre pacientes: em ambientes de saúde mental, unidades de internação e outros contextos de saúde, podem ocorrer casos de violência sexual entre os próprios pacientes, especialmente quando há falta de supervisão adequada.

Violência sexual contra profissionais de saúde: profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, também podem ser vítimas de violência sexual por parte de pacientes ou colegas de trabalho. A violência sexual no ambiente de saúde pode incluir assédio sexual, abuso de poder e outras formas de comportamento inadequado.

Negligência na prevenção e resposta: em alguns casos, os serviços de saúde podem negligenciar a prevenção e a resposta à violência sexual, criando um ambiente onde incidentes desse tipo são permitidos ou não são devidamente investigados e tratados.

Exploração sexual: a exploração sexual de pacientes ou de pessoas que buscam assistência médica, como a exploração de pacientes por profissionais de saúde em troca de tratamento, é outra forma de violência sexual que pode ocorrer em ambientes de saúde.

Figura 2 – Alguns registros de violência sexual em serviços de saúde



Fonte: CARBONIERI e GRANDI, 2023

Um estudo realizado por Carbonieri e Grandi (2023) destacou que durante o período de 2014 a 2019, foram documentados 1.734 casos de violência sexual em estabelecimentos de saúde. É importante notar que em relação a essa investigação, diversos Estados (Quadro 5) não forneceram informações sobre o registro de tais casos. Essa lacuna de informações suscita a preocupação de que possa haver subnotificação significativa desses incidentes não relatados.

Quadro 5 – Casos de violência sexual em serviços de saúde

Estado	Estupro	Violação sexual mediante fraude	Assédio Sexual	Atentado violento ao pudor	Importunação ofensiva ao pudor	TOTAL
Acre	1	0	0	0	0	1
Mato Grosso do Sul	81	8	6	0	0	95
Minas Gerais	118	0	67	0	54	239
Pará	66	4	12	1	0	83
Rio de Janeiro	102	47	25	1	0	175
Rondônia	16	2	1	1	0	20
Roraima	0	0	4	0	0	4

São Paulo	854	131	129	0	0	1114
Tocantins	1	2	0	0	0	3
Soma	1239	194	244	3	54	1734

Fonte: CARBONIERI e GRANDI, 2023

A VS pode afetar diversas categorias de indivíduos, incluindo pacientes, seus acompanhantes, funcionários de saúde, médicos e prestadores de serviços terceirizados. Notavelmente, aproximadamente 60% das vítimas são pessoas vulneráveis, com uma predominância significativa de mulheres. Em relação aos pacientes, a pesquisa identificou que a VS é mais prevalente entre os idosos, pacientes dependentes de cuidados e aqueles em recuperação pós-operatória. Os locais de maior incidência de VS são os hospitais, seguidos por consultórios médicos, postos de saúde, unidades de internação psiquiátrica, atendimento domiciliar (*homecare*), casas de repouso, entre outros. É importante destacar que até mesmo ambientes onde a assistência médica é intensiva, como recepções de hospitais, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Centros Cirúrgicos, não estão isentos de casos de abuso. Os principais agressores nesses contextos incluem enfermeiros, médicos, terapeutas, pessoal de apoio e, em alguns casos, até mesmo outros pacientes (Carbonieri e Grandi, 2023).

11.1 ASPECTOS CRÍTICOS RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem diversos pontos críticos que contribuem para a ocorrência de Violência Sexual (VS) em ambientes de serviços de saúde:

Falta de estratégias e regulamentos preventivos: muitos serviços de saúde carecem de estratégias e regulamentos eficazes para prevenir abusos e casos de VS.

Escassez de testemunhas: a VS frequentemente ocorre em ambientes fechados, onde a presença de testemunhas é limitada, tornando mais difícil a detecção e a comprovação dos casos.

Baixo índice de notificação e denúncia: quando os casos de VS não são registrados nos prontuários e não há um acolhimento eficaz às vítimas, isso resulta em baixos índices de notificação e denúncia.

Proteção da classe profissional: em algumas situações, hospitais e instituições de saúde podem ignorar ou tentar minimizar as acusações de VS, demitindo ou afastando profissionais envolvidos sem relatar o ocorrido às autoridades ou aos órgãos reguladores.

Negligência administrativa e insegurança na abordagem: queixas são por vezes desconsideradas, e reclamações são racionalizadas. Há uma tendência a atribuir queixas a situações como alucinações pós-anestésicas ou efeitos colaterais de medicamentos, em vez de investigar e esclarecer adequadamente os fatos (Carbonieri e Grandi, 2023).

11.2 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E RESPOSTA À VS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliação do histórico funcional: é essencial realizar uma análise completa do histórico funcional dos trabalhadores nos serviços de saúde.

Treinamento da equipe: capacitar a equipe de trabalho, incluindo gestores, funcionários e pacientes, para que todos possam identificar e reconhecer os diferentes tipos de violência sexual, prevenindo assim a má conduta sexual.

Disseminação do Protocolo: divulgar amplamente o conteúdo deste protocolo entre os trabalhadores dos serviços de saúde.

Educação em saúde: realizar ações educativas em saúde, abordando pacientes, familiares e funcionários dos hospitais e demais serviços de saúde. Essas ações devem fornecer esclarecimentos sobre os sinais de alerta evidenciados pelas vítimas de violência, bem como sobre os comportamentos dos agressores.

Fomento da comunicação interna: certificar-se de que todos os funcionários compreendam a importância de relatar qualquer comportamento inadequado por parte de colegas, independentemente do nível hierárquico.

Ações corretivas e responsabilização legal: estabelecer medidas corretivas sempre que ocorrer violência sexual, com a devida responsabilização legal do agressor, independentemente do cargo ocupado na instituição de saúde.

Repúdio à violência sexual: declarar publicamente o repúdio da Unidade de Saúde à violência sexual, baseando-se no Código de Ética dos Profissionais de Saúde, aspectos legislativos e na criminalidade do ato, combatendo a "certeza de impunidade".

Facilitação das denúncias: promover canais eficazes para denúncias, como ouvidorias, gestores e Comissão de Ética nos serviços de saúde. Na Rede Fhemig, denúncias devem levar à abertura de sindicâncias e processos administrativos disciplinares.

Documentação de provas: registrar minuciosamente qualquer má conduta sexual ou ocorrência de violência sexual, incluindo data, hora, local e nomes das testemunhas.

Denúncia às autoridades competentes: em caso de práticas criminosas ocorrendo nos serviços de saúde, reportar o ocorrido às autoridades responsáveis na esfera penal, bem como ao Conselho Profissional.

Colaboração com as autoridades: oferecer todo o apoio necessário para que as vítimas possam cooperar com as autoridades durante investigações e procedimentos legais, inclusive fornecendo depoimentos quando necessário.

Apoio contínuo às vítimas: a instituição de saúde deve garantir apoio contínuo às vítimas, incluindo acompanhamento médico e psicológico pelo tempo que for necessário, além de orientá-las sobre os serviços disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) que podem oferecer suporte psicoemocional.

11.3 AVANÇOS LEGISLATIVOS NO COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A **Lei de combate ao assédio sexual no trabalho:** a promulgação da Lei 14.457, em 21 de setembro, estabeleceu medidas obrigatórias para o enfrentamento do assédio sexual no ambiente de trabalho. Do mesmo modo, o **projeto de lei em tramitação no**

Senado (PL 1998/2022) destinado a combater a violência sexual perpetrada por profissionais de saúde, que propõe a criação de novas tipificações de crimes e o aumento das penas para as infrações já previstas na legislação existente. As principais alterações propostas incluem:

- **Inclusão no Código Penal:** está em consideração a inclusão no Código Penal da tipificação do ato de conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso praticado por médicos ou outros profissionais de saúde durante atendimento médico (conforme citado por LIMA, 2022, conforme CARBONIERI e GRANDI, 2023).
- **Agravamento de pena:** propõe-se também o agravamento da pena em 50% caso a violência sexual seja cometida por um familiar, tutor, curador, empregador ou qualquer pessoa que detenha autoridade sobre a vítima, bem como por profissionais de saúde durante o atendimento (conforme mencionado por LIMA, 2022, citado por CARBONIERI e GRANDI, 2023).

Essas iniciativas legislativas representam um esforço significativo para fortalecer a proteção contra a violência sexual nos serviços de saúde, bem como para responsabilizar aqueles que cometem tais atos, proporcionando maior segurança e justiça às vítimas. É fundamental observar que essas estatísticas apresentam variações significativas conforme as diversas áreas geográficas e contextos culturais. Portanto, a promoção de um ambiente seguro e de apoio, tanto para pacientes como para profissionais de saúde, exige uma conscientização ativa sobre a questão da violência sexual nos serviços de saúde. Instituições de saúde e autoridades reguladoras têm o dever de implementar medidas destinadas à prevenção e ao enfrentamento da violência sexual nas instalações de saúde.

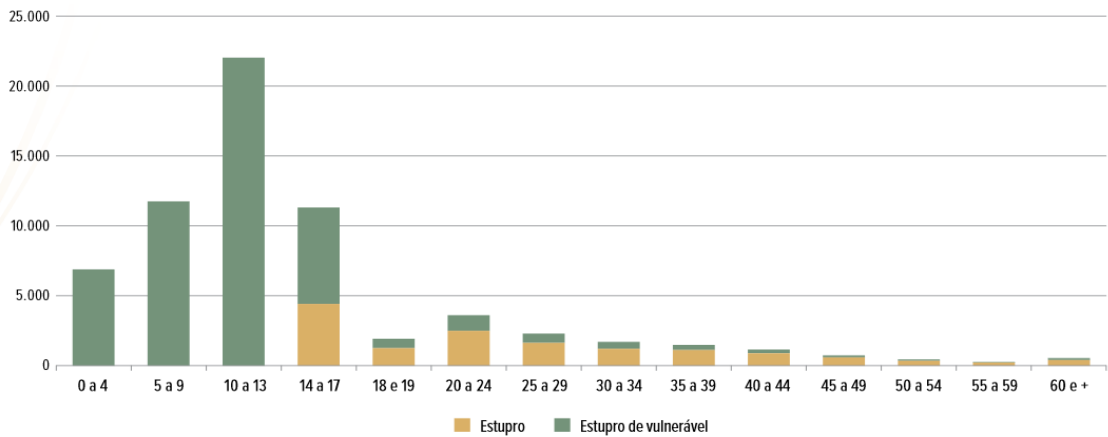
12 PROTEGENDO A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA: COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, o estupro de vulneráveis é caracterizado como a violência sexual contra indivíduos menores de 14 anos ou em situações de vulnerabilidade devido a doença ou deficiência. Em 2022, o Brasil testemunhou 56.820 casos dessa natureza (sendo por maioria crianças e adolescentes –

figura 3), representando 75,8% do total de 74.930 ocorrências de estupro no mesmo período (FBSP, 2023).

As crianças e adolescentes continuam sendo as maiores vítimas da violência sexual: 10,4% das vítimas de estupro eram bebês e crianças com idade entre 0 e 4 anos; 17,7% das vítimas tinham entre 5 e 9 anos e 33,2% entre 10 e 13 anos. Ou seja, 61,4% tinham no máximo 13 anos. Aproximadamente 8 em cada 10 vítimas de violência sexual eram menores de idade (FBSP, 2023). Vale lembrar que, segundo a legislação brasileira, uma pessoa só passa a ser capaz de consentir a partir dos 14 anos. Na faixa que vai de 14 a 17 anos, a maior parte dos estupros ainda é de vulnerável, ou seja, situações em que a vítima, por qualquer razão, não é capaz de oferecer resistência (FBSP, 2023).

Figura 3 - Faixa etária das vítimas de estupro e estupro de vulnerável, conforme divulgação do Anuário Brasileiro de Segurança Pública em 2023



Fonte: FBSP, 2023

Ainda sobre os tipos de violência sexual (quadro 6) os dados apontam que a maioria dos agressores é do sexo masculino e, com frequência, são familiares ou conhecidos da vítima. A violência ocorre principalmente no ambiente doméstico, o que amplia a vulnerabilidade da vítima (FBSP, 2023).

Quadro 6 – Os principais tipos de violência sexual contra crianças e adolescentes

Violência sexual	A violação dos direitos sexuais, no sentido de abusar ou explorar do corpo e da sexualidade de crianças e adolescentes. Pode ser classificado em abuso sexual (extra ou intrafamiliar) ou exploração sexual. O abuso extrafamiliar se refere aos casos em que o autor não tem vínculo de pertencimento familiar, e o intrafamiliar é o praticado por autores que são responsáveis ou familiares da vítima.
Abuso sexual	Violação sexual homo ou heterossexual praticada por um adulto ou alguém mais velho em relação a uma criança ou a um adolescente, com o intuito de satisfazer-se sexualmente, valendo-se de poder ou autoridade, envolvendo-os em quaisquer atividades sexuais, tais como palavras obscenas, exposição dos genitais ou de material pornográfico, telefonemas obscenos, sexo oral, vaginal ou anal. A criança ou o adolescente vive uma experiência sexualizada que está além de sua capacidade ou de consentir ou entender, baseada na extrapolação do limite próprio, no abuso de confiança e poder
Exploração sexual	O uso sexual de criança ou adolescente para obter lucro, troca ou vantagem. Expressa-se de quatro formas: prostituição, pornografia, tráfico e turismo sexual. Trata-se de um fenômeno mundial, que atinge em especial o sexo feminino, mas não apenas

Fonte: MPDFT, 2015, p. 8 e 9 *apud* SILVA, 2023

O modo em que crianças e adolescentes dão entrada nos serviços urgência e emergência em saúde pode ocorrer por meio da Polícia Militar, Polícia, Corpo de Bombeiros, SAMU, familiares ou mesmo pelo Conselho Tutelar. O atendimento hospitalar é fundamental quando a violência sexual ocorreu nas últimas 72 horas, devido à necessidade de profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis e prevenção da gravidez. Casos ocorridos após esse período podem ser encaminhados para os serviços ambulatoriais nas unidades de referência do Estado de Minas Gerais. É importante que, mesmo após 72 horas, o encaminhamento seja realizado com sensibilidade e responsabilidade, incluindo o acionamento do Conselho Tutelar, a orientação sobre o Boletim de Ocorrência, o contato com o CREAS e a emissão de encaminhamento para o Serviço de Saúde Mental (preferencialmente CERSAMi ou CAPSi) a fim de garantir que tanto a vítima quanto sua família se sintam apoiadas.

O enfrentamento da violência sexual exige o estabelecimento de uma rede de proteção bem articulada que englobe atendimento hospitalar, serviços de assistência social, garantia de direitos, saúde mental, educação e segurança pública. É relevante “sensibilizar os profissionais por meio de experiências formativas nas áreas de Educação,

Justiça e Saúde” (SILVA, 2023, p. 39). Uma rede de apoio composta por profissionais preparados é essencial para evitar riscos de revitimização.

Uma rede de apoio formada por profissionais despreparados pode oferecer risco de revitimização. As ações dos profissionais de saúde devem se complementar com as ações legais na busca de um acolhimento eficaz e de qualidade. A intervenção legal que desconhece as necessidades terapêuticas da criança e das famílias, pode provocar um dano psicológico adicional à vítima. Por outro lado, os atendimentos hospitalares que negligenciam os aspectos legais do abuso, como a proteção e a prevenção de novos crimes, também podem acentuar os danos psicológicos sofridos pela vítima (NEVES et al., 2010 apud SILVA, 2023).

Apesar dos desafios emocionais enfrentados pela equipe profissional devido à natureza sensível da violência sexual, bem como quanto ao potencial de interferências na tomada de decisões decorrente de sentimentos que possam provocar perplexidade pelo grau da barbárie, reafirma-se neste ponto o fluxo que deve ser seguido no atendimento conforme a indicação abaixo:

- Acolhimento.
- Registro da história.
- Acionar o Conselho Tutelar, comunicar a autoridade Policial e Ministério Público.
- Exames clínicos e ginecológicos.
- Contracepção de emergência.
- Profilaxia para ISTs.
- Notificação pela ficha SINAN.
- Acompanhamento social e psicológico, acionar o CREAS.
- Encaminhar para o acompanhamento ambulatorial.

No que diz respeito a notificação e a comunicação ao Conselho Tutelar, assim como a autoridade policial, se tornam obrigatórias e não devem ser regidas pela vontade

da família, isso se dá tanto para os casos suspeitos quanto para os confirmados (PLATT et al., 2018). Todavia, a família deverá ser orientada acerca do papel protetivo das medidas adotadas, pois que “o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é uma atitude de proteção e cuidado, de modo que notificar é um exercício de cidadania, e não de punição. Além disso, irá permitir o planejamento de políticas públicas e levar a criação de medidas de proteção às vítimas e de apoio às famílias” (ASSIS et al., 2012 apud SILVA, 2023, p. 37).

Para acolher adequadamente crianças e adolescentes, é importante considerar a ambiência, de modo a ofertar privacidade e segurança. Outro fator relevante é que a unidade hospitalar deve contar com medicamentos para profilaxia de emergência e uma equipe técnica multidisciplinar. Do mesmo modo, é necessário haver escuta qualificada com sensibilidade e empatia (SILVA, 2023).

Na realização da coleta de vestígios, apesar do momento delicado e que possa soar como amedrontador, é importante seguir todos os passos que favoreçam a proteção e humanização. Os procedimentos têm como finalidade gerar os laudos periciais emitidos pela Perícia Forense, bem como substanciar provas em trabalhos da polícia e nas intervenções judiciais, o que será fundamental para a promoção dos direitos da criança e do adolescente, alinhado os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2014).

O encaminhamento para avaliação social e psicológica é relevante para a continuidade da assistência para vítima, assim como de familiares e referências afetivas de modo que possam lidar com o trauma e os impactos emocionais da violência. O fluxo no encaminhamento para acompanhamento ambulatorial após os atendimentos iniciais, onde a criança ou adolescente possam ter a continuidade de atendimento médico, psicólogo, assistente social e de outros profissionais de saúde (PLATT et al., 2018). A seguir está disponibilizado, para consulta, o link de Instituições de referência para atendimento às vítimas de violência sexual no âmbito do SUS-MG: [Hospitais de referência para atendimento às vítimas de violência sexual no estado de Minas Gerais](#)

O atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual requer uma abordagem multidisciplinar e sensível, considerando a complexidade da situação e as

necessidades específicas desses indivíduos. Existem diversas abordagens e princípios-chave que devem ser seguidos para garantir o bem-estar das vítimas e a eficácia do atendimento. Abaixo, são descritas algumas das principais abordagens no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (BRASIL, 2023):

Abordagem Multidisciplinar - o atendimento deve envolver profissionais de diversas áreas, como saúde, assistência social, psicologia, psiquiatria, direito, entre outros. Essa equipe multidisciplinar permite uma avaliação completa das necessidades da vítima e a oferta de assistência integral.

Escuta Qualificada - a escuta qualificada é fundamental para permitir que a vítima se expresse, relate os eventos traumáticos e compartilhe seus sentimentos e preocupações. Os profissionais devem ouvir com empatia, paciência e sem julgamento, proporcionando um ambiente de apoio e compreensão.

Acolhimento - o acolhimento é a primeira etapa do atendimento e envolve receber a vítima com compreensão, respeito e cuidado. A vítima deve se sentir segura e amparada desde o primeiro contato com os profissionais.

Confidencialidade - é essencial garantir a confidencialidade das informações compartilhadas pela vítima, a menos que haja risco iminente para sua segurança. Isso ajuda a criar um ambiente de confiança e incentiva a vítima a compartilhar detalhes importantes.

Abordagem Baseada em Evidências – o atendimento deve ser baseado em evidências científicas e nas melhores práticas. Isso inclui o uso de protocolos e diretrizes estabelecidos para o atendimento de vítimas de violência sexual.

Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente - os profissionais devem estar cientes dos direitos das crianças e adolescentes, conforme estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no contexto brasileiro. Esses direitos devem ser protegidos e respeitados em todo o processo de atendimento.

Prevenção da Revitimização - a abordagem deve visar à prevenção da revitimização, garantindo que a vítima não seja exposta a novos traumas ou violações de direitos. Isso

inclui a orientação sobre o papel da vítima no processo legal, evitando perguntas repetitivas e constrangedoras.

Encaminhamento Adequado - após o atendimento inicial, as vítimas devem ser encaminhadas para os serviços e profissionais apropriados, incluindo saúde mental, assistência social, serviços legais e serviços médicos especializados.

Tratamento de Trauma - muitas vítimas de violência sexual sofrem de trauma psicológico. A abordagem deve incluir o tratamento desse trauma, que pode envolver terapia psicológica, apoio emocional e a oferta de estratégias de enfrentamento.

Sensibilização dos Profissionais - os profissionais que lidam com vítimas de violência sexual devem receber treinamento específico para desenvolver habilidades de comunicação, empatia e compreensão necessárias para esse atendimento delicado.

Envolvimento da Família - quando apropriado, a família da vítima deve ser envolvida no processo de atendimento. Isso pode fornecer apoio adicional à vítima e ajudar a criar um ambiente de suporte.

Proteção da Privacidade - a vítima deve ter sua privacidade protegida em todas as fases do atendimento, incluindo a coleta de vestígios, depoimentos e procedimentos médicos.

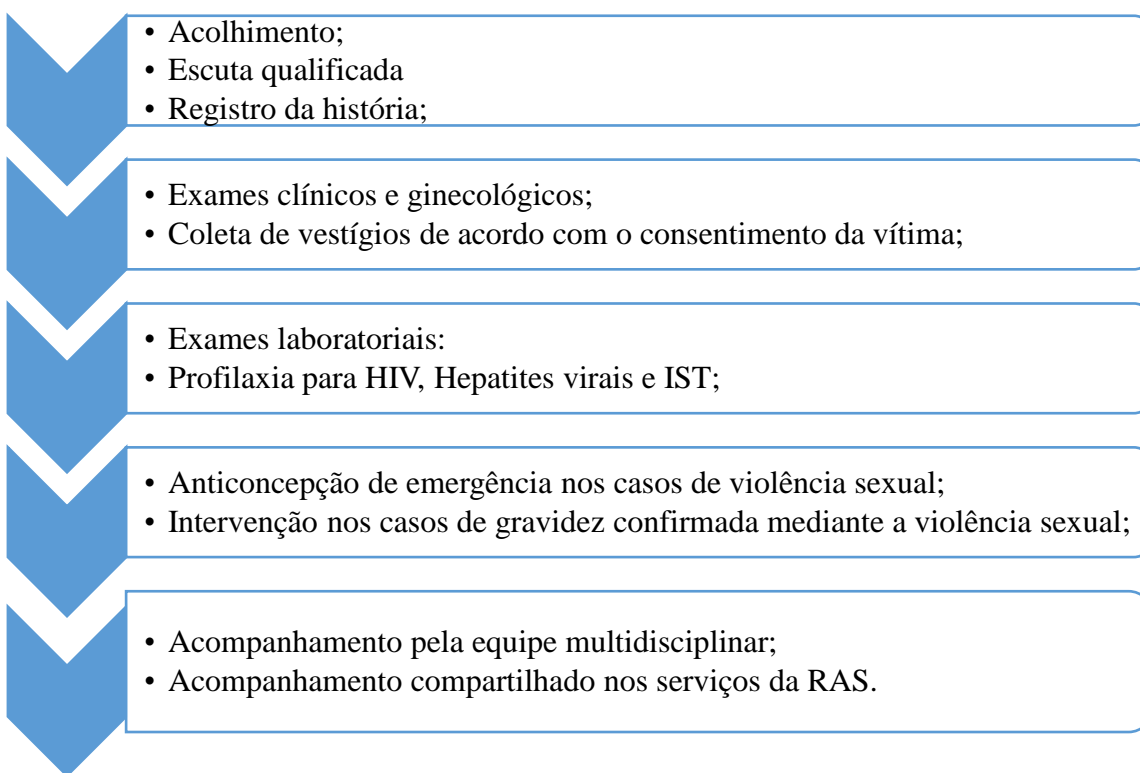
Abordagem Culturalmente Sensível - os profissionais devem estar cientes das diferenças culturais e sociais que podem afetar a experiência da vítima e adaptar a abordagem de acordo.

Nessa perspectiva, o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual requer uma abordagem holística, que leve em consideração as necessidades médicas, emocionais, legais e sociais das vítimas. A sensibilidade, o respeito aos direitos humanos e a abordagem baseada em evidências são essenciais para garantir a recuperação e o bem-estar desses indivíduos (BRASIL, 2023).

13 ETAPAS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E EXPOSIÇÃO SEXUAL

Para a garantia do atendimento, deverão ser cumpridas todas as etapas abaixo descritas (figura 4):

Figura 4 – Etapas de atendimento



Fonte: BRASIL (2015).

13.1 ACOLHIMENTO

É fundamental considerar que nenhum serviço de acolhimento às vítimas de violência sexual deve ser identificado para preservar o sigilo, a integridade e evitar

constrangimentos para a vítima. Além disso, existem outras diretrizes desde o primeiro atendimento que devem ser seguidos (conforme BRASIL, 2015), que incluem:

- Proporcionar um acolhimento humanizado à vítima.
- Garantir privacidade no atendimento, em um ambiente que promova confiança e respeito.
- Avaliar e tratar condições médicas emergenciais.
- Avaliar o risco de morte e a possibilidade de repetição da violência.
- Orientar a vítima e/ou seu representante legal sobre a importância do registro de um Boletim de Ocorrência (BO). No entanto, se a vítima optar por não registrar o BO, sua decisão deve ser respeitada, sem qualquer prejuízo no atendimento.

13.2 ESCUTA QUALIFICADA

Aqui estão os atributos para uma escuta qualificada de acordo com as diretrizes do Brasil (2015):

- Ouvir sem formar julgamentos antecipados.
- Reconhecer e valorizar as preocupações da vítima.
- Identificar pontos críticos durante a escuta, como tipos de violência não declarados, conflitos, potenciais riscos e revitimização.
- Respeitar o relato da vítima e acreditar em sua palavra.
- Ficar atento aos sinais de comunicação não verbal, como entonação da voz, expressão facial, postura e gestos.
- Verificar se a vítima está compreendendo as informações fornecidas durante a conversa.
- Garantir a privacidade e a confidencialidade do caso.

13.3 REGISTRO DA HISTÓRIA

Todas as informações obtidas durante o atendimento devem ser devidamente registradas no prontuário da vítima. O prontuário desempenha um papel ético e legal de

extrema importância tanto para o paciente quanto para a instituição de saúde. Esses registros devem incluir as seguintes informações, conforme estabelecido por BRASIL (2013):

- Data e hora do atendimento.
- História clínica detalhada, contendo informações abrangentes sobre a violência sexual sofrida.
- Exame físico completo, abrangendo inclusive o exame ginecológico, se necessário.
- Registros dos relatos da vítima e das orientações fornecidas pelo profissional de saúde.
- Descrição minuciosa das lesões, com especificação da temporalidade e localização exata (vide Quadro 6).
- Descrição detalhada dos vestígios e de quaisquer outros achados obtidos no exame (Anexo III).
- Identificação dos profissionais que prestaram atendimento à vítima.
- Esses registros no prontuário são essenciais não apenas para o cuidado clínico adequado, mas também para eventuais usos legais futuros.

13.4 EXAME CLÍNICO E GINECOLÓGICO

Durante o atendimento, é importante realizar as seguintes ações:

- Orientar a vítima sobre a necessidade dos exames clínicos e ginecológicos.
- Prestar esclarecimentos sobre o procedimento dos exames, a avaliação física e as áreas do corpo que serão examinadas. Caso a vítima não consinta com algum aspecto do exame, sua decisão deve ser respeitada.
- Descrever detalhadamente as lesões identificadas, incluindo localização, tamanho, quantidade e forma (conforme descrito no Quadro 7).
- Fotografar as lesões, se a vítima consentir, e obter sua assinatura na Ficha de Atendimento correspondente (Anexos II e IV).

- Realizar o exame clínico e ginecológico na presença de outro profissional de saúde.

Quadro 7 – Tipos de lesões corporais nos casos de violência sexual

REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO
Craniana	Couro cabeludo	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa.
	Face	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático.
	Olhos	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia sem esclera) e edema traumático.
	Orelhas	Equimose, escoriação e edema traumático.
	Boca	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário.
Cervical	Externa	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação.
	Interna	Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disфонia) e dificuldade de deglutição.
Torácica e Abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração dos mamilos.
Membros superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas.
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fratura.
Membros inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais e nas coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático.
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal.
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação.
*A existência dessas lesões não caracteriza por si só violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual consentida.		

Fonte: BRASIL (2015).

13.5 COLETA DE VESTÍGIOS

A coleta de vestígios é um procedimento fundamental no atendimento às vítimas de violência sexual, visando à preservação de evidências que podem ser cruciais para a identificação do agressor.

A implantação de coleta de vestígios no SUS demanda articulação entre os setores de Saúde, Segurança e Justiça, com vistas não apenas à necessária proteção das pessoas que sofreram a violência, mas também à adoção das medidas necessárias à responsabilização legal daqueles que a cometeram. Destaca-se que a atribuição legal de buscar informações que subsidiem a persecução penal é fundamentalmente do sistema de segurança, mas os(as)

profissionais de saúde podem contribuir imensamente para que informações e vestígios importantes sejam preservados. Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que devem atuar de forma complementar e integrada. É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios que serão encaminhados, quando requisitados, à autoridade policial que será responsável pelo caso, se a pessoa em situação de violência decidir pelo seu registro. A coleta de vestígios no SUS pode acontecer de forma diferente dependendo da conformação da rede e das pactuações formais locais entre os sistemas de justiça, segurança e saúde. As pactuações locais de atendimento intersetorial para a coleta de vestígios no SUS podem ser desenvolvidas em parceria entre a equipe de perícia oficial e a equipe do serviço de saúde. De modo que, tanto a assistência por parte da saúde, quanto a perícia oficial, ocorram num mesmo local. Entre as possibilidades para que esse atendimento aconteça desta forma inclui-se a de que o(a) Profissional Médico do SUS realize a coleta no serviço de saúde; ou o perito oficial colete os vestígios no serviço de saúde; ou ainda existir um espaço para a atuação dos profissionais da medicina legal dentro do serviço de saúde para que este colete o vestígio (BRASIL, 2019)

Para realizar essa coleta de maneira adequada, é necessário seguir os seguintes critérios:

Consentimento informado - é essencial esclarecer a vítima sobre as informações contidas no Termo de Consentimento Informado (Anexo II) e obter sua assinatura, indicando sua concordância com a coleta dos materiais e vestígios biológicos.

Coleta em regiões específica - deve-se atentar para a coleta de vestígios nas seguintes regiões do corpo: perioral, mamas, genital e anal. Além disso, é importante verificar a possível presença de objetos do agressor e roupas, que podem ser importantes para fins periciais durante a investigação policial.

Preservação adequada - após a coleta, os vestígios e amostras devem ser cuidadosamente preservados. Isso inclui evitar a exposição à luz solar, umidade, calor e substâncias químicas que possam comprometer a integridade das evidências.

Insumos indispensáveis para coleta de vestígios:

- Máscaras de procedimento descartável.
- Gorros ou tocas descartáveis.
- Aventais esterilizados descartáveis.
- Luvas esterilizadas descartáveis.

- Espéculos vaginais descartáveis de todos os tamanhos.
- Soro fisiológico 0,9%.
- Papel filtro.
- Swabs ou embalagens de origem dos swabs.
- Lâminas vítreas.
- Fixadores para materiais biológicos em lâminas (hematoxilina eosina ou álcool 96,1%).
- Envelopes de papel ou recipientes secos apropriados para identificação das amostras.

Orientações detalhadas - as orientações para a coleta de vestígios estão detalhadamente descritas no Anexo III, fornecendo um guia passo a passo para os profissionais de saúde.

Papel dos profissionais forenses - no que diz respeito ao agressor, o Código Penal Brasileiro estabelece penas para crimes de violência sexual nos artigos 213 a 234-A. Não há uma obrigação legal para que o próprio agressor colete exames em casos de violência sexual, a menos que haja uma ordem judicial específica para tal procedimento. A coleta de evidências forenses no caso do agressor é realizada por profissionais de saúde treinados, como médicos legistas ou enfermeiros forenses, para garantir a integridade das amostras e a preservação das evidências.

A coleta de vestígios desempenha um papel fundamental na investigação e tratamento de casos de violência sexual, contribuindo para a busca por justiça e a identificação do agressor, quando possível.

13.6 EXAMES LABORATORIAIS

As ações a seguir devem ser realizadas o mais rapidamente possível, preferencialmente nas primeiras 2 horas após a exposição sexual, tanto para a vítima de violência quanto para o paciente exposto sexualmente, quando a fonte for conhecida e acessível.

Realização de testes rápidos e exames laboratoriais - É fundamental realizar, preferencialmente nas primeiras 2 horas após a exposição, testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, além dos seguintes exames laboratoriais:

- Beta-hCG (BHCG).
- VDRL.
- Teste para o HIV (Anti HIV).
- Hepatite B (HBsAg).
- Hepatite C (Anti HCV).

No Quadro 8, são fornecidas especificações detalhadas sobre o acompanhamento laboratorial necessário.

Testes rápidos em casos de violência - em situações de violência, sempre que possível, os testes rápidos devem ser realizados tanto na vítima quanto no agressor. É importante observar que não é praxe que o agressor seja obrigado a realizar exames médicos, a menos que haja uma ordem judicial específica para tal procedimento. No entanto, se a vítima contrair alguma doença sexualmente transmissível (DST) como resultado do ato violento, o agressor pode ser responsabilizado por essa transmissão de doença.

Atualizar a situação vacinal, considerando os ferimentos com risco de tétano, além de possibilitar, sempre que necessário, a profilaxia antitetânica (SAT ou IGHAT).

A rapidez na realização desses exames e testes são relevantes para garantir um tratamento eficaz e a coleta de evidências importantes em casos de exposição sexual e violência. Além disso, essas ações visam proteger a saúde da vítima e, quando aplicável, buscar justiça responsabilizando o agressor.

Quadro 8 - Exames laboratoriais de controle a serem realizados

DATA DA VIOLÊNCIA	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
BHCG	1ª CONSULTA	REPETIR			
VDRL	1ª CONSULTA		REPETIR	REPETIR	REPETIR
ANTI HIV	1ª CONSULTA		REPETIR	REPETIR	REPETIR
ANTI HBSAG	1ª CONSULTA				
HBSAG	1ª CONSULTA			REPETIR	REPETIR
ANTI HCV	1ª CONSULTA			REPETIR	REPETIR
HEMOGRAMA HM / HB LEUCÓCITOS PLAQUETAS	SOMENTE SE HOUVER PROFILAXIA COM ANTIRETROVIRAL	REPETIR SE HOUVER PROFILAXIA COM ANTIRETROVIRAL			
GLICOSE	SE ANTIRETROVIRAL	SE ANTIRETROVIRAL			
URÉIA	SE ANTIRETROVIRAL	SE ANTIRETROVIRAL			
CREATININA	SE ANTIRETROVIRAL	SE ANTIRETROVIRAL			
TGO	SE ANTIRETROVIRAL	SE ANTIRETROVIRAL			
TGP	SE ANTIRETROVIRAL	SE ANTIRETROVIRAL			
BILIRRUBINAS DIRETA E INDIRETA	NÃO	APENAS SE TGO,TGP ALTERADOS			

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

13.7 PROFILAXIA CONTRA INFECÇÃO PELO HIV

- O resultado do teste rápido desempenha um papel fundamental na tomada de decisões relacionadas ao uso da PEP (Profilaxia Pós-Exposição).
- Se o teste rápido para o HIV for POSITIVO em APENAS UM dos pacientes: é necessário iniciar a PEP para o paciente com teste NEGATIVO (quadro 9), e isso deve ser feito no prazo máximo de até 72 horas após a exposição. O paciente com resultado POSITIVO no teste rápido para o HIV deve ser encaminhado para avaliação e acompanhamento em um ambulatório de Infectologia.
- Se for possível realizar o teste rápido para o HIV em apenas 1 dos envolvidos e o resultado for NEGATIVO: a PEP deve ser iniciada para esse paciente. Caso seja possível posteriormente realizar o teste HIV no outro envolvido e o resultado for NEGATIVO, a PEP pode ser interrompida. Se o resultado for positivo, a PEP deve

ser mantida, e o paciente deve ser encaminhado para acompanhamento em um ambulatório especializado.

- Se for possível realizar o teste rápido para o HIV em apenas 1 dos envolvidos e o resultado for POSITIVO: esse paciente deve ser agendado para atendimento em um ambulatório de DST/AIDS (conforme o anexo I da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 4.355, de 26 de setembro de 2023, (disponível no link: [Hospitais de referência para atendimento às vítimas de violência sexual no estado de Minas Gerais](#)). Além disso, a PEP deve ser iniciada no outro envolvido até que seja possível realizar o teste rápido ou a sorologia. Se o segundo envolvido apresentar resultado positivo no teste rápido ou na sorologia, ele deve ser encaminhado para acompanhamento com um especialista em Infectologia. Se o teste rápido ou a sorologia for negativo, a PEP deve ser continuada.

OBSERVAÇÃO: para realização de PEP em gestantes, crianças e adolescentes, verifique os quadros 10, 11 e 11.1, respectivamente.

Quadro 9 - Esquema utilizado na PEP para população adulta

Medicação	Dosagem	Posologia
Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF)	Comprimido coformulado (TFD* 300 mg + 3TC 300 mg)	1 comprimido VO, 1 vez ao dia
Na indisponibilidade da apresentação coformulada:	Comprimido TDF 300 mg + Comprimido 3TC 150 mg	1 comprimido VO, 1 vez ao dia (TDF) 2 comprimidos VO, 1 vez ao dia (3TC)
Dolutegravir (DTG)**	Comprimido DTG 50 mg	1 comprimido VO, ao dia

- *Contra-indicado para pessoas com insuficiência renal aguda.
- O DTG está indicado para pessoas com idade maior que 6 anos e peso acima de 20kg.

Fonte: BRASIL, 2021

Importante:

- Não há comprovação de que antirretrovirais (ARV) administração após 72 horas de exposição, tragam benefícios;

- Nos casos de violência crônica, não existe indicação para o ARV;
- Está indicada para as situações de penetração vaginal e anal, com ou sem ejaculação;
- Quando houver a penetração oral, deve-se avaliar o risco/benefício.
- A duração da PEP é de 28 dias.

Quadro 10 - Esquema utilizado na PEP para gestantes

Medicação	Dosagem	Posologia
Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF)	Comprimido coformulado (TFD* 300 mg + 3TC 300 mg)	1 comprimido VO, 1 vez ao dia
Na indisponibilidade da apresentação coformulada:	Comprimido TDF 300 mg + Comprimido 3TC 150 mg	1 comprimido VO, 1 vez ao dia (TDF) 2 comprimidos VO, 1 vez ao dia (3TC)
Raltegravir (RAL)*	Comprimido RAL 400 mg	1 comprimido VO, 2 vezes ao dia

- O RAL é indicado nos casos de gestante (a partir de 14 semanas)

Fonte: BRASIL, 2021

Quadro 11 - Esquema utilizado na PEP para crianças e adolescentes

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicações alternativas
0 – 14 dias	Zidovudina (AZT) + Tenofovir (3TC)+RAL ^(a)	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Nevirapina (NVP)
14 dias – 2 anos	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r(Lopinavir/Ritonavir)
2 – 6 anos	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
6 anos – 12 anos	Tenofovir (TFD) ^(b) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)	Impossibilidade do uso de DTG: Atazanavir/ritonavir(ATZ/r) ^(c)
Acima de 12 anos seguir as recomendações para adultos		

(a) Vide Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes: www.aids.gov.br/pcdt.

- (b) Acima de 35 Kg.
(c) Acima de 40 Kg.

NOTA: a duração do PEP é de 28 dias independente da faixa etária.

Quadro 11.1 – Esquema para PEP em crianças de acordo com o peso e faixa etária

Medicamento	Faixa de peso ou idade	Forma	Dosagem	Frequência
Dolutegravir (DTG)	20 kg	Comprimido	50 mg	1x/dia
Raltegravir	14kg a <20kg	Comprimidos mastigáveis 100 mg	100 mg	12/12h
	20kg a <28kg	Comprimidos mastigáveis 100 mg	150 mg	12/12h
	28 a <40kg	Comprimidos mastigáveis 100 mg	200 mg	12/12/h
	>40kg	Comprimido mastigáveis 100mg	300 mg	12/12h
	≥25kg	Comprimidos 400 mg	400 mg	2x/dia
	RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais	Granulado 100mg/sachê	1ª semana, 1,5mg/kg; 2ª à 4ª semana, 3mg/kg/dose ≥4ª semana, 6mg/kg/dose	1x/dia 2x/dia 2x/dia
Zidovudina (AZT)	RN com menos de 30 semanas de idade gestacional	Solução oral 10mg/mL	2mg/kg/dose	12/12h
	RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional		2mg/kg/dose 3mg/kg/kg	2/12h por 14 dias, 12/12h a partir do 15º dia
	RN com 35 de semanas de idade gestacional ou mais		(Até 4kg): 4mg/kg/dose 4kg a 9kg: 12mg/kg/dose 9kg a 30kg: 9mg/kg/dose 9kg a 30kg: 9mg/kg/dose	12/12h 12/12h 12/12h
Lamivudina (3TC)	RN com 34 semanas de idade	Solução oral 10 mg/mL	<30 dias de vida: 2mg/kg/dose	12/12h 12/12h

	gestacional ou mais	Comprimido	>30 dias: 4mg/kg/dose (dose máxima 300 mg/dia) ≥12 anos: 150mg	12/12h
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	≥14 dias a 28 dias	Solução oral: 80/20mg/mL	300mg/75mg/m ²	12/12h
	1 mês a 6 meses		1mL	12/12h
	6 a 12 meses		1,5mL	12/12h
	1 a 3 anos		2mL	12/12h
	2 a 6 anos		2,5mL	12/12h
	6 a 9 anos		3mL	12/12h
	9 a 14 anos		4mL	12/12h
		Comprimido infantil: 100mg/25mg	10kg a 13,9kg	2cp de manhã e 1 à noite
			14 kg a 19,9kg	2cp de manhã e 2 à noite
			20 kg a 24,5kg	3cp de manhã e 2 à noite
			25 kg a 29,5kg	3cp de manhã e 3 à noite
			>35kg: 400mg/100mg	12/12h
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)		Cápsulas 300/100mg	≥ 40kg: 1cp	1x ao dia
Nevirapina (NVP) – uso neonatal: na PEP deve ser utilizada durante 14 dias		Suspensão oral 10 mg/mL	Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL)/dose	12/12h
			Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL)/dose	12/12h
			Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP	

Fonte: PENAZZATO *et al.* 2015 *apud* BRASIL, 2021

13.8 PROFILAXIA CONTRA AS HEPATITES VIRAIS

HEPATITE B

Em casos de suspeita ou confirmação de violência sexual (VS) e exposição sexual (EP), quando há contato com sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor, bem como da outra pessoa envolvida na EP, é recomendada a imunoprofilaxia.

Testagem para hepatite B: ambos os envolvidos devem ser submetidos a testes rápidos para hepatite B. Esses testes são práticos e fornecem resultados em cerca de 30 minutos.

- ✓ **Teste rápido POSITIVO em ambos os pacientes:** ambos devem ser encaminhados para confirmação laboratorial e acompanhamento clínico.
- ✓ **Teste rápido POSITIVO em um dos envolvidos e NEGATIVO no outro:** o paciente com resultado positivo deve ser encaminhado para confirmação laboratorial e acompanhamento clínico. O paciente com resultado negativo deve receber a vacina contra hepatite B e ser avaliado quanto à administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).
- ✓ **Teste rápido NEGATIVO em ambos os pacientes:** isso indica que nenhum dos dois é portador de hepatite B. É importante verificar o status vacinal de ambos e, se necessário, completar o esquema de vacinação contra hepatite B.
- ✓ **Vacinação:** todas as pessoas expostas que não foram previamente vacinadas, ou cujo histórico de vacinação é desconhecido e que apresentam resultado não reagente para o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), devem ser vacinadas (quadro 11). Se possível, a primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser administrada no momento do atendimento às vítimas de violência sexual ou exposição sexual. As doses subsequentes devem seguir as orientações do Programa Nacional de Imunização.
- ✓ **Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB):** deve ser administrada nas vítimas de violência sexual que apresentem resultado negativo para hepatite

B, enquanto o outro envolvido apresenta resultado positivo. Pacientes imunossuprimidos nas mesmas circunstâncias sorológicas mencionadas acima também devem receber IGHAHB, mesmo em exposições sexuais não violentas e quando expostos a pacientes com hepatite B aguda confirmada.

- ✓ **Dose de IGHAHB:** a dose é de 0,06 ml/kg e deve ser administrada em local diferente daquele utilizado para a vacinação, em um ambiente com estrutura para o tratamento de possíveis reações alérgicas graves (anafilaxia). A IGHAHB pode ser administrada até 14 dias após a exposição sexual, mas o ideal é fazê-lo preferencialmente nas primeiras 48 horas após a exposição (consulte o quadro 12).
- ✓ **Local de aplicação da IGHAHB:** a administração deve ser realizada em ambiente hospitalar, preferencialmente em um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE). Caso o paciente esteja internado, o hospital pode solicitar a liberação do imunobiológico por meio de relatório médico, fornecendo informações como cópia do cartão de vacina, prescrição médica e exames realizados pelo paciente. Atualmente, o Estado de Minas Gerais conta com três unidades de CRIE localizadas em Belo Horizonte, Uberlândia e Juiz de Fora. Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) está trabalhando em parceria com o CRIE para estender esses serviços a outras macrorregiões do estado.

Quadro 12 - Avaliação da vacina Hepatite B e IGHB em situações de Violência Sexual ou Exposição sexual sem uso de preservativo

Situação vacinal e sorologia da pessoa exposta	Pessoa fonte		
	HBsAg Reagente	HBsAg Não Reagente	HBsAg Desconhecido
Não vacinada	IGHB + iniciar vacinação	Iniciar Vacinação	Iniciar Vacinação. A IGHB deve ser utilizada nos casos de violência sexual e nos casos de exposição sexual, mesmo sem violência, quando o exposto for imunossuprimido.
Vacinação incompleta	IGHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar Vacinação. A IGHB deve ser utilizada nos casos de violência sexual e nos casos de exposição sexual, mesmo sem violência, quando o exposto for imunossuprimido.
Vacinação completa e com resposta vacinal	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida

adequada (AntiHBs positivo)			
1 esquema vacinal completo, mas sem resposta vacinal adequada (AntiHBs Negativo)	IGHAHB + iniciar o segundo esquema de vacinação	Iniciar novo esquema de vacinação	Iniciar novo esquema de vacinação. A IGHAB deve ser utilizada nos casos de violência sexual e nos casos de exposição sexual, mesmo sem violência, quando o exposto for imunossuprimido.
AntiHBs Negativo após 2 esquemas vacinais completos	IGHAB e repetir em 1 mês	Nenhuma medida	IGHAB e repetir em 1 mês
Resposta vacinal desconhecida	<p>Testar a pessoa exposta com o AntiHBs:</p> <p>Se o AntiHBs for POSITIVO: nenhuma medida deve ser estabelecida</p> <p>Se o AntiHBs for NEGATIVO: IGHAB + 1ª dose de vacina (aplicar em locais diferentes) ou IGHAB com repetição da dose em 1 mês se dois esquemas vacinais prévios.</p>	<p>Testar a pessoa exposta com o AntiHBs:</p> <p>Se o AntiHBs for POSITIVO: nenhuma medida deve ser estabelecida</p> <p>Se o AntiHBs for NEGATIVO: fazer uma segunda série de vacinação ou nenhuma medida deve ser adotada se já foram realizados duas séries vacinais completas.</p>	<p>Testar a pessoa exposta com o AntiHBs:</p> <p>Se o AntiHBs for POSITIVO: nenhuma medida deve ser estabelecida</p> <p>Se o AntiHBs for NEGATIVO e a situação for de violência sexual ou exposição sexual de imunossuprimido: IGHAB + 1ª dose de vacina (aplicar em locais diferentes) ou IGHAB com repetição da dose em 1 mês se dois esquemas vacinais prévios.</p> <p>Se o AntiHBs for NEGATIVO e a exposição sexual não foi de imunossuprimido ou violência sexual: fazer uma segunda série de vacinação ou nenhuma medida deve ser adotada se já foram realizados duas séries vacinais completas.</p>

*IGHAB: imunoglobulina humana anti-hepatite B

Fonte: BRASIL, 2021

HEPATITE C

Embora o risco de transmissão da hepatite C (HCV) esteja mais associado a exposições percutâneas, a transmissão sexual do HCV pode ocorrer em situações de práticas sexuais traumáticas, presença de infecção sexualmente transmissível (IST) e proctites. Não existem medidas eficazes específicas para reduzir a transmissão do HCV após a exposição. No entanto, é necessário realizar testes após a exposição para permitir o diagnóstico precoce e o acompanhamento de uma possível infecção.

Deve-se estar ciente da "janela diagnóstica" para a detecção de anticorpos (que são medidos nos testes rápidos) da hepatite C, que pode variar de 1 a 4 meses. Portanto, se algum dos envolvidos tiver um risco epidemiológico relacionado à infecção por HCV (como uso de drogas, portadores de HIV sem acompanhamento adequado ou múltiplos parceiros sexuais), é recomendável realizar testes novamente após o período da janela imunológica (testar após 1 mês, 3 meses e 6 meses após a exposição).

13.9 INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As IST mais relevantes incluem sífilis, tricomoníase e infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Para a detecção da sífilis, recomenda-se a realização do teste rápido. Os testes fornecidos pelo Ministério da Saúde são do tipo treponêmicos, fáceis de realizar e fornecem resultados em até 30 minutos. Pacientes com teste rápido POSITIVO devem ter o diagnóstico confirmado por meio de um teste não treponêmico (VDRL). Aqueles com teste rápido POSITIVO são considerados potenciais transmissores em situações de exposição sexual. Portanto, se um dos envolvidos tiver um teste rápido POSITIVO, o outro envolvido deve receber uma dose única de Penicilina benzatina 2,4 milhões UI por via intramuscular.

O método de eleição para o diagnóstico das infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* é a biologia molecular, mas esse teste não está disponível nas unidades de saúde mental da FHEMIG. Portanto, torna-se necessário o tratamento preventivo (uso de antimicrobianos quando ocorrer exposição sexual) conforme descrito no quadro 13.

Quadro 13 – Tratamento preventivo para IST em casos de exposição sexual

IST	MEDICAÇÃO	Posologia
Sífilis	Penicilina G Benzatina	- Adultos e adolescentes com mais de 45KG: 2,4 milhões de UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)
		- Crianças e adolescentes com menos de 45KG: 50.000 UI/kg, IM (a) dose única, dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorréia	Ceftriaxona	Adultos e adolescentes com mais de 45KG: <ul style="list-style-type: none"> • ceftriaxona 500 mg IM, dose única. MAIS
		- Crianças e adolescentes com menos de 45KG: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única
Infecções por Clamídia	Azitromicina	1g, VO, dose única
		Crianças e adolescentes com menos de 45kg: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoniase	Metronidazol ^{b,c}	- 2 g dose única
		- Crianças e adolescentes com menos de 45KG: 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas VO por 7 dias

(a) Como profilaxia e em caso de sífilis primária, deve ser prescrito em dose única. (b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação. (c) Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

Fonte: Brasil, 2022

13.9.1 Vacinação contra o HPV

Conforme a Nota Técnica nº 63/2023-CGICI/DAPNI/SVSA/MS, passa a ser incluída a vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) às vítimas de violência sexual, que tenham entre 9 a 45 anos de idade, e que não tenham sido vacinadas (quadro 14).

Quadro 14 – Esquema vacinal contra o HPV para vítimas de violência sexual

Faixa etária	Doses	Esquema
Pessoas de 9 a 14 anos de idade do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual.	2 doses	0 e 6 meses
Pessoas de 15 a 45 anos de idade do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual	3 doses	0,2 e 6 meses
Pessoas de 9 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras) vítimas de violência sexual	3 doses	0,2 e 6 meses

Fonte: BRASIL, 2023

Observações:

- Nos casos em que as pessoas estiverem previamente vacinadas, com esquema completo, não haverá necessidade de repetir a vacinação. Todavia, para os casos em o esquema estiver incompleto, a pessoa deverá receber as doses necessárias para completar o esquema vacinal.
- O registro da vacina HPV no Sistema de Informação do Ministério da Saúde deve ser estratégia especial, com a indicação/motivo CID 10 (T742).
- Quando o serviço não possuir sala de vacina, a vítima de violência sexual deverá ser encaminhada à unidade de saúde mais perto de casa a fim de iniciar ou completar o esquema de vacinação da HPV, constando no relatório de encaminhamento o CID 10 (T742).

13.10 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A anticoncepção de emergência (AE) é remendada após exposição, preferencialmente, até 72 h. A utilização do levonorgestrel demonstrou vantagens quando comparado ao método Yuzpe (em que se utiliza hormônios combinados), pois, tem efeitos

colaterais reduzidos, bem como não produz interação com outros medicamentos, haja vista sua maior efetividade (BRASIL, 2022).

Quadro 15 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
Levonorgestrel	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos	Oral	até 5 dias após a relação sexual
	1,5 mg de levonorgestrel ou 2 comprimidos de 0,75 mg dose única	Oral	até 5 dias após a relação sexual.

Fonte: Brasil, 2022

Conforme normativa e orientações da Organização Mundial de Saúde a única contraindicação para a AE é a gravidez confirmada (BRASIL, 2012).

13.11 INTERVENÇÃO NOS CASOS DE GRAVIDEZ CONFIRMADA MEDIANTE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Muitas mulheres e adolescentes que são vítimas de estupro podem engravidar. Diante dessa circunstância, é crucial acolher a decisão da vítima em relação à gestação. Os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer apoio sem julgamento e sem impor suas crenças e atitudes. Durante o processo de escuta qualificada, eles devem ser capazes de apresentar alternativas esclarecedoras à grávida, que incluem:

- Aceitar a gestação.
- Considerar a doação do recém-nascido após o parto.
- Orientar sobre os procedimentos legais para a interrupção da gravidez.

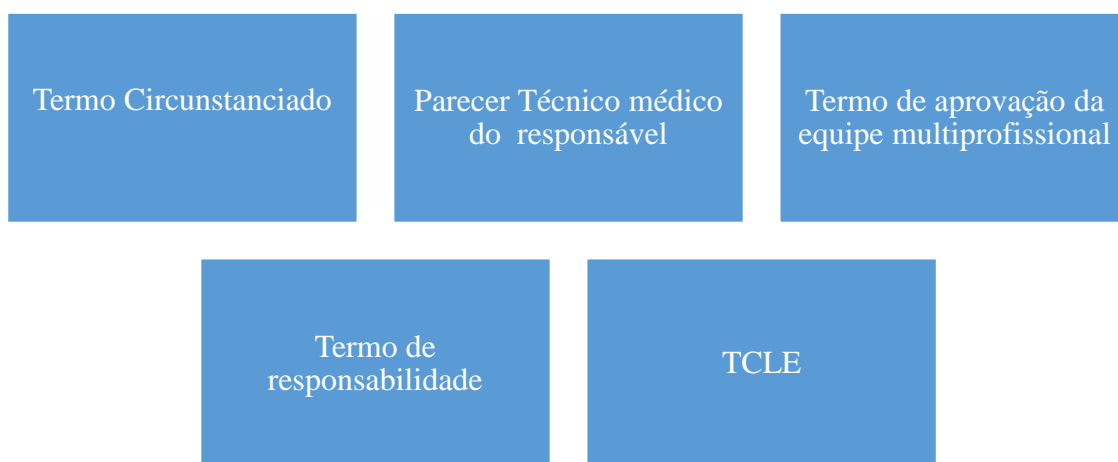
Independentemente da decisão da vítima, ela deve receber orientações adequadas, pois a falta de informação sobre seus direitos ou dificuldade de acesso a serviços seguros

pode levar a um aumento de casos em que mulheres, convencidas a interromper a gestação, recorrem a serviços clandestinos de aborto, muitas vezes em condições inseguras, com graves consequências para a saúde, incluindo riscos de morte (BRASIL, 2012).

13.3.1 Aborto previsto em lei

A Portaria nº 2.282, de 17 de agosto de 2020, estabelece o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a realização desse procedimento, são necessários os seguintes termos e documentos (figura 5).

Figura 5 - Documentos que deverão constar no prontuário para os casos de aborto previsto em lei



Fonte: BRASIL, 2020

De acordo com a Portaria mencionada, ficaram definidos os seguintes pontos:

- I. O parecer técnico do médico responsável deve ser detalhado e conter informações como anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, ultrassonografia e

exames complementares. Essas informações são cruciais para avaliar a situação clínica da gestante e embasar a decisão médica.

- II. No mínimo, três integrantes da equipe multiprofissional de saúde devem ser responsáveis pela aprovação do procedimento de interrupção da gravidez. Essa equipe deve ser composta, no mínimo, por um obstetra, um anestesista, um enfermeiro, um assistente social e/ou um psicólogo. A participação desses profissionais é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e cuidadosa da situação da gestante (ANEXO V).
- III. O Termo Circunstanciado, documento importante no procedimento, deve ser preenchido pela própria gestante, e a sua elaboração deve contar com a presença de dois profissionais de saúde do serviço. Esse termo detalha as circunstâncias que justificam a interrupção da gravidez (ANEXO IV).
- IV. O Termo de Responsabilidade deve ser assinado pela gestante e/ou pelo seu representante legal, quando aplicável. Esse termo documenta a decisão da gestante e a sua concordância com o procedimento (ANEXO VII).
- V. É fundamental que haja uma explicação adequada sobre o procedimento e a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido. Esse termo assegura que a gestante compreendeu todas as informações relevantes sobre o procedimento e concorda com a sua realização de forma voluntária.

Esses termos e documentos são essenciais para garantir que a interrupção da gravidez seja realizada de acordo com a legislação vigente e com os cuidados necessários para a saúde e bem-estar da mulher. Além disso, eles asseguram que a decisão da mulher seja respeitada e que o procedimento seja realizado de forma segura e dentro dos padrões éticos e técnicos adequados.

13.11.2 Material Coletado Após Aborto Legal (BRASIL, 2012)

Encaminhamento do material: o material coletado após o aborto legal, que pode conter evidências do DNA do agressor, deve ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML)

após a coleta de dois swabs orais que também identificam o DNA da paciente. Isso é essencial para a investigação do crime de estupro.

Análise comparativa de DNA: a análise comparativa de DNA pode estabelecer com absoluta segurança a relação de paternidade com a gestação interrompida e o suposto autor da violência sexual. Também permite identificar o DNA do autor no material biológico coletado imediatamente após a violência sexual.

Acondicionamento do material: nas situações de aborto, o material embrionário deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno volume, sem o uso de qualquer fixador. Em gestações com menos de 12 semanas, parte dos restos embrionários deve ser preservada o mais seco possível. Em gestações com 13 semanas ou mais, parte do cordão umbilical ou material fetal deve ser preservado e encaminhado para congelamento imediato, mantendo-se dessa forma preservada por prazo indeterminado.

Cadeia de custódia: serviços que possuem a cadeia de custódia devem condicionar com segurança o material biológico coletado. Kits de coleta são retirados de um armário cuja chave é disponibilizada após assinatura pelo médico que realizará a coleta. Após a coleta, o médico devolve o material ao armário e a chave. O registro do código de barras e a identificação da paciente devem ser feitos no caderno de coleta de vestígios. A secretária do setor de admissão entra em contato com o IML e realiza o protocolo do material entregue.

Aborto Legal: no caso de aborto legal, a coleta é realizada após curetagem em um frasco sem qualquer material adicional, como soro ou formol. O material é armazenado em uma geladeira ou freezer com chave, trancada na sala de admissão. O médico responsável registra os detalhes do procedimento no livro de coleta, incluindo o nome da paciente, data, hora e código de barras correspondente. A secretária do setor procede como explicado anteriormente para a entrega do material ao IML.

Essas diretrizes visam garantir a segurança e a preservação das evidências em casos de aborto legal relacionados a violência sexual, facilitando a investigação e a busca por justiça nos casos de estupro.

13.12 ACOMPANHAMENTO PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Profissional	Atribuições
Médico	<p>- Atender a vítima, familiares e acompanhante, realizar a anamnese e o exame físico, e determinar as intervenções necessárias; - Solicitar exames laboratoriais e de imagem conforme necessário; - Orientar sobre o uso de métodos contraceptivos; - Prescrever medicamentos para contracepção de emergência, iniciar a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, como o vírus HIV e Hepatite B (quando necessário); - Colaborar com os demais membros da equipe multiprofissional para preencher a ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAM; - Estabelecer contato com os serviços de base comunitária, como Unidades Básicas de Saúde, para ações conjuntas e demandas clínicas; - Registrar todas as informações do atendimento no prontuário do paciente. Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes</p> <p>Observação: Em casos de violência sexual, o papel do médico do serviço é proteger a mulher agredida, enquanto o papel do médico legista é identificar o agressor.</p>
Enfermeiro	<p>- Atender a vítima, preservando sua privacidade, e realizar a classificação de risco; - Orientar sobre os procedimentos e fluxos de atendimento, acolhendo a vítima com sensibilidade e garantindo confidencialidade; - Garantir um ambiente adequado para o atendimento da vítima, seus familiares e acompanhantes; - Em atendimentos ambulatoriais, conduzir a consulta de enfermagem e realizar os procedimentos estabelecidos pelo protocolo institucional; - Estar alerta aos sinais de risco apresentados pela vítima durante cada consulta; - Encaminhar a vítima para atendimento médico, psicológico e serviço social conforme necessário; - Identificar casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e outros tipos de violência, prestando atenção às necessidades específicas de crianças, adolescentes, idosos ou mulheres com acompanhantes; - Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAM, envolvendo outros profissionais da equipe quando necessário; - Orientar sobre o uso de métodos contraceptivos; - Registrar todas as informações no prontuário do paciente; - Observar as diretrizes e ética profissional; - Participar de reuniões interdisciplinares para discussão e análise de casos. Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes</p>
Técnico de Enfermagem	<p>- De acordo com os procedimentos da instituição, receber a paciente e realizar o atendimento inicial, incluindo a avaliação dos sinais vitais e a classificação de risco; - Priorizar o atendimento nos casos de violência sexual; - Seguir os protocolos de segurança do paciente, identificando-o corretamente com data de nascimento, registro e nome da mãe; - Encaminhar a paciente para a triagem de risco; - Aplicar o plano de cuidados conforme orientação médica e do enfermeiro responsável pela unidade, seguindo os procedimentos estabelecidos no protocolo assistencial; - Auxiliar na administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica; - Participar de reuniões interdisciplinares para discussão e análise de casos; - Contribuir para a inclusão do cuidado em rede, especialmente no processo de alta da vítima, garantindo a continuidade do acompanhamento e das ações profiláticas implementadas; - Registrar as informações relevantes no prontuário do paciente; - Seguir os princípios éticos e diretrizes da profissão. Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes</p>

Profissional	Atribuições
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar o abastecimento das unidades com os medicamentos do protocolo assistencial; - Garantir o armazenamento adequado dos medicamentos de acordo com os critérios de preservação e acondicionamento, assegurando a estabilidade e validade dos fármacos; - Distribuir os medicamentos de forma precisa, seguindo a prescrição médica; - Apoiar a equipe interdisciplinar no cumprimento do protocolo de atendimento e assistência farmacológica conforme a normatização do Ministério da Saúde; - Fornecer informações à equipe sobre interações medicamentosas, conservação, estabilidade e possíveis efeitos adversos, orientando os pacientes sobre o uso correto e seguro de medicamentos a longo prazo; - Manter contato com as Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde para colaborar na elaboração do plano de tratamento após a alta hospitalar; - Preencher a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAM, envolvendo outros profissionais da equipe quando necessário; - Observar os princípios éticos e diretrizes da profissão; - Registrar as informações no prontuário do paciente. <p>Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes</p>
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a entrevista social: conhecer o contexto sociofamiliar em que o paciente está inserido, identificar os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, riscos de agravamento à saúde e reincidência da violência; - Avaliar os principais fatores de risco para a vítima e os recursos de suporte disponíveis na esfera familiar e comunitária, considerando suas potencialidades/ limites; - Apresentar, quando em situações de vulnerabilidades, proposta para construção do plano de cuidado, em conjunto com a equipe multidisciplinar, visando oferecer assistência integral em matéria dos direitos da seguridade social (saúde, previdência e assistência social); - Fornecer orientações do ponto de vista legal, considerando a diferença das medidas de fins protetivos para as criminais; - Analisar os casos de suspeita ou confirmação de violência, tomando medidas cabíveis para a proteção da vítima, que vão desde a internação social, ao acionamento/encaminhamento da rede de serviço de proteção, tais como conselho tutelar, conselho do idoso, ministério público, Vara da Infância e Juventude, Centro integrado de apoio a mulher, casa abrigo; - Identificar a rede de atendimento intersetorial de onde o paciente reside e acionar os recursos disponíveis visando a atenção à necessidade de saúde/social apresentada pelo usuário; - Estabelecer comunicação com a rede de assistência social (CRAS, CREAS) para encaminhar o caso, objetivando garantir a continuidade da assistência; - Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes; - Colaborar com os demais membros da equipe multiprofissional no preenchimento da ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAM; - Registrar as informações no prontuário do paciente.
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Receber o paciente, coletar informações sobre as circunstâncias da ocorrência, realizar uma avaliação psicológica e estar atento às necessidades da vítima em relação ao sofrimento mental; - Realizar entrevistas com familiares e/ou acompanhantes, quando apropriado; - Analisar casos com suspeita ou confirmação de violência, tomando medidas emergenciais, como o acionamento do conselho tutelar, serviços de proteção ao idoso e outros órgãos de segurança pública, quando necessário; - Explicar o fluxo de atendimento na unidade para a vítima, familiares e acompanhantes; - Elaborar laudos e/ou relatórios psicológicos quando necessário; - Colaborar com os demais membros da equipe multiprofissional no preenchimento da ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAM; - Registrar as informações relevantes no prontuário do paciente.

Fonte: Rio de Janeiro, 2020

O atendimento às pessoa em situação de violência sexual, nos serviços de saúde, dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO), bem como a vontade da mulher deve ser respeitada. Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme descrito na Lei nº12.485/2013, estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para o encaminhamento aos órgãos de medicina legal, contribuindo para a diminuição da impunidade do(as) autores(as) de agressão (BRASIL, 2015).

13.12.1 A ética e a responsabilidade

A equipe profissional deve estar familiarizada com o fluxo de atendimento e os encaminhamentos necessários para garantir um atendimento completo. Isso não apenas requer conhecimento técnico para a abordagem e avaliação, mas também uma compreensão abrangente dos diversos serviços na rede e dos setores que devem ser acionados para assegurar que as vítimas recebam um atendimento abrangente e compassivo. Além disso, é fundamental ressaltar que todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento às vítimas de violência devem zelar pelo sigilo e pela privacidade das mesmas (RIO DE JANEIRO, 2020).

13.13 O ATENDIMENTO COMPARTILHADO NOS SERVIÇOS DA RAS

O atendimento deve garantir o "respeito à dignidade da pessoa, não discriminação, sigilo e privacidade" (BRASIL, 2013, p. 2). Os serviços destinados a auxiliar indivíduos em situações de violência sexual têm a responsabilidade de coordenar ações preventivas, atendimentos de emergência, acompanhamento, reabilitação psicossocial, oferecimento de tratamento em casos de gravidade e consequências da violência, incluindo o aborto legal, quando solicitado pela mulher ou adolescente, em conformidade com a legislação vigente. Essa assistência é fornecida por meio de uma Rede de Atenção que engloba os seguintes tipos de serviços:

1. Unidades Básicas de Saúde.
2. Ambulatórios especializados.

3. Policlínicas.
4. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
5. Unidades de Saúde Especializadas.
6. Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).
7. Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).
8. Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM).
9. Serviços de alta complexidade e especializados no atendimento às vítimas de violência doméstica, como a Casa da Mulher Brasileira e a Casa da Mulher Mineira.
10. Serviços de referência para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

OSERVAÇÃO: Para saber sobre os serviços de atendimento em Belo Horizonte, verifique o quadro 16, para os serviços especializados nas demais regiões do Estado de Minas Gerais consulte o link: [Hospitais de referência para atendimento às vítimas de violência sexual no estado de Minas Gerais](#).

Quadro 16 - Hospitais da Rede de Atenção Hospitalar em Belo Horizonte/MG

Hospital	Público-Alvo	Idade
Hospital Odilon Behrens	Masculino e Feminino	Qualquer idade
Hospital Odete Valadares	Feminino	A partir de 12 anos
Hospital Júlia Kubitschek	Masculino e Feminino	Qualquer idade
Hospital das Clínicas	Masculino	Até 12 anos
Hospital das Clínicas	Feminino	Qualquer idade
Hospital Risoleta Neves	Masculino e Feminino	Qualquer idade

Fonte: Conselho Estadual de Saúde/MG, 2022

Conforme a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022:

Art. 3º - Institui a grade de referência por Região de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais.

§ 1º - Os estabelecimentos de saúde da rede SUS/MG, constantes no Anexo I (alterado pela deliberação CIB-SUS/MG Nº 4.355, de 26 de setembro de 2023) desta Deliberação, ficam qualificados como referência na Região de Saúde para o oferecimento de atendimento, emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento para a rede de proteção intersetorial e acompanhamento ambulatorial nos serviços de saúde pactuados nos fluxos municipais, microrregionais e macrorregionais.

Os serviços hospitalares designados para atender vítimas de violência sexual são classificados como Tipo I ou Tipo II. É importante observar que os serviços do Tipo II podem realizar a interrupção legal da gestação de acordo com as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, desde que a instituição tenha um acordo para ser uma referência nesse atendimento.

Em busca de proporcionar uma assistência completa e humanizada, é fundamental acolher as mulheres que sofreram essa terrível experiência com sensibilidade e garantir segurança no caso de gravidez indesejada. É fundamental destacar que o respeito à decisão da mulher é de extrema importância, especialmente quando se trata da decisão de interromper a gravidez, em conformidade com as leis vigentes no país (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a assistência às vítimas de violência sexual, de modo que os serviços disponham de:

- Instalações e espaço físico adequados para o atendimento, preferencialmente localizados fora da área de pronto atendimento ou triagem. As salas de atendimento, embora sejam reservadas exclusivamente para o atendimento a vítimas de violência, não devem conter identificações específicas para esse propósito.

- Equipamentos e instrumentos em quantidade suficiente, garantindo a manutenção de equipamentos necessários para oferecer atendimento com autonomia e eficácia.
- Recursos humanos qualificados para a assistência, incluindo uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos.

Conforme a Deliberação os registros de atendimentos e procedimentos devem ser os seguintes:

Quadro 17 – Códigos e CID utilizados

Código	Descrição
03.01.04.005-2	Atendimento Multiprofissional para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual
03.01.04.006-0	Coleta de Vestígios de Violência Sexual
03.01.04.006-0	Coleta de Vestígios de Violência Sexual - requer a habilitação 3701 - Coleta de Vestígios de Violência Sexual pelo Ministério da Saúde
-	Registro do Procedimento Interrupção da gestação prevista em lei deve incluir o CID O04 - Aborto por razões médicas e legais

Fonte: MINAS GERAIS, 2022.

No Art. 14 da referida Deliberação, está definido:

“A grade de referência deverá gerar encaminhamentos do ponto de vista de regulação, devendo o fluxo de internações ser realizado via SUSfácil, sendo este o sistema de regulação adotado pelo estado, ou o sistema de regulação próprio do município. Parágrafo único - o cadastro no SUSfácil deve incluir como principal ou secundário, o CID Y05 - agressão sexual por meio de força física - como código marcador para levantar dados para violência sexual”.

13.14 ACOLHIMENTO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM LEITOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O atendimento prestado em serviços de saúde mental e psiquiatria às vítimas de violência sexual é uma consequência da intensa condição psicológica dos pacientes, que muitas vezes se encontram em situações de fragilidade social e familiar. A internação,

nesse contexto, assume um papel de proteção e tratamento, visando à ressocialização da vítima. No entanto, é crucial que essa forma de tratamento seja aceita pela pessoa envolvida.

Em algumas situações, a internação pode ser percebida como um ato coercitivo, o que pode desencadear uma série de impactos emocionais e relembrar traumas relacionados a experiências de abuso. Contudo, em casos de extrema vulnerabilidade, quando a vítima está em estado de surto psicótico, agitação psicomotora ou apresenta ideação suicida, colocando a própria vida em risco, a internação involuntária pode, em algumas ocasiões, ser necessária.

É importante destacar que o uso de medidas coercitivas, como o confinamento, contenção física e administração forçada de medicamentos em ambientes hospitalares, pode causar retraumatização, pois essas abordagens tendem a retirar da pessoa sua autonomia e capacidade de expressão, reproduzindo, assim, o trauma original (ORAM, et al., 2022)

A adoção de abordagens baseadas no trauma exigirá uma transformação dos serviços de saúde mental comunitários, ambulatoriais e hospitalares. A implementação de se abordagens informadas sobre o trauma por meio de treinamento de equipe e redesenho organizacional pode ajudar a reduzir o uso de tratamento coercitivo [...](ORAM, *et al.*, 2022).

13.15 PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM SEGURA

A) Capacitar profissionais que interagem com vítimas, incluindo aqueles que não fazem parte da equipe clínica, para sensibilizá-los e conscientizá-los sobre os potenciais impactos do trauma.

B) Estabelecer confiança e transparência no atendimento, respeitando a autonomia e o poder de decisão das vítimas em relação ao tratamento. Por exemplo, o tratamento e a internação devem ser consentidos e voluntários, dúvidas devem ser esclarecidas, e a assistência deve fortalecer a capacidade de resiliência, autocuidado e apoio social. É fundamental reconhecer que "a ajuda se torna prejudicial quando retira o poder" do sobrevivente do trauma.

C) Evitar abordagens coercitivas em casos de internação involuntária e compulsória, mesmo quando a vítima demonstrar relutância em receber cuidados. Deve-se dar o tempo necessário à pessoa, como, por exemplo, quando ela não deseja tomar medicação ou participar de atendimentos nos horários propostos. É importante demonstrar sensibilidade em relação a reações de medo, fuga e hostilidade, que são indicativos claros de angústia e sofrimento psicológico.

D) Reconhecer que a violência sexual sofrida pode resultar em revitimização durante as interações com os serviços de saúde. Isso deve orientar a abordagem dos profissionais e a organização do ambiente de forma a ser "sensível e responsiva à difusão e aos efeitos do trauma" (ORAM, et al., 2022).

E) Evitar que a vítima tenha que repetir sua história para vários membros da equipe.

F) Garantir infraestrutura adequada e apoio organizacional.

G) Priorizar a privacidade, sigilo, segurança e conforto durante a internação.

H) Facilitar a continuidade da assistência e acompanhamento na Rede de Serviços de Saúde e de Proteção às vítimas de violência sexual.

14 O CONCEITO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

A exposição sexual ocorre quando há envolvimento em atividades sexuais desprotegidas, inclusive nos casos em que ocorre a ruptura do preservativo por qualquer um dos parceiros. Nesse sentido, é importante destacar que, quando não há evidência de coação no ato sexual, isso implica em diferentes abordagens no contexto médico-legal, na coleta de amostras e no acolhimento dos pacientes (BRASIL, 2013).

No que diz respeito às situações de vulnerabilidade e ao risco de exposição sexual em pacientes na área de saúde mental (quadro 18), desde 2002, o Ministério da Saúde já identificava os seguintes pontos críticos em suas publicações (MANN et al., 2002)

Quadro 18 – Fatores de vulnerabilidade em usuários/pacientes da saúde mental

- Dificuldade em estabelecer relações afetivas estáveis;
- Situação de desvantagem social e econômica;
- Histórico de abuso sexual;
- Prejuízo no julgamento crítico, especialmente durante surtos psicóticos;
- Comportamento hipersexual;
- Impulsividade;
- Baixa autoestima;
- Re-hospitalizações que levam à quebra de vínculos sociais e afetivos, aumentando a exposição a parceiros desconhecidos.

Fonte: MANN *et al.*, 2002

14.1 RISCO DA EXPOSIÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Em ambientes de saúde mental e psiquiatria, a exposição sexual pode representar uma preocupação significativa. Pacientes sob internação nesses hospitais e serviços frequentemente se encontram em situações vulneráveis, especialmente as mulheres que sofrem de psicose, retardo mental ou experimentam sintomas de hipersexualidade. Estudos revelam que mulheres com distúrbios psicóticos têm uma probabilidade cinco vezes maior de serem vítimas de estupro e quatro vezes maior de sofrerem abuso sexual em comparação com homens que têm transtornos mentais (NERIA *et al.*, 2002).

Conforme destacado por ASIFF *et al.* (2018), a hipersexualidade pode se manifestar em diversos transtornos psiquiátricos, incluindo o transtorno afetivo bipolar, e pode estar associada ao uso de certos medicamentos, como levodopa e anfetaminas, além de distúrbios neuropatológicos como a síndrome do lobo frontal. Diante disso, é importante garantir clareza no caso de ocorrência de exposição sexual consentida e furtiva dentro de um serviço de saúde. É fundamental estabelecer um diálogo entre os pacientes envolvidos, a equipe de cuidados, a referência técnica e os familiares, visando assegurar a ausência de violência. Isso é essencial para evitar interpretações equivocadas e garantir que tais atos sejam adequadamente identificados, distinguindo-se de situações que envolvam violência sexual.

É fundamental que os profissionais de saúde mental estejam atentos às expressões dos pacientes em relação à sua sexualidade. Essas expressões são intrínsecas à

"manifestação da afetividade, à capacidade de se conectar consigo mesmo e com os outros, e à construção da autoestima e do bem-estar" (BELONE, 2006, citado por Brito, 2009). Essas expressões podem ser diversas e incluir verbalizações de natureza erótica, bem como referências a atos sexuais com parceiros, namorados ou cônjuges. Nesse contexto, é importante evitar a repressão das expressões do paciente em um estado delirante, e, em vez disso, esforçar-se para compreender que as pessoas que estão sofrendo psicologicamente têm maneiras únicas de expressar sua sexualidade, assim como qualquer outra pessoa (BELONE, 2006, citado por BRITO e OLIVEIRA, 2009).

14.2 ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR A EXPOSIÇÃO SEXUAL

A) Promover estratégias de prevenção e reconfiguração do ambiente de assistência, com ênfase no aprimoramento do cuidado, vigilância e segurança dos pacientes. É fundamental considerar que pacientes em situações de vulnerabilidade, como aqueles com hipersexualização, ideação delirante ou comprometimento de juízo crítico, devem, de preferência, ser alocados em enfermarias separadas por gênero, que permitam uma supervisão adequada por parte da equipe de enfermagem. Vale ressaltar a importância de adotar cuidados que protejam os direitos e a cidadania das pessoas LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexuais).

B) Reforçar a atenção especial quando se trata de enfermarias mistas. Estudos envolvendo mulheres em internações psiquiátricas demonstraram uma maior incidência de casos de exposição e agressões sexuais em enfermarias mistas. No entanto, é importante destacar que enfermarias separadas por gênero não necessariamente garantem maior segurança do que as enfermarias mistas (NERIA *et al.*, 2002).

C) Praticar a escuta empática e responder às necessidades das pessoas. A sensibilidade e compreensão por parte dos profissionais são relevantes para que a sexualidade não limite a percepção do paciente como "erotizado", "hipersexualizado" ou "delirante" durante o processo de escuta.

D) Reconhecer a relevância da inclusão da dimensão da sexualidade no Projeto Terapêutico Individual (PTI) é fundamental. Isso implica em considerar essa variável como um indicador significativo para a alta do paciente e, quando apropriado, para autorizar períodos de saída durante os fins de semana, com a possibilidade de reinternação programada, para que possam interagir com seus companheiros, namorados ou cônjuges.

E) Combater medidas que possam ser interpretadas como punição no contexto da expressão da sexualidade, como o uso de contenção mecânica, a prescrição compulsória de medicamentos e a administração compulsória de contraceptivos.

F) Estabelecer a formação de grupos operativos, reuniões, capacitações e grupos de discussão clínica, com foco na melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental e na prevenção da exposição sexual nas unidades. É essencial que essas iniciativas não neguem a importância da sexualidade do indivíduo, mas, ao contrário, a considerem de forma integral.

14.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO EM SITUAÇÃO DE ALTA VULNERABILIDADE

- I. Garantir a supervisão contínua dos pacientes, 24 horas por dia, especialmente durante a noite.
- II. Considerar a implementação de sistemas de vigilância por câmeras e circuitos internos de TV para monitorar e supervisionar áreas de maior risco para exposição sexual, como pátios internos e externos, áreas comuns e saídas mais remotas das unidades.
- III. Capacitar e sensibilizar todos os membros da equipe clínica, bem como outros funcionários que tenham contato direto com os pacientes, como porteiros, vigilantes, equipe de limpeza e pessoal da nutrição. Essa formação visa prepará-los para a adoção adequada de medidas preventivas, fornecendo a infraestrutura e o suporte organizacional necessários.
- IV. Garantir a privacidade e a intimidade dos pacientes durante os banhos individuais.

V. Prestar atenção aos pacientes que estejam em estado de mania e manifestem hipersexualidade. Para esses casos, além de oferecer suporte através da escuta, considerar a possibilidade de intervenção medicamentosa, como a prescrição de antipsicóticos por médicos psiquiatras.

VI. Priorizar uma comunicação eficaz entre os profissionais, garantindo a troca de informações durante as trocas de plantão, o registro adequado no prontuário, a discussão contínua dos casos e a coordenação dos cuidados no ambiente de internação.

14.4 PROCEDIMENTOS EM CASO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL FURTIVA DURANTE A INTERNAÇÃO

I. Em caso de exposição sexual furtiva durante a internação, é fundamental notificar imediatamente a supervisão de enfermagem, o médico de plantão e o psiquiatra assistente. Essa ação visa garantir que medidas especializadas de avaliação e profilaxia sejam tomadas prontamente.

II. Deve-se realizar a notificação ao núcleo de risco, preenchendo a ficha de evento adverso conforme o modelo estabelecido pela Rede FHEMIG no sistema Tasy.

III. Importante destacar que, em casos de exposição ou violência sexual envolvendo menores de 14 anos, o Conselho Tutelar deve ser imediatamente comunicado pelo responsável no atendimento inicial.

IV. Após o incidente de exposição sexual, é importante oferecer apoio psicoemocional imediato ao paciente afetado.

V. Os familiares responsáveis devem ser contatados, informados sobre a situação e acolhidos. Além disso, é essencial orientá-los sobre os procedimentos e encaminhamentos apropriados.

VII. É necessário seguir os protocolos previamente estabelecidos para a realização de Profilaxias Pós-Exposição, conforme as diretrizes discutidas no capítulo 12.

A exposição sexual furtiva é um problema sério que deve ser abordado com seriedade e rigor para garantir que os serviços de saúde sejam seguros e respeitosos para todos os envolvidos.

14.5. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO SEXUAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A prevenção da exposição sexual nos serviços de saúde é de extrema importância para garantir um ambiente seguro, respeitoso e ético tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Para abordar essa questão, podem ser adotadas diversas estratégias e medidas, incluindo:

Políticas e procedimentos claros: as instituições de saúde devem estabelecer políticas e procedimentos claros que definam o comportamento aceitável e inaceitável em relação a questões sexuais nos serviços de saúde. Isso deve incluir diretrizes específicas sobre condutas apropriadas para a equipe de saúde e pacientes.

Treinamento e sensibilização: profissionais de saúde devem receber treinamento regular sobre a importância do respeito, do consentimento informado e da ética profissional. Isso inclui abordar a prevenção da exposição sexual furtiva e garantir que todos compreendam as implicações e consequências desse comportamento.

Comunicação clara e aberta: estabelecer canais de comunicação eficazes para que os pacientes e a equipe de saúde possam relatar incidentes de exposição sexual de forma confidencial e sem medo de retaliação. Isso pode envolver a criação de linhas diretas de denúncia ou sistemas de relatórios anônimos.

Investigação e ação adequadas: quando ocorrer um relato de exposição sexual, é fundamental que a instituição de saúde conduza uma investigação completa e imparcial. Medidas disciplinares apropriadas devem ser tomadas quando se comprovar o comportamento inadequado.

Promoção da cultura de respeito: incentivar uma cultura de respeito e consentimento em todos os níveis da organização de saúde é crucial. Isso pode ser feito por meio de campanhas de conscientização, workshops e educação contínua.

Revisão de políticas e práticas: as políticas e práticas relacionadas à prevenção da exposição sexual devem ser periodicamente revisadas e atualizadas para garantir que estejam alinhadas com as melhores práticas e regulamentações atualizadas.

Apoio às vítimas: as vítimas de exposição sexual devem receber apoio adequado, incluindo acesso a aconselhamento, serviços de saúde mental e recursos legais, conforme necessário.

Monitoramento e avaliação: implementar sistemas de monitoramento e avaliação para acompanhar a eficácia das medidas de prevenção e garantir que quaisquer problemas sejam identificados e abordados prontamente.

A prevenção da exposição sexual nos serviços de saúde é essencial para proteger a dignidade e o bem-estar dos pacientes e profissionais de saúde, bem como para manter a integridade do ambiente de assistência à saúde. É uma responsabilidade compartilhada que requer o comprometimento das instituições de saúde, profissionais e órgãos reguladores.

15 INICIATIVAS EM MINAS GERAIS CONTRA A VIOLÊNCIA SEXUAL

Minas Gerais tem adotado uma série de iniciativas e programas no combate à violência sexual, abrangendo áreas relevantes, como prevenção, apoio às vítimas e conscientização pública. A seguir, destacamos algumas dessas ações significativas:

Protocolo Fale Agora: como mencionado anteriormente, o governo de Minas Gerais lançou o Protocolo Fale Agora, focado na prevenção, acolhimento e orientação de vítimas de violência sexual, com ênfase na proteção das mulheres em ambientes de lazer e

turismo. Este protocolo visa mudar a cultura machista e misógina que contribui para a violência sexual.

Centros de Referência: Minas Gerais possui Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAMs) que oferecem apoio psicológico, jurídico e social a mulheres vítimas de violência sexual. Esses centros desempenham um papel fundamental na assistência e no encaminhamento adequado das vítimas.

Campanhas de conscientização: diversas campanhas de conscientização sobre a violência sexual, seus efeitos e como denunciar são realizadas em todo o estado. Essas campanhas visam educar a população, desmistificar tabus e incentivar a denúncia.

Treinamento de profissionais: profissionais de saúde, segurança e assistência social recebem treinamento específico para lidar com vítimas de violência sexual, garantindo um atendimento adequado e sensível.

Parcerias com ONGs e Organizações da Sociedade Civil: o Estado colabora com organizações não governamentais e outras instituições da sociedade civil que têm expertise na prevenção e combate à violência sexual.

Atendimento telefônico 24 Horas: linhas telefônicas de ajuda, como o Disque 180, estão disponíveis 24 horas por dia para oferecer apoio, informações e encaminhamentos a vítimas de violência sexual.

Rede de atendimento especializada: Minas Gerais possui uma rede de hospitais e clínicas especializadas em atender vítimas de violência sexual, garantindo atendimento médico adequado, coleta de evidências forenses e apoio psicológico.

Políticas de educação: educação sexual e prevenção de violência são temas abordados nas escolas, visando sensibilizar jovens e adolescentes sobre questões de consentimento e respeito.

Essas ações sociais e programas refletem o compromisso do estado de Minas Gerais em combater a violência sexual e criar um ambiente seguro e respeitoso para todos os seus residentes.

REFERÊNCIAS

ASIFF M, SIDI H, MASIRAN R, *et al.* Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options. *Curr Drug Targets*. 2018;19(12):1391-1401.

BOTTI, Maria Luciana. Violência institucional e a assistência às mulheres no parto. *Anais do Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História – LHAG/UNICENTRO*, p.649 a 663. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/126>. Acesso em 30 mar 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*: DF, 7 ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm . Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União*: seção 1, DF, 1 ago. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, DF, 25 set 2018. Disponível em: Página 2 do *Diário Oficial da União - Seção 1*, número 185, de 25/09/2018 - *Imprensa Nacional*. Acesso em: 17/3/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Manual de uso do sistema SAIPS – Sistema de Apoio à implementação de políticas em saúde. Coleta de vestígios de violência sexual. Brasília: 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/03-jul-ago-set/coleta-vestigios/MANUAL-SAIPS-COLETA-DE-VES--GIOS.pdf . Acesso em 10 de nov. 2023.

BRASIL. Lei 14.541, de 3 de abril de 2023. Dispõe sobre a criação e o funcionamento ininterrupto de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. *Diário Oficial da União*: seção 1, DF, 4 mar 2023. Disponível em: LEI Nº 14.541, DE 3 DE ABRIL DE 2023 - LEI Nº 14.541, DE 3 DE ABRIL DE 2023 - DOU - *Imprensa Nacional* Acesso em 04 de mar 2023.

BRASIL. Ministério da saúde, ministério da justiça, secretaria de políticas para as mulheres/PR. Norma Técnica – Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: DF, 2015.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf . Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.

Brasília, 2021. Disponível em:

file:///C:/Users/m13058987/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021.pdf . Acesso em 10 fev. de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/view . Acesso em: 10 jan de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2018. Disponível em:

file:///C:/Users/m13058987/Downloads/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf. Acesso em 11 de fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm . Acesso em 11 de fev. 2023.

BRASILb. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília, 2022.

Disponível em: [file:///C:/Users/m13058987/Downloads/pcdt-ist-2022_isbn%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/m13058987/Downloads/pcdt-ist-2022_isbn%20(1).pdf)
Acesso em: 23 de fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021.

Boletim Epidemiológico, 54, n. 8, Maio. 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08> . Acesso em 06 de de nov. 2023.

BRASIL. Anvisa. Nota Técnica nº 63/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf/view> . Acesso em 31/10/2023

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciencias & Cognição*: 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212009000100016 Acesso em 10 fev. 2023

CARBONIERI, F.; GRANDI, C. Legados: como evitar a violência sexual em ambientes de saúde. Curitiba: Editorial Casa, 2023.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (Minas Gerais). Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, 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. *Diário Oficial de Minas Gerais*, Belo Horizonte: 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203939%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Grade%20de%20viol%C3%Aancia.pdf. Acesso em: 10 de fev. 2023.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (Minas Gerais). Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.355, de 26 de setembro de 2023. Aprova a alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.939, de 21 de setembro de 2022. *Diário Oficial de Minas Gerais*, Belo Horizonte: 2022. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204355%20-%20SUBRAS_Materno%20Infantil%20-%20Altera%203.939_V%C3%ADtimas%20de%20Viol%C3%Aancia%20Sexual%20%20setembro2023.pdf . Acesso em 30 de set 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Relatório de inspeções : 2020 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.2. ed. Brasília: CFP, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; INSTITUTO AVON. **Avaliação sobre a aplicação de medidas protetivas de urgência da Lei Maria da Penha**. Conselho Nacional de Justiça Avon. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://assets-dossies-igp-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/08/relatorio-avalicao-medidas-protetivas-lei-mari-da-penha-23082022.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S007477421630068X> . Acesso em: 20 de jan. 2023.

FERREIRA, Denis Gonçalves *et al.*. Violência sexual contra homens no Brasil: subnotificação, prevalência e fatores associados. *Ver Saúde Pública*, 57:23, 2023. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-57-23/1518-8787-rsp-57-23-pt.x68782.pdf . Acesso em 06 de nov. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública** – São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: <https://assets-dossies-ipc-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2021/04/anurio-14-2020-v1-interativo.pdf> . Acesso em: 15 dez. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública** – São Paulo: FBSP, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5> . Acesso em: 19 dez. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil. São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3ed/ Acesso em: 19 dez. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 06 de nov. 2023.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L. *et al.* The world report on violence and health. *Lancet* 360(5);2002: 1083-1088. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf . Acesso em 11 fev. 2023.

KRUMM S. Sexuelle Übergriffe in psychiatrischen Kliniken [Sexual Assaults in Psychiatric Hospitals]. *Psychiatr Prax.* 2022;49(8):398-400. Acesso em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1950-7686> . Acesso em: 05 fev. 2023.

LUZ, A. F.; FUCHINA, R. Evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho. *Anais II Seminário Nacional de Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS*, 2009.

MANIGLIO, R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180–191, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2008.01300.x> . Acesso em: 22 jan. 2023.

MANN, C.G; Oliveira, S.B; OLIVEIRA, C.S.S. Guia para Profissionais de Saúde Mental/Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/IFB, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_14.pdf Acesso em 31 mar de 2023.

MELLO, M. F.; KOHN, R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.

NERIA, Y; BROMET, EJ; SIEVERS, S. *et al.* Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(1):246-51. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2002-10464-023> Acesso em: 11 fev. 2023.

OLIVEIRA, Helian Nunes de. Violência contra indivíduos com transtorno mental [manuscrito]: Projeto Pessoas/ Tese de Doutorado em Saúde Pública 149 f. Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte: 2012

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher: relatório de progresso. **56º Conselho Diretor 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**, 2018; Washington: OPAS; 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14580:56th-directing-council-coverage&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0. Acesso em 21 nov. 2022

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Violência contra a mulher: estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. **54º Conselho Diretor 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**, 2015; Washington: OPAS; 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/strategy-and-plan-action-strengthening-health-system-address-violence-against-women> . Acesso em 21 nov. 2022

REGIA, V. O que é importunação sexual? Politize!, [S. l.], 15 jul. 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/importunacao-sexual/>. Acesso em: 10 set 2023

RELATÓRIO DO DIRETOR-GERAL SOBRE O PROJETO DE PLANO DE AÇÃO GLOBAL CONTRA VIOLÊNCIA, 2016. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250638/B138_9en.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciaesaude/wp-content/uploads/sites/32/2020/05/Protocolo_Violencia_SESRJ.pdf . Acesso em 15 dez. 2022.

SEDESE – Governo de Minas lança Protocolo Fale Agora para enfrentar violência sexual nos espaços de lazer e turismo, 2023. Disponível em: www.social.mg.gov.br . Acesso em 15 ago de 2023.

TRUYLIO, L.; DARONCO, A. Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual em um centro especializado em doenças infecto-parasitárias de Cascavel/PR. *Research, Society and Development*, v.11, n.9:18 jul 2022. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3891140-perfil-epidemiol%C3%B3gico-de-mulheres-v%C3%ADtimas-de-viol%C3%A2ncia-sexual-em-um-centro-especializado-

em-doen%C3%A7as-infecto-parasit%C3%A1rias-de-cascavelpr. Acesso em: 14 dez. 2022.

SILVA, Miriam Queiroz Braga Costa e. CUIDAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE HOSPITAL DE ENSINO. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), 2023. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.219> . Acesso em 07 de nov. 2023

PLATT, Vanessa Borges *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.4: 1019-1031. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018234.11362016. Acesso em 07 de nov. 2023.

ANEXO I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	3	Código (CID10)	Y09	
	4	UF	5	Município de notificação
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)
	9	Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	10	Nome do paciente		11
	12	(ou) Idade	13	Sexo
	14	Gestante	15	Raça/Cor
	16	Escolaridade	17	Número do Cartão SUS
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência
	21	Código (IBGE)		22
	23	Bairro	24	Logradouro (rua, avenida,...)
	25	Número	26	Complemento (apto., casa, ...)
Dados Complementares	27	Geo campo 1		28
	29	Geo campo 2		30
	31	Ponto de Referência		32
	33	CEP		34
Dados da Pessoa Atendida	35	Nome Social		36
	37	Situação conjugal / Estado civil		38
	39	Orientação Sexual		40
	41	Identidade de gênero		42
Dados da Ocorrência	43	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		44
	45	Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno?		46
	47	Local de ocorrência		48
	49	Ocorreu outras vezes?		50

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLETA DE VESTÍGIOS

PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS E COLETA DE VESTÍGIOS

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Prontuário: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

O abaixo assinado _____, ou pessoa responsável pelo(a) paciente _____, declara ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

Contracepção de Emergência

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro – se a vítima for mulher em idade fértil:

() Aceitou () Não aceitou

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis	() Aceitou	() Não aceitou
Gonorreia	() Aceitou	() Não aceitou
Infecção por Clamídia	() Aceitou	() Não aceitou
Infecção por Tricomonas	() Aceitou	() Não aceitou
Hepatite B	() Aceitou	() Não aceitou

Prevenção da Infecção pelo HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

() Aceitou () Não aceitou

Realização de Exames

Sorologia para sífilis () Aceitou () Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C () Aceitou () Não aceitou

Sorologia anti-HIV () Aceitou () Não aceitou

Teste de Gravidez () Aceitou () Não aceitou

() Não se aplica (crianças e homens)

Coleta

Secreção Vaginal () Aceitou () Não aceitou

Secreção Oral () Aceitou () Não aceitou

Secreção Anal () Aceitou () Não aceitou

Material Subungueal () Aceitou () Não aceitou

Declara que foi devidamente orientada sobre a importância de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar ocorrência, estar ciente que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, se requisitados.

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1ª: _____

2ª: _____

Testemunhas

Assinatura profissional de saúde

Data: _____

Fonte: BRASIL, 2015

ANEXO III –ORIENTAÇÕES SOBRE A COLETA DE VESTÍGIOS

Material: sêmen, secreções e ou fluidos depositados na pele ou em outras regiões do corpo	Material: vestígio subungueal
<p>Em casos de suspeita de deposição de sêmen, secreções ou fluidos biológicos (saliva, sêmen, sangue, etc.) em outras áreas do corpo da vítima como, por exemplo, face, lábios, tórax, abdome, coxa, perineo ou regiões com mordida(s), esses locais também deverão ser submetidos à coleta.</p> <p>Nestas situações, o procedimento será o mesmo anteriormente mencionado, com a utilização de swab previamente umedecido em soro fisiológico 0,9%. Os swabs deverão ser passados levemente na região onde puder ser visualizado o material ou, se não houver a visualização, onde houver o relato de deposição do material.</p> <p>Caso a coleta ocorra na cavidade oral, não é necessário umedecer previamente o swab. Deve ser priorizada a coleta da eventual secreção observada. O sêmen e o espermatozoide tendem a se depositar entre os dentes e a gengiva. Para a coleta neste caso, passar o swab seco entre os dentes inferiores. Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3º e 4º deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.</p>	<p>Nos casos de suspeita ou relato de ter havido luta corporal entre o(a) agressor(a) e a vítima, deverá ser coletado material subungueal (sob as unhas) dos dedos da vítima a fim de se buscar detectar material biológico do(a) agressor(a).</p> <p>A coleta deverá ser realizada utilizando-se, pelo menos, dois swabs esterilizados. Para facilitar o procedimento, umedecer levemente os swabs com água destilada e, em seguida, proceder à coleta, passando o swab na região subungueal de cada dedo. Deve-se utilizar um swab para cada mão, com a respectiva identificação de mão direita e esquerda. Em caso de utilização de mais de um swab por mão, numerar os swabs por ordem de coleta.</p>
Material: secreção vaginal	Material: secreção anal
<p>Priorizar a coleta de secreções e não da parede mucosa. Utilizar espéculo sem presença de materiais lubrificantes; devem ser utilizados quatro swabs estéreis que deverão ser passados simultaneamente, de dois em dois, lado a lado, a fim de que as amostras tenham maior similaridade entre si.</p> <p>Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e o 3º e 4º deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.</p> <p>O material coletado poderá ser mantido nos swabs e/ou transferido para outros suportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A secreção coletada nos swabs destinados ao exame de DNA poderá ser transferida imediatamente para dois papéis filtro. • A secreção coletada nos swabs destinados à pesquisa de espermatozoides poderá ser transferida imediatamente, antes da secagem, para lâminas vitreas, e fixada conforme rotina local estabelecida (hematoxilina eosina, álcool 96,1% etc.). 	<p>A coleta de secreção anal pode ser feita tanto em posição genupeitoral ou ginecológica. Deve-se atentar para a possibilidade de haver secreção não apenas na região anal, mas também na região perianal e perineo.</p> <p>Para coleta de material da cavidade anal, introduzir um ou se possível, dois swabs umedecidos com soro fisiológico 0,9% por vez no canal anal, preferencialmente em movimentos rotatórios.</p> <p>Os swabs deverão ser numerados pela ordem de coleta, sendo que o 1º e 2º deverão ser destinados para exame de DNA e, caso seja possível, o 3º e 4º deverão ser destinados para teste de triagem para detecção da presença de sêmen (PSA, Seminogelina, etc.) e pesquisa de espermatozoides.</p> <p>O material coletado poderá ser mantido nos swabs e/ou transferido para outros suportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A secreção coletada nos swabs destinados ao exame de DNA poderá ser transferida imediatamente para dois papéis filtro. • A secreção coletada nos swabs destinados à pesquisa de espermatozoides poderá ser transferida imediatamente, antes da secagem, para lâminas vitreas, e fixada conforme rotina local estabelecida (hematoxilina eosina, álcool 96,1% etc.).
Material: cabelo e pelo	Material: vestes e objetos com possível presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos
<p>Se durante o exame físico for constatada a presença de cabelo(s) e/ou pelo(s) com características diversas aos da vítima, o(a) médico(a) deverá coletá-lo(s) com utilização de pinça esterilizada.</p>	<p>Se for constatada ou houver relato de presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos em vestes e/ou objetos trazidos pela vítima, estes deverão ser coletados.</p>
Material: células de mucosa oral	
<p>O material coletado da mucosa oral da vítima servirá como padrão genético de comparação com o vestígio coletado no seu corpo.</p> <p>A coleta deverá ser realizada utilizando-se, pelo menos, dois swabs esterilizados, de haste longa e flexível. O procedimento consiste em friccionar o swab contra as paredes internas de cada bochecha em movimentos como se estivesse raspando/girando nas superfícies mucosas.</p> <p>Recomenda-se que se fricção o mesmo swab dez vezes em cada uma das bochechas. Caso o serviço utilize papel filtro como suporte para este tipo de material, a secreção coletada deverá ser transferida imediatamente, após a coleta, para os respectivos papéis filtro.</p>	

Fonte: BRASIL, 2015

ANEXO IV – TERMO CIRCUNSTANCIADO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____, às _____, no endereço _____ (ou proximidades - indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de estupro, nas seguintes circunstâncias: _____.

EM CASO DE AGRESSOR(ES) DESCONHECIDO(S)

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(ns) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____, cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo tipo _____ etc.).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____.

EM CASO DE AGRESSOR(ES) CONHECIDO(S)

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ (informação opcional), meu _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade, e que no momento do crime encontrava-se/ou não (alcoolizado, drogado).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____.

É o que tenho/temos a relatar.

Local e data:

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS: _____

PROFISSIONAL DE SAÚDE: _____

ANEXO V – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO
DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA
GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____
do Hospital _____ avaliou o pedido de interrupção de gestação,
fundamentado na declaração de estupro apresentada pela paciente
_____, portadora do documento de
identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____, com
_____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade
com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, sem a presença de indicadores de
falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do
Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou
por seu representante legal.

Local e data: _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

ANEXO VI – TERMO DE RESPONSABILIDADE

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, ou legalmente representada por _____, portador(a) do documento de identificação tipo _____, nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura.

ANEXO VII– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Por meio deste instrumento, eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, em conformidade com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação, de forma livre, consciente e informada.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Faz-se necessário trazer o detalhamento dos riscos da realização da intervenção por abortamento previsto em lei:

a) Abortamento medicamentoso, antes das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto medicamentoso são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;
- Complicações graves, como sangramento intenso, danos ao útero ou sepse;

b) A partir das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto medicamentoso são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;
- Infecção ou lesão no útero;

c) Aborto cirúrgico - Antes das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto cirúrgico são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;

- Complicações graves, como sangramento intenso, danos ao útero ou sepse;

d) Após 14 semanas de gravidez, os principais riscos de aborto cirúrgico são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;

- Sangramento muito intenso;

- Infecção;

- Lesão no útero ou entrada no útero (colo do útero);

Declaro estar esclarecida acerca do risco de morte conforme a idade gestacional em que me encontro.

* Os riscos apontados têm como base os protocolos da Organização Mundial de Saúde - OMS (Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde - 2ª ed. 1. Aborto induzido. 2.Cuidado pré-natal. 3.Bem-estar materno. 4.Política de saúde. 5.Guia - ISBN 978 92 4 854843 7), bem como do National Health Service - NHS, disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/abortion/risks/>>.

Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, passíveis de compartilhamento em caso de requisição judicial.

Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de estupro, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura.

Testemunha

Nome, identificação e assinatura.
