

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

**CHIARA MUSSO RIBEIRO DE OLIVEIRA SOUZA**

**VIOLÊNCIA SEXUAL, INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E  
GRAVIDEZ: RETROSPECTIVA DE DEZ ANOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA  
EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL.**

**VITÓRIA**

**2022**

CHIARA MUSSO RIBEIRO DE OLIVEIRA SOUZA

**VIOLÊNCIA SEXUAL, INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E  
GRAVIDEZ: RETROSPECTIVA DE DEZ ANOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA  
EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutora em Doenças Infecciosas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angélica Espinosa Miranda

VITÓRIA  
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

S719v Souza, Chiara Musso Ribeiro de Oliveira, -  
Violência Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis :  
retrospectiva de 10 anos em serviço de referência em Vitória,  
Espírito Santo, Brasil / Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza.  
2022.

91 f. : il.

Orientadora: Angélica Espinosa Miranda.  
Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Vulnerabilidade. 3.  
Prevenção de doenças. 4. Delitos sexuais. 5. Aborto legal. 6.  
Infecções transmitidas pelo sangue. I. Miranda, Angélica  
Espinosa. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de  
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

---

CHIARA MUSSO RIBEIRO DE OLIVEIRA SOUZA

**VIOLÊNCIA SEXUAL, INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E  
GRAVIDEZ: RETROSPECTIVA DE DEZ ANOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA  
EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutor em Doenças Infecciosas.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angélica Espinosa Miranda  
Orientadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luiza Bezerra Menezes  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ximena Pamela Díaz Bermudez  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida Tosato Boldrini  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Cruz Spano  
Universidade Federal do Espírito Santo

Aos meus filhos: Gael, Raul e Franco, razão da minha vida.

À minha mãe, que sempre estimulou e valorizou minha vida acadêmica.

A Dr Paulo Roberto Merçon de Vargas, eterno “chefe”.

A todas as pessoas que já sofreram violência sexual, especialmente aquelas que conheci ou que receberam minha assistência médica ou que receberam assistência do PAVÍVIS.

A todas as pessoas que dedicaram seu conhecimento, escuta e força de trabalho ao PAVÍVIS.

À Margarita, assistente social e feminista que participou da criação do PAVÍVIS.

À Professora Helene Sperandio Silva Alvarenga, que participou da criação do PAVÍVIS, o coordenando por muitos anos, tendo plantado no HUCAM a semente da assistência em saúde na violência sexual.

Aos médicos plantonistas da maternidade do HUCAM, pois reconheço como é árduo ser obstetra e lidar com os casos de aborto legal.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Angélica Espinosa Miranda o estímulo para alcançar o título de Doutorado.

A Gustavo Ribeiro Lima a dedicação ao banco de dados e toda a ajuda prestada.

A Helena Lucia Barroso dos Reis as críticas na fase da qualificação.

“[...] nossos silêncios socializados produzem apenas injustiça e desconexão. [...] nunca mais pare de falar sobre isso.”

Sarah Krasnostein

## RESUMO

**Introdução:** Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestação podem ser consequências da violência sexual. No Brasil, cerca de 50% das mulheres em situação de violência sexual não fazem profilaxia de IST ou contracepção de emergência. **Objetivos:** Descrever os aspectos demográficos, comportamentais e clínicos de mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas em serviço de referência em Vitória, ES, no período de uma década. **Pacientes e métodos:** Estudo de coorte retrospectiva descrevendo o perfil sociodemográfico e epidemiológico e as frequências de procedimentos realizados, IST, gravidez e aborto legal em 915 mulheres assistidas em serviço referência em assistência a casos de violência sexual em Vitória, ES, Brasil, entre 2010 e 2019. **Resultados:** Cerca de 90% (842/915) eram residentes na Região Metropolitana, 80,83% (733/915) eram pardas ou brancas, 42,40% (388/915) eram adolescentes (entre 12 e 17 anos), 80,44% (736/915) eram solteiras, a média de filhos foi de 1,8 filhos ( $\pm 1$  DP). Cerca de um terço (313/915) não tinha tido relação sexual prévia, 1,60% (10/653) estavam grávidas. Predominou o estupro em 92% (841/915), por um agressor, em 51,48% (471/915) conhecido ou parente, predominando um conhecido, seguido do padrasto ou pai. Casos recorrentes foram 24% (227/915). Procedimentos realizados: 42,62% (390/915) foram atendidas em até 72 horas; profilaxia para IST 43,36% (392/904), contracepção de emergência 38,60% (349/904), coleta de sangue 71,57% (647/904). Prevalências: sífilis 0,32% (2/653), hepatite B 0,16% (1/653), gestação 1,60% (10/653). Incidências: sífilis 1,10% (7/633), hepatite B 0,78% (5/633), hepatite C 0,64% (4/633), gestação 27,17% (172/633). Não houve casos de HIV. As colpocitologias apresentaram tricomoníase 1,9% (2/108), lesões citológicas HPV induzidas 4,7% (5/108) e vaginose bacteriana 20% (21/108). Ocorreram 129 abortos legais. **Conclusões:** Os aspectos sociodemográficos e as características das agressões foram semelhantes aos descritos em dados de base nacional brasileiros, inclusive o número expressivo de adolescentes, o que levanta reflexões sobre a sexualização precoce, a cultura do estupro e invisibilidade de mulheres adultas vítimas de violência sexual. A profilaxia de IST e a contracepção de emergência foram realizadas em cerca de 40% da amostra. As frequências de IST foram baixas e associadas a três ou mais agressores, número de parceiros sexuais e idade da coitarca. A incidência de gravidez foi surpreendentemente alta, associada a uso de arma de fogo e protegida pela profilaxia de IST. A frequência de aborto legal foi alta, maior que a de dados nacionais. Políticas públicas garantidoras de acesso aos direitos em saúde sexual e reprodutiva, à educação e estratégias para melhorar a qualidade na assistência a mulheres em situação de violência sexual poderão diminuir vulnerabilidade às IST e à gestação indesejada.

**Palavras-chaves:** Doenças sexualmente transmissíveis. Infecções transmitidas por sangue. Vulnerabilidade em saúde. Prevenção de doenças. Delitos sexuais. Aborto legal.



## ABSTRACT

**Introduction:** Sexually transmitted infections (STI) and pregnancy can be consequences of sexual violence. In Brazil, around 50% of women victims of sexual violence do not undergo STI prophylaxis or emergency contraception. **Objectives:** To describe the demographic, behavioral and clinical aspects of adolescent and adult women in situations of sexual violence, assisted at a reference clinic in Vitoria, ES, over a one decade period. **Patients and Methods:** This 10-year retrospective cohort study (2010-2019) describes the socio-demographic and epidemiological profile, and frequencies of clinical procedures, STI, pregnancy and legal abortion in 915 women assisted in a sexual violence assistance center in Brazil. **Results:** A total of 93.29% (842/915) were resident in the Metropolitan Area of the capital, brown-skinned and white 80.83% (733/915); 42.40% (388/915) were adolescents (12-17 years old), 80.44% (736/915) were single, most had no children, average of 1.8 ( $\pm$  1,0 DP) children. About one-third (313/915) had not had previous sexual intercourse, 1.60% (10/653) were pregnant. Rape predominated with 92% (841/915), of which 51.48% (471/915) involved a known or related aggressor, mostly an acquaintance, followed by stepfather or father. Recurrent cases were 24% (227/915). Clinical procedures: 42.62% (390/915) were attended within 72 hours; received STI prophylaxis 43.36% (392/904), emergency contraception 38.60% (394/904), blood collection 71.57% (647/904). Prevalence: syphilis 0.32% (2/653), hepatitis B 0.16% (1/653), pregnancy 1.60% (10/653). Incidences: syphilis 1.10% (7/663), hepatitis B 0.78% (5/633), hepatitis C 0.64% (4/633), pregnancy 27.17% (172/633). There were no HIV cases. Trichomoniasis 1.9% (2/108), HPV-induced cytological lesions 4.7% (5/108) and bacterial vaginosis 20% (21/108) were found on cervicovaginal samples. There were 129 legal abortions. **Conclusions:** The sociodemographic aspects and characteristics of aggressions in the studied population are similar to those described in Brazilian national database, including the remarkable number of adolescents, which brings reflections on early sexualization, rape culture, and adult victims' invisibility. Both STI prophylaxis and emergency contraception were performed in less than half of the women. The frequencies of STI were low, associated with three or more aggressors, number of sexual partners and the age of coitarche. The incidence of pregnancy was high, associated with firearm use and age group, and protected by STI prophylaxis. The frequency of legal abortion was higher than national data. Public policies ensuring access to sexual and reproductive health rights and strategies to improve the quality of care for women in sexual violence situations as well education improvement may decrease vulnerability to STI and unintended pregnancies.

**Key words:** Sexually Transmitted Infections. Blood-borne infections. Health Vulnerability. Disease Prevention. Sexual Offenses. Legal Abortion

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fachada do Hospital Cassiano Antônio Moraes.....	17
Figura 2 - Violência contra a mulher no Brasil.....	20
Figura 3 - Violência sexual no Brasil.....	23
Figura 4 - Fachada do PAVÍVIS.....	39
Figura 5 - Protocolo de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, HUCAM/PAVÍVIS – Profilaxia da Gravidez e HIV.....	40
Figura 6 - Protocolo de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, HUCAM/PAVÍVIS – Profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais.....	41
Figura 7 - População do estudo e seleção do tamanho da amostra .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas das mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=915) .....	48
Tabela 2 -	Procedimentos realizados em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=904*).....	49
Tabela 3 -	Frequências de IST e gravidez em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019.....	50
Tabela 4 -	Frequências de IST por período em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 .....	50
Tabela 5-	Variáveis associadas a IST e gravidez em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=904**) .....	51

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados importantes da entrevista nos casos de violência sexual ...	26
Quadro 2 - Profilaxia do HIV nas situações de violência sexual .....	28
Quadro 3 - Profilaxia das IST não virais nas situações de violência sexual .....	32
Quadro 4 - Esquemas de contracepção de emergência .....	33
Quadro 5 - Seguimento laboratorial nos casos de violência sexual .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DIU - Dispositivo intrauterino

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Papilomavírus Humano

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

IGHAHB - Imunoglobulina humana anti-hepatite B

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAVÍVIS - Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

VHB – Vírus da hepatite B

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	16
1.2	VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	17
1.2.1	Violência e saúde .....	18
1.2.2	Violência contra a mulher .....	19
1.2.3	Violência sexual.....	21
1.2.3.1	Violência sexual e infecções sexualmente transmissíveis .....	23
1.2.3.2	Assistência à saúde da pessoa em situação de violência sexual...	24
1.2.3.2.1	Protocolo brasileiro de assistência à saúde da pessoa em situação de de violência.....	26
1.2.3.2.1.1	Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis virais .....	26
1.2.3.2.1.1.1	Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) .....	26
1.2.3.2.1.1.2	Hepatite B.....	29
1.2.3.2.1.1.3	Hepatite C.....	30
1.2.3.2.1.2	Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis não virais.....	31
1.2.3.2.1.2.1	Profilaxia de sífilis, clamidíase, gonorreia, cancro mole e tricomoníase.....	31
1.2.3.2.1.3	Contracepção de emergência .....	32
1.2.3.2.1.4	Acompanhamento laboratorial .....	35
1.2.3.2.2	Coleta e guarda de vestígios .....	36
1.2.3.2.3	Assistência ao aborto legal .....	36
1.3	PAVÍVIS: PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	38
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	43

2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>3</b>	<b>PACIENTES E MÉTODOS .....</b>	<b>44</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	44
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	44
3.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	44
3.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	44
3.5	EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	45
3.5.1	Análise estatística .....	45
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1	PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO .....	47
4.1.1	Características sociodemográficas .....	47
4.1.2	Características das agressões .....	49
4.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS .....	49
4.3	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, GRAVIDEZ E FATORES ASSOCIADOS .....	50
4.4	ABORTO LEGAL .....	52
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
5.1	PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO .....	53
5.1.1	Características sociodemográficas .....	53
5.1.2	Características das agressões .....	55
5.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS .....	56
5.3	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, GRAVIDEZ E FATORES ASSOCIADOS.....	57

5.4	ABORTO LEGAL .....	60
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	62
7	<b>PERSPECTIVAS</b> .....	63
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64
	<b>ANEXOS</b> .....	72
	ANEXO A – Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências .....	73
	ANEXO B – Termos e Pareceres referentes aos procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez no âmbito do SUS - PAVÍVIS/HUCAM .....	75
	ANEXO C – Prontuário Médico – PAVÍVIS/HUCAM .....	80
	ANEXO D – Prontuário Multidisciplinar – PAVÍVIS/HUCAM .....	83
	ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM .....	89



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a violência sexual tem sido negligenciada pelas pesquisas, em todo o mundo, mesmo tratando-se de importante problema de saúde pública; estimula, ainda, que se pesquise todos os aspectos da violência sexual, tais como sua frequência, contextos, fatores de risco, consequências sociais e em saúde (KRUG et al., 2002). Além disso, a temática encontra-se relacionada na Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil, evidenciando a importância do fenômeno no âmbito nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Não obstante a relevância do tema, seja em relação à garantia dos direitos mais fundamentais, seja em relação às consequências sociais da violência sexual e, particularmente, do estupro, poucos estudos quantitativos têm sido realizados no Brasil, em parte devido à dificuldade de obtenção de dados consistentes e minimamente qualificados (CERQUEIRA; COELHO, 2014), em parte pela invisibilidade do fenômeno e da condescendência social com ele, que começou a ser problematizado apenas nos últimos anos (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

Ressalta-se, ainda, que violência sexual e infecções sexualmente transmissíveis (IST) são dois problemas de saúde pública interligados e que comumente são avaliados separadamente (CAMPBELL; MORACCO; SALTZMAN, 2000).

Trata-se de tema relevante, uma vez que essa população específica – mulheres em situação de violência sexual – vêm recebendo assistência há mais de 20 anos, em serviço específico dentro do HUCAM (Hospital Cassiano Antônio Moraes), (Figura 1), não tendo sido amplamente estudadas pela própria instituição.

Pretendemos analisar aspectos demográficos, comportamentais e clínicos (a frequência de procedimentos realizados, a frequência de IST, de gravidez e de realização do aborto legal) de mulheres assistidas em serviço de saúde referência em violência sexual, por entender que as frequências de IST e de gravidez podem refletir a qualidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de

violência sexual. Estudar essa população e conhecer essas respostas poderão trazer maior compreensão e contribuições para nortear políticas públicas e melhorar a assistência à saúde das pessoas em situação de violência sexual.

Figura 1 - Fachada do Hospital Cassiano Antônio Moraes.



Fonte: Izabella Cardoso Lara (2021).

## 1.2 VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

A OMS define violência como uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002). É considerada um dos principais problemas mundiais de saúde pública (KRUG et al., 2002; OMS, 2016), configurando significativa causa de desestruturação familiar e

peçoal, contribuindo para a perda de qualidade de vida, para o aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, causando grande impacto em termos de morbimortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A violência pode ser categorizada em: física, sexual, psicológica/moral, negligência/abandono, tortura, financeira/econômica, tráfico de pessoas, trabalho infantil e intervenção legal (KRUG et al., 2002) - categorias essas também utilizadas no Brasil para fins de notificação (IPEA; FBSP, 2019).

### **1.2.1 Violência e saúde**

A inclusão do setor saúde enquanto protagonista no enfrentamento dos acidentes e violências no Brasil se efetivou com a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001, e a abordagem da violência como real problema de saúde pública (LIMA, 2009). Posteriormente, houve a inclusão da violência – doméstica, sexual e outras violências – na lista de agravos de notificação compulsória do Ministério da Saúde, devendo ser a violência sexual objeto de notificação imediata, em menos de 24 horas (BRASIL, 2003; 2004; 2011; 2015b). Tornou-se possível, com isso, obter informações sobre incidentes violentos – incluindo violência doméstica e sexual –, após os quais as vítimas buscaram auxílio no sistema de saúde (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Anexo A), composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam a violência, caracterizando autores, vítimas e contextos; os dados coletados por meio dessa ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências, sendo um instrumento de garantia de direitos e de proteção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Nas situações de

violências contra adolescentes e crianças, uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e com isso a rede de cuidados em saúde é acionada.

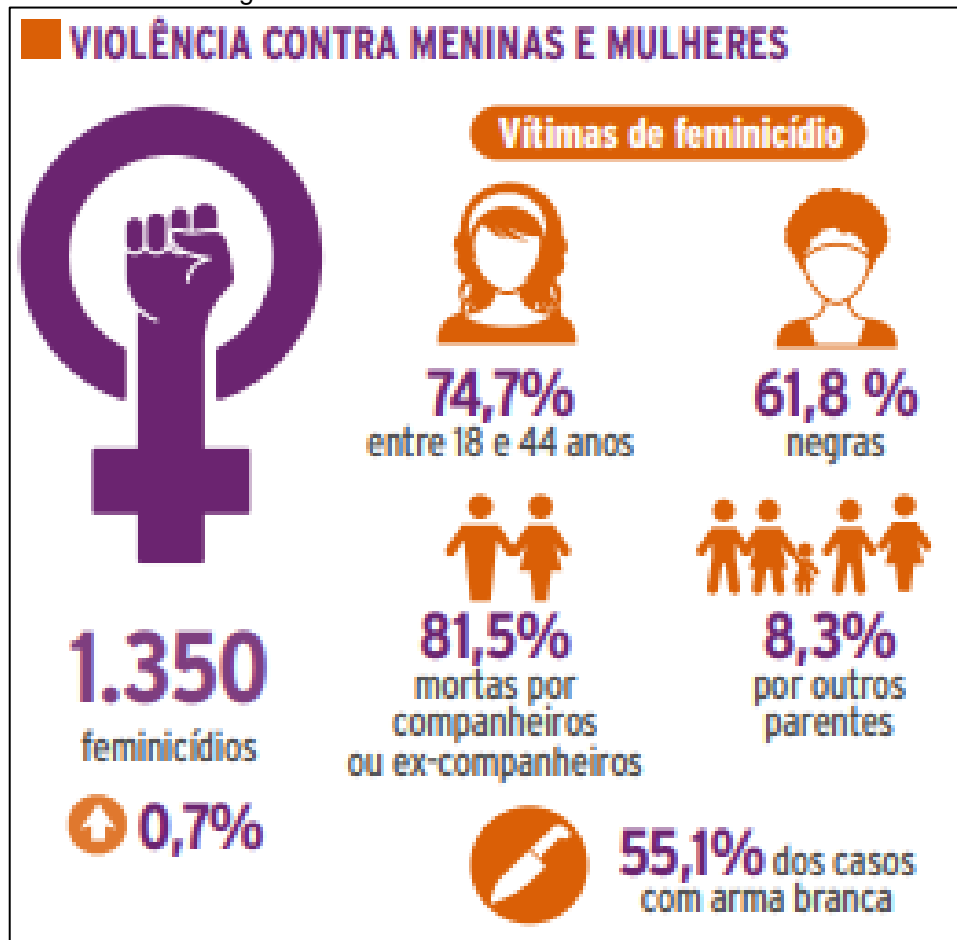
Os protocolos de assistência à saúde de pessoas em situação de violência sexual serão descritos à frente.

### **1.2.2 Violência contra a mulher**

A violência contra a mulher, segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, a chamada Convenção de Belém do Pará (BRASIL, 2006), da qual o Brasil é signatário, é todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada (BRASIL, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Fundamenta-se num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura em geral, mas, não exclusivamente, entre homens e mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2018, foram notificados 1.282.045 casos de violência contra mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Pesquisa do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (BUENO; LIMA, 2019) sobre violência de gênero revelou a ocorrência de 503 agressões por hora; em 2018, entre cada 10 mulheres, quase 3 sofreram violência; 27,4% das mulheres reportaram ter sofrido algum tipo de violência ou agressão nos últimos doze meses, o que significa dizer que 16 milhões de mulheres brasileiras com 16 anos ou mais sofreram algum tipo de violência ao longo de 2018, com maior prevalência entre 16 e 24 anos. Quase 60% da população, sem diferença expressiva entre homens e mulheres, reportou ter visto situações de violência e assédio contra mulheres nos últimos doze meses em seu bairro ou comunidade (BUENO; LIMA, 2019). O agressor é conhecido entre 76,4% das mulheres; cerca de 40% sofrem violência dentro de casa (BUENO; LIMA, 2019).

Figura 2 - Violência contra a mulher no Brasil.



Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021).

Entre os anos de 2009 e 2019, registrou-se o assassinato de 50.056 mulheres no Brasil, sendo que feminicídios - assassinato pela condição de gênero – (BRASIL; 2015) representam um terço das mortes violentas de mulheres no país (CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2021). Em 2020 o país teve 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 (34,5%) foram registrados como feminicídios, o que significa que a morte ocorreu por serem mulheres (CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2021) (Figura 2). Além disso, observa-se aumento do índice de violência entre mulheres homossexuais e bissexuais (IPEA; FBSP, 2019; CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2021).

As estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país passam também por marcos políticos nacionais e internacionais de mudança de paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres (documentos, acordos e planos de ações de conferências e tratados internacionais de direitos humanos ratificados e incorporados ao sistema jurídico nacional), dos quais o Brasil é signatário:

CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres) (BRASIL, 2002), Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (ONU, 1993), a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (ONU, 1995), Convenção interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) (BRASIL, 1996), Conferência Mundial sobre a Mulher (ONU, 1995), além das leis vigentes no país.

### **1.2.3 Violência sexual**

A violência sexual refere-se à prática sexual sem consentimento (BREIDING; CHEN; BLACK, 2014; CDC, 2017). Segundo a OMS, inclui ações que vão desde assédio até à penetração forçada, incluindo diversos tipos de coerção, como pressão social, intimidação e força física, incluindo também situações em que a pessoa é incapaz de dar consentimento, por exemplo, se intoxicada, drogada, dormindo ou se é mentalmente incapaz (WHO, 2012). Abrange, mas não se limita, a estupro dentro do casamento ou relações de namoro, estupro por conhecidos ou desconhecidos, assédio sexual, estupro sistemático, escravidão sexual, abuso sexual de pessoas com deficiências físicas ou mentais assim como de crianças (WHO, 2012). A coerção pode se caracterizar por uso de força, intimidação psicológica, chantagem, castigos (WHO, 2012).

Dentro do contexto jurídico, o Código Penal brasileiro, de 1940, recebeu modificação pela Lei n.12.015, de 12 de agosto de 2009, e todas as ações penais de natureza sexual passaram a ser denominadas Crimes Contra a Dignidade Sexual (BRASIL, 1940; 2009). Entre as alterações mais relevantes, o atual artigo 213 tipifica por estupro qualquer ato sexual não consentido, praticado com uso de força física ou de grave ameaça, contra pessoas tanto do sexo feminino, como masculino, alterando a antiga definição de estupro e passando a designá-lo como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009). Surge também o Capítulo II, que trata dos crimes contra vulnerável, passando a tipificar como crime os atos sexuais contra crianças e adolescentes menores de 14 anos ou contra pessoas de qualquer idade que não possam oferecer resistência ou consentimento válido (BRASIL, 2009).

A violência sexual ocorre no mundo todo; é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, uma vez que atravessa a história e sobrevive (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Estima-se que cerca de 12 milhões de pessoas sejam vítimas de violência sexual a cada ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O sexo feminino representa mais de 80% das vítimas de violência sexual, sendo que em mais de 80% dos casos o agressor é do sexo masculino (IPEA; FBSP, 2019). Porém, não raro, homens, crianças, adultos ou adolescentes, notadamente em situação de cárcere ou internação e, crianças, em especial, em ambiente intrafamiliar/doméstico, também sofrem essa violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (BUENO; LIMA, 2021; FBSP, 2020) 73,7% das vítimas de estupro em 2020 eram vulneráveis/incapazes de consentir, sendo que 60,6% tinham até 13 anos.

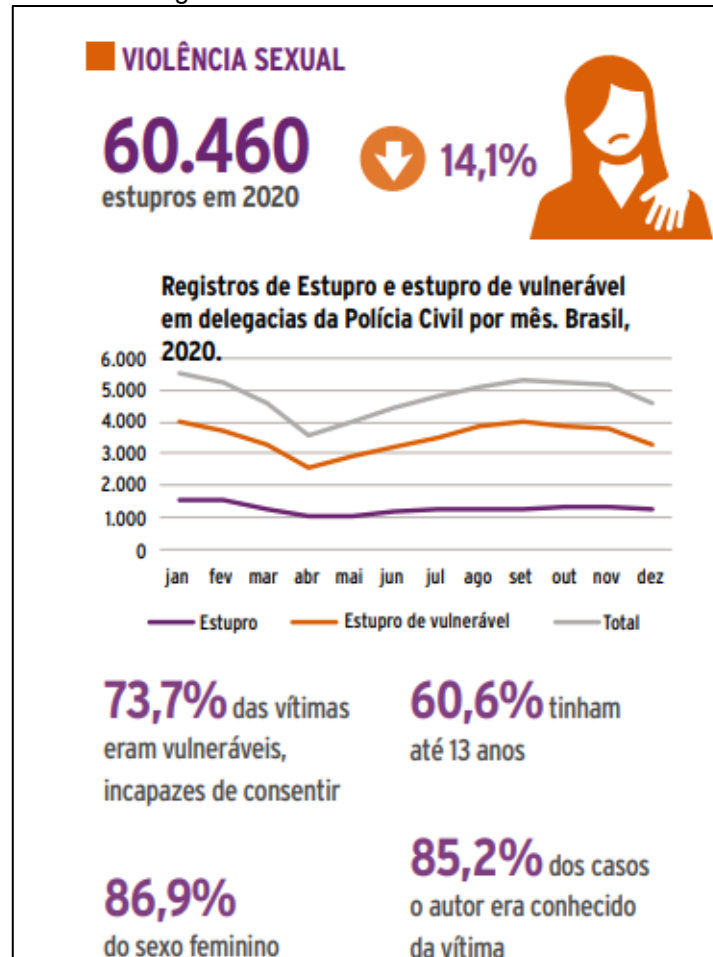
Apesar de haver pouca pesquisa sobre a questão na maioria dos países, os dados disponíveis sugerem que, em alguns países, quase uma em quatro mulheres podem vivenciar a violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo e que quase um terço das adolescentes relatam que sua primeira experiência sexual foi forçada (KRUG et al., 2002). Nos EUA cerca de 20% das mulheres já foram estupradas ao longo de suas vidas (CDC, 2017). Considerando ainda o contexto de conflitos e guerras, a Organização das Nações Unidas (ONU) designou oficialmente, em 2008, o estupro uma arma de guerra (ABDULALI, 2019).

No Brasil a estimativa é de 527 mil casos de estupro ao ano (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Cerca de 65% da população tem medo de ser vítima de violência sexual, 85% dessa parcela correspondendo a mulheres (IPEA; FBSP, 2019). Em 2020 foram registrados 60.460 casos de estupro e estupro de vulnerável (BUENO; LIMA, 2021), 86,9% com vítimas mulheres (Figura 3). Em Vitória, Espírito Santo, dentre os casos notificados no HUCAM entre 2011 e 2014 a violência sexual foi a mais prevalente, correspondendo a 60,5% (HUCAM, 2015).

A violência sexual repercute não apenas na saúde física, pelo risco de aquisição de IST, como na saúde mental (KRUG et al., 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BROOKMEYER; BELTRAN; ABAD, 2017). Cerqueira e Coelho (2014) mostram que as consequências mais prevalentes do estupro são estresse pós-traumático (23,3%),

transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Apontam, ainda, 3,6% de casos de IST secundárias a estupro (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Figura 3 - Violência sexual no Brasil.



Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021).

### 1.2.3.1 Violência sexual e infecções sexualmente transmissíveis

O risco de aquisição de IST após uma exposição à violência sexual vem sendo pesquisado, porém resultados controversos entre os estudos provavelmente se devem a diferenças importantes de metodologia (ESTREICH; FORSTER; ROBINSON, 1990). Estudos mais antigos mostraram até 30% de IST em vítimas de estupro (HAYMAN et al., 1972; FORSTER et al., 1986); estudos mais recentes têm mostrado que, dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% adquirem pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Dados do SINAN de 2011 apontam 3,6% de casos de IST secundários a estupro (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Um estudo de base



populacional norte americano mostrou maior risco de diagnóstico e tratamento de IST em mulheres que sofreram violência sexual, independentemente do tempo transcorrido desde o evento (BROOKMEYER; BELTRAN; ABAD, 2017).

Sabe-se que o risco de aquisição de IST depende de diversas variáveis, como: o tipo de violência sofrida (penetração vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tipo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade da mulher, a condição himenal, a presença de IST, vigência de gravidez e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor (THOMPSON et al., 1997; SHRIER et al., 1998; CAMPBELL; MORACCO; SALTZMAN, 2000; STOCKMAN; CAMPBELL; CELENTANO, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Cerqueira e Coelho (2014) verificaram que tanto maior é a probabilidade de contrair IST quanto mais jovem é a vítima, se o agressor é desconhecido, se o estupro ocorreu mais de uma vez, se houve lesão nos órgãos genitais, se houve penetração anal ou vaginal; se a vítima é negra ou parda.

### **1.2.3.2 Assistência à saúde da pessoa em situação de violência sexual**

A assistência à pessoa em situação de violência é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos, policiais, de segurança pública e de justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O Ministério da Saúde vem publicando protocolos de assistência desde 1993 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; 2005; 2011; 2014; 2018; 2021). Desde 2013, o Brasil tem a garantia por lei para o atendimento obrigatório e imediato no SUS (Sistema Único de Saúde) a pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2013 a; b; 2014 a; b; c; 2015 b). Todos os hospitais da rede pública devem oferecer, de forma imediata: contracepção de emergência, diagnóstico e tratamento de lesões genitais, amparo médico, psicológico e social, profilaxia de IST não virais (cancro mole, clamídia, sífilis, tricomoníase) e virais (hepatite B, HIV) e acesso às informações sobre seus direitos legais e sobre os serviços sanitários disponíveis na rede pública (BRASIL, 2013 a; b; BRASIL, 2014 a; b; c; d).

A assistência imediata às pessoas em situação de violência sexual (idealmente até 72 horas após a agressão) permite oferecer a profilaxia das IST virais e não virais e a contracepção de emergência (essa podendo ser realizada até 5 dias após a agressão), evitando danos futuros para a saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O objetivo da profilaxia é prevenir e tratar as IST mais prevalentes (VREES, 2017).

Esse atendimento deve ser realizado em local adequado, com garantia de privacidade e sem julgamentos morais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), sendo fundamental o processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Protocolos nacionais e internacionais de cuidado às pessoas vítimas de violência sexual ressaltam a necessidade de acolhimento afetuoso, sem julgamentos de ordem moral, a fim de garantir sensação de estar em ambiente seguro e livre preconceitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Deve-se coibir qualquer situação que provoque ou produza o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinados ao atendimento exclusivo de vítimas de violência sexual; para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais, sendo necessário o estabelecimento de fluxos internos de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Informações importantes que devem ser obtidas na entrevista estão listadas no Quadro 1.

Não é tão comum a ocorrência de traumas físicos severos, sendo os hematomas e as lacerações genitais os mais frequentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas antissepsia local; havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas; na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente; quando instáveis, os hematomas podem necessitar

de drenagem cirúrgica; na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

QUADRO 1 - Dados importantes da entrevista nos casos de violência sexual.

<p><b>História da violência</b>  Local, dia e hora aproximada da violência sexual.  Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).  Forma(s) de constrangimento utilizada(s).  Tipificação e número de autores da violência.  Órgão que realizou o encaminhamento.</p> <p><b>Providências instituídas</b>  Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.  Realização do Boletim de Ocorrência Policial.  Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.  Comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).  Outras medidas legais cabíveis.</p> <p><b>Acesso à rede de atenção</b>  Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.</p>
---

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

### **1.2.3.2.1 Protocolo brasileiro de assistência à saúde da pessoa em situação de violência sexual**

#### **1.2.3.2.1.1 Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis virais**

##### **1.2.3.2.1.1.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)**

O risco de transmissão de HIV em casos de violência sexual está entre 0,8% e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Um fator que aumenta o risco de transmissão é o trauma genital com lacerações, que pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As evidências que suportam o benefício da utilização da profilaxia antirretroviral para violência sexual derivam dos conceitos de dinâmica viral e do impacto na redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, além de estudos em animais e estudos observacionais de profilaxia em acidentes com materiais biológicos e em casos de exposição sexual ao HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A profilaxia do HIV consiste no uso de antirretrovirais por um período de 28 dias e deve iniciar, no máximo, até 72 horas após da exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal, nas primeiras 72 horas após a violência, mesmo que o *status* sorológico do agressor seja desconhecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Após esse período, não existem evidências que suportem sua indicação, já que os riscos potenciais (seleção de variantes resistentes - caso a transmissão já tenha ocorrido - toxicidade medicamentosa, dentre outros) superam os benefícios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita; assim, como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nesses casos, a relação risco-benefício deve ser considerada e a decisão individualizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Não está recomendada profilaxia para o HIV no caso de violência sexual em que a mulher, a criança ou a adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor devido à possibilidade de a infecção já ter ocorrido no passado; no entanto, a investigação sorológica deverá ser feita por seis meses, considerando-se o último episódio conhecido de exposição (anal, vaginal ou oral), e a decisão de indicar profilaxia deve ser individualizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Recomenda-se o emprego de esquema antirretroviral com elevada potência de supressão viral, baixo potencial de toxicidade, baixo custo e posologia cômoda, facilitando a adesão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O esquema preferencial deve incluir combinações de três ou quatro antirretrovirais, devendo ser composto por dois inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos, preferencialmente coformulados,

associados a outra classe, geralmente inibidores de integrase, preferencialmente dolutegravir, ou inibidores de protease com ritonavir, como adjuvante farmacológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; 2021). A apresentação e as posologias dos antirretrovirais preferenciais, recomendados no Brasil, encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 - Profilaxia do HIV nas situações de violência sexual.

<b>Medicamento, apresentação e posologia.</b>
Tenofovir (300mg) + Lamivudina (300mg) (comprimido coformulado) 1 comprimido via oral 1x/dia
Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Tenofovir 300mg (1 comprimido via oral 1x/dia) + Lamivudina 150mg (2 comprimidos via oral 1x/dia)
Dolutegravir 50mg 1 comprimido via oral 1x/dia

Fonte: Ministério da Saúde (2021).

Para as gestantes, o esquema preferencial de terapia antirretroviral deve ser tenofovir e lamivudina, composto com atazanavir/ritonavir (até 14 semanas de gestação) ou raltegravir (a partir da 14ª semana de gestação) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; 2021).

Mulheres lactantes devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno, e, nos casos em que sofreram violência sexual, orientadas para a interrupção temporária da amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2018; 2021). Durante o período de janela imunológica, recomenda-se a extração e descarte do leite; uma vez realizado um exame de controle para o HIV na 12ª semana após início da profilaxia e sendo seu resultado não reagente, autoriza-se a reintrodução do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2018; 2021).

Ressalta-se que os adolescentes têm direito à profilaxia mesmo na ausência dos pais ou responsáveis legais, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Os esquemas e posologias da profilaxia para o HIV na infância, especialmente nas crianças com menos de 12 anos, devem ser ajustados: para crianças entre 3 e 12 anos, recomenda-se zidovudina e

lamivudina associados ao raltegravir, sendo a dose indicada de acordo com a faixa de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; 2021).

A profilaxia do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas e o esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A não adesão ao esquema antirretroviral está diretamente relacionada ao risco de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes e por isso é importante, entre outras medidas, manter a pessoa em atendimento bem-informada, esclarecer dúvidas, sugerir que alguém de confiança possa acompanhar e apoiar a profilaxia, sempre que possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Em geral, as reações adversas são inespecíficas e autolimitadas, como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga; as alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco frequentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

#### **1.2.3.2.1.1.2 Hepatite B**

A imunoprofilaxia contra a hepatite B está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). No caso de desconhecimento ou dúvida sobre o *status* vacinal, a profilaxia deverá ser administrada: se a pessoa em situação de violência referir que não foi vacinada ou está com o esquema vacinal incompleto contra hepatite B, deve-se administrar a primeira dose da vacina ou completar o esquema vacinal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2021). Pessoas imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, pessoas não imunizadas ou que desconhecem seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses; aquelas com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas, pois o esquema completo de vacinação (três doses) induz imunidade em 90 a 95% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A vacina contra hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide, uma

vez que a aplicação na região glútea resulta em menor imunogenicidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A indicação de uso da IGHAHB depende do *status* sorológico da pessoa-fonte e do tipo de exposição (comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de violência sexual, entre outros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

### **1.2.3.2.1.1.3 Hepatite C**

Sabe-se que o risco de transmissão do Vírus da Hepatite C (HCV) é mais relacionado às exposições percutâneas, porém a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Mesmo não existindo medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo HCV após a exposição, a testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta é recomendada para permitir o diagnóstico precoce de uma possível infecção, uma vez que mais de 75% dos casos agudos são assintomáticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2018).

Em exposições com paciente-fonte infectado pelo HCV e naquelas com fonte desconhecida, está recomendado o acompanhamento da vítima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Deve-se considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que é de 1 a 4 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo HCV, com o objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica, principalmente nos pacientes assintomáticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

### 1.2.3.2.1.2 Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis não virais

#### 1.2.3.2.1.2.1. Profilaxia de sífilis, clamidíase, gonorreia, cancro mole e tricomoníase

Recomenda-se imediata profilaxia das IST não virais em todos os casos de violência sexual, sempre que possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser postergada em até duas semanas da ocorrência da violência sexual, a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações, não acarretando, necessariamente, danos ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Os esquemas profiláticos das IST não virais propostos pelo Ministério da Saúde (2021) são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Profilaxia das IST não virais nas situações de violência sexual.

<b>Infecção sexualmente transmissível</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Posologia para adultos e adolescentes com mais de 45Kg, inclusive gestantes</b>	<b>Posologia para crianças e adolescentes com menos de 45 kg</b>
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM) em dose única (dividida em duas injeções)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg IM, dose única



Clamidiase e cancro mole	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoniase	Metronidazol	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/ dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fontes: Ministério da Saúde (2018; 2021).

Em gestantes, a profilaxia pode ser administrada em qualquer idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

#### 1.2.3.2.1.3 Contraceção de emergência

A contraceção de emergência é um método que pode evitar a gravidez após a ocorrência da relação sexual, utilizando compostos hormonais concentrados, por curto período, nos dias seguintes à relação sexual desprotegida ou não consentida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O método tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção, com o objetivo de prevenir gravidez inoportuna ou indesejada em casos de relação sexual sem uso de método contraceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do contraceptivo e nas situações de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A contraceção de emergência deve ser prescrita para todas as mulheres que estejam no menacme, que tenham sido expostas ao risco de gravidez, através de contato vaginal certo ou duvidoso com sêmen, a não ser que já façam uso regular de outro método contraceptivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A adolescente também tem direito à prescrição de métodos contraceptivos, de acordo com o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo o uso tão seguro e eficaz quanto o uso em mulheres adultas (BRASIL, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Os métodos hormonais de contraceção de emergência são dois: o primeiro, conhecido como método de Yuzpe, utiliza contraceptivos hormonais orais combinados (estrogênio mais progestágeno sintéticos), administrados até cinco dias após a relação sexual desprotegida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014) (Quadro 4). A

associação mais estudada, recomendada pela OMS, é a que contém etinilestradiol e levonorgestrel, na dose total de 200mg de etinilestradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas, ou administradas em dose única (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014).

O segundo método hormonal de realizar a contracepção de emergência é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg, dividida em dois comprimidos iguais de 0,75mg, a cada 12 horas, ou dois comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única e, da mesma forma que o método de Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias após a relação sexual desprotegida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014).

Como não contém estrogênios, o método do levonorgestrel apresenta menos efeitos colaterais e contraindicações e não apresenta interação com medicamentos antirretrovirais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014). Para mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares, deve-se substituir o método de Yuzpe pelo levonorgestrel; de maneira geral, o levonorgestrel deve ser preferido ao método de Yuzpe, sempre que possível e disponível, devido à sua maior efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014).

Quadro 4 - Esquemas de contracepção de emergência.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
Primeira Escolha	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e	Oral	2 comprimidos cada 12 horas –
Segunda Escolha	0,25 mg de levonorgestrel por comprimido		total de 4 comprimidos
	AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e	Oral	4 comprimidos cada 12 horas –
	0,15 mg de levonorgestrel por comprimido		total de 8 comprimidos

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

A contracepção de emergência apresenta, em média, índice de efetividade de 75%, o que significa dizer que pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após uma relação sexual desprotegida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No entanto, sua eficácia pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e sua administração: a taxa de falha do levonorgestrel, mesmo utilizado entre o 4° e o 5° dia (2,7%), é menor que a taxa média de falha do método de Yuzpe entre 0 e 3 dias (3,2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Assim a contracepção de emergência

deve ser administrada tão rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos cinco dias que sucedem a relação sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os efeitos secundários mais frequentes são náuseas, em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20% e esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada dos comprimidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Se o vômito ocorrer nas primeiras uma a duas horas após a administração, recomenda-se que a dose seja repetida; caso o vômito ocorra novamente e dentro do mesmo prazo, recomenda-se que a administração seja feita por via vaginal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Cerca de 57% das mulheres que usam contracepção de emergência terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações; em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias; e, em outros 13%, pouco mais de sete dias; a antecipação da menstruação, menor que sete dias, ocorre em apenas 15% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O modo de ação da contracepção de emergência se dá por um ou mais dos mecanismos descritos a seguir, em conjunto ou isoladamente: se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante, ocorre alteração do desenvolvimento dos folículos, impedindo ou retardando a ovulação em quase 85% dos casos; na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, atua por outros mecanismos, alterando o transporte dos espermatozóides e do óvulo nas trompas, modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozóides do trato genital feminino inferior até as trompas, alterando a capacitação dos espermatozóides, processo fundamental para a fecundação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014). Assim, não há quaisquer evidências científicas de que a contracepção de emergência exerça efeitos após a fecundação ou que implique a eliminação precoce do embrião (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2014), bem como de risco aumentado de gravidez ectópica ou de anomalias fetais no caso de falha do método (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outra forma de contracepção de emergência é a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, porém não é recomendada devido ao risco potencial de infecção genital agravado pela violência sexual; além disso, deve-se considerar que a manipulação genital pode ser pouco tolerada na mulher em circunstância de violência

sexual recente, particularmente entre as mais jovens ou que ainda não iniciaram vida sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O método é válido em situações excepcionais, a exemplo das mulheres classificadas na categoria 2 da OMS para o uso do método de Yuzpe, quando não se disponha do levonorgestrel para substituí-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A contracepção de emergência é respaldada pela OMS e por diversas agências reguladoras de saúde e associações médicas, nacionais e internacionais, é respaldada eticamente pelo Conselho Federal de Medicina, sendo aprovada pela Vigilância Sanitária no Brasil, sob prescrição médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

#### **1.2.3.2.1.4 Acompanhamento laboratorial**

A coleta imediata de sangue realizada no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de alguma IST prévia à violência sexual; entretanto, tal coleta não deve retardar o início da profilaxia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A realização de hemograma e dosagem de transaminases hepáticas é necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com antirretrovirais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A realização de outros exames laboratoriais deve levar em consideração as condições de saúde pré-existentes da pessoa exposta e a toxicidade conhecida das drogas utilizadas na profilaxia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Todos os exames laboratoriais devem ser realizados no início da profilaxia, duas semanas após a introdução desta, e quando necessário, a critério médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) (Quadro 5).

Quadro 5 - Seguimento laboratorial nos casos de violência sexual.

	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal					
Sífilis (VDRL ou RPR)					
Anti-HIV					
Hepatite B (HBsAg)					
Hepatite C (anti-HCV)					
Transaminases					
Hemograma					

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

A coleta de material de vagina e colo uterino permite realização de exames bacterioscópico, de cultura e biologia molecular, colpocitologia oncótica e investigação endocervical para a pesquisa de gonococo, clamídia e Papilomavírus Humano (HPV), entre outros, quando houver suporte laboratorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2018). Testes de biologia molecular para pesquisa de clamídia e gonococo foram disponibilizados para utilização no SUS desde 2021.

#### 1.2.3.2.2 Coleta e guarda de vestígios

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do autor, sendo regulamentados por lei a humanização e adequação dos serviços de saúde e dos institutos médicos legais à coleta e guarda das provas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados em prontuário de cada mulher, recomendando-se a utilização de fichas específicas de atendimento; o cuidado com o prontuário é de extrema importância, tanto para a qualidade da atenção em saúde quanto para eventuais solicitações da Justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico, fotografando-se, se possível, os traumatismos físicos com

posterior anexação ao prontuário; na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário, o qual poderá ser utilizado em perícia indireta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para identificação da autoria do crime de violência sexual através da análise do DNA do agressor podem ser utilizadas amostras do conteúdo vaginal, oral ou anal, subungueais, de peças de roupas, além de amostras embrionárias nos casos de aborto legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

### **1.2.3.2.3 - Assistência ao aborto legal**

Em casos de gravidez decorrente de violência sexual deve-se considerar a demanda da mulher ou da adolescente, uma vez que existe o direito de serem informadas da possibilidade de realização do aborto legal (também chamado de abortamento sentimental, humanitário ou ético) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), conforme Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e da adolescente e apresentar as alternativas ao aborto legal, como a assistência pré-natal e inserção da criança na família ou a entrega da criança para adoção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Portaria nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez no âmbito do SUS e inclui os seguintes termos, que são assinados pela mulher que decide se submeter ao aborto legal e pela equipe de saúde: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Responsabilidade; Termo de Relato Circunstanciado; Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez (Anexo B).

A realização do aborto legal não se condiciona à decisão judicial que sentencie e/ou decida se ocorreu estupro ou violência sexual; a lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual, nem exige o Boletim de Ocorrência Policial e/ou laudo

do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal do Instituto Médico Legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Idealmente a mulher ou adolescente deve ser acolhida e avaliada por equipe multidisciplinar, para determinação da idade gestacional, realização de exames laboratoriais (tipagem sanguínea, sorologia para IST), escuta e aconselhamento (FEBRASGO, 2021).

Os serviços de referência para o aborto legal devem ter disponibilidade de misoprostol, para o abortamento medicamentoso ou para o preparo do colo de útero e precisam contar, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) e material para dilatação e curetagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

É necessário organizar e capacitar a equipe médica, uma vez que é garantido ao médico, de acordo com o Código de Ética Médica, a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual (CFM, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). No entanto, é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

### **1.3 PAVÍVIS: PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

O Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS) é um Programa de Extensão do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Funciona no Hospital Universitário HUCAM e está ativo desde 1998 (Figura 4), havendo até o ano de 2020, registro de atendimento a cerca de 4 mil novos casos.

Figura 4 - Fachada do PAVÍVIS.



Fonte: Izabella Cardoso Lara (2021).

A equipe é multidisciplinar, composta por médicos ginecologistas e obstetras, psiquiatra, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia e psiquiatria, enfermeira, assistente social, psicólogos e alunos de graduação em medicina, enfermagem serviço social e psicologia. A equipe faz atendimento eletivo ambulatorial, agendado ou por livre demanda e o corpo clínico hospitalar faz o atendimento de urgência, 24 horas, no plantão da maternidade do HUCAM. O corpo clínico também presta assistência aos casos de aborto legal, até vinte semanas de gestação, quando são internados. O protocolo de atendimento do PAVÍVIS é demonstrado nas Figuras 5 e 6.

Segundo Drezett et al. (2013), há pouco conhecimento do problema da assistência em saúde aos casos de violência sexual e se dá pouca importância ao papel do setor saúde no desfecho dos casos e no impacto da assistência na vida dessas mulheres (DREZETT et al., 2013). O setor saúde ainda encara o tema como questão de cunho policial, o que provoca certa paralisia pelo temor de envolvimento com a justiça (DREZETT et al., 2013). Além disso, prevalecem estereótipos e mitos que comprometem aspectos técnicos e éticos do atendimento (DREZETT et al., 2013).

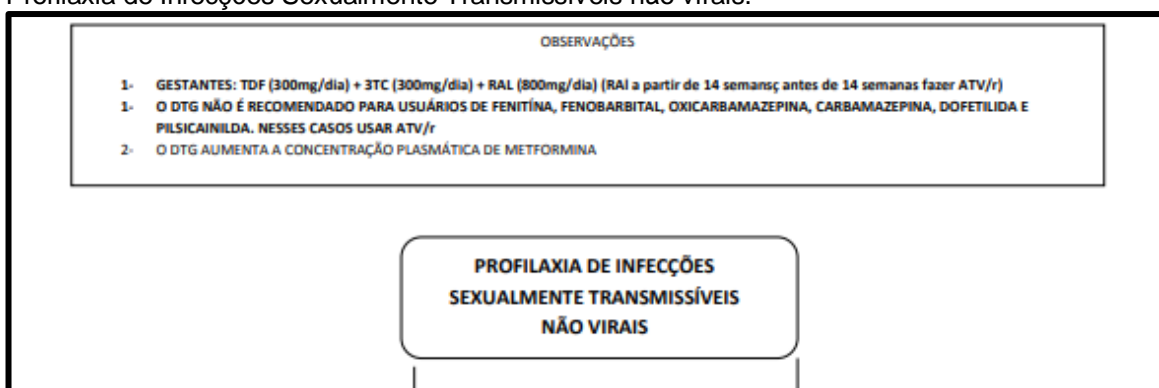
Figura 5 - Protocolo de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, HUCAM/PAVÍVIS – Profilaxia da Gravidez e HIV.

<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL - HUCAM/PAVÍVIS</b>
<b>LOCAIS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS</b>
<u>Atendimento de Urgência 24 horas</u>
Primeiro atendimento: Pronto Socorro da Maternidade do HUCAM
Obs.: Classificação de risco VERMELHA
Equipe: Médicos Ginecologistas e Obstetras/Enfermeira Obstetra/Residentes e Internos da Ginecologia e Obstetrícia



Fonte: PAVÍVIS (2021).

Figura 6 - Protocolo de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, HUCAM/PAVÍVIS – Profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais.



Fonte: PAVÍVIS (2021).

Acreditamos que os profissionais de saúde, que são pessoas que operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde, não recebem, em sua formação, adequado conhecimento e treinamento para abordar os casos de violência sexual; é necessário perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O enfrentamento da violência sexual requer a participação de órgãos das áreas da saúde, educação, trabalho, segurança pública, justiça e de direitos humanos e exige políticas públicas intersetoriais e ações integradas do Estado e da sociedade geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Nesse sentido o trabalho da equipe do PAVÍVIS vem somar, contribuindo para as comunidades intra e extramuros da UFES, nos campos da assistência, formação, capacitação, sensibilização e pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever os aspectos demográficos, comportamentais e clínicos de mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas em serviço de referência em Vitória, ES, no período de uma década.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever aspectos sociodemográficos entre mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS/HUCAM.

Determinar a frequência entre procedimentos realizados nos atendimentos a mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual no PAVÍVIS/HUCAM.

Determinar a frequência de IST entre mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS/HUCAM.

Determinar a frequência de gravidez entre mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS/HUCAM.

Determinar a frequência de aborto legal entre mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS/HUCAM.

Determinar fatores associados à frequência de IST e gravidez entre mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS/HUCAM.

## 3 PACIENTES E MÉTODOS

### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de coorte retrospectiva conduzido em mulheres residentes no Estado do Espírito Santo que receberam assistência no PAVÍVIS/HUCAM no período de uma década.

### 3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas em situação de violência sexual, assistidas no PAVÍVIS/HUCAM, Vitória, ES, entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2019.

### 3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Adolescente e adultos do sexo masculino e crianças de ambos os sexos (até 11 anos) em situação de violência sexual, assistidos no PAVÍVIS/HUCAM, Vitória, ES, entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2019.

### 3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram informações demográficas, clínicas, características das agressões, resultados de exames laboratoriais complementares (testes sorológicos para IST – HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C – gravidez, citologias cérvico-vaginais), informações sobre procedimentos realizados, coletadas das fichas de notificação (Anexo A) e dos prontuários médico e multidisciplinar utilizados no PAVÍVIS/HUCAM (Anexos C e D)

### 3.5 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis foram extraídas das fontes primárias (prontuários e fichas de notificação) e foram digitadas por auxiliares de pesquisa e conferidas pela pesquisadora principal, em planilhas Excel.

#### **3.5.1 Análise estatística**

O programa IBM SPSS *Statistics version 24* foi utilizado para conduzir as análises estatísticas.

A caracterização dos dados foi apresentada na forma de frequência observada, porcentagem, valores mínimo e máximo, mediana, média e desvio padrão. A seguir foram calculadas as frequências de IST e gravidez.

Para o cálculo da prevalência de IST e gravidez foram incluídas no denominador apenas as mulheres que foram submetidas à coleta de sangue e no numerador apenas as mulheres com resultados positivos no primeiro teste sorológico. Para o cálculo da incidência de IST e gravidez foram incluídas no denominador apenas as mulheres que tiveram o resultado negativo para IST e/ou gravidez na primeira coleta de sangue e no numerador aquelas com teste positivo no segundo exame. Considerou-se o segundo exame positivo para IST qualquer exame positivo em até 6 meses de seguimento, excluindo o primeiro exame.

Utilizou-se o teste exato de Fisher para situações em que valores esperados fossem menores que 5. Utilizou-se o teste qui-quadrado para medir a associação entre as variáveis categóricas independentes e os desfechos. O teste de McNemar associou as IST e o teste de gravidez entre o 1º e 2º exames realizados no primeiro atendimento e no retorno para o seguimento dos casos.

Para as variáveis do estudo que apresentaram significância estatística de 10% no teste qui-quadrado, foi calculado o *odds ratio* bruto e ajustado pelo modelo de regressão. A regressão logística múltipla com o método de seleção de variáveis *Forward*, foi utilizada para avaliar a associação dos desfechos com os possíveis fatores de risco ou proteção. Essas associações foram realizadas levando-se em conta os 1º e 2º exames em conjunto e também somente o 2º exame. O nível *alfa* de significância utilizado em todas as análises foi de 5%.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pela direção do HUCAM e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM sob o número 2.213.318/2017 (Anexo E). A confidencialidade das informações foi protegida para que a identidade das pacientes se mantivesse resguardada.

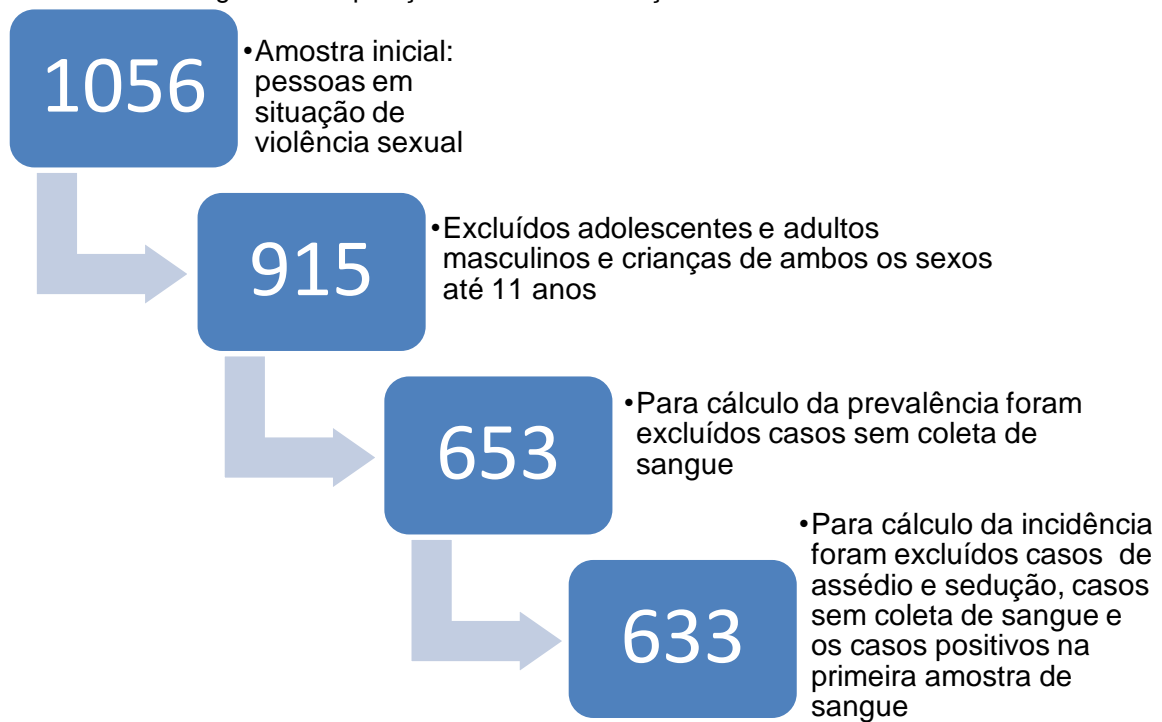
## **4 RESULTADOS**

### **4.1 PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO**

#### **4.1.1 Características sociodemográficas**

Foram incluídas no estudo 915 mulheres em situação de violência sexual assistidas no PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (Figura 7).

Figura 7 – População do estudo e seleção do tamanho da amostra



Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria, 93,29% (853/915), era residente nos municípios da Região Metropolitana de Vitória. As características sociodemográficas das mulheres podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=915).

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>f %</b>
<b>Idade</b>		
12 a 17 anos	388	42,4
18 a 23 anos	144	23,00
24 a 29 anos	113	18,05
30 a 39 anos	90	14,38
40 ou mais	47	7,51
<b>Cor</b>		
Parda	319	50,96



Branca	187	29,87
Preta	93	14,86
Amarela	1	0,16
Sem dados	26	4,15
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	493	78,75
Casada/União Consensual	83	13,26
Separada/Divorciada/Viúva	44	7
Sem dados	6	0,96
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental I	104	16,61
Ensino Fundamental II	187	29,87
Ensino Médio	237	37,86
Ensino Superior	60	9,58
Analfabeta	6	0,96
Sem dados	27	4,31

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à história ginecológica e obstétrica, a média de filhos nas mulheres da amostra foi de 1,8 (DP  $\pm$  0,9), a de abortos espontâneos foi de 1,5 (DP  $\pm$  1,2) e a de abortos provocados foi de 1,5 (DP  $\pm$  1,2). A idade média da coitarca foi de 15,9 anos (DP  $\pm$  3,8 anos), a média de parceiros sexuais foi de 3,2 (DP  $\pm$  2,8) e 22,95% (210/915) utilizavam contracepção. Cerca de um terço das mulheres (313/915) não tinha iniciado a vida sexual e 1,60% (10/653) estavam grávidas quando sofreram violência sexual. Cerca de 25% (227/915) das mulheres do estudo eram vítimas de violência sexual recorrente. Apenas 2,62% (24/915) reportaram uso de drogas ilícitas e 6,01% (55/915) relataram uso de álcool.

#### 4.1.2 Características das agressões

Quanto às características das agressões, 92% (842/915) dos casos de violência sexual nessa amostra foram de estupro. Cerca de 60% (550/915) das mulheres sofreram ameaça: enforcamento 0,32% (3/915); uso de força física ou espancamento 4,48% (41/915); uso de droga 5,02% (46/915); uso de objeto perfurocortante 11,25% (103/915); uso de arma de fogo 19,34% (177/915). Quanto ao número e conhecimento dos agressores, 89,40% (818/915) relataram um agressor e em 51,48% (471/915) dos

casos o agressor era um conhecido ou parente: 67,18% (307/471) conhecido; 11,67% (55/471) padrasto; 7,02% (37/471) pai; 4,88% (23/471) namorado; 3,39% (16/471) ex-marido ou ex-namorado; 2,97% (14/471) relação institucional; 2,12% (10/471) marido; 1,48% (7/471) irmão; 0,21% (1/471) filho e cuidador 0,21% (1/471).

#### 4.2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

A Tabela 2 demonstra os procedimentos realizados nas mulheres assistidas pelo programa, sendo que 42,62% (390/915) foram atendidas em até 72 horas; 36,94% (338/915) receberam profilaxia de IST e contracepção de emergência.

Tabela 2 - Procedimentos realizados em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=904\*).

	<b>Profilaxia de IST</b> n (f %)	<b>Contracepção de Emergência</b> n (f %)
Sim	392 (43,36)	349 (38,60)
Não	491 (54,31)	519 (57,41)
Sem dados	21 (2,32)	36 (3,98)
	<b>Coleta de amostra vaginal</b> n (f %)	<b>Coleta de Sangue</b> n (f %)
Sim	10 (1,10)	647 (71,57)
Não	827 (88,10)	195 (21,57)
Sem dados	67 (7,10)	62 (6,85)

\*O N exclui casos de sedução e assédio sexual

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, GRAVIDEZ E FATORES ASSOCIADOS

A Tabela 3 descreve as frequências de IST e gravidez na população que teve sangue coletado para análise. A Tabela 4 descreve as frequências de IST por período, entre 2010 e 2019.

Tabela 3 - Frequências de IST e gravidez em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019

<b>IST</b>	<b>Prevalência*</b> n (%)	<b>Incidência**</b> n (%)
Sífilis	2 (0,32)	7 (1,12)

Hepatite B	1 (0,16)	5 (0,80)
Hepatite C	0 (0,00)	4 (0,64)
Gravidez	10 (1,60)	172 (27,48)

\*N=653 (inclui todos os casos de violência sexual e exclui os casos em não houve coleta de sangue)

\*\*N=633 (exclui os casos de sedução, assédio, os casos em que não houve coleta de sangue e os casos positivos na primeira amostra de sangue)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4 – Frequências de IST por períodos em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019

Frequência	n	f %
<b>Pelo menos uma IST por ano (prevalência)*</b>		
2010-2012	01	0.68
2013-2015	01	0.78
2016-2018	01	0.42
2019-2020	00	0.00
<b>Pelo menos uma IST por ano (incidência)**</b>		
2010-2012	06	4.14
2013-2015	05	3.94
2016-2018	03	1.28
2019-2020	02	1.54

\*N=653 (inclui todos os casos de violência sexual e exclui os casos em não houve coleta de sangue)

\*\*N=633 (exclui os casos de sedução, assédio, os casos em que não houve coleta de sangue e os casos positivos na primeira amostra de sangue)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tricomoníase foi identificada em 1,9% (2/108) mulheres que tiveram colpocitológico colhido. As colpocitologias apresentaram as seguintes lesões: 2,8% (3/108) de LSIL e 1,9% (2/108) de HSIL, ambas lesões citológicas induzidas por HPV (Papilomavírus Humano). Cerca de 20% (21/108) das citologias tinham flora predominante de cocobacilos, *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus*, microbiota que sugere vaginose bacteriana.

Em relação ao histórico sexual da mulher, cada aumento de unidade no número de parceiros sexuais aumentou a chance de ocorrência de sífilis em 1,3 vezes ( $p=0,036$ ) e cada aumento na idade da coitarca diminuiu a chance de infecção pelo VHB ( $p=0,033$ ) (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis associadas a IST e gravidez em mulheres em situação de violência sexual assistidas pelo PAVÍVIS entre 2010 e 2019 (N=904\*\*)

(continua)

Variáveis dependentes	Variáveis independentes	Valor p*	OR	IC 95% para OR	
				Limite inferior	Limite superior

Sífilis (algum exame positivo)	Número de agressores envolvidos na violência	Um	-	1	-	-
		Dois	0,998	1	0,000	
		Três ou mais	<b>0,030</b>	14,751	1,296	167,930
Hepatite B (algum exame positivo)	Número de agressores envolvidos na violência	Um	-	1	-	-
		Dois	0,997	1	0,000	
		Três ou mais	<b>0,033</b>	12,329	1,218	124,808
Sífilis (2º exame (positivo)	Número parceiros sexuais		<b>0,036</b>	1,280	1,016	1,612
Hepatite B (2º exame (positivo)	Idade da coitarca		<b>0,039</b>	0,792	0,635	0,989
Gravidez (2º exame positivo)	Faixa etária	18 a 23 anos	<b>0,004</b>	7,698	1,886	31,424
		24 a 29 anos	<b>0,004</b>	6,926	1,846	25,985
	Arma de fogo	Não	-	1	-	-
Sim		<b>0,007</b>	5,675	1,616	19,936	
Profilaxia DST	Não	-	1	-	-	
	Sim	<b>&lt; 0,001</b>	0,008	0,002	0,032	
Lesão citológica induzida por HPV	Número de agressores envolvidos na violência	Um	-	1	-	-
		Dois	0,843	1,376	0,059	32,183
		Três ou mais	<b>0,043</b>	22,591	1,104	462,151
Vaginose bacteriana	Profilaxia IST	Não	-	1	-	-
		Sim	<b>0,025</b>	0,339	0,132	0,870

(\*) Regressão logística múltipla com método de seleção de variáveis *Forward*; OR - *Odds Ratio*; (1) Categoria de referência; significativo se  $p < 0,050$ . Variáveis incluídas no modelo - Município de residência, Município de ocorrência, Faixa etária, Raça/cor, Estado civil, Escolaridade formal, Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?, Se sim, qual tipo de transtorno?, Está grávida, Número de filhos, Número de aborto espontâneo, Idade da coitarca, Número de parceiros sexuais, Utiliza contracepção, Uso de drogas pela vítima, Ocorreu outras vezes?, Força corporal ou espancamento, Objeto perfuro cortante, Medicamento, Arma de fogo, Profilaxia DST, Contracepção de emergência, Número envolvidos na violência, Parentesco agressor, Uso de droga pelo agressor. O N exclui casos de sedução e assédio sexual e os casos em que não houve coleta de sangue.

(\*\*) O N exclui casos de sedução e assédio sexual

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às características das agressões, a ocorrência de três ou mais agressores aumentou a chance de diagnóstico de sífilis em 14,7 vezes ( $p=0,030$ ) e hepatite B em 12,3 vezes ( $p= 0,033$ ), além de aumentar a chance de apresentar lesão citológica cervical induzida por HPV em 22,6 vezes ( $p=0,043$ ), em comparação à violência por um agressor (Tabela 5).

Observamos 27,48% (172/653) de gestações decorrentes de violência sexual, com maior chance de gravidez (7,7 vezes,  $p=0,004$ ) entre 18 e 23 anos e entre 24 e 29 anos (6,9 vezes,  $p=0,004$ ) (Tabela 5). Dentre essas mulheres que engravidaram 5,81% (10/172) receberam contracepção de emergência e ainda assim engravidaram.

Entre as mulheres que sofreram ameaça, o uso de arma de fogo, o associou-se a 5,7 vezes ( $p=0,007$ ) mais chance de engravidar (Tabela 5).

#### 4.4 ABORTO LEGAL

Das 172 gestações decorrentes da violência sexual, 75% (129/172) foram submetidas ao aborto legal.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

#### 5.1.1 Características sociodemográficas

Os dados sociodemográficos das mulheres incluídas no estudo são semelhantes aos dados brasileiros descritos no SINAN de 2011 e nos Anuários Brasileiros de Segurança Pública de 2020 e 2021 (BUENO; LIMA, 2019; BUENO; LIMA, 2021) em que a grande maioria das mulheres em situação de violência sexual têm baixa escolaridade, crianças e adolescentes representam mais de 70% das vítimas,

predominam brancas e pardas, e solteiras sofrem maior vitimização do que as casadas (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Cerca de um terço das mulheres não haviam sequer iniciado a vida sexual, número semelhante ao descrito por Rosa et al., 2018 e pela OMS (KRUG et al., 2002). Isso pode se dever, em parte, à inclusão na amostra, de meninas a partir de 12 anos, idade em que começa a adolescência segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Ressalta-se que 42,4% das vítimas tinham entre 12 e 17 anos, sendo que 25,68% (235/915) tinham entre 12 e 14 anos, idade que compreende o chamado estupro de vulnerável (ainda que seja dado consentimento para o ato sexual).

No Brasil, em situações de violência contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente deve ser notificado, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), o que aciona a vigilância epidemiológica, para que as vítimas sejam admitidas nos serviços de saúde para realização de profilaxia e pré-natal. Isso pode explicar o grande número de meninas adolescentes na amostra. Assim, nossos dados, assim como os do SINAN, revelam números de pessoas que acessaram o serviço de saúde.

No entanto, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021 (BUENO; LIMA, 2021), cuja fonte são dados policiais, também mostram que 60,6% das vítimas de estupro no Brasil em 2020 tinham até 13 anos. É fato que a sexualização precoce e a violência sexual contra crianças e adolescentes ainda é uma questão cercada de tabus, medos, omissões e até mesmo descasos em diversos segmentos da sociedade (FIGUEIREDO; BOCHI, 2006). É possível, no entanto, que ocorra uma sub-representação de mulheres adultas vítimas de violência sexual, que se tornaram invisíveis aos olhos da sociedade por não terem acessado os serviços de saúde, diante dos tabus, medo e vergonha envolvidos (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

Na violência sexual, a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático, pode acarretar, entre outros sintomas, experiência de revivescência traumática e evitação de estímulos que evoquem lembranças do evento gerador, duas experiências essencialmente dolorosas (SOUZA et al., 2012; SOMMACAL; TAGLIARI, 2017). O trauma da violência sexual altera a autopercepção, traz culpa, desejo de invisibilidade,

sensação de não merecer cuidado, vergonha, negligência com o próprio corpo (SOUZA et al., 2012; VREES, 2017). A profunda desesperança e autodepreciação que podem acometer essas mulheres costumam levá-las a um embotamento que dificulta a busca por ajuda em tempo hábil (SOUZA et al., 2012; VREES, 2017).

Segundo Engel (2017) meninas e mulheres são vítimas de um coletivo que compartilha valores e práticas de masculinidade, que justificam ou minimizam a gravidade e dimensão do estupro e de outras formas de abuso, a chamada cultura do estupro. É senso comum que a sociedade e as instituições, estruturadas por essa cultura do estupro, busquem no crime em questão encontrar condutas entendidas como desviantes na sexualidade da mulher, para culpar a vítima (SOMMACAL; TAGLIARI, 2017; VREES, 2017). O não acesso aos serviços de saúde pode ser a posição que a mulher ocupa na sociedade, que é relevante para pensar a forma como a vítima lida com a violência (SOARES, 2003). O tempo que as mulheres sofrem violências crônicas e a demora em denunciar ou procurar os serviços de saúde decorre do pertencimento a uma cultura patriarcal, judaico-cristã, que historicamente tende a culpar e desacreditar nas mulheres, principalmente quando se trata de questões sexuais (SOARES, 2003). Nossa sociedade tende a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada dessa situação, em vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria (SOARES, 2003). O medo da estigmatização pode levar ao atraso pela busca de assistência médica (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). Assim, considerando o trauma que interfere na autoimagem e a discriminação que a vítima sofre por parte dos aparelhos ideológicos repressivos, a denúncia torna-se um ato desafiador e por vezes multiplicador da violência, isolando a vítima no silêncio que aparentemente dará fim àquela dor (SOUZA et al., 2012; VREES, 2017).

A violência doméstica, familiar e sexual ocorre em grande parte porque culturalmente estabeleceu-se a desigualdade de tratamento e de poder entre homens e mulheres (ANDRADE, 2017). O ato está relacionado a fatores sociais, culturais e econômicos e, muitas vezes, sua ocorrência é favorecida por valores, ideologias e normas que a naturalizam (ENGEL, 2017; LUTGENDORF, 2019; MASCARENHAS et al., 2020). Intervêm nesses processos relações estruturais, iniquidades de gênero, fatores individuais e formas de compreensão da violência por parte da sociedade (WHO, 2012).

A OMS (WHO, 2016) reconhece múltiplos fatores que interferem em níveis individuais, comunitários e sociais, apontando fatores de risco para um homem cometer violência sexual: ser membro de gangues, uso de álcool, drogas, personalidade antissocial, violência parental, abuso físico ou sexual na infância, baixo nível educacional, desigualdade de gênero. O enfrentamento desse problema requer cooperação entre os setores saúde, educação e justiça, intervindo em comunidades para modificar comportamentos de gênero e melhorando condições sociais e econômicas de mulheres (WHO, 2016).

### **5.1.2 Características das agressões**

No geral, 70% dos casos de violência sexual são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima, o agressor desconhecido passa a configurar paulatinamente como principal autor à medida que a idade da vítima aumenta (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

A ameaça por arma de fogo, que pode inibir a resistência ao agressor, associou-se a 5,7 vezes maior chance de engravidar (Tabela 5). Segundo Cerqueira e Coelho (2014), a ameaça e a força corporal/espancamento são fortemente presentes e aumentam com a faixa etária da vítima, sendo o agressor conhecido ou não; sabe-se que a prevalência do uso de objetos contundentes ou perfurocortantes também aumenta com a faixa etária e é sempre maior quando o agressor é desconhecido.

## **5.2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

O estudo evidenciou que a maioria das pacientes teve amostra de sangue coletada, porém cerca de 40% procuraram assistência médica em até 72 horas; os percentuais de pacientes submetidas aos procedimentos de profilaxia para IST bacterianas e virais e contracepção de emergência foram semelhantes aos descritos nos dados do SINAN (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

O objetivo da profilaxia de IST em vítimas de violência sexual é prevenir e tratar as IST mais prevalentes e o Ministério da Saúde preconiza protocolos e normas técnicas



para esse tipo de assistência, as quais são seguidas pela equipe do PAVÍVIS/HUCAM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2011; 2014, 2017, 2018; 2021).

A probabilidade de a vítima passar por profilaxia contra IST é tanto menor quanto mais jovem for a vítima, quanto menor for sua escolaridade, quanto maior for a proximidade da vítima com o agressor, se a vítima for do sexo masculino, se a sua zona de residência for rural, se não houver penetração vaginal ou anal, se agressão ocorreu outras vezes; um adulto possui o dobro de chance de passar por um tratamento profilático do que uma criança (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

A maioria das mulheres da amostra era jovem, tinha baixa escolaridade e conhecia o agressor, características associadas a menor chance de receber profilaxia para IST (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Cerca de 25% sofriam violência sexual recorrente, o que também diminui a chance de receber profilaxia para IST (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

É cada vez maior o número de mulheres que recorre aos serviços de saúde em tempo hábil para a realização de medidas protetoras, mas percentual importante não recebe medicações adequadas para a profilaxia de IST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; DREZETT et al, 2013; DELZIOVO et al., 2018). Delziovo et al. (2018) mostram que cerca de 30% não foram atendidas em até 72 horas e não receberam contracepção de emergência e surpreendentes 27,8% foram atendidas em até 72 horas, porém não receberam contracepção de emergência.

A contracepção de emergência, ainda que seja um direito da mulher e uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual, é ignorada e não raramente omitida por motivos injustificáveis (DREZETT et al. 2013). Estudo brasileiro em Santa Catarina (DELZIOVO et al., 2018) evidenciou 7,6% de gravidez decorrente de violência sexual, índice maior no grupo atendido após 72 horas do evento e que não recebeu contracepção de emergência.

A incapacidade de assistir cerca de metade das mulheres em situação de violência sexual evidencia falha na garantia dos direitos reprodutivos, que passa pela gestão em saúde, capacitação de alunos de graduação e profissionais da saúde e divulgação para a população sobre a importância e disponibilidade da assistência precoce, no SUS, para pessoas em situação de violência sexual.

Apenas cerca de 1,1% colheram amostra vaginal, pois a coleta de evidências, exame médico-legal e documentação forense não são realizadas no serviço. Outro motivo é seguirmos as diretrizes brasileiras e colhermos o preventivo apenas a partir de 25 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

### 5.3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, GRAVIDEZ E FATORES ASSOCIADOS

Observamos menos de 50% de mulheres recebendo profilaxia de IST, o que parece não condizer com a baixa frequência de IST encontrada, diferente do descrito em estudos prévios (DREZETT et al., 2011; DREZETT et al., 2013, NANKINGA; MISINDE; KWAGALA, 2016; VREES, 2017; BROOKMEYER; BELTRAN; ABAD, 2017). Alguns estudos trazem as seguintes frequências de IST em vítimas de estupro: hepatite C: 1,4 a 3%; herpes genital: 1,6%; sífilis: 2,5%; hepatite B: 3%; gonorreia: 3,5 a 12%; tricomoníase: 3,1 a 22% (CAMPBELL; MORACCO; SALTZMAN, 2000; DUDE, 2007; DREZETT et al., 2013). Em países africanos, onde a violência sexual é frequentemente utilizada como arma de guerra, sífilis pode ser diagnosticada em até 12% das mulheres que sofrem crimes sexuais (ONONGE et al., 2005).

Os baixos índices de IST encontrados podem ser explicados pela ausência de pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, bem como pela vacinação para hepatite B no Brasil. Por outro lado a infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é endêmica no estado do Espírito Santo, onde se deu o estudo, o que pode ter contribuído para a incidência de VHB encontrada. (MORENO; ALICIA, 2011).

No entanto, a violência sexual costuma ser um dos maiores preditores de IST (BROOKMEYER; BELTRAN; ABAD, 2017). Brookmeyer, Beltran e Abad (2017) mostraram que mulheres que tiveram a experiência de sexo sem consentimento foram mais testadas para IST e observaram maiores índices de herpes, condilomas genitais e clamídia do que no grupo de mulheres que nunca tiveram essa experiência; que o sexo sem consentimento aumentou o risco para diagnóstico e tratamento de IST e que a população é susceptível, embora nem sempre se possa atribuir a IST ao evento da violência sexual.

Não encontramos nenhum caso prevalente ou incidente de HIV. A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual (GOSTIN et al., 1994). Estudos indicam que a possibilidade de infecção pelo HIV oscila entre 0,8 e 2,7%, risco comparável ao observado em outras formas de exposição sexual única ou nos acidentes ocupacionais entre profissionais de saúde (DREZETT, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Estudo multicêntrico realizado em São Paulo, envolvendo mais de 1.600 mulheres em situação de violência sexual, demonstrou que no grupo que utilizou os antirretrovirais nenhuma paciente apresentou sorologia positiva para o HIV (FACURI et al., 2013). Por outro lado, no grupo que não utilizou os antirretrovirais, 2,7% das mulheres apresentaram soroconversão para o HIV, demonstrando a eficácia da profilaxia (FACURI et al., 2013). Na África do Sul, verificou-se aumento de 0,9% para 6,4% nos percentuais de testes positivos para HIV entre mulheres em situação de violência sexual, com maior frequência de casos entre jovens de 16 e 20 anos (MEEL; KWIZERA, 2011). Estima-se que 20 mil mulheres jovens e meninas em Uganda serão infectadas pelo HIV a cada ano como resultado do estupro (VIRGINIE; YASMIN; SALLY, 2010). Um dos fatores que contribuem para esse cenário, é o uso, na África, do estupro como arma de guerra (ABDULALI, 2019).

O risco de aquisição de IST depende do tipo de penetração, do número de agressores, da frequência da agressão, da idade e suscetibilidade da mulher (BREIDING; CHEN; BLACK, 2014). Para Drezett (2012), considerando-se todos os riscos específicos possíveis, cerca de 50% das mulheres em situação de violência sexual enfrentam alguma IST. Segundo o Ministério da Saúde (2014), essa taxa varia entre 16 e 58%; dados do SINAN (CERQUEIRA; COELHO, 2014) apontam 3,6% de casos de IST secundárias a estupro. Delziovo et al., (2018), em análise de dados de Santa Catarina, Brasil, entre 2008 e 2013, encontrou 3%, 5,8% e 2,4% de IST decorrente de violência sexual, nas faixas etárias de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e maiores de 20 anos, respectivamente.

Em nosso estudo, o maior número de parceiros sexuais aumentou a chance de infecção por sífilis e o aumento na idade da coitarca diminuiu a chance de infecção por VHB. Em relação a características da violência sexual, observamos que a ocorrência de três ou mais agressores aumentou a chance de diagnóstico de sífilis em 14,7 vezes e hepatite B em 12,3 vezes, além de aumentar a chance de apresentar

lesão citológica cervical induzida por HPV em 22,6 vezes em comparação à violência por um agressor. Delziovo et al. 2018 também observaram aumento do risco de aquisição de IST com maior número de agressores. Segundo Cerqueira, Coelho e Ferreira (2017) o estupro coletivo correspondeu a 15,8% de todos os casos relatados pelo SINAN em 2014, sendo mais comum entre adolescentes episódios envolvendo mais de um agressor, o que torna essa população mais vulnerável (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Observamos 27,1% de gestações decorrentes de violência sexual, com maior chance de gravidez (7,7 vezes,  $p=0,004$ ) entre 18 e 23 anos e entre 24 e 29 anos (6,9 vezes,  $p=0,004$ ). O uso de arma de fogo aumentou o risco de gravidez. Já a profilaxia de IST diminuiu a chance de ocorrência de gravidez, tendo sido a frequência de gravidez resultante da violência sexual surpreendentemente alta.

Julgamos esse percentual alto, comparando com dados de ROSA et al. (2018) (2,82%); do SINAN (CERQUEIRA; COELHO, 2014) (7,1%); de Delziovo et al. (2018), (3,8 a 10,8%, dependendo da faixa etária); e do Ministério da Saúde (2014), (que estima risco de gravidez decorrente do estupro entre 0,5 e 5%). Sabe-se que o risco de gravidez decorrente de violência sexual depende da idade da vítima, da coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A mulher que recebeu profilaxia de IST teve 99,2% ( $p<0,001$ ) menos chances de engravidar e 66,1% ( $p=0,025$ ) e menos chances de apresentar vaginose bacteriana do que aquela que não recebeu profilaxia.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários que, em decorrência do estigma, constrangimento na busca de ajuda e dificuldade no acesso pode ter causado uma subnotificação. Consideramos também fatores limitantes a ausência de coleta de vestígios e de testagem para *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. O programa tem limitações, mas é um serviço pioneiro na assistência às pessoas em situação de violência sexual no Espírito Santo, tendo contribuído, desde 1998, na assistência e treinamento de profissionais para esse tipo de abordagem. Esses dados podem trazer à luz o programa e ajudar na melhora da assistência prestada. A

divulgação desses dados, consideradas as limitações, é importante, pois é preocupante o fato de que muitas mulheres não têm acesso a um direito de saúde sexual e reprodutiva, integrante do rol das garantias fundamentais que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (ANDRADE, 2017). O Brasil tem o compromisso internacional de promover políticas públicas garantidoras dos direitos reprodutivos (direito à saúde sexual e reprodutiva) (ANDRADE, 2017).

#### 5.4 ABORTO LEGAL

Apesar do alto índice de desconhecimento do direito ao aborto legal entre as vítimas de estupro (MACHADO et al., 2015) e dos inúmeros entraves que passam, entre outros, pela alta prevalência de objeção de consciência e desconhecimento da lei e das normas técnicas entre as equipes médicas (BENUTE et al., 2012; DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014, RIBEIRO; FONSECA, 2015, ROCHA et al., 2015), no Brasil 94% dos abortos legais são justificados pela violência sexual, correspondendo a uma média anual de 1500 interrupções (MADEIRO; DINIZ, 2016). Cerca de 1% dos casos de aborto legal são devidos a risco de vida da mulher, anencefalia e outras malformações (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Das 172 mulheres que engravidaram após abuso, 129 (75%) interromperam a gestação. Cerqueira e Coelho, (2014) mostram que 5% das adolescentes e 19,3% das adultas que sofreram violência sexual fizeram o aborto legal, percentual bem menor que o evidenciado em nossa amostra. Isso pode ser reflexo do perfil do serviço, primeira referência para aborto legal no estado do Espírito Santo.

De acordo com normas internacionais que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, entende-se que as mulheres têm o direito individual de decidir sobre o exercício da maternidade (ANDRADE, 2017). A gravidez em decorrência do estupro pode se constituir como um estímulo evocador do trauma sofrido e a contínua exposição pode levar a uma rotina de traumatismo, aumentando o risco de resultantes como o suicídio (MACHADO et al., 2015). A decisão pelo aborto em casos de estupro em geral se dá por repúdio à gravidez, vínculo desta com a violência, violação do direito da maternidade e temor de danos sociais e psicológicos no futuro da criança (DREZETT et al., 2012).

## **6 CONCLUSÕES**

Os aspectos sociodemográficos e as características das agressões da amostra são semelhantes aos descritos em banco de dados de base nacional, de fontes dos setores saúde e de segurança pública.

A profilaxia de IST foi realizada em menos da metade e a contracepção de emergência foi realizada em cerca de 40% das mulheres. A maioria teve amostra de sangue coletada e percentual pequeno teve amostra vaginal coletada.

A prevalência e a incidência de IST foram baixas e houve associação de IST com três ou mais agressores envolvido na violência, número de parceiros sexuais, idade da coitarca e profilaxia de IST.

A frequência de gravidez resultante da violência sexual surpreendentemente alta e associou-se ao uso de arma de fogo.

A frequência de aborto legal entre essas gestações foi alta, maior que a relatada em base de dados nacional.

## **7 PERSPECTIVAS**

Esperamos, com este estudo, chamar atenção para a temática da violência sexual e da assistência a pessoas em situação de violência sexual; implementar as ações de assistência em nível local; ressaltar a necessidade de implementar políticas públicas garantidoras dos direitos reprodutivos (direito à saúde sexual e reprodutiva) e de elaborar estratégias que viabilizem amplo acesso e melhor qualidade da assistência em saúde para mulheres em situação de violência sexual, diminuindo assim sua vulnerabilidade às IST e à gestação indesejada.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULALI, S. **Do que estamos falando quando falamos de estupro**. São Paulo: Vestígio, 2019.

ANDRADE, R. P. **Violência sexual contra mulheres: aspecto médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento**. 2 ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2017.

BENUTE, G.R., NONNENMACHER D., NOMURA R.M., LUCIA M.C.S., ZUGAB M. **Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher**. Rev Bras Ginecol Obstet 2012; 34:69-73.

BRASIL, 1940. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro, artigo 128, inciso II.

\_\_\_\_\_, 1990. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

\_\_\_\_\_, 1996. **Decreto nº 1973 de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

\_\_\_\_\_, 2002. **Decreto nº 4377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984.

\_\_\_\_\_, 2003. **Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, 25 nov. 2003.

\_\_\_\_\_ 2004. **Portaria n. 2.406/GM de 5 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, Brasília, 09 nov. 2004.

\_\_\_\_\_ 2005. **Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

\_\_\_\_\_. 2006. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de

Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_ 2009. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União, Brasília, 10 AGO. 2009.

\_\_\_\_\_ 2011. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jan. 2011.

\_\_\_\_\_ 2013 a. **Decreto n 7.958, de 13/03/2013.** Diretrizes para assistência às vítimas de violência sexual no SUS.

\_\_\_\_\_ 2013 b. **Lei n 12.845, de 01/08/2013.** Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situações de violência sexual.

\_\_\_\_\_ 2014 a. **Portaria n 485, de 01/04/2014.** Redefine o funcionamento dos serviços de assistência às pessoas em situação de violência sexual non âmbito do SUS.

\_\_\_\_\_ 2014 b. **Portaria n 616, de 18/07/2014.** Cadastramento dos serviços no SCNES para atenção integral à saúde de pessoas em situação de violência sexual - código de serviço 165.

\_\_\_\_\_ 2014 c. **Portaria n 2.415 de 07/11/2014.** Inclui o procedimento atendimento multiprofissional para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

\_\_\_\_\_ 2014 d. **Portaria nº 1271 de 06 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário assassinato pela condição de gênero Oficial da União, Brasília, 06 jun. 2014.

\_\_\_\_\_, 2015 a. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015.** Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

\_\_\_\_\_ 2015 b. **Portaria interministerial n 288, de 25/03/2015.** Orientações sobre humanização do atendimento e registro de informações e coleta de vestígios.

Breiding, M.J., Chen J., & Black, M.C. (2014). **Intimate Partner Violence in the United States — 2010**. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Brookmeyer KA, Beltran O, Abad N. **Understanding the Effects of Forced Sex on Sexually Transmitted Disease Acquisition and Sexually Transmitted Disease Care: Findings From the National Survey of Family Growth (2011-2013)**. *Sex Transm Dis.* 2017 Oct;44(10):613-618. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000651.

Bueno S. e cols. **Visível e invisível. A vitimização de mulheres no Brasil**. 2 ed, 2019

Bueno S; Lima R.S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

Campbell JC, Moracco KE, Saltzman LE. **Future directions for violence against women and reproductive health: Science, prevention, and action**. *Matern Child Health J* 2000; 4:149–154.

CDC, 2017. <https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/sexualviolence/index.html>. Acesso em 21/05/2017 Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6308a1.htm>. Acesso em 21/05/2017.

Cerqueira D, Coelho DSC. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Nota técnica. IPEA: 2014

Cerqueira, D. e cols,2016. **Nota técnica nº 17: Atlas da Violência 2016**. IPEA. Brasília, mar. 2016.

Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. **Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

Delzivo CR e cols. **Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina - Brazil**. *Cien Saude Colet.* 2018 May;23(5):1687-1696. doi: 10.1590/1413-81232018235.20112016.

Dude A. **Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infection among women in Ukraine**. *Stud Fam Plan.* 2007;38(2):89–100.

Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo Jr H, Vertamatti MAF, et al. **Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência**

**sexual contra adolescentes.** Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2011;21:189–97.

Drezett J. **Violência sexual contra mulheres adultas e adolescentes: aspectos sociodemográficos e agravos para a saúde reprodutiva [tese doutorado].** São Paulo: Faculdade de Medicina do ABC; 2012.

Drezett e cols. 2013. **Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais.** Reprod clim. 2013;27(3):109–116

Dude A. **Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infection among women in Ukraine.** Stud Fam Plan. 2007;38(2):89–100.

Engel, CL. **As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2017

Estreich S, Forster G, Robinson A. **Sexually transmitted diseases in rape victims.** Genitourin Med 1990;66:433-438v

Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Cad Saude Publica 2013; 29(5):889-898.

Farias RJ, Cavalcanti LF. **Atuação diante das situações de interrupção legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.** Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17:1755-63.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais.** Protocolo FEBRASGO Ginecologia, n 69. Comissão Nacional especializada em violência sexual e interrupção da gravidez prevista em lei, São Paulo: FEBRASGO, 2021

Figueiredo K; Bochi S.B.B. **Violência sexual: um fenômeno complexo.** In: Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Organização Fundo das Nações Unidas para a Infância. Coordenação Helena Oliveira, 2. ed., Brasília: UNICEF, 2006

Forster GE, Pritchard J, Munday PE, Goldmeier D. **Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984.** Genitourin Med 1986;62:267-9

FBSP: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018.** ISSN 1983-7634 Hayman CR, Lanza L. Sexual assault on women and girls. Am J Obstet Gynecol 1971;109:480-6

Gilles C, Van Loo C, Rozenberg S. **Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;151:185

Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, Spandoni P, Stasinou S, Boulougouri D, et al. **Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters.** Epidemiol Infect. 2003;130:497–500.

Gostin LO e cols. **HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault.** JAMA. 1994 May 11;271(18):1436-44.

Hayman CR Lanza C, Fuentes R Algor K. **Rape in the District of Columbia.** Am J Obstet Gynecol 1972;113:91-7

HUCAM, 2015. **Cadernos de Informes Epidemiológicos do HUCAM/Serviço de Epidemiologia Hospitalar.** Vitória, v.1. n.1,jan/dez., 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência.** Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB e Lozano R. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002

LIMA, M. L. C. **Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1654-1655, 2009.

LUTGENDORF, M. A. **Intimate partner violence and women's health.** Obstetrics & Gynecology, v. 134, n. 3, p. 470-480, 2019.

MACHADO, C. L. et al. **Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal.** Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 345-353, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 563-572, 2016.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. **Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017.** Revista Brasileira de epidemiologia, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007>. Acesso em: 15 out. 2020.

MEEL, B.; KWIZERA, E.. **Prevalence of HIV in the Mthatha area of South Africa, as estimated from the testing of rape victims.** Medicine, Science and the Law, v. 51, n. 2, p. 106-108, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde: - APPMS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\_prioridades\_pesquisa\_ms.pdf> ISBN 978-85-334-2680-1. Acesso em 28/10/2019.

\_\_\_\_\_. **Anticoncepção de emergência perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3,1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual**. Perguntas e expostas para profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 3ª edição. Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo Uterino**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

\_\_\_\_\_. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 30 (Esp.1), 2021.

\_\_\_\_\_. **Protocolo e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MORENO, B.M.; ALICIA, M. **Avaliação da cobertura vacinal contra hepatite B nos menores de 20 anos em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde 2011 Set; 20(3): 345-354.

NANKINGA, O.; MISINDE, C.; KWAGALA, B. **Gender relations, sexual behaviour, and risk of contracting sexually transmitted infections among women in union in Uganda**. BMC public health, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2016.

ONONGE, S. et al. **Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda.** African health sciences, v. 5, n. 1, p. 50-54, 2005.

ONU. **Conferência Mundial sobre a Mulher**, 1995. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao\\_pequim1.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf) Acesso em 23/10/2022

ONU. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Fundo de População das Nações Unidas, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf> Acesso em 23/10/2022.

ONU. **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**, 1993. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_viena.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf) Acesso em 23/10/2022.

RIBEIRO, D.R., FONSECA, C.T. **Atenção humanizada ao aborto legal em um hospital público de Belém - PA.** Rev Para Med 2015; 29:13-20.

ROSA, J. P. et al. **Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos.** ABCS Health Sciences, v. 43, n. 1, 2018.

ROCHA, W.B., SILVA A.C., LEITE, S.M.L., CUNHA, T. **Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal.** Rev Bioét 2015; 23:387-99.

SHRIER, L. A. et al. **Gender differences in risk behaviors associated with forced or pressured sex.** Archives of pediatrics & adolescent medicine, v. 152, n. 1, p. 57-63, 1998.

SOARES, G. S. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. suppl 2, p. S399-S406, 2003.

SOMMACAL, C. L.; TAGLIARI, P. **A cultura de estupro: o arcabouço da desigualdade, da tolerância à violência, da objetificação da mulher e da culpabilização da vítima.** Revista da ESMESC, v. 24, n. 30, p. 245-268, 2017.

SOUZA, F. B. C. et al. **Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual.** Reprodução & Climatério, v. 27, n. 3, p. 98-103, 2012.

STOCKMAN, J. K.; CAMPBELL, J. C.; CELENTANO, D. D. **Sexual violence and HIV risk behaviors among a nationally representative sample of heterosexual American women: The importance of sexual coercion.** Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), v. 53, n. 1, p. 136, 2010.

THOMPSON, N. J. et al. **The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients.** Child Abuse & Neglect, v. 21, n. 2, p. 149-156, 1997.

VIRGINIE, Supervie; YASMIN, Halima; SALLY, Blower. **Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries.** AIDS (London, England), v. 24, n. 18, p. 2841, 2010.

VREES, Roxanne A. **Evaluation and management of female victims of sexual assault.** Obstetrical & Gynecological Survey, v. 72, n. 1, p. 39-53, 2017.

WHO. World Health Organization. **Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children.** 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>\_Acesso em: 17 maio 2020.

WHO. World Health Organization. **Understanding and addressing violence against women.** 2012. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html> SVS-30.pdf. Acesso em: 07 mar. 2020.



# **ANEXOS**

## ANEXO A – Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
<b>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.</b>					
<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 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	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor	
16 Escolaridade					
17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe				
<b>Dados de Residência</b>	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)
	21 Distrito				
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social				
	34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil				
	36 Orientação Sexual				
37 Identidade de gênero:					
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?					
39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?					
<b>Dados da Ocorrência</b>	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)
	42 Distrito				
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4				
	49 Ponto de Referência		50 Zona	51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência				
	53 Ocorreu outras vezes?				
	54 A lesão foi autoprovocada?				

<b>Violência</b>	<b>55</b> 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		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <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"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	<b>58</b> 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 _____		
<b>Violência Sexual</b>	<b>59</b> 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		
	<b>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>61</b> 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) <input type="checkbox"/>		<b>62</b> Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	<b>65</b> 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		
<b>Dados finais</b>	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		<b>69</b> Data de encerramento _____
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____ _____			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b>		<b>TELEFONES ÚTEIS</b>	<b>Disque Direitos Humanos</b>
136		Central de Atendimento à Mulher	100
180			
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

**ANEXO B –**

Termos e Pareceres referentes aos procedimentos de justificação e autorização da Interrupção da Gravidez no âmbito do SUS – PAVÍVIS/HUCAM.



**ANEXO I  
TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira, \_\_\_\_ anos, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, ou legalmente representada por \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, declaro que no dia \_\_\_\_\_, do mês \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, no endereço \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, fui vítima de crime de violência sexual, 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 \_\_\_\_\_, outras informações: \_\_\_\_\_.

O crime foi presenciado por: \_\_\_\_\_.

**Em caso de agressor(es) conhecido(s)**

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por \_\_\_\_\_, sendo meu/minha \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se \_\_\_\_\_.

O crime foi presenciado por \_\_\_\_\_.

É o que tenho/temos a relatar.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura

\_\_\_\_\_  
(Responsável legal)

\_\_\_\_\_  
Profissional de saúde

\_\_\_\_\_  
Profissional de saúde

Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont.  
Maruípe / Vitória / ES

E-mail: pavivis@gmail.com

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184



**ANEXO II  
PARECER TÉCNICO**

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº \_\_\_\_\_ da paciente \_\_\_\_\_, documento tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico (assinatura e carimbo)

Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont.

Maruípe / Vitória / ES

E-mail: pavivis@gmail.com

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184



**ANEXO III**  
**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE**  
**VIOLÊNCIA SEXUAL**

Nesta data, a Equipe de Saúde Multidisciplinar do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - PAVIVIS do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela paciente \_\_\_\_\_, documento tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, 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.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO**  
**Equipe multiprofissional:**

\_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura

**Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont.**  
**Maruípe / Vitória / ES**

E-mail: [pavivis@gmail.com](mailto:pavivis@gmail.com)

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184





**ANEXO IV  
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 Universitário Cassiano Antônio Moraes NÃO correspondam à legítima  
expressão da verdade.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.  
(Responsável legal)

**Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont.**

**Maruípe / Vitória / ES**

**E-mail: pavivis@gmail.com**

**CEP: 29043-900**

**Tel.: (27) 3335-7184**



**ANEXO V**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

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.

Os riscos podem ser encontrados nos 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 Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM aos procedimentos necessários.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nome, identificação e assinatura

\_\_\_\_\_  
 Nome, identificação e assinatura.  
 (Responsável legal)

\_\_\_\_\_  
 Profissional de saúde

\_\_\_\_\_  
 Profissional de saúde

**Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont.  
 Maruípe / Vitória / ES**

E-mail: [pavivis@gmail.com](mailto:pavivis@gmail.com)

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184









**ANEXO D –**  
**Prontuário Multidisciplinar – PAVÍVIS/HUCAM.**



**ANAMNESE**

DATA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DE DESLIGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE RELIGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

SUS: \_\_\_\_\_ NATURAL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA EMISSÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

PACIENTE EM USO DE MEDICAÇÃO PROFILÁTICA:

SIM (  ) NÃO (  )

FORNECIDO POR:

(  ) HUCAM OUTRO: \_\_\_\_\_

COMO FOI ENCAMINHADA AO PAVÍVIS:

(  ) DML (  ) VARAS ESPECIALIZADAS

(  ) U.S (  ) POLÍCIA

(  ) DELEGACIA DA MULHER (  ) DPCA

(  ) DEMANDA ESPONTÂNEA (  ) ESCOLA

(  ) CONSELHO TUTELAR

(  ) OUTROS SERVIÇOS \_\_\_\_\_

**Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo  
 COAS) – Santos Dumont. Maruípe / Vitória / ES**

**E-mail: pavivis@gmail.com**

**CEP: 29043-900**

**Tel.: (27) 3335-7184**



**I – DADOS DA VÍTIMA**

**1) FILIAÇÃO**

MÃE: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

**2) SEXO:**      ( ) FEMININO      ( ) MASCULINO

**3) ORIENTAÇÃO SEXUAL:**    ( ) HETERO    ( ) HOMOSEXUAL    ( ) BISEXUAL    ( ) OUTROS

**4) DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **5) IDADE:** \_\_\_\_\_

**6) RAÇA:**      ( ) BRANCA      ( ) PARDA      ( ) NEGRA      ( ) AMARELA

**7) ESTADO CIVIL:**    ( ) SOLTEIRA(O)    ( ) CASADA(O)    ( ) UNIÃO ESTÁVEL

( ) VIÚVA(O)    ( ) DIVORCIADA(O)    OUTROS: \_\_\_\_\_

**8) OCUPAÇÃO:** ( ) ESTUDANTE      ( ) MERCADO FORMAL      ( ) ESTÁGIO  
( ) MERCADO INFORMAL      ( ) DESEMPREGADA(O)      ( ) DO LAR

**9) RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MINÍMOS:**    ( ) 1 A 3    ( ) 4 A 6    ( ) MAIS DE 6

**10) ESCOLARIDADE:**

( ) ANALFABETA      ( ) PRÉ-ESCOLA    ( ) ENSINO FUNDAMENTAL (1º AO 5º ANO)

( ) ENSINO FUNDAMENTAL (6º AO 9º)    ( ) ENSINO MÉDIO

( ) SUPERIOR      ( ) SEM INFORMAÇÃO

**10.1) TURNO:**      ( ) MATUTINO      ( ) VESPERTINO      ( ) NOTURNO  
( ) INTEGRAL      ( ) SEM INFORMAÇÃO

**11) CONVIVÊNCIA SOCIAL:**    ( ) MORA COM OS PAIS      ( ) MORA COM PARENTES  
( ) MORA COM OUTRA FAMÍLIA    ( ) MORA COM COMPANHEIRO(A)  
( ) MORA SOZINHA      ( ) MORA COM FILHOS  
( ) OUTRO \_\_\_\_\_

**DETALHAR:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont. Maruípe / Vitória / ES**

**E-mail: pavivis@gmail.com**

**CEP: 29043-900**

**Tel.: (27) 3335-7184**



**II – SAÚDE:**

12) DOENÇA CRÔNICA: ( ) SIM \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

13) FAZ USO DE MEDICAÇÃO: ( ) SIM \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

14) GRAVIDEZ: ( ) SIM ( ) NÃO

15) IDADE DA MENARCA: \_\_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

16) ATIVIDADE SEXUAL ANTERIOR:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) SEM INFORMAÇÃO

17) FAZ USO DE ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) SEM INFORMAÇÃO

18) FEZ ALGUM USO DE: ( ) DROGAS ILÍCITAS ( ) ALCOOL ( ) MEDICAÇÃO  
( ) NÃO INFORMA ( ) FOI DOPADA ( ) NADA

**III – CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

19) TIPO DE VIOLÊNCIA:

( ) INTRA FAMILIAR ( ) CRÔNICA

( ) EXTRA FAMILIAR ( ) AGUDO

20) DATA DO FATO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

21) LOCAL DE OCORRÊNCIA:

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

( ) INTERIOR ( ) SEM INFORMAÇÃO ( ) OUTRO ESTADO

22) DIA DA SEMANA: ( ) DOMINGO ( ) SEGUNDA ( ) TERÇA  
( ) QUARTA ( ) QUINTA ( ) SEXTA  
( ) SÁBADO ( ) SEM INFORMAÇÃO  
( ) DIVERSOS MOMENTOS

Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont. Maruípe / Vitória / ES

E-mail: pavivis@gmail.com

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184



- 23) PERÍODO DA OCORRÊNCIA: ( ) MADRUGADA \_\_\_\_\_  
 ( ) MANHÃ \_\_\_\_\_  
 ( ) TARDE \_\_\_\_\_  
 ( ) NOITE \_\_\_\_\_  
 ( ) SEM INFORMAÇÃO  
 ( ) EM DIVERSOS MOMENTOS

- 24) TIPO DE VIOLÊNCIA: ( ) ESTUPRO  
 ( ) SEDUÇÃO  
 ( ) ASSÉDIO  
 ( ) ATOS LIBIDINOSOS  
 ( ) SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL  
 ( ) SEM INFORMAÇÃO

- 25) DURAÇÃO DO PERÍODO DA VIOLÊNCIA: ( ) UMA VEZ ( ) VÁRIAS VEZES  
 ( ) VÁRIAS VEZES EM ÉPOCAS DIFERENTES  
 ( ) SEM INFORMAÇÃO

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

- 26) LOCAL ONDE FOI ABORDADA:  
 ( ) LOCAL PÚBLICO ( ) PONTO DE ÔNIBUS ( ) CASA DA VÍTIMA  
 ( ) CASA DO AGRESSOR ( ) CASA DE CONHECIDOS OU PARENTES  
 ( ) ESCOLA ( ) SEM INFORMAÇÃO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

- 27) LOCAL DA VIOLÊNCIA:  
 ( ) LOTE VAGO ( ) PRAIA ( ) MOTEL  
 ( ) CARRO ( ) CASA EM CONST. ( ) CASA DA VÍTIMA  
 ( ) CASA DO AGRESSOR ( ) TRABALHO ( ) LOCAL PÚBLICO  
 ( ) CASA DE CONHECIDO OU PARENTES ( ) SEM INFORMAÇÃO

28) CHEGOU AO PAVÍVIS ACOMPANHADA POR: \_\_\_\_\_

#### IV – DADOS DO AGRESSOR

- 29) NÚMERO DE AGRESSORES:  
 ( ) UM ( ) DOIS ( ) TRES ( ) QUATRO OU MAIS ( ) SEM INFORMAÇÃO

- 30) SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO ( ) SEM INFORMAÇÃO

- 31) IDADE: ( ) MENOR DE 18 ANOS ( ) DE 18 A 30 ANOS  
 ( ) DE 31 A 40 ANOS ( ) DE 41 A 50 ANOS  
 ( ) DE 51 A 60 ANOS ( ) MAIS DE 60 ANOS  
 ( ) SEM INFORMAÇÃO \_\_\_\_\_ ANOS

Av. Mal. Campos, nº 1355 - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (prédio do antigo COAS) – Santos Dumont. Maruípe / Vitória / ES

E-mail: pavivis@gmail.com

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-7184







**ANEXO E –**  
**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM.**

UFES - HOSPITAL  
 UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
 ANTÔNIO DE MORAES DA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

**Pesquisador:** Angelica Espinosa Barbosa Miranda

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70601317.0.0000.5071

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.213.318

**Apresentação do Projeto:**

Avaliar se a série histórica dos casos de violência atendidos no PAVIVIS tem associação com o perfil de saúde destas mulheres.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever o perfil clínico-epidemiológico e as condições de saúde em mulheres vítimas de violência sexual atendidas no PAVÍVIS, Vitória, ES, entre 2010 e 2019.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos em participar do projeto são considerados mínimos, pois a maioria dos dados serão coletados dos prontuários, mas as mulheres podem se sentir constrangidas ao responder algumas perguntas do estudo.

A principal contribuição deste projeto é identificar a frequência e determinantes dos casos de violência em mulheres atendidas pelo PAVIVIS. Esse dados são ferramentas fundamentais para avaliar o perfil dessas mulheres, planejar a resposta do serviço ofertado e avaliar a vulnerabilidade dessas mulheres em relação à saúde. As informações são importantes para que as políticas públicas possam se desenvolver adequadamente, pois elas favorecem a eleição de prioridades, o planejamento e execução das ações do combate à violência doméstica e sexual.

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**CEP:** 29.043-900

**Telefone:** (27)3335-7326

**E-mail:** cephucam@gmail.com

**UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA**



Continuação do Parecer: 2.213.318

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

projeto bem elaborado e de fundamental importância como descrito no mesmo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

todos de acordo

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências.

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_949054.pdf	03/07/2017 13:16:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_PAVIVIS.docx	03/07/2017 13:14:34	Angelica Espinosa Barbosa Miranda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PEQUISA_DOUTORADO_CHIARA_MUSSO.docx	03/07/2017 13:14:15	Angelica Espinosa Barbosa Miranda	Aceito
Outros	Autorizacao_HUCAM.pdf	03/07/2017 13:13:54	Angelica Espinosa Barbosa Miranda	Aceito
Folha de Rosto	CEP_HUCAM.pdf	03/07/2017 13:10:05	Angelica Espinosa Barbosa Miranda	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 10 de Agosto de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Claudio Piras**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Marechal Campos, 1355

**Bairro:** Santos Dumont

**UF:** ES **Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7326

**CEP:** 29.043-900

**E-mail:** cepucam@gmail.com