U.PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

3.º
CICLO

FMUP
2025

D ANO

U.PORTO

FM UP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

U.PORTO

O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM BRASÍLIA

EVALDO LIMA DA COSTA

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
BIOÉTICA

O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM BRASÍLIA

EVALDO LIMA DA COSTA



O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM BRASÍLIA

EVALDO LIMA DA COSTA

TESE DE DOUTORAMENTO EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

EVALDO LIMA DA COSTA

O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM BRASÍLIA

Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Bioética.

Orientador:
Prof. Doutor Rui Nunes

Coorientadores:
Profª Doutora Ivone Duarte
Prof. Doutor Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Porto
2025

DEDICATÓRIA

A meu DEUS pela conceção da minha vida.

A meus pais Antônio Soares da Costa (*in memoriam*) e Enilce Lima da Costa (*in memoriam*), que sempre estiveram ao lado dos filhos, ensinando-lhes o dever ético e moral para nossa formação cristã e crescimento.

A Eulalia pelo apoio nesta minha caminhada.

A meus filhos Evaldo Lima da Costa Júnior, Fábio de Souza da Costa e Antônio Soares da Costa Neto por estarem sempre ao meu lado.

A Fátima, mãe dos meus filhos, que muito me ajudou a criá-los.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Rui Nunes, meu orientador.

Agradeço à Professora Doutora Ivone Duarte, minha coorientadora.

Agradeço ao Professor Doutor Olímpio Barbosa de Moraes Filho, meu coorientador.

Agradeço à Professora Maria Luísa Castro professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Agradeço ao Professor Doutor José Hiran Gallo por todo seu laborioso empenho em auxiliar cada aluno a concluir o doutorado.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor Aníbal Faúndes, do alto dos seus 95 anos, pelo apoio e orientação nos meus artigos publicados.

O meu muito obrigado às funcionárias que atenderam, com muito carinho e dedicação, as vítimas de violência sexual.

O meu muito obrigado aos médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que atenderam as vítimas de violências sexual como uma equipe multidisciplinar.

O meu muito obrigado a todas as equipes de plantão que prestaram um pronto atendimento às vítimas de violência sexual nas emergências dos hospitais públicos do Distrito Federal.

Agradeço ainda aos funcionários do Conselho Federal de Medicina, em especial à Flávia, secretária da bioética, e à Eliane, bibliotecária.

E um agradecimento muito especial a Aparecida Maria da Silva e Silvana Negrão dos Santos, que muito me ajudaram a fazer os levantamentos dos dados desta tese.

> "Sempre recebi os elogios como incentivos dos amigos para que eu venha a ser o que tenho consciência de que ainda não sou"
>
> (XAVIER, 2021)

RESUMO

Contexto: A violência sexual contra mulheres é crescente em todo o mundo, com maior impacto sobre crianças (menores de 15 anos) e adolescentes (15 a 19 anos). A maioria dos casos ocorre na residência das vítimas, tendo como agressores pessoas próximas, como familiares ou amigos. As vítimas costumam buscar, de forma imediata, atendimento nas emergências dos hospitais públicos, onde recebem profilaxias para gravidez indesejada, ISTs e HIV, além de serem orientadas a procurar os Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAVs) em suas regiões administrativas.

Objetivo: Esta tese analisa o atendimento prestado a vítimas de violência sexual nos prontos-socorros da SES/DF, com foco no tratamento profilático, atuação das equipes multidisciplinares e encaminhamentos aos NUPAVs nos anos de 2019, 2021 e 2023.

Método: O estudo foi conduzido no Programa Gardênia, do Hospital Regional do Gama (Região de Saúde Sul). Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, com análise estatística realizada no SPSS Statistics, aplicando-se o teste exato de Fisher-Freeman-Halton (significância de $p<0,05$).

Resultados: *Profilaxia para ISTs*: houve diferença significativa entre faixas etárias em 2019 e 2021 ($p<0,001$). *Local do estupro*: a residência foi predominante entre menores de 15 anos (85%), enquanto a via pública prevaleceu entre jovens de 20 a 29 anos (90,9%), com variação nas outras faixas etárias. *Encaminhamento aos NUPAVs*: diferenças estatísticas relevantes nos três anos (2019: $p<0,001$; 2021: $p<0,001$; 2023: $p<0,008$). *Vínculo do agressor*: não houve associação significativa com a faixa etária ($p>0,05$ em todos os anos).

Discussão: Embora existam 17 NUPAVs no DF e 1.108 atendimentos por violência sexual tenham ocorrido nas emergências em 2018, a média de retorno aos núcleos foi de apenas 65,2 por unidade, com destaque negativo para a Asa Sul (48 retornos ante 195,6 esperados). Essa baixa adesão ao seguimento aponta para a necessidade de fortalecer o apoio psicológico e social, pois o retorno desperta frequentemente lembranças traumáticas. Para vítimas menores de 19 anos, o Estado deve garantir o acompanhamento, inclusive com atuação dos conselhos tutelares.

Os NUPAVs oferecem acolhimento individual e em grupo, atendimento médico ambulatorial, ações preventivas, educativas e de promoção da saúde, com foco na cultura de paz. No entanto, este estudo apresenta limitações: escopo restrito ao Programa Gardênia, uso de dados secundários e subnotificados, exclusão de variáveis como raça, escolaridade e renda, e recorte temporal limitado.

Recomendações: Ampliar a amostra para outros hospitais e estados, incluir entrevistas com vítimas e profissionais, e realizar estudos longitudinais. É necessário investigar a eficácia dos atendimentos remotos durante a pandemia, preparar melhor as equipes para cenários de crise e monitorar políticas públicas voltadas à prevenção da violência sexual.

Considerações finais: Em 2019, 15,3% dos atendimentos no Gardênia foram por violência sexual; em 2021, esse percentual caiu para 11,2%, provavelmente devido ao medo de exposição à Covid-19. Em 2023, o índice foi de 10%. Constatou-se aumento da violência durante a pandemia, mas redução na procura pelos NUPAVs. As denúncias aos conselhos tutelares e delegacias aumentaram, porém não foram objeto desta pesquisa. O atendimento no Gardênia respeita os princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça —, mas os dados reforçam a urgência em ampliar o acesso, melhorar a adesão ao tratamento e promover maior conscientização sobre a importância do acompanhamento contínuo das vítimas.

Palavras-chave: Abuso sexual infantil, atendimento às vítimas, crianças e adolescentes, estupro de vulnerável, violência sexual.

Abstract

Context: Sexual violence against women is increasing worldwide, with the greatest impact on children (under 15 years old) and adolescents (15 to 19 years old). Most cases occur in the victim's home and are perpetrated by individuals close to them, such as family members or friends. Victims often seek immediate care at public hospital emergency rooms, where they receive prophylactic treatment for unwanted pregnancy, STIs, and HIV, and are referred to the Centers for Prevention and Assistance in Situations of Violence (NUPAVs) in their administrative regions.

Objective: This thesis analyzes the care provided to victims of sexual violence at emergency departments of the SES/DF, focusing on prophylactic treatment, the work of multidisciplinary teams, and referrals to NUPAVs in the years 2019, 2021, and 2023.

Method: The study was conducted under the Gardênia Program at the Regional Hospital of Gama (Southern Health Region). Categorical variables were described using absolute and relative frequencies, with statistical analysis performed using SPSS Statistics. The Fisher-Freeman-Halton exact test was applied (significance level $p<0.05$).

Results: *STI prophylaxis:* There were significant differences between age groups in 2019 and 2021 ($p<0.001$). *Location of the rape:* The home was the predominant setting for victims under 15 years (85%), while public spaces prevailed among those aged 20–29 (90.9%), with variations in other age groups.*Referrals to NUPAVs:* Statistically significant differences were found across all three years (2019: $p<0.001$; 2021: $p<0.001$; 2023: $p<0.008$). *Perpetrator's relationship to the victim:* No significant association with age group ($p>0.05$ in all years).

Discussion: Although there are 17 NUPAVs in the Federal District and 1,108 cases of sexual violence were treated in emergency rooms in 2018, the average follow-up rate was only 65.2 per unit. Particularly concerning was the South Wing, with only 48 follow-ups out of an expected 195.6. This low adherence highlights the need to strengthen psychological and social support, as returning to care often triggers traumatic memories. For victims under 19, the State must ensure follow-up, including actions by the Guardianship Councils. NUPAVs provide individual and group support, outpatient medical care, preventive and educational actions, and health promotion initiatives focused on a culture of peace. However, the study has limitations: its scope is restricted to the Gardênia Program, it uses secondary and underreported data, excludes variables such as race, education, and income, and has a limited timeframe.

Recommendations: Expand the sample to include other hospitals and states, conduct interviews with victims and professionals, and carry out longitudinal studies. It is also essential to assess the effectiveness of remote care during the pandemic, better prepare teams for crisis scenarios, and monitor public policies aimed at preventing sexual violence.

Final considerations: In 2019, 15.3% of emergency cases at Gardênia were related to sexual violence; in 2021, this dropped to 11.2%, likely due to fear of COVID-19 exposure. In 2023, the rate was 10%. Although violence increased during the pandemic, the number of referrals to NUPAVs decreased. Reports to Guardianship Councils and police stations increased but were not the focus of this study. The Gardênia program follows bioethical principles — autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice — yet the data reinforces the urgent need to expand access, improve treatment adherence, and raise awareness about the importance of continuous victim support.

Keywords: Child sexual abuse, children and adolescents, rape of vulnerable persons, sexual violence, victim care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade.....165
Tabela 2 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade.....166
Tabela 3 – Fornecimento de contraceção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade.,.....167
Tabela 4 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade.....168
Tabela 5 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade.....169
Tabela 6 – Fornecimento de contraceção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade.....170
Tabela 7 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade.....171
Tabela 8 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade.....172
Tabela 9 – Fornecimento de contraceção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade.....173
Tabela 10 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2019.....174
Tabela 11 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2021.....175
Tabela 12 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2023.....176
Tabela 13 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2019.....177
Tabela 14 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2021.....178
Tabela 15 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2023.....179

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Profilaxia em IST em 2019.....180
Gráfico 2 – Profilaxia em IST em 2021.....181
Gráfico 3 – Profilaxia em IST em 2023.....182
Gráfico 4 – Local de ocorrência do estupro em 2019.....183
Gráfico 5 – Local de ocorrência do estupro em 2021.....184
Gráfico 6 – Local de ocorrência do estupro em 2023.....185
Gráfico 7 – Reencaminhamento em 2019.....186
Gráfico 8 – Reencaminhamento em 2021.....187
Gráfico 9 – Reencaminhamento em 2023.....188
Gráfico 10 – Dos autores, em 2019.....189
Gráfico 11 – Dos autores, em 2021.....190
Gráfico 12 – Dos autores, em 2023.....191
Quadro 1 – Profilaxia das IST não virais em adultos e adolescentes com mais de 45kg não gestantes.....192
Quadro 2 – Profilaxia das IST não virais.....193
Quadro 3 – Profilaxia das IST não virais em gestantes, crianças e adolescentes com menos de 45kg.....194
Quadro 4 – Imunoprofilaxia da hepatite B.....195
Quadro 5 – Interpretação dos marcadores da hepatite B.....196
Quadro 6 – Critérios para a recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV.....197
Quadro 7 – Profilaxia do HIV para crianças.....198
Quadro 8 – Métodos de anticoncepção de emergência hormonal.....199

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Profilaxia antirretroviral
CEPAV	Centros de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CP	Código Penal (Brasileiro)
DEAMs	Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher
DPCA	Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GAV crime	Grupo de Apoio às Vítimas de Crime
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/ Portugal/EU
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MDH	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
NUPAV	Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Acidentes com Materiais Biológicos
PRF	Polícia Rodoviária Federal
RA	Região Administrativa
RS	Região de Saúde
SES/DF	Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIV	Vírus da Imunodeficiência Símia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15-19
2	CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA	20
2.1	AUTONOMIA	21-31
2.2	BENEFICÊNCIA	32-43
3	CAPÍTULO II – OUTROS FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA	44
3.1	NÃO MALEFICÊNCIA	44-49
3.2	JUSTIÇA	50-68
4	CAPÍTULO III – DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS	69
4.1	A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS	69-71
4.2	COMENTÁRIOS DOS DIREITOS HUMANOS	72-77
5	CAPÍTULO IV – VIOLÊNCIA	78
5.1	PARTE I – VIOLÊNCIA	78-88
5.2	PARTE II – VIOLÊNCIA SEXUAL	89-95
6	OBJETIVOS	96
6.1	GERAL	96
6.2	ESPECÍFICO	97
7	JUSTIFICATIVA	98
8	MÉTODO	99
9	CORPO METODOLÓGICO	100-121
10	FUNDAMENTAÇÃO DAS DISCUSSÕES DOS ARTIGOS NA BIOÉTICA	136-139
11	ASPECTOS ÉTICOS	137
12	HIPÓTESE	138
13	RISCOS E BENEFÍCIOS	139
14	DESFECHO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	140
15	RESULTADOS	141-144
16	DISCUSSÃO	145-147
17	CONCLUSÃO	148-151
	REFERÊNCIAS	152-164
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	200

ANEXO B – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 201-203
APÊNDICE I 204-209
APÊNDICE II 210-215
APÊNDICE III 216- 222

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno que atinge as mulheres de diferentes classes sociais, idades, origens, religiões, escolaridades, estados civis, raças e até mesmo orientação sexual (BRASIL, 2011c). É um problema de direitos humanos e saúde de dimensões muito maiores do que a maioria das pessoas imagina. Em boa parte, porque uma proporção muito pequena é denunciada (FRÍAS; ERVITI, 2014; DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017), exceto no caso de alguns poucos países com alto desenvolvimento econômico e social (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015).

Diferentes estudos apontam que entre 6% e 59% das mulheres sofreram violência sexual de seu parceiro íntimo (marido ou namorado) alguma vez na vida (DARTNALL; JEWKES, 2013). A prevalência de violência sexual parece ser mais elevada em países de baixos e médios ingressos, mas os números não são comparáveis, porque os métodos e as populações estudadas variam muito de um lugar a outro.

Um estudo realizado com estudantes universitárias do Canadá, com idade média de 18,5 anos, aponta que 23,5% disseram terem sido estupradas (SENN et al., 2014). Valores bem menores são encontrados em estudo com estudantes secundárias do México, em que 6,8% relataram ter sofrido violência sexual antes de completar 18 anos (FRÍAS; ERVITI, 2014).

Já em estudo de âmbito nacional realizado nos Estados Unidos em 2011, 19,3% das mulheres relataram ter sido estupradas alguma vez na vida (BREIDING et al., 2014). No Zimbábue, quase um terço (32,5%) das mulheres relataram ter sofrido violência sexual antes de completar 18 anos (RUMBLE et al., 2015).

A maior parte dessas publicações refere-se tanto à violência praticada por parceiro íntimo quanto por estranhos. Uma revisão de âmbito mundial limitada ao agressor não parceiro íntimo encontrou que, em 2010, 7,2% das mulheres no mundo (95% CI 5.2-9.1) tinham sofrido violência sexual perpetrada por esse tipo de agressor. A maior prevalência desses casos estava na África ao sul do Saara, com 21% do total (95% CI 4.5-37.5) (ABRAHAMS et al., 2014).

Essa distinção entre violência perpetrada por parceiro íntimo e outros é relevante porque, na maioria dos estudos, a maior parte dos agressores é conhecida pela vítima, com destaque para o parceiro íntimo, marido ou namorado. Na literatura consultada, observa-se certa diferença quanto ao tipo de agressor em diferentes grupos de idade das vítimas. Por exemplo, o parceiro íntimo costuma ser o mais frequente perpetrador de violência sexual na mulher adulta

(BREIDING et al., 2014; BLAKE et al., 2014; SENA; SILVA; FALBO NETO, 2018). No caso de crianças e adolescentes, dois terços ou mais dos agressores eram conhecidos pela vítima (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015; RUMBLE et al., 2015) – e o padrasto e outros membros da família são os mais frequentes (BLAKE et al., 2014).

A maior parte dos estudos mostra que a prevalência de agressão sexual é maior entre crianças e adolescentes – do que em mulheres de mais de 20 anos (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015; BREIDING et al., 2014; SENA; SILVA; FALBO NETO, 2018; MWANGI et al., 2015) – e que a maior parte dos agressores era conhecido pela vítima. Entretanto, não encontramos estudos que avaliaram mais detalhadamente a relação entre a idade da mulher agredida sexualmente e o relacionamento entre o agressor e a vítima.

Também se relata que amigos e colegas de escola são importantes agressores sexuais de menores de 18 anos (RUMBLE et al., 2015; KOGAN, 2004). Alguns estudos fazem referência a membros da família como agressores, o que pode ou não incluir irmãos (FRÍAS; ERVITI, 2014; BRASIL, 2012a). As mulheres agredidas denunciam com maior frequência a agressão de outros, e não do seu próprio cônjuge (LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015; BRASIL, 2012a). Outros estudos demonstram que, quando as vítimas são menores de 15 anos, os principais agressores são conhecidos (FRÍAS; ERVITI, 2014; LARSEN; HILDEN; LIDEGAARD, 2015; RUMBLE et al., 2015). Sabe-se que, quando os agressores foram pais e padrastos, entre as consequências estavam importantes alterações na área da saúde mental e física das vítimas dessa violência (DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017; BREIDING et al., 2014; DISTRITO FEDERAL, 2012).

No Brasil, desde o final de 1990, qualquer caso de violência sexual deve ser notificado compulsoriamente ao Sistema de Vigilância Sanitária. Isso permite estudar a prevalência da violência sexual por idade e também uma possível associação entre o parentesco da vítima e do agressor, além da idade da vítima. Nesses atendimentos, são feitas contracepções de emergência, além de antirretrovirais e antibióticos.

Nos casos de violência sexual, quando a contracepção de emergência não é eficaz, o resultado é uma gravidez indesejada, que, por lei, pode ser interrompida via abortamento, chamado de aborto legal.

Abortamento é a interrupção de uma gestação até a 20ª ou 22ª semana, com a eliminação ou não de concepto ou quando o feto pesa até 500 gramas. A não eliminação entra no conceito devido à forma clínica de aborto, com o aborto retido tendo ocorrido com a morte do concepto há mais de quatro semanas sem a eliminação dele (BRASIL, 2011c; FRÍAS; ERVITI, 2014).

No Brasil, o aborto é legalmente restringido. Em três situações, porém, ele é permitido (BRASIL, 1940): quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (Código Penal, artigo 128, inciso I); quando a gravidez é resultante de estupro (Código Penal, artigo 128, inciso II); e nos casos de anencefalia fetal, previstos no atual Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, e autorizados pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Em 12 de abril de 2012, o STF normatizou, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, que a interrupção de uma gravidez cujo embrião apresenta-se com quadro de anencefalia (má-formação do cérebro e do córtex, o que leva o bebê à morte logo após o parto, ainda que possa durar dias ou mesmo semanas), patologia incompatível com a vida extrauterina, pode ser realizada pelo médico sem penalidades – é preciso que os exames ecográficos da gestante e os laudos constatem a patologia de anencefalia para o embrião/feto. Dessa forma, não é necessária autorização judicial para que o médico possa realizar a interrupção da gravidez.

Como vimos, a interrupção da gestação com risco de morte materna é dever ético do médico que atende a paciente, sem haver necessidade de autorização judicial, cabendo à equipe médica informar à paciente e à família, por meio do consentimento informado e assinado pela paciente ou seu responsável legal, dos riscos que existem para a continuação da gravidez.

No Código de Ética Médica, capítulo III, trata-se da responsabilidade profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988): “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país” (artigo 14), “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética” (artigo 15) e “deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente" (artigo 21). Observa-se que, nesses artigos, o médico pode e deve realizar o aborto legal nos casos especificados em lei. Porém, no capítulo II, que trata do direito médico, o item IX permite a ele “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (Ibid.; DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017; DARTNALL; JEWKES, 2013).

Ou seja, caso o médico não queira realizar o aborto, ele deve fazer uma declaração de sua condição de objeção para a paciente ou seu representante legal e encaminhá-la a um serviço especializado na realização do abortamento (DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017; SENN et al., 2014).

No entanto, no mesmo Código de Ética Médica há algumas situações específicas em que o(a) médico(a) não tem direito de objeção de consciência. É o caso de risco de morte para a gestante, considerando-se as permissões para abortamento vigentes no país. É direito do(a) médico(a) não realizar a interrupção da gravidez em casos de gravidez decorrente de violência sexual ou quando a gravidez cursa com anomalia fetal grave, a menos que essas situações se associem ao risco de morte da gestante ou quando não exista outro médico que possa realizar o abortamento (BREIDING et al., 2014).

Hoje a gravidez em adolescentes menores de 14 anos é considerada estupro de vulnerável e deve ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude. A comunicação também deve ocorrer se houver suspeita ou confirmação de abuso sexual, segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2023a), sem prejuízo do atendimento da paciente, medida que tem grande valor como apoio necessário e proteção a crianças e adolescentes (RUMBLE et al., 2015).

A tese de doutorado *Gravidez na adolescência: reflexão ética-social* (GALLO, 2014) aponta que 27 adolescentes tiveram partos com até 14 anos de idade, tratando-se de estupro de vulnerável. Na dissertação de mestrado *Fatores associados e desfechos perinatais em gestação na adolescência em uma amostra de gestantes do Distrito Federal* (LIMA, 2011), relata-se que 170 adolescentes tiveram partos com até 14 anos, de 1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2009.

Em um questionário anônimo que perguntava em que circunstâncias o aborto é legal por lei, cerca de 85% responderam que, em caso de gravidez decorrente de estupro, a mulher tem direito ao aborto legal, porém apenas 50% disseram estar dispostos a realizar ou prescrever medicação abortiva (UNESCO, 2005).

O médico que apresenta objeção de consciência para realizar o aborto legal no caso de gestação resultada de estupro deve informar as pacientes, orientá-las e encaminhá-las para os serviços que realizam o atendimento adequado. Caso isso não ocorra, há o risco iminente de tais pacientes irem parar em clínicas clandestinas, que oferecem e realizam abortos ilegais ou desassistidos com condições sanitárias extremamente precárias, o que aumenta o risco de infeção para tais pacientes e consequentemente aumenta também a razão de mortalidade materna.

Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal, as ocorrências de estupro cresceram 32,2% de janeiro a junho de 2017, chegando a 415 casos contra 314 no mesmo período em 2016 – o que pode fazer subir o número de abortos legais. Só em junho de

2016, por exemplo, foram 77 casos; em maio de 2017, 94. Outro dado que merece destaque é que 78% das ocorrências aconteceram na casa da vítima ou do estuprador. O levantamento mostrou ainda que seis Regiões Administrativas concentram 56% dos registros: Ceilândia, Samambaia, Gama, Santa Maria, Sobradinho e Taguatinga. Na maioria dos casos, os agressores são conhecidos da vítima, com destaque para o parceiro íntimo, seja ele o marido ou namorado.

Entretanto, não encontramos estudos que avaliaram mais detalhadamente o retorno dessas pacientes aos NUPAVs em 2019 (antes da pandemia da Covid-19), em 2021 (em plena pandemia) e em 2023 (pós-pandemia) para a complementação do tratamento iniciado nas emergências e também para o diagnóstico das consequências de um tratamento não eficiente de evitar uma gravidez indesejada, uma infeção sexualmente transmissível ou mesmo uma doença por HIV. Cabe lembrar que as equipes multidisciplinares – constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais – devem realizar o atendimento a essas crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual levando em consideração os parâmetros da bioética.

Esta tese foi dividida em duas partes e traz ainda dois artigos publicados sobre violência sexual em Brasília.

2 CAPÍTULO I - FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA

Professor e pesquisador na área de oncologia no *McArdle Laboratory for Cancer Research*, da Universidade de Wisconsin, Madison, Van Rensselaer Potter era um bioquímico de nacionalidade americana. Percebendo o afastamento entre as humanidades e as ciências biológicas e preocupado com o avanço da ciência de maneira geral – pesando o que poderia ser benéfico ou nocivo ao ser humano e à natureza –, Potter criou o neologismo bioética. Ainda que já em 1927 Fritz Jahr, um pastor alemão, tenha lançado preliminarmente este debate, mas sem impacto significativo na comindade internacional (JAHR, 1927).

A bioética seria, então, essa área de conexão entre os valores humanos e os valores científicos, ou, mais especificamente, entre a ética, a medicina e a biologia. Dessa forma, a bioética foi se constituindo em um campo específico de investigação na interseção da ética com as ciências da vida e da saúde, mas também com a biologia e com os estudos animais e ambientais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001). De acordo com Nunes (2016), a bioética instalou-se então como um novo campo global, ainda que de natureza multidisciplinar e transdisciplinar. A bioética global seria não apenas a adoção de uma ética universal, mas também a inclusão de todos os assuntos que se relacionam com as ciências da vida. Em um sentido amplo, esta visão está associada à essência da dimensão prática da medicina e da biomedicina, ou seja, a um conjunto de normas éticas inerentes a qualquer profissão da saúde.

Os princípios da bioética mais consensuais são: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). A autonomia determina a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, quanto ao seu diagnóstico e tratamento. A beneficência se refere à disposição que algumas pessoas têm para fazer o bem, praticar caridade e ajudar os outros. A não maleficência nos faz buscar minimizar o risco e/ou dano ao paciente, ou seja, o *primum non nocere*, que, em tradução livre, quer dizer primeiro, não faça mal. Originalmente atribuída a Hipócrates e escrita em grego, dizia: o médico deve ter dois objetivos, fazer o bem e evitar fazer o mal no exercício da profissão. O princípio da justiça se baseia na justa alocação de recursos na sociedade, em especial para o setor da saúde, para a pesquisa e a para a prevenção, alcançando todos os indivíduos, de maneira equitativa e apropriada, considerando o ônus e os benefícios para a sociedade. Esses quatro princípios, que devem guiar o profissional em situações de conflito ético, são a base da chamada teoria Principialista ou Principialismo, de Beauchamp e Childress (1994).

Seguidamente veremos como estes princípios se aplicam às vítimas de violência sexual.

2.1 AUTONOMIA

As vítimas de violência sexual podem ser atendidas em quaisquer emergências dos hospitais públicos do Distrito Federal. Porém, as fichas de notificação são enviadas aos NUPAVs localizados nas Regiões Administrativas onde elas residem. Como são atendidas nos hospitais públicos pelo setor de ginecologia/obstetrícia, acabam recorrendo a emergências que não pertencem à RA de sua residência, com medo de encontrar algum conhecido.

Ela pode escolher ser atendida por um médico do sexo feminino ou masculino e levar ou não acompanhante. Mas, se a vítima for menor de 15 anos, o acompanhante deve sempre estar presente. E o atendimento a essas vítimas de violência sexual, independentemente da idade, inclui uma atendente dentro no consultório para ajudar o médico na aplicação das medicações prescritas e no preenchimento da ficha de notificação compulsória.

O médico também tem autonomia nas prescrições e nas orientações médicas, porém ele está obrigado a preencher a ficha de notificação. E a atendente irá entregar as prescrições do resto da medicação e separar a ficha de notificação compulsória para ser encaminhada ao NUPAV correspondente à RA da residência da vítima.

As vítimas procuram, a qualquer hora do dia, as emergências com medo de uma gravidez indesejada ou contaminação por infeções sexualmente transmissíveis – ou mesmo HIV – e elas sabem que essas medicações estarão disponíveis nas emergências dos hospitais públicos 24 horas por dia, sete dias por semana, algo que não ocorre nos hospitais privados.

No caso de a contracepção de emergência falhar e resultar em uma gravidez indesejada, fruto de um estupro, há previsão legal para interromper a gestação. É o chamado aborto legal. No entanto, em Brasília só um hospital realiza esse tipo de interrupção: o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB).

O HMIB possui uma equipe multidisciplinar preparada para realizar a interrupção dessa gestação até a vigésima semana, por meio do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei. Ele é o único no DF e entorno que oferece acesso ao procedimento a meninas e mulheres de forma gratuita, sigilosa e sem qualquer tipo de barreira.

Ainda sobre a autonomia, ela não pode se sobrepor aos demais fundamentos da bioética. No caso do chamado aborto terapêutico, ele só deve ser realizado se ficar comprovado que a continuação da gestação poderá levar à morte ou a complicações severas para a saúde dessa mulher.

O médico tem autonomia para não realizar um aborto no caso de gestação com feto anencéfalo, conforme previsto em lei. Porém, no caso de aborto por outros motivos, ele também pode se recusar a fazê-lo, alegando objeção de consciência.

Promover a autonomia das vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, é essencial para sua recuperação e empoderamento. Aqui estão algumas diretrizes importantes para que isso seja possível: informação e educação; consentimento informado; apoio psicossocial; participação ativa; e recursos e ferramentas (BRASIL, 2015a).

Informação e educação nada mais é do que fornecer informações claras e acessíveis sobre os direitos das vítimas e os serviços disponíveis, permitindo que tomem decisões informadas (TEIXEIRA et al., 2023). Isso significa: assegurar que essas informações sejam amplamente divulgadas e acessíveis; oferecer programas educativos que abordem a saúde sexual e reprodutiva, ajudando as vítimas a entenderem suas opções e direitos; fornecer suporte psicológico contínuo para ajudar as vítimas a lidar com o trauma e a reconstruir sua confiança; envolvê-las no processo de tomada de decisões sobre seu atendimento e recuperação, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas; e disponibilizar recursos e ferramentas que ajudem as vítimas a desenvolver habilidades e competências para retomar o controle de suas vidas.

Já consentimento informado significa garantir que todas as intervenções e tratamentos sejam realizados com o consentimento informado das vítimas, respeitando suas escolhas e preferências (BRASIL, 2015a). Nesse sentido, é importante: assegurar que as vítimas compreendam bem o que será realizado em cada etapa do atendimento, incluindo exames e procedimentos médicos; respeitar suas escolhas, permitindo que elas decidam quais procedimentos aceitam e quais não aceitam; garantir que todas as informações e procedimentos sejam tratados com a máxima confidencialidade para proteger a privacidade da vítima; oferecer suporte psicológico contínuo para ajudá-las a lidar com o trauma e a tomar decisões informadas; e treinar profissionais de saúde e segurança pública para lidar com vítimas de violência sexual de forma humanizada e respeitosa. De salientar que a anuência – seja ou não um adequado consentimento informado (NUNES, 2025) – deve ser obtido junto da vítima independentemente da idade.

Quanto ao apoio psicossocial, trata-se de oferecer suporte psicológico e social contínuo para ajudar as vítimas a recuperar sua confiança e capacidade de tomar decisões. Para que isso seja possível, é preciso proporcionar um espaço seguro em que as vítimas possam compartilhar suas experiências sem medo de julgamento; identificar as necessidades específicas de cada uma

delas para oferecer um suporte personalizado; informá-las sobre os recursos disponíveis, como serviços de saúde, assistência social e apoio jurídico; oferecer suporte psicológico contínuo para ajudá-las a lidar com as consequências emocionais do abuso; além de treinar profissionais de saúde e segurança pública para lidar com as vítimas de violência sexual de forma humanizada e respeitosa (Ibid.).

Por sua vez, participação ativa representa envolver as vítimas no processo de tomada de decisão sobre seu atendimento e recuperação, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas (VILELA, 2009). Com relação a esse aspecto, vale destacar a necessidade de: prover informações claras e acessíveis sobre os direitos das vítimas e o processo de atendimento, de forma a tomarem decisões informadas; realizar consultas regulares com as vítimas para entender suas necessidades e preocupações, ajustando o atendimento conforme necessário; assegurar que elas tenham acesso a assistência jurídica gratuita e especializada, para que possam participar ativamente do processo judicial; criar um ambiente acolhedor e respeitoso durante todas as interações, garantindo que elas se sintam seguras para expressar suas opiniões e experiências; e ainda implementar mecanismos para coletar o feedback delas sobre o atendimento recebido – usando essas informações para melhorar continuamente os serviços prestados.

Por último, mas não menos importante, recursos e ferramentas quer dizer ofertar uma gama de instrumentos para ajudar as vítimas a desenvolver habilidades e competências para retomar o controle de suas vidas. É o caso, por exemplo, dos Centros de Referências, das Casas Abrigo, das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), das Defensorias Públicas e das Defensorias da Mulher, dos serviços de emergência e do apoio psicossocial (ARAÚJO et al., 2022).

Os centros de referência são espaços especializados que oferecem acolhimento, apoio psicológico e social, além de encaminhamento jurídico. Já as casas abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral para mulheres em risco iminente. As delegacias especializadas são unidades da Polícia Civil especializadas no atendimento às mulheres em situação de violência. Por sua vez, as defensórias são organizações que oferecem assistência jurídica gratuita e orientação jurídica adequada. Os serviços de emergência garantem atendimento imediato em unidades básicas de saúde e hospitais de referência, incluindo coleta de vestígios, contracepção de emergência e profilaxia para HIV e outras ISTs. E o apoio psicossocial inclui serviços contínuos de apoio psicológico para ajudar as vítimas a lidar com o trauma e a reconstruir suas vidas.

A disponibilidade de informações para as vítimas de violência sexual é crucial para garantir que elas recebam o apoio necessário e a justiça devida (BRASIL, 2015a). Pensando nisso, o Ministério da Saúde brasileiro publicou diretrizes para um atendimento humanizado às vítimas de violência sexual, que inclui acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, profilaxias para HIV, IST e hepatite B, além de acompanhamento social e psicológico.

Há ainda a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180). Esse serviço gratuito e anônimo está disponível 24 horas por dia e é uma das principais formas de denúncia e apoio às vítimas de violência sexual. Já o Programa 'Mulher, Viver sem Violência' visa implementar o registro de informações e a coleta de vestígios durante o atendimento prestado em hospitais, garantindo um atendimento mais eficaz e humanizado.

E tudo isso só é possível graças a profissionais de saúde e de segurança pública capacitados para atender as vítimas de agressão sexual – oferecendo suporte integral e reduzindo a exposição da vítima a múltiplos procedimentos – e ao suporte psicológico e social oferecido para ajudá-las a superar os traumas e se reintegrar à sociedade.

Também a educação em saúde sexual é fundamental para as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças. Ela ajuda a prevenir novos episódios de violência, promove a saúde e o bem-estar e capacita as vítimas a tomar decisões informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva (MENDES; MACHADO, 2024).

Nesse sentido, vale lembrar que as vítimas devem ser informadas sobre seus direitos legais e as opções de apoio disponíveis, como assistência jurídica gratuita e serviços de proteção. Educação também ajuda a prevenir doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a entender a importância da profilaxia pós-exposição (PEP) e do uso de preservativos. Informação sobre métodos de contracepção de emergência serve para prevenir gravidezes não planejadas resultantes de violência sexual. E ainda cabe ensinar sobre a necessidade de se respeitar os limites pessoais e sobre o conceito de consentimento.

Educar sobre consentimento é essencial para prevenir a violência sexual e proteger mulheres, adolescentes e crianças. Ajuda as vítimas a reconhecer situações de risco e buscar ajuda quando necessário. Além disso, promove um ambiente seguro e respeitoso, em que todos entendem e respeitam os limites pessoais.

Para aquelas que sofreram violência sexual, o apoio psicológico possui papel de suma relevância, ajudando a lidar com o trauma e a reconstruir a vida das vítimas (BRASIL, 2015a). Sobre o tema, vale destacar alguns pontos: acolhimento psicológico – o processo de escuta ativa

e acolhimento é essencial para que as vítimas possam compartilhar suas experiências e emoções em um ambiente seguro e respeitoso; psicoterapia individual e em grupo – proporcionando um espaço para que as vítimas possam trabalhar seus sentimentos e traumas de maneira terapêutica; apoio familiar – o apoio psicológico também pode incluir a orientação e o apoio aos familiares das vítimas, ajudando-os a entender e lidar com a situação; intervenções em saúde – o atendimento psicológico pode ser realizado em diferentes modalidades, como plantão psicológico, atendimento em enfermaria e orientação jurídica; e capacitação de profissionais – a ideia é garantir um atendimento multidisciplinar e humanizado por parte dos profissionais de saúde e segurança pública.

A psicoterapia é uma ferramenta essencial para ajudar as vítimas de violência sexual a lidar com o trauma e reconstruir suas vidas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020). A Individual oferece um espaço seguro e confidencial para que a vítima possa explorar suas emoções, pensamentos e experiências de maneira profunda e personalizada. O terapeuta trabalha diretamente com a vítima para desenvolver estratégias de enfrentamento e promover a cura emocional. Já a em grupo, proporciona um ambiente de apoio em que as vítimas podem compartilhar suas experiências com outras pessoas que passaram por situações semelhantes. Isso pode ajudar a reduzir o sentimento de isolamento e promover a solidariedade e o apoio mútuo. Ambas as modalidades de psicoterapia podem ajudar a melhorar a autoestima, reduzir sintomas de ansiedade e depressão e promover a resiliência e a recuperação emocional. É importante que os profissionais de saúde mental sejam capacitados para lidar com as especificidades do atendimento a vítimas de violência sexual, garantindo um suporte adequado e sensível.

Entrando mais a fundo no tema da capacitação de profissionais (VIEIRA et al., 2015), o Decreto nº 7.958 (BRASIL, 2013) estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual, incluindo a capacitação de profissionais da segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Há ainda um manual do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) para atendimentos em situações de violência, abordando a identificação, o acolhimento e o encaminhamento das vítimas. E vale lembrar dos diversos cursos disponíveis de capacitação profissional, como o do Centro de Estudos Avançados de Psicologia (CEAP), que aborda a compreensão, identificação e intervenção em casos de violência sexual, e ainda aqueles gratuitos e on-line oferecidos pelo Ministério da Mulher sobre abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Quando o assunto é o atendimento a vítimas de violência sexual, a escuta ativa é essencial (MONTEIRO, 2012). Ela envolve ouvir a vítima de maneira empática e sem julgamentos, permitindo que a vítima compartilhe sua experiência de forma segura e acolhedora. Para identificar sinais de abuso e oferecer suporte emocional, vale apostar em estratégicas como a escuta qualificada e a escuta psicanalítica. Também é importante criar espaços seguros e acolhedores para que as vítimas possam falar abertamente sobre suas experiências sem medo de julgamento ou rejeição. O acolhimento psicológico é um processo que pode incluir avaliação da situação, orientação sobre recursos disponíveis e encaminhamento para outros atendimentos, se necessário.

Temos ainda a escuta especializada, uma abordagem essencial para apoiar vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças (BRASIL, 2017). Mas para que elas se sintam confortáveis em compartilhar suas experiências, é importante garantir espaços físicos adequados e privados para as entrevistas; uma equipe de atendimento multidisciplinar, com psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros; além de focar no acolhimento emocional e psicológico e realizar as entrevistas de forma sensível e eficaz.

O apoio às vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, se dá mediante diversos recursos e ferramentas (SANTOS; IPPOLITO, 2009). Acolhimento e triagem são serviços que oferecem um ambiente seguro e acolhedor para que as vítimas possam ser ouvidas e apoiadas imediatamente. O apoio psicossocial fornece suporte emocional e psicológico. As delegacias especializadas são unidades policiais especializadas em atender casos de violência sexual, garantindo que as vítimas recebam proteção e apoio jurídico. Os juizados especializados são tribunais que lidam especificamente com casos de violência doméstica e familiar, oferecendo um atendimento mais sensível e eficiente. O Ministério Público e a Defensoria Pública oferecem assistência jurídica gratuita e apoio durante o processo judicial. Os serviços de promoção de autonomia econômica são programas que ajudam as vítimas a alcançar independência financeira, oferecendo cursos de capacitação e oportunidades de emprego. Já os espaços de cuidado para crianças são brinquedotecas e áreas de cuidado para crianças, permitindo que as vítimas possam deixar seus filhos em um ambiente seguro enquanto recebem atendimento. Há também os alojamentos de passagem e a central de transporte, serviços que oferecem abrigo temporário e transporte seguro para as vítimas.

Avaliar as necessidades é um passo crucial para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o apoio adequado (BRASIL, 2015a). Primeiro, é preciso identificar as necessidades físicas, emocionais, psicológicas e sociais da vítima. Isso pode incluir cuidados

médicos, apoio psicológico, assistência jurídica e suporte social. Depois, deve-se usar instrumentos validados, como questionários e escalas de avaliação, para ajudar a identificar a gravidade do trauma e as áreas em que a vítima precisa de mais apoio. Um ambiente seguro e acolhedor é essencial para que as vítimas possam se expressar e compartilhar suas experiências sem medo de julgamento. Com base na avaliação das necessidades, é importante desenvolver um plano de ação personalizado que atenda às especificidades de cada vítima.

A orientação e o encaminhamento são etapas cruciais para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o apoio necessário (VILELA, 2009). O primeiro atendimento deve ser acolhedor e seguro, proporcionando suporte emocional e psicológico imediato. Depois, é necessário documentar detalhadamente a história da vítima para o acompanhamento e a coleta de evidências. Também é preciso realizar exames para detectar possíveis lesões físicas e doenças sexualmente transmissíveis. Em alguns casos, coletar vestígios físicos pode ser importante para a investigação criminal. Deve-se oferecer profilaxia para HIV, ISTs e hepatite B, além de contracepção de emergência, se necessário. Para fins de informação em saúde pública, é preciso notificar a autoridade de saúde dentro de 24 horas. É preciso ainda oferecer acompanhamento contínuo para apoiar a recuperação emocional e social da vítima e garantir que ela tenha acesso a serviços de saúde contínuos para monitoramento e tratamento a longo prazo.

O apoio contínuo é essencial para a recuperação e reintegração das vítimas de violência sexual (BRASIL, 2015a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema: acompanhamento psicológico – oferecer suporte contínuo por meio de terapia pode ajudar as vítimas a lidar com o trauma e promover a recuperação emocional; apoio jurídico – garantir que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica contínua para acompanhar o andamento dos processos judiciais; serviços de saúde – prover cuidados médicos contínuos, incluindo tratamento de lesões físicas e doenças sexualmente transmissíveis; rede de apoio social – facilitar o acesso a redes de apoio social, como grupos de apoio e organizações comunitárias, que podem oferecer suporte emocional e prático; educação e capacitação – oferecer programas de educação e capacitação para ajudar as vítimas a alcançar autonomia econômica e social; e monitoramento e avaliação – realizar monitoramento contínuo e avaliação dos serviços prestados para garantir que as necessidades das vítimas estão sendo atendidas de forma eficaz.

O empoderamento das vítimas de violência sexual é essencial para sua recuperação e reintegração na sociedade (CORTEZ; SOUZA, 2008). O suporte contínuo por meio de terapia pode ajudá-las a reconstruir a autoestima e lidar com o trauma. Os programas de educação e

capacitação podem auxiliar a desenvolver habilidades e alcançar autonomia econômica e social. O acesso facilitado a redes de apoio social, como grupos de apoio e organizações comunitárias, pode garantir suporte emocional e prático. Assegurar que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica contínua permite a elas acompanhar o andamento dos processos judiciais. Elas também devem ser informadas sobre seus direitos e as leis que as protegem, como a Lei do Minuto Seguinte e a Lei Joana Maranhão. E, claro, vale criar um ambiente seguro e acolhedor para que as vítimas possam se expressar e compartilhar suas experiências sem medo de julgamento.

Consultas regulares são fundamentais para garantir a recuperação e o bem-estar contínuo das vítimas de violência sexual (BRASIL, 2015a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema: acompanhamento médico (consultas regulares com profissionais de saúde são essenciais para monitorar a saúde física e mental das vítimas, incluindo o tratamento de lesões físicas e doenças sexualmente transmissíveis); apoio psicológico (acompanhamento contínuo com psicólogos ou psiquiatras pode ajudar as vítimas a lidar com o trauma e promover a recuperação emocional); apoio jurídico (garantir que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica contínua para acompanhar o andamento dos processos judiciais); rede de apoio social (facilitar o acesso a redes de apoio social, como grupos de apoio e organizações comunitárias, que podem oferecer suporte emocional e prático); educação e capacitação (oferecer programas de educação e capacitação para ajudar as vítimas a alcançar autonomia econômica e social); e monitoramento e avaliação (realizar monitoramento contínuo e avaliação dos serviços prestados para garantir que as necessidades das vítimas estão sendo atendidas de forma eficaz).

Vale mencionar aqui fontes de leitura que podem servir de apoio jurídico às vítimas de violência sexual:

1. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2011b);
2. Conheça as leis e os serviços que protegem as mulheres vítimas de violência de gênero (CONHEÇA..., 2021);
3. Mulheres vítimas de violência: conheça as leis e redes de apoio (DORNELAS, 2023);
4. Violência contra a mulher: apoio às vítimas de abuso sexual no Brasil (COSTA et al., 2024);
5. Quais leis e serviços protegem as mulheres vítimas de violência de gênero? (PLATAFORMA MULHER SEGURA, 2024).

Os serviços de emergência desempenham um papel crucial no atendimento imediato às vítimas de violência sexual, garantindo que recebam cuidados médicos, psicológicos e jurídicos necessários (BRASIL, 2011b). Elas devem ser recebidas de maneira acolhedora e respeitosa, com registro detalhado da história clínica e dos eventos ocorridos. Devem ser realizados exames físicos e ginecológicos para identificar lesões e doenças sexualmente transmissíveis, além de coletados vestígios físicos e biológicos que possam ser utilizados em investigações judiciais. É preciso disponibilizar métodos contraceptivos de emergência para evitar gravidez indesejada e administrar profilaxia para prevenir infecções como HIV e hepatites B e C. Sempre oferecer apoio psicológico imediato para ajudar a vítima a lidar com o trauma e obrigatoriamente notificar a violência às autoridades de saúde e segurança pública para garantir o acompanhamento e a proteção da vítima.

A proteção de dados é crucial para garantir a privacidade e segurança das vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças (Ibid.). Todas as informações coletadas durante o atendimento devem ser tratadas com total confidencialidade para proteger a identidade e a privacidade da vítima. Os dados devem ser armazenados em sistemas seguros e acessíveis apenas por profissionais autorizados. Informações sobre a vítima devem ser comunicadas apenas por canais seguros e protegidos. É preciso conhecer e seguir as leis de proteção de dados, como a Lei Carolina Dieckmann e a Lei do Minuto Seguinte, que oferecem garantias a vítimas de violência sexual. Para isso, profissionais de saúde e assistência social devem ser treinados para lidar com dados sensíveis de maneira ética e segura.

A melhoria contínua é essencial para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o melhor atendimento possível (BRASIL, 2012a). Para isso, vale coletar feedback direto das vítimas sobre seus atendimentos, de maneira a identificar áreas de melhoria e ajustar práticas para atender melhor às necessidades delas. Os profissionais de saúde e assistência social devem participar de treinamentos contínuos para se manter atualizados sobre as melhores práticas e novas tecnologias. É preciso também realizar avaliações regulares do desempenho dos serviços prestados de forma a identificar pontos fortes e áreas que precisam de melhorias. Com base no feedback e nas avaliações, implementar mudanças e melhorias contínuas nos serviços prestados, além de trabalhar em conjunto com outras organizações e profissionais para compartilhar conhecimentos e melhores práticas.

Para integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, promovendo a autonomia e a igualdade de direitos, lançou-se em 2013 o Programa ‘Mulher, Viver sem Violência’. Coordenado pelo Ministério das Mulheres, ele integra a Política

Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2015c). São pontos-chave do programa: integração dos serviços – articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da segurança pública, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira; transversalidade de gênero, raça e etnia – inclusão de políticas públicas que considerem a diversidade de gênero, raça e etnia; corresponsabilidade – colaboração entre os entes federativos para garantir a eficácia do programa; autonomia e igualdade de direitos – fomento à autonomia das mulheres e à garantia da igualdade de direitos; atendimento humanizado – atendimento integral e humanizado às mulheres em situação de violência, respeitando a dignidade da pessoa humana, a não discriminação e a não revitimização; transporte para serviços especializados – disponibilização de transporte às mulheres em situação de violência para acesso aos serviços da rede especializada de atendimento; e garantia e promoção de direitos – garantia e promoção dos direitos das mulheres em situação de violência, incluindo os direitos à justiça, à verdade e à memória.

Essas diretrizes apresentam ações do programa que estão relacionadas abaixo:

1. Implementação de unidades da Casa da Mulher Brasileira: espaços públicos onde se concentram os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento;
2. Reestruturação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180: melhoria na central de atendimento para oferecer suporte mais eficaz;
3. Organização e humanização do atendimento: atendimento às vítimas de violência sexual sob a perspectiva da não revitimização;
4. Unidades móveis: implementação de unidades móveis para atendimento e orientação em locais sem oferta de serviços especializados ou de difícil acesso;
5. Medidas de prevenção e enfrentamento ao feminicídio: fortalecimento de medidas de prevenção e enfrentamento ao feminicídio; e
6. Campanhas de conscientização: promoção de medidas educativas e campanhas continuadas de conscientização ao enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.

A transversalidade de gênero, raça e etnia é uma abordagem essencial para enfrentar a violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças. Ela reconhece que diferentes grupos sociais enfrentam diferentes formas e níveis de violência e que as políticas públicas devem ser adaptadas para atender a essas especificidades. A transversalidade é a integração da perspectiva de gênero em todas as políticas públicas e ações governamentais, garantindo que as

necessidades e experiências das mulheres sejam consideradas em todos os níveis de tomada de decisão.

Já a interseccionalidade é o reconhecimento de que as identidades de gênero, raça e etnia se entrecruzam, criando experiências únicas de violência e necessidades específicas de atendimento (NUNES; DUARTE; NUNES, 2025).

A garantia e promoção de direitos para as vítimas de violência sexual é fundamental para assegurar que todas as mulheres, adolescentes e crianças tenham acesso aos serviços e ao apoio necessários para reconstruir suas vidas. Esse princípio envolve a implementação de políticas públicas e ações que promovam a proteção e a justiça para as vítimas.

E o que são essas políticas públicas? Nada mais é do que o desenvolvimento e a implementação de políticas que considerem a diversidade de gênero, raça e etnia, visando a erradicação da violência e a promoção da igualdade de direitos.

A autonomia e a igualdade de direitos são princípios fundamentais para garantir que as vítimas de violência sexual possam reconstruir suas vidas com dignidade e respeito. Esses princípios promovem a independência e a igualdade de oportunidades, assegurando que todas as mulheres, adolescentes e crianças tenham acesso aos mesmos direitos e serviços, independentemente de suas circunstâncias.

No que diz respeito ao acolhimento e à triagem – etapas cruciais no atendimento às vítimas de violência sexual, garantindo que elas recebam o suporte necessário de maneira imediata e adequada – é importante frisar que o primeiro contato deve ser acolhedor e empático, de maneira que a vítima se sinta segura para contar suas experiências sem medo de ser julgada (VILELA, 2009). Uma triagem inicial permite identificar as necessidades urgentes da vítima, incluindo atendimento médico, apoio psicológico e assistência jurídica. Em posse dessas informações, é possível direcionar a vítima para serviços especializados que possam oferecer o suporte necessário, como centros de referência, hospitais e delegacias especializadas. Em todo momento, é preciso garantir a proteção da vítima contra possíveis ameaças ou represálias. E cabe manter registros detalhados e confidenciais das informações fornecidas pela vítima, respeitando sua privacidade e garantindo que todos os dados sejam tratados com a devida confidencialidade.

2.2 BENEFICÊNCIA

Hipócrates já dizia que o médico, no atendimento a seus pacientes, deve ter dois obje tivos: fazer o bem e evitar o mal. É dever de um médico sempre levar alívio e assegurar o bem-estar psicológico e social de seu paciente, usando todos os seus conhecimentos para isso.

As vítimas de violência sexual têm prioridade na classificação de risco de Manchester nas emergências dos hospitais públicos – recebem a classificação laranja, que é a segunda na escala da triagem. O objetivo é que sejam atendidas rapidamente, orientadas e medicadas, já que estão arrasadas psicológica e fisicamente e estão ali em busca de um atendimento que traga tranquilidade quanto a uma gravidez indesejada, o medo de adquirir uma IST ou mesmo se tornar positiva para HIV (BRASIL, 2012a).

Sobre a postura do profissional que acolhe as vítimas de violência sexual, deve ter um olhar empático e compassivo. Colocar-se no lugar da paciente e atendê-la como gostaria de ser atendido. Seja sensível. Não demostrar indignação ou revolta. Apenas ser acolhedor e mostrar que compreende e acredita no que ela está te contando. Ajude-a a entender que ela não tem culpa do que aconteceu e não a julgue; estabeleça uma comunicação ativa. Olhe nos olhos dela e diga que imagina que ela está sofrendo muito e que fará o possível para ajudá-la naquele momento. Faça sugestões específicas e não generalistas. Comunique a ela sobre a continuidade da medicação e seus efeitos colaterais e sobre a importância da adesão ao tratamento e de registrar um boletim de ocorrência. Não revitimize a paciente. Evite pedir que ela conte sobre a violência que sofreu. Pergunte somente o que for realmente necessário para o atendimento. Sexo com menores de 14 anos é crime! Se a violência ocorrer com menores de 14 anos, idosas ou portadoras de transtorno intelectual grave, chame o Serviço Social, que acionará a Rede de Proteção (delegacia, Conselho Tutelar, conselho do idoso). Se não houver Serviço Social no plantão, manter a paciente internada para avaliação (Ibid.).

São quadros sintomatológicos considerados comuns às vítimas de violência sexual: reação aguda ao estresse (F43.0), estado de torpor, estreitamento do campo da consciência, dificuldade de manter a atenção, desorientação, estupor dissociativo, agitação com hiperatividade (reação de fuga) e amnésia parcial ou completa do episódio (Ibid.).

Para prevenir e tratar os agravos resultantes de violência sexual, indica-se o acolhimento pela enfermagem e o encaminhamento para atendimento médico e anamnese com data da última menstruação, método contraceptivo, patologia e uso de medicamentos, além de exames clínico e ginecológico. Não realize toque vaginal se não houver necessidade emergencial (preserva

possível avaliação do Instituto de Medicina Legal). Inicie profilaxia emergencial das ISTs/HIV e contracepção de emergência, ambas até 72 horas após a ocorrido. Se necessário, solicite VDRL, hepatite B, Anti-HIV (após aconselhamento rápido e consentimento). Oriente a paciente a registrar a ocorrência policial. Se a agressão ocorreu indo ou vindo do trabalho, pode ser feita uma ocorrência de acidente de trabalho junto à Diretoria de Recursos Humanos (DRH) onde a paciente trabalha. Explique que ela deve retornar a seu NUPAV para acompanhamento com as equipes multidisciplinares. Forneça um atestado médico de 15 dias para a paciente. E procurar o Serviços de Medicina Legal e lá eles devem fazer um teste de DNA.

A contracepção de emergência deve ser feita até 72 horas após o contato – podendo ocorrer até cinco dias após o contato, ainda que sua eficácia não seja a mesma. Use levonorgestrel 0,75mg. São dois comprimidos em dose única.

A profilaxia das infeções sexualmente transmissíveis não virais é essencial para prevenir a propagação dessas doenças. O uso consistente e correto de preservativos (masculinos ou femininos) durante todas as relações sexuais (orais, anais e vaginais) é a forma mais eficaz de prevenir a transmissão de ISTs, incluindo as não virais. Além disso, há vacinas disponíveis para prevenir algumas ISTs não virais, como a hepatite B e o HPV (Papilomavírus Humano). A imunização é uma medida preventiva importante. Manter uma boa higiene pessoal, incluindo a limpeza regular das áreas genitais, pode ajudar a prevenir infeções. E vale testar regularmente para ISTs e procurar tratamento imediato se uma infeção for detectada, prevenindo a propagação para outras pessoas. Campanhas de educação e conscientização sobre os riscos de ISTs e a importância da profilaxia podem ajudar a reduzir a incidência dessas doenças. Tão ou mais importante é discutir com os parceiros sexuais sobre testagem regular e o uso de preservativos, fortalecendo a prevenção conjunta (BRASIL, 2012a).

O esquema recomendado pelo Ministério da Saúde para mulheres e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina, conforme posologia indicada no Quadro 1.

Quadro 1 – Profilaxia das IST não virais em adultos e adolescentes com mais de 45kg não gestantes

Medicação	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**

Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

* Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. **Gestantes devem usar ceftriaxona.
Fonte: Brasil, 2005.

A penicilina ainda é a medicação de escolha para sífilis, já que apresenta excelente relação custo-benefício e deve ser dispensada e administrada nas unidades básicas de saúde. A maioria das reações anafiláticas à penicilina ocorre em 10-40/100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente dois óbitos por 100.000 tratamentos. A Portaria 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica o esquema profilático recomendado no Quadro 2 (BRASIL, 2012a).

Quadro 2 – Profilaxia das IST não virais

Medicação	**Adultos**	**Crianças e adolescentes**
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contraindicado

*O uso da eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal. **Contraindicada para grávidas.
Fonte: Brasil, 2005.

A ciprofloxacina está contraindicada durante a gestação. O metronidazol deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez.

Crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes de penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato

contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos, a profilaxia das IST não virais, do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B não estão recomendadas, porém é essencial que se interrompa o ciclo de violência (BRASIL, 2012a).

O esquema de escolha da profilaxia das IST não virais em crianças inclui as mesmas do esquema para mulheres adultas (penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina). As apresentações e doses recomendadas estão no Quadro 3 (Ibid.).

Em pessoas com histórico comprovado de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha poderão ser substituídas por alternativas em caso de contraindicação, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Profilaxia das IST não virais em gestantes, crianças e adolescentes com menos de 45kg

Medicação	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
Ceftriaxona	250mg (acompanha diluente de 2ml)	IM	Aplicar 125mg (1ml)
Azitromicina	600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	VO	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única

1. Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.
Fonte: Brasil, 2005.

A imunoprofilaxia contra a hepatite B é uma medida preventiva importante para proteger contra a infeção pelo vírus HBV. A vacina contra a hepatite B é a forma mais eficaz

de prevenção. Ela geralmente é administrada em uma série de quatro doses, sendo a primeira ao nascer, seguida por doses adicionais aos 2, 4 e 6 meses de idade. Para adultos que não foram vacinados na infância, três doses também são recomendadas em um intervalo de seis meses. Em casos específicos, como para recém-nascidos de mães infectadas pelo HBV, a imunoglobulina contra a hepatite B pode ser administrada junto com a vacina para aumentar a proteção. No caso de pessoas que estão em maior risco de exposição ao HBV, como profissionais de saúde, trabalhadores de serviços de segurança pública, usuários de drogas injetáveis e pessoas com múltiplos parceiros sexuais, a vacina é recomendada. Para indivíduos imunocomprometidos, como aqueles em terapia imunossupressora, a profilaxia pode incluir o uso de medicamentos antivirais como tenofovir ou entecavir. Como já mencionado, campanhas de educação sobre a importância da vacinação e outras medidas preventivas são essenciais para aumentar a conscientização e a cobertura vacinal.

Mulheres imunizadas contra a hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Mulheres 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. Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Imunoprofilaxia da hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B	
Aplicar IM em deltóide	0, 1 e 6 meses após a violência sexual Imunização ativa
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B	
0,06 ml/Kg	
Aplicar IM em glúteo	dose única
Imunização passiva	

Fonte: BRASIL, 2006a.

A dose da vacina, em micrograma ou mililitros, varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O esquema completo de vacinação (três doses) induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de imunoglobulina humana anti-hepatite B (0,06 ml/kg, IM), em sítio de aplicação diferente da vacina. No caso de o volume a ser administrado ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação

em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora seja recomendada a aplicação nas primeiras 48 horas após a violência (Quadro 4).

A vacina contra a hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide, uma vez que a aplicação na região glútea resulta em menor imunogenicidade. Desse modo, a administração de IGHAHB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB.

Em exposições com paciente-fonte infectado pelo vírus da hepatite C e naquelas com fonte desconhecida, está recomendado o acompanhamento da vítima. Como o período de incubação da hepatite C dura em média sete semanas (variando entre duas e 24 semanas) e mais de 75% dos casos agudos são assintomáticos, é necessária a investigação laboratorial para o diagnóstico.

Qual então o melhor momento de realização dos testes? Bioquímica (ALT): momento da exposição (D0), 45 dias após a exposição (D45), 90 dias após a exposição e 180 dias após a exposição (D180). Sorologia (anti-HCV): momento da exposição (D0), 90 dias após a exposição (D90) e 180 dias após a exposição (D180). HCV-RNA (PCR qualitativo): recomenda-se realizá-lo no 90º dia após a exposição, considerando a inexistência de medidas profiláticas, a exemplo de vacinas e imunoglobulinas, e diante de algumas evidências de que o tratamento da infecção aguda com antivirais (por exemplo, interferon) poderia prevenir a evolução da doença crônica.

Além disso, vale lembrar que não devem receber a imunoprofilaxia contra hepatite B aqueles casos de violência sexual em que a mulher apresente exposição repetida ao mesmo agressor – situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar – e as mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Como a imunização contra hepatite está incluída no calendário vacinal para menores de 20 anos, deverá ser considerada a administração da vacina naqueles que não a receberam (BRASIL, 2012a).

Em gestantes que sofreram violência sexual, na hipótese de transmissão da hepatite B ou C, deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical. O risco de transmissão da mãe

para o filho é baixo para hepatite C, exceto se existe coinfecção com o HIV e não existem medidas profiláticas especificas. O aleitamento não está contraindicado, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco de transmissão vertical do vírus B é elevado – de cerca de 90%. Nesses casos, deve-se proceder com a vacinação imediata (1ª dose) da criança associada à IGHAHB, administradas em grupos musculares separados – ambas devem ser realizadas o mais precocemente possível, nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Nessas condições, a proteção conferida contra a transmissão no momento do parto é de praticamente 100%.

O esquema preconizado consiste em três doses, com intervalo de 1 mês entre a primeira e a segunda dose; e seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Prematuros menores de 33 semanas ou 2000g deverão receber uma dose extra com dois meses de idade (0,1, 2 e 6).

O HBsAg pode ser detectado no leite materno de mães HBsAg positivas. No entanto, a amamentação não traz riscos adicionais para os recém-nascidos dessas mães, desde que eles tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B nas primeiras 12 horas de vida (WATTS; PICKERING, 2000).

Os eventos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros e, quando ocorrem, incluem febre, dor no local da aplicação e, excepcionalmente, reações alérgicas. Não há registro de eventos adversos severos. A administração da vacina e da imunoglobulina humana anti-hepatite B é segura e bem tolerada pelas mulheres, em qualquer idade.

Os eventos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B podem variar, mas geralmente são leves e temporários. Alguns dos efeitos colaterais mais comuns incluem: dor, inchaço e aumento da sensibilidade no local da injeção. Isso pode ser prevenido dividindo doses elevadas em várias injeções aplicadas em diferentes regiões anatômicas. Entre as reações gerais estão febre, calafrios, mal-estar, náuseas e vômitos. Em casos raros, podem ocorrer reações alérgicas, incluindo erupções cutâneas, coceira e, em situações extremas, reações anafiláticas. Taquicardia (aumento da frequência cardíaca) e hipotensão (queda da pressão arterial) podem ocorrer, especialmente se a injeção for feita inadvertidamente por via intravascular.

Em caso de positividade para hepatite B ou C, tanto no momento inicial como nos exames no 3° ou 6° mês, a mulher deve ser encaminhada para avaliação médica especializada. No Quadro 5, encontra-se a interpretação dos exames sorológicos para hepatite B.

Quadro 5 – Interpretação dos marcadores da hepatite B

Interpretação	HbsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência de contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg

Fonte: Brasil, 2008.

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações da maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que o risco de transmissão em casos de violência sexual é de 0,8 a 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde. O trauma genital com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, que é de 5% nas situações de sexo consentido. O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as IST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se: os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a suscetibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; e o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada.

O trauma genital também está associado ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

As evidências que servem de base para a utilização de profilaxia ARV nos casos de violência sexual são indiretas e derivam de modelos teóricos de outras situações, tais como os conceitos de dinâmica viral e o impacto na redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto. Além dessas evidências, estudos observacionais de profilaxia de acidentes com materiais biológicos (PEP) e de exposição sexual do HIV têm estimulado o emprego de esquemas antirretrovirais em situações de violência sexual. Alguns estudos em animais, utilizando macacos com inoculação endovenosa ou em mucosa do vírus da imunodeficiência símia (SIV), também têm servido como modelo de extrapolação para o contexto de profilaxia de transmissão do HIV.

Os riscos potenciais parecem inferiores aos benefícios da profilaxia. Devem ser consideradas principalmente a toxicidade no período de utilização dos antirretrovirais e a potencial seleção de variantes resistentes, caso ocorra a soroconversão.

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido.

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. Como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nesses casos, a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente considerada, e a decisão individualizada, levando em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do status sorológico do agressor.

De forma geral, não está recomendada a profilaxia para o HIV no caso de violência sexual quando a mulher, criança ou adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor, devido à possibilidade de a contaminação já ter ocorrido no passado. Entretanto, é importante avaliar o contexto em que a violência vem ocorrendo – e ainda mais essencial é interromper o ciclo de agressão. Nesses casos, independentemente da indicação da profilaxia, 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.

A profilaxia ARV do HIV deve ser iniciada até, no máximo, 72 horas após a violência sexual. Depois desse 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, entre outros) superam os benefícios.

O esquema de primeira escolha deve combinar dois inibidores nucleosídeos da transcriptase – tenofovir e lamivudina (300mg) (2 em 1); tomar um comprimido via oral uma vez ao dia, durante 28 dias – além do dolutegravir (50mg) – tomar um comprimido via oral uma vez ao dia, durante 28 dias (Quadro 6) (BRASIL, 2012a).

Quadro 6 – Critérios para a recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual.

O esquema recomendado para as crianças também inclui dois ITRN e um IP/r, sendo composto por zidovudina + lamivudina + lopinavir/ritonavir. As apresentações e posologias desses fármacos estão descritas no Quadro 7.

Quadro 7 – Profilaxia do HIV para crianças

Medicamento	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**
ZIDOVUDINA (ZDV)	Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	VO	180mg/m^2/dose, de 12/12h Dose máxima: 300mg/dose

LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 150mg	VO	4 mg/ kg – dose – 12/12h Dose máxima: 150 mg – 12/12h > 12 anos: 150 mg 12/12 h ou 300 mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral 80mg/20mg/mL (LPV /r) Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r)	VO	Crianças < 2 anos: 300 mg/m2 – 12/12h Crianças > 2anos: 230 mg/m2 – 12/12h Dose máxima: 200mg – 12/12h Adolescentes: 400 mg-12/12 h

Obs.: (1) Superfície corporal (m^2) = (Peso x 4) + 7 Peso + 90
(2) Peso em kg = 2 x idade + 8

O esquema de contracepção de emergência é: levonorgestrel 0,75mg via oral, dois comprimidos, sendo a primeira escolha em dose única; ou levonorgestrel de 1,5 mg em dose única; ou o método AHOC com 0,05mg via oral, 2 comprimidos; ou YUPE etinilestradiol via oral a cada 12 horas; ou ainda levonorgestrel 0,25, total de 4 comprimidos.

O esquema de contracepção de emergência está descrito no Quadro 8 (BRASIL, 2012a).

Quadro 8 – Métodos de anticoncepção de emergência hormonal

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

3 CAPÍTULO II – OUTROS FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA

3.1 NÃO MALEFICÊNCIA

Na bioética, o princípio da não maleficência é fundamental. Ele se baseia na ideia de que nenhum mal deve ser feito ao paciente. Esse princípio é frequentemente resumido pela frase em latim *primum non nocere*, que significa "primeiro, não prejudicar".

A maleficência tem relação com a possível falta de respeito do médico no atendimento a essas vítimas, por achar que foram as causadoras ou provocadoras desses estupros, ao usar roupas provocantes ou sensuais. Ou então por entender que, por estarem embriagadas, não deviam estar nas emergências para atendimento.

Alguns estudiosos defendem que o princípio da não maleficência é, na verdade, parte do princípio da beneficência, pois o ato de não causar mal ao outro já é, por si só, uma prática do bem.

Um exemplo de bioética na aplicação do princípio da não maleficência é uma pesquisa para o desenvolvimento de uma vacina. Na fase de testes em humanos, 70% dos pacientes vacinados foram curados, mas 30% morreram em consequência de efeitos colaterais. Os estudos serão interrompidos, e a vacina não poderá ser produzida, mesmo tendo um alto índice de cura. Afinal, causar a morte de pessoas é causar o mal e fere o princípio da não maleficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Ao falar sobre a não maleficência, é preciso pensar sua origem. Esse é um princípio que remonta ao juramento de Hipócrates, em que os médicos se comprometiam a “não causar mal intencionalmente”. Com relação à sua aplicação, é crucial garantir que os benefícios superem os riscos potenciais em pesquisas e tratamentos médicos. Se um tratamento provavelmente causará mais danos do que benefícios, ele deve ser evitado. Já a interpretação significa que a não maleficência é uma extensão do princípio da beneficência, que é a prática do bem (NUNES, 2022a).

A falta de sensibilidade dos servidores da saúde que fazem os atendimentos às vítimas de violência sexual para identificar os riscos de contaminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), contaminações por HIV e gravidez indesejada agrava a já traumática situação física e a saúde mental das vítimas, que pode levar a quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou a delegacia de polícia é já

um agravo resultante dessa violência, como o é a falta de conhecimentos jurídicos e sociais referente à proteção da mulher em situação de violência – quer seja física, psicológica ou sexual (BRASIL, 2012a).

A não notificação de qualquer suspeita de violência – ou de violência confirmada – pelos profissionais de saúde, o não atendimento dessas vítimas com procedimentos terapêuticos adequados ao quadro e o não encaminhamento à rede de atenção a mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência pode levar a uma gravidez indesejada, a infecções sexualmente transmissíveis (IST), à infecção por HIV ou à infecção por hepatite B.

Sem a notificação adequada, os agressores podem continuar a cometer abusos, perpetuando o ciclo de violência. A falta de atendimento terapêutico adequado pode resultar em problemas de saúde física e mental não tratados, agravando o sofrimento da vítima. Além disso, os profissionais de saúde têm a obrigação ética e legal de denunciar casos de violência, garantindo a proteção e o tratamento adequado das vítimas.

A não notificação e o atendimento inadequado também podem minar a confiança das vítimas no sistema de saúde, desencorajando outras vítimas a buscar ajuda. Não notificar pode ainda dificultar a punição dos agressores e a aplicação da justiça, pois a coleta de evidências e testemunhos é crucial para processos judiciais. Por tudo isso, é essencial que os profissionais de saúde recebam treinamento contínuo sobre a identificação de sinais de violência, procedimentos de notificação e protocolos de atendimento terapêutico adequado.

Essas questões destacam a importância de um sistema de saúde que seja proativo e bem-preparado para lidar com casos de violência sexual, garantindo a proteção e o suporte necessários às vítimas.

Outro problema grave é a falta de um local específico para o atendimento das vítimas de violência sexual com prioridade de atendimento segundo a classificação de Manchester – prioridade de cor laranja (VILELA, 2009).

É preciso ainda contar com uma equipe multidisciplinar constituída de médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Essa equipe deve ter sensibilidade e capacidade para realizar o atendimento a essas vítimas, como também medicá-las e orientá-las.

A falha em atender emergencialmente essas vítimas com o uso de contracepção de emergência e profilaxias das IST/HIV e hepatites, ademais de outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado – sempre respeitando os direitos delas e atendendo suas necessidades, incluindo a decisão de interrupção da gravidez –, pode levar a uma gravidez indesejada e causar infecções sexualmente transmissíveis (IST), por HIV ou hepatite B. Sem mencionar o trauma

psicológico que muitas vezes acompanha essas vítimas o resto de suas vidas. Por isso, os médicos devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação (Ibid.).

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, na ocorrência de traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, criança ou adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

A não avaliação do histórico das vítimas de violência sexual e de suas famílias e o não encaminhamento dos casos aos órgãos competentes (delegacia de polícia ou delegacia de proteção à mulher, responsáveis pela requisição de perícia por parte do Instituto Médico Legal) podem levar a repetições desse tipo de violência. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao seu direito e à importância de guardar cópia do boletim de ocorrência. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, o documento deve ser encaminhado aos serviços jurídicos: Defensoria Pública, fórum local ou organizações não governamentais de apoio jurídico.

A maleficência, ou seja, os danos intencionalmente causados às vítimas de violência sexual, pode ter impactos profundos e duradouros em mulheres, adolescentes e crianças. Esses impactos podem ser físicos, emocionais e psicológicos, afetando a saúde e o bem-estar das vítimas de várias maneiras (Ibid.).

No que diz respeito aos impactos sofridos pelas vítimas de violência sexual, os físicos são lesões físicas, doenças sexualmente transmissíveis ou outras complicações de saúde. Já os psicológicos incluem traumas como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão e ansiedade. Os sociais seriam estigmatização, isolamento social e dificuldades em manter relacionamentos saudáveis. Há ainda os impactos educacionais e profissionais: a violência sexual pode afetar o desempenho escolar e profissional das vítimas, levando a dificuldades de concentração e absenteísmo.

O princípio da não maleficência também está diretamente associado a outros pontos-chave (SILVA et al., 2020). É o caso da revitimização. É preciso assegurar que as vítimas não sejam submetidas a processos ou práticas que possam levar a isso, como interrogatórios insensíveis ou exames médicos invasivos sem necessidade. Também tem relação direta com um atendimento sensível e humanizado, permitindo que as vítimas se sintam seguras, valorizadas, acolhidas e respeitadas. Isso tudo depende de profissionais treinados para atuar de

maneira sensível e adequada, evitando causar danos adicionais às vítimas, e da garantia de que todas as informações pessoais das vítimas serão tratadas com rigorosa confidencialidade.

É preciso falar também da importante de se adotar procedimentos não invasivos (BRASIL, 2017). Os exames médicos devem ser realizados de forma cuidadosa e respeitosa, sempre com o consentimento informado da vítima, e em um ambiente que seja seguro e acolhedor para ela. Sempre que possível, deve-se utilizar tecnologias que minimizem o desconforto e a dor durante os procedimentos médicos. É preciso também garantir que as vítimas compreendam bem os procedimentos a serem realizados e deem seu consentimento antes de qualquer intervenção. Oferecer suporte psicológico durante e após os procedimentos pode ajudar as vítimas a lidar com qualquer ansiedade ou trauma.

Com relação à proteção de dados e à confidencialidade, é preciso implementar sistemas de armazenamento de dados que sejam seguros e protegidos contra acessos não autorizados (VILELA, 2009). Todos os profissionais envolvidos no atendimento devem ser treinados sobre a importância do sigilo e da confidencialidade e devem assinar termos de compromisso nesse sentido. É preciso ainda informar claramente às vítimas como suas informações serão utilizadas e obter seu consentimento antes de compartilhar qualquer dado com outras entidades ou profissionais. Por isso, os atendimentos devem ser realizados em locais que ofereçam privacidade, para que as vítimas se sintam seguras ao compartilhar suas experiências. Outra dica importante é limitar a coleta e o compartilhamento de dados pessoais ao mínimo necessário para fornecer o atendimento adequado.

A segurança, o respeito e o conforto das vítimas devem ser garantidos a todo momento (BRASIL, 2015a). Como? Criando espaços privados e confortáveis em que as vítimas possam se sentir seguras e respeitadas durante o atendimento. Isso inclui salas de espera tranquilas, consultórios bem iluminados e climatizados. Todos os profissionais devem estar aptos a atender de forma empática e sem julgamentos, lidando de maneira sensível com as situações de violência sexual. Um atendimento personalizado, que reconhece as necessidades e circunstâncias únicas de cada vítima, também é vital. E, claro, é preciso ouvi-las com atenção e respeito, validando suas experiências e emoções sem interrupções ou julgamentos.

Proteger o anonimato das vítimas de violência sexual também deve ser a norma (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018). Para isso, é preciso oferecer canais de denúncia que permitam às vítimas relatar a violência sem revelar sua identidade, como linhas telefônicas específicas ou plataformas on-line seguras. É necessário também implementar sistemas rigorosos de proteção de dados para garantir que as informações pessoais das vítimas

sejam mantidas confidenciais e seguras. Todos os profissionais envolvidos no atendimento devem ser treinados sobre a importância do sigilo e devem estar comprometidos com a proteção do anonimato das vítimas. Os atendimentos devem ocorrer em locais que ofereçam privacidade total, evitando qualquer possibilidade de exposição da identidade da vítima. E elas devem saber como suas informações serão usadas – e devem ser lembradas de seu direito de permanecer anônimas durante todo o processo.

A não maleficência também tem papel importante ao se avaliar que intervenções e serviços são realmente necessários, assegurando que nenhuma ação cause dano adicional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Por isso, vale: realizar uma avaliação individualizada das necessidades de cada vítima, considerando suas circunstâncias únicas e preferências pessoais; evitar intervenções desnecessárias ou invasivas que possam causar sofrimento adicional às vítimas; envolvê-las no processo de decisão, garantindo que compreendam todas as opções disponíveis e deem seu consentimento informado diante de qualquer intervenção; alocar recursos de maneira eficiente para garantir que as necessidades mais urgentes sejam atendidas sem desperdício; e realizar monitoramentos contínuos para ajustar as intervenções conforme necessário, baseando-se no feedback das vítimas e em avaliações periódicas.

Garantir intervenções não invasivas também é essencial (VILELA, 2009). Aqui estão algumas diretrizes para assegurar que essas intervenções promovam a cura e o bem-estar sem causar danos adicionais:

1. Procedimentos médicos delicados: realizar exames e tratamentos médicos de forma cuidadosa e respeitosa, sempre com o consentimento informado da vítima e minimizando qualquer desconforto físico e emocional;
2. Terapias psicológicas não invasivas: utilizar abordagens terapêuticas que não sejam invasivas, como a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de exposição gradual e outras técnicas que respeitem os limites emocionais das vítimas;
3. Apoio e monitoramento contínuo: fornecer apoio contínuo e realizar monitoramentos regulares para ajustar as intervenções conforme necessário, garantindo que atendam às necessidades das vítimas de maneira segura e eficaz;
4. Uso de Tecnologias adequadas: empregar tecnologias e métodos que reduzam a necessidade de procedimentos invasivos, como a ultrassonografia ou exames laboratoriais menos invasivos; e

5. Capacitação de Profissionais: treinar profissionais de saúde, assistência social e justiça para realizar intervenções de maneira sensível e eficaz, evitando qualquer prática que possa causar dano adicional.

3.2 JUSTIÇA

Este princípio se baseia na justiça distributiva das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa e a prevenção, alcançando todos os indivíduos de maneira equitativa e apropriada, considerando o ônus e os benefícios para a sociedade (NUNES, 2022b).

Justiça para que essas vítimas tenham um atendimento acolhedor e ético e se sintam amparadas após as violações sexuais, psicológicas e físicas.

A continuação do ciclo de violência é um problema sério e multifacetado (VILELA, 2009). Quando a violência sexual não é notificada e as vítimas não recebem o atendimento adequado, várias consequências negativas podem ocorrer: as vítimas que não recebem suporte adequado podem ser mais vulneráveis a sofrer novos abusos, seja pelo mesmo agressor ou por outros; a falta de intervenção pode agravar os traumas psicológicos, levando a problemas de saúde mental a longo prazo, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); sem a devida resposta das autoridades e dos serviços de saúde, a violência pode ser vista como algo "normal" ou inevitável, perpetuando comportamentos abusivos; a não notificação impede que os agressores sejam responsabilizados por seus atos, o que pode encorajá-los a continuar cometendo abusos; e a falta de ação pode minar a confiança das vítimas e da comunidade no sistema de saúde e na justiça, desencorajando futuras denúncias e a busca por ajuda.

Esses fatores mostram a importância de um sistema de saúde e justiça que seja proativo e eficaz na identificação, na notificação e no tratamento de casos de violência sexual.

A confiança no sistema de saúde é fundamental para garantir que as vítimas de violência sexual procurem e recebam o atendimento necessário (Ibid.). Construir e manter essa confiança depende de:

1. Profissionais de saúde e instituições transparentes em suas ações e procedimentos, demonstrando responsabilidade em todos os aspectos do atendimento;
2. Um ambiente seguro e acolhedor para que as vítimas se sintam confortáveis ao buscar ajuda. Isso inclui o treinamento dos profissionais para lidar com vítimas de maneira sensível e empática;
3. Informações claras e acessíveis sobre os direitos das vítimas, os serviços disponíveis e os procedimentos a serem seguidos, de maneira a empoderar as vítimas e incentivá-las a buscar ajuda;

4. Garantir a confidencialidade das informações das vítimas, para que se sintam seguras ao relatar os abusos;
5. Investir na capacitação contínua dos profissionais e na melhoria das infraestruturas de atendimento, de forma a a confiança das vítimas no sistema de saúde; e
6. Um acompanhamento contínuo e integrado, em que as vítimas sintam que têm um suporte constante ao longo de sua recuperação.

Justiça e equidade são princípios cruciais na bioética e podem ser entendidos de diferentes maneiras (DEBERT-RIBEIRO, 1994). A justiça tem a ver com a distribuição justa e equitativa de recursos de saúde. Garante que todos os pacientes recebam tratamentos semelhantes, independentemente de fatores socioeconômicos, raça ou outros atributos. Já a equidade foca na igualdade de oportunidades para alcançar a saúde, considerando as diferentes necessidades individuais. Tem como objetivo reduzir disparidades e assegurar que todos recebam um nível básico de cuidado. Muitas vezes envolve ações afetivas, em que mais recursos são destinados a grupos vulneráveis para garantir oportunidades iguais.

A justiça é geralmente interpretada como um tratamento justo, equitativo e apropriado das pessoas. Das várias categorias de justiça, a que é mais pertinente à ética clínica é a justiça distributiva. A justiça distributiva refere-se à distribuição justa, equitativa e apropriada dos recursos de saúde determinados por normas. Por exemplo, ela estabelece que os profissionais de saúde tratem todos os doentes com o mesmo cuidado e atenção, sem diferenças no tratamento por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas. Também se refere à igualdade na avaliação dos tratamentos mais adequados a cada situação. Para isso, é preciso considerar tanto os valores morais e éticos do paciente como a realidade de sua saúde e a necessidade do tratamento.

No domínio da bioética, esse princípio se baseia na justiça distributiva e na equidade (SANTOS, 2020). Ele defende que a distribuição dos serviços de saúde deve ser feita de forma justa e que deve haver igualdade de tratamento para todos os indivíduos. Tal igualdade não consiste em dar o mesmo para todos, mas sim em dar a cada um o que cada um precisa.

Um caso real que exemplifica o princípio da justiça aconteceu em Oregon, nos Estados Unidos. Com o objetivo de proporcionar um atendimento básico de saúde a um maior número de pessoas, o governo local reduziu os atendimentos de saúde que imputavam custos altos. Dessa forma, foi possível realizar uma distribuição mais alargada dos recursos disponíveis de forma a ajudar solucionar os problemas de uma parcela maior da população.

O princípio da justiça se baseia na justiça distributiva das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa e a prevenção. No contexto da bioética, o princípio da justiça enfatiza a distribuição equitativa de recursos limitados, incluindo financiamento governamental para saúde, pesquisa e prevenção. Essa distribuição justa garante que todas as pessoas, independentemente de sua situação socioeconômica, tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade, avanços médicos e programas preventivos. Proporciona uma base ética para tomar decisões difíceis sobre a alocação de verbas e recursos, buscando sempre minimizar desigualdades e promover equidade na saúde.

A justiça no atendimento às vítimas de violência sexual é essencial para garantir que elas recebam o suporte necessário de maneira digna e respeitosa (BRASIL, 2011b). O atendimento deve ser humanizado, respeitando a dignidade, privacidade e não discriminação das vítimas. Também é crucial oferecer um espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, criando um ambiente de confiança e respeito. A integração entre os serviços de saúde e a segurança pública é fundamental para garantir um atendimento completo e eficaz. E os profissionais de saúde e segurança pública devem ser capacitados para atender as vítimas de violência sexual de forma humanizada e eficiente (BRASIL, 2015a).

Para oferecer um atendimento verdadeiramente eficaz às vítimas de violência sexual, é fundamental que os profissionais de saúde estejam bem preparados (TEIXEIRA et al., 2023). Isso envolve: tratar as vítimas com empatia e respeito, garantindo sua privacidade e dignidade durante todo o atendimento; oferecer um ambiente seguro e privado em que a vítima se sinta confortável para compartilhar sua experiência; prover suporte emocional e psicológico imediato e a longo prazo, ajudando as vítimas a lidar com traumas; e facilitar o acesso a serviços de saúde, assistência social e apoio legal, garantindo um atendimento integral.

Outros elementos-chave da capacitação são: desenvolver habilidades para lidar com situações delicadas, garantindo empatia e respeito em cada interação; estar bem informado sobre protocolos médicos, psicológicos e legais específicos para o atendimento às vítimas; saber identificar sinais físicos e emocionais de trauma, mesmo quando não explícitos; participar regularmente de cursos e workshops para se manter atualizado sobre melhores práticas e novas diretrizes; e trabalhar em conjunto com psicólogos, assistentes sociais e profissionais de segurança para fornecer um atendimento abrangente e coordenado.

Um ambiente seguro é fundamental no atendimento às vítimas de violência sexual (Ibid.). Isso inclui:

1. Privacidade total: garantir que a vítima tenha um espaço privado em que se sinta confortável para falar sem medo de julgamento;
2. Confidencialidade: assegurar que todas as informações compartilhadas pela vítima sejam mantidas em sigilo, incluindo todos os dados pessoais;
3. Apoio constante: ter profissionais de suporte, como psicólogos e assistentes sociais, disponíveis para proporcionar um ambiente acolhedor e seguro; e
4. Espaço confortável: criar um ambiente físico que seja calmo, acolhedor e livre de distrações ou elementos perturbadores.

Também o apoio interdisciplinar é crucial para proporcionar um atendimento integral e eficaz às vítimas de violência sexual (VILELA, 2009). Ele envolve a colaboração de diferentes profissionais, cada um trazendo sua expertise para oferecer um cuidado mais completo e coordenado. Médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e profissionais de segurança devem trabalhar juntos para garantir que todas as necessidades da vítima sejam atendidas. Além disso, é importante criar planos de tratamento integrados que considerem as necessidades físicas, emocionais e legais das vítimas (BRASIL, 2009b). A realização de reuniões multidisciplinares ajuda na discussão de casos, no compartilhamento informações e no ajuste de estratégias, conforme necessário. E ainda se facilita o acesso rápido a outros especialistas, garantindo que a vítima não tenha que esperar por muito tempo para receber cuidados adicionais.

Ter sensibilidade é crucial para garantir um atendimento empático e respeitoso às vítimas de violência sexual (VILELA, 2009). Por isso, cabe ensinar os profissionais sobre a importância de abordar cada caso com empatia e respeito, reconhecendo as experiências e os sentimentos únicos de cada vítima (SAMPAIO et al., 2013). Eles também devem adotar uma linguagem clara e não julgadora e ouvir atentamente, oferecendo um espaço seguro para que a vítima se expresse. É preciso ainda aprender a identificar sinais de trauma e entender os efeitos emocionais e psicológicos da violência sexual, a fim de proporcionar o suporte.

Já a luta por justiça para as vítimas de violência sexual é uma questão crucial e complexa. Recentemente, a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados aprovou um projeto de lei que isenta mulheres vítimas de violência doméstica e familiar do pagamento de despesas decorrentes da ação penal movida contra o agressor. Isso é um passo importante para garantir que as vítimas tenham acesso à justiça sem enfrentar barreiras financeiras.

Também é vital reconhecer que meninas negras são particularmente vulneráveis à violência sexual no Brasil. A conscientização e a implementação de políticas públicas eficazes são essenciais para proteger essas jovens e garantir que recebam o apoio necessário.

A justiça para as vítimas de violência sexual não é apenas uma questão de punir os agressores, mas também de fornecer suporte e recursos para as vítimas, ajudando-as a reconstruir suas vidas (SIQUEIRA, 2023).

A criação de redes de apoio, como o Grupo de Apoio às Vítimas de Crime (GAVcrime), é fundamental para oferecer um atendimento humanizado e especializado (NJAINE et al., 2006). No caso das organizações governamentais e não governamentais, frequentemente esse apoio vem via aconselhamento, grupos e assistência na reintegração à sociedade. Há ainda os centros de assistência, que fornecem orientação, apoio emocional e conectam as vítimas a recursos locais. Também muitos países atuam nesse sentido – com a criação de políticas de apoio às vítimas e leis mais severas contra os agressores.

É preciso lembrar dos programas de educação e conscientização, cruciais para prevenir a violência sexual e ajudar as vítimas a entenderem seus direitos e os recursos disponíveis. Muitas delas necessitam de assistência legal para navegar pelo sistema de justiça – de maneira que esses serviços podem ajudá-las a obter ordens de restrição, processar os agressores e buscar compensações.

A formação e a especialização de profissionais da segurança pública e do judiciário são essenciais para garantir um atendimento adequado às vítimas. Isso inclui a criação de delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAMs) e a capacitação de policiais e juízes para lidar com casos de violência sexual de forma sensível e eficaz.

As DEAMs são unidades da Polícia Civil especializadas no atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2010c). Elas desempenham um papel crucial na prevenção, na apuração, na investigação e no enquadramento legal dos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Algumas das principais funções das DEAMs incluem: registro do boletim de ocorrência (BO); apoio psicológico e social, ajudando as vítimas a encontrar recursos e serviços necessários para sua segurança e bem-estar; e solicitação de medidas protetivas de urgência ao juiz, como restrições de contato e afastamento do agressor.

As medidas protetivas são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar das vítimas de violência sexual. Elas são solicitadas ao juiz e podem incluir diversas ações, como: o agressor pode ser obrigado a se afastar da residência, local de trabalho ou qualquer outro lugar

frequentado pela vítima; o agressor pode ser proibido de manter qualquer tipo de contato com a vítima, seja pessoalmente, por telefone, e-mail ou redes sociais; o agressor pode ser impedido de se aproximar da vítima, mantendo uma distância mínima determinada pelo juiz; testemunhas do caso também podem receber medidas protetivas para garantir sua segurança; e a vítima pode ser encaminhada para serviços de apoio psicológico e social, ajudando-a a lidar com o trauma e a reconstruir sua vida.

No caso de crianças vítimas de violência sexual, o afastamento do agressor é ainda mais relevante – a medida está prevista na Lei Henry Borel (BRASIL, 2022), sancionada em 24 de maio de 2022. Criada para prevenir e enfrentar a violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes – em resposta ao trágico caso do menino Henry Borel, que faleceu em março de 2021 após sofrer graves lesões corporais –, a lei determina o afastamento do agressor do lar, da escola e de outros locais frequentados pela vítima.

Além disso, ela proíbe qualquer contato do agressor com a vítima, seja direto ou indireto, e estabelece que qualquer pessoa que tenha conhecimento de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes deve informar a polícia ou o Ministério Público. A lei também considera crime hediondo o homicídio de menores de 14 anos, com penas severas para os agressores, e determina que as estatísticas sobre violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes devem ser incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema de Justiça e Segurança.

Por tudo isso, a Lei Henry Borel representa um importante passo para garantir a segurança e a integridade física e psicológica de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Outras legislações brasileiras determinam que os casos de violência contra crianças e adolescentes devem ser obrigatoriamente denunciados ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2002) – órgão responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Ele deve ser acionado imediatamente ao se tomar conhecimento de casos de violência e tem a responsabilidade de tomar as medidas necessárias para proteger a vítima.

A obrigação legal de denunciar é de todos: qualquer indivíduo que tenha conhecimento ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes – familiares, vizinhos, professores e, em especial, os profissionais que atuam na saúde, educação ou assistência social, visto que estão em contato frequente com crianças e adolescentes. As denúncias podem ser feitas de forma anônima, o que encoraja mais pessoas a reportar casos de violência sem medo de retaliação. A omissão em denunciar pode resultar em penalidades legais. A denúncia visa garantir a proteção

imediata das vítimas e a tomada de providências para cessar a violência e oferecer o apoio necessário.

O procedimento de denúncia inclui (Ibid.):

1. Disque 100: o Disque 100 é um serviço nacional que recebe denúncias de violações de direitos humanos, incluindo violência contra crianças e adolescentes;
2. Conselho Tutelar: as denúncias podem ser feitas diretamente ao Conselho Tutelar local; e
3. Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA): em alguns casos, a denúncia pode ser feita diretamente em delegacias especializadas.

A justiça para as vítimas de violência sexual, incluindo mulheres, adolescentes e crianças, é fundamental para garantir que suas vozes sejam ouvidas e que seus agressores sejam responsabilizados (SANTOS; GONÇALVES, 2020). Para buscar reparação e proteção. Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Acesso à justiça: garantir que as vítimas tenham acesso fácil e seguro aos sistemas judiciais para denunciar crimes e buscar justiça;
2. Proteção legal: implementar leis que protejam as vítimas e garantam que seus direitos sejam respeitados durante todo o processo judicial; e
3. Apoio psicológico e social: fornecer suporte emocional e psicológico para ajudar as vítimas a superar o trauma e se reintegrar à sociedade.

Ainda nesse sentido, é importante frisar:

1. Facilidade de denúncia: as vítimas devem ter acesso a canais seguros e confidenciais para denunciar a violência sofrida. Isso inclui delegacias especializadas, linhas de apoio e serviços on-line;
2. Apoio jurídico: é essencial que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica gratuita para orientá-las durante todo o processo legal;
3. Proteção das vítimas: medidas protetivas, como ordens de restrição, devem ser implementadas rapidamente para garantir a segurança das vítimas;
4. Sensibilização e capacitação: profissionais do sistema de justiça, incluindo policiais, advogados e juízes, devem ser capacitados para lidar com casos de violência sexual de maneira sensível e eficaz; e
5. Justiça restaurativa: programas de justiça restaurativa podem ser uma opção para ajudar as vítimas a encontrar um sentido de justiça e de cura.

A proteção legal para as vítimas de violência sexual é essencial para garantir que seus direitos sejam respeitados e que recebam o apoio necessário (BRASIL, 2015a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Leis específicas: existem leis específicas que protegem as vítimas de violência sexual, como a Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher;
2. Medidas protetivas: as vítimas podem solicitar medidas protetivas, como ordens de restrição, para garantir sua segurança;
3. Acesso à justiça: é fundamental que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica gratuita para orientá-las durante todo o processo legal; e
4. Apoio psicológico e social: além da proteção legal, é importante que as vítimas recebam apoio psicológico e social para ajudá-las a superar o trauma.

Esse apoio psicológico pode vir na forma de terapia individual – sessões com psicólogos especializados em ajudar as vítimas a processar o trauma –, grupos de apoio – para compartilhar suas experiências e encontrar solidariedade – e terapias complementares – arteterapia, musicoterapia e outras abordagens que possam ajudar na recuperação emocional (VILELA, 2009).

Facilitar a denúncia é fundamental para que as vítimas de violência sexual possam buscar justiça e proteção (Ibid.). Sendo assim, é necessário disponibilizar diversos canais de denúncia, como linhas telefônicas, aplicativos e serviços on-line, que sejam acessíveis e confidenciais; estabelecer delegacias especializadas em atendimento a vítimas de violência sexual, com profissionais treinados para lidar com essas situações sensíveis; permitir que as vítimas façam denúncias anonimamente para evitar medo de retaliação; treinar policiais, assistentes sociais e profissionais de saúde para que possam atender as vítimas de maneira sensível e eficaz; e promover campanhas que incentivem a denúncia e informem as vítimas sobre seus direitos e os recursos disponíveis.

O apoio jurídico é vital para garantir que as vítimas de violência sexual possam exercer seus direitos e buscar justiça (BRASIl, 2011b). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Assistência jurídica gratuita: oferecer serviços de assistência jurídica gratuita para orientar as vítimas durante todo o processo legal. No Brasil, a Defensoria Pública desempenha um papel crucial nesse sentido;
2. Medidas protetivas: implementar medidas protetivas de urgência, como ordens de restrição, para garantir a segurança das vítimas;
3. Acompanhamento jurídico: acompanhamento contínuo por advogados especializados em casos de violência sexual para assegurar que os direitos das vítimas sejam respeitados; e
4. Sensibilização e treinamento: capacitar profissionais do sistema de justiça, incluindo juízes e promotores, para lidar de forma sensível e eficaz com os casos de violência sexual.

A proteção das vítimas de violência sexual é um aspecto vital para garantir sua segurança e bem-estar (BRASIL, 2015a). Aqui estão algumas medidas essenciais que podem ser implementadas para proteger mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual:

1. Abrigos seguros: estabelecimento de abrigos que ofereçam proteção e suporte imediato às vítimas;
2. Proteção policial: aumento da patrulha e presença policial em áreas de risco, além de respostas rápidas às denúncias;
3. Acompanhamento psicológico e social: disponibilização de serviços contínuos de apoio emocional e social para ajudar na recuperação das vítimas; e
4. Educação e conscientização: campanhas de sensibilização para educar a população sobre a importância de proteger e apoiar as vítimas de violência sexual.

Sensibilização e capacitação são fundamentais para melhorar a resposta à violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças. Isso envolve educar a sociedade e treinar profissionais para que possam lidar de maneira adequada com esses casos (BRASIL, 2012a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Campanhas públicas: lançar campanhas de conscientização para educar o público sobre os sinais de violência sexual e a importância de apoiar as vítimas;
2. Educação nas escolas: incluir tópicos sobre violência sexual, consentimento e respeito nas escolas para informar e proteger jovens e adolescentes; e
3. Mídia e redes sociais: utilizar a mídia e as redes sociais para disseminar informações e recursos para vítimas e sobreviventes.

Existem leis que garantem direitos específicos para as vítimas de violência sexual, como o direito à assistência médica e psicológica, ao sigilo da identidade e à proteção contra possíveis retaliações.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O objetivo é capacitar os estudantes para reconhecer sinais de violência, saber como buscar ajuda e, acima de tudo, promover uma cultura de respeito e prevenção.

Além das leis, políticas públicas são implementadas para prevenir a violência sexual e apoiar as vítimas. Isso inclui campanhas de conscientização, programas educacionais nas escolas e a criação de centros especializados de atendimento para vítimas, como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher.

Por sua vez, a justiça restaurativa é uma abordagem que visa reparar os danos causados pelo crime, focando nas necessidades das vítimas, na responsabilização dos ofensores e na restauração das relações sociais (INSTITUTO NOOS, 2012). Para as vítimas de violência sexual, essa abordagem pode oferecer um caminho alternativo para a justiça e a cura:

1. Foco na vítima: a justiça restaurativa coloca a vítima no centro do processo, garantindo que suas necessidades e sentimentos sejam priorizados;
2. Responsabilização do ofensor: o ofensor é incentivado a reconhecer o impacto de suas ações e a tomar medidas para reparar os danos causados;
3. Reparação dos danos: por meio de diálogos e acordos, busca-se uma solução que promova a cura e a reconciliação, em vez de apenas punir o ofensor; e
4. Redução do trauma: a participação ativa no processo pode ajudar as vítimas a recuperar um sentido de controle e a reduzir o trauma.

Com relação à justiça para vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, vale lembrar alguns documentos que tratam do tema:

1. Comissão aprova garantias para criança e adolescente vítima de violência: este artigo discute a criação de um sistema de garantia de direitos para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, incluindo medidas de proteção e punições mais severas para os agressores (BRANDÃO, 2024);
2. Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil 2021-2023: este relatório aborda a violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, destacando a necessidade de proteção e justiça para as vítimas (UNICEF BRASIL; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021);

3. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes: este documento do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania discute a criação de uma comissão intersetorial para enfrentar a violência sexual contra crianças e adolescentes, promovendo a articulação de políticas públicas e ações de proteção (BRASIL, 2023b);
4. Outras leis e serviços que protegem as mulheres vítimas de violência de gênero, desde logo o artigo da ONU no Brasil que lista as principais leis e redes de serviços que protegem as mulheres vítimas de violência, incluindo o direito à justiça (ONU, 2024a).

A aplicação do princípio da justiça nas intervenções não invasivas para vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, envolve assegurar que todos tenham acesso igualitário e justo aos cuidados necessários, independente de suas circunstâncias pessoais (SILVA, 2007). Aqui estão algumas diretrizes importantes das práticas de justiça nas intervenções não invasivas:

1. Igualdade de acesso: garantir que todas as vítimas, independentemente de sua origem socioeconômica, localização geográfica ou outras diferenças, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e apoio;
2. Distribuição equitativa de recursos: assegurar que os recursos, como profissionais treinados e tecnologias adequadas, sejam distribuídos de maneira justa para atender a todas as vítimas de maneira eficaz;
3. Atendimento personalizado: adaptar as intervenções às necessidades específicas de cada vítima, reconhecendo e respeitando suas diferenças individuais e culturais;
4. Participação ativa das vítimas: envolver as vítimas no processo de tomada de decisão, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas na definição dos cuidados que receberão; e
5. Monitoramento e avaliação contínuos: realizar avaliações regulares para garantir que as práticas de justiça estejam sendo mantidas e ajustadas conforme necessário para atender às necessidades de todas as vítimas.

Garantir a igualdade de acesso na justiça às vítimas de violência sexual é essencial para assegurar que todas elas, independentemente de suas circunstâncias, recebam o apoio e os serviços necessários. Assim, todos os centros de atendimento e apoio devem ter recursos suficientes para atender às necessidades das vítimas, incluindo profissionais capacitados e

suporte psicológico, jurídico e médico. Também é preciso implementar políticas para que todas elas possam acessar a serviços de apoio, incluindo transporte, linhas de apoio telefônicas e serviços on-line, independentemente de sua localização geográfica (BRASIL, 2011c).

Deve-se ainda desenvolver programas específicos para atender grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência, comunidades indígenas e LGBTQIA+, garantindo que suas necessidades específicas sejam atendidas. Promover campanhas de educação e conscientização ajudam a informar a população sobre os direitos das vítimas de violência sexual e os serviços disponíveis, garantindo que todas as vítimas saibam onde e como buscar ajuda. E o estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação contínuos permite que as políticas de igualdade de acesso sejam efetivamente implementadas e ajustadas conforme necessário.

A distribuição equitativa de recursos é essencial para garantir que todas as vítimas de violência sexual, independentemente de sua origem ou situação, recebam o suporte necessário (BRASIL, 2015a). Para isso, é necessário pensar em:

1. Alocação de recursos com base na necessidade: distribuir recursos de maneira proporcional às necessidades específicas das comunidades e das vítimas. Regiões com maiores índices de violência sexual, por exemplo, devem receber mais suporte;
2. Investimento em treinamento e capacitação: garantir que todos os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas recebam treinamento adequado para lidar de maneira sensível e eficaz com casos de violência sexual;
3. Descentralização dos serviços: desenvolver e apoiar centros de atendimento em diversas regiões, especialmente em áreas rurais e periféricas, para garantir que todas as vítimas tenham acesso fácil e rápido aos serviços de apoio;
4. Monitoramento e avaliação: implementar sistemas de monitoramento e avaliação contínuos para garantir que os recursos sejam distribuídos de maneira eficaz e ajustados conforme necessário; e
5. Engajamento da comunidade: envolver a comunidade no processo de decisão sobre a alocação de recursos para garantir que as necessidades locais sejam atendidas de forma adequada.

Garantir a participação ativa das vítimas de violência sexual, especialmente de mulheres, adolescentes e crianças, na justiça é crucial para assegurar que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas (BRASIL, 2017). Aqui estão algumas diretrizes importantes relacionadas com o assunto:

1. Empoderamento das vítimas: fornecer informações claras e acessíveis sobre seus direitos e o processo judicial, permitindo que as vítimas tomem decisões informadas;
2. Apoio jurídico: assegurar que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica gratuita e especializada, para que possam participar ativamente do processo judicial;
3. Ambiente de respeito: criar um ambiente acolhedor e respeitoso durante todas as interações, garantindo que as vítimas se sintam seguras para expressar suas opiniões e experiências; e
4. Feedback e melhoria contínua: implementar mecanismos para coletar feedback das vítimas sobre o atendimento recebido e utilizar essas informações para melhorar continuamente os serviços prestados.

Garantir a inclusão de grupos vulneráveis vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, é crucial para assegurar que todos, independentemente de suas circunstâncias, recebam o apoio necessário (BRASIL, 2012a). Para isso, é preciso: identificar e reconhecer as necessidades específicas de grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência, comunidades indígenas, pessoas LGBTQIA+ e outros grupos marginalizados; desenvolver e implementar políticas que promovam a inclusão desses grupos, garantindo que todos tenham acesso igualitário aos serviços de apoio e justiça; assegurar que todos os serviços sejam acessíveis a todos, incluindo adaptações para pessoas com deficiência física ou sensorial, e materiais informativos em diferentes idiomas e formatos; treinar profissionais para compreender as necessidades específicas de grupos vulneráveis e oferecer um atendimento sensível e eficaz; e colaborar com organizações e grupos que representem esses grupos vulneráveis para garantir que suas vozes sejam ouvidas e suas necessidades sejam atendidas.

Educar e conscientizar é fundamental para prevenir a violência sexual e apoiar vítimas, pois promove a compreensão dos direitos das vítimas e dos serviços disponíveis, além de combater estigmas e preconceitos (BRASIL, 2010a). Aqui estão algumas diretrizes importantes com relação a este ponto: realizar campanhas contínuas e abrangentes para sensibilizar a sociedade sobre a violência sexual, seus impactos e a importância de apoiar as vítimas; incluir a educação sobre direitos humanos e igualdade de gênero nos currículos escolares, promovendo uma cultura de respeito e igualdade desde cedo (NUNES et al., 2025); capacitar profissionais de saúde, justiça, educação e assistência social sobre como identificar, apoiar e encaminhar vítimas de violência sexual; colaborar com organizações comunitárias, ONGs e líderes locais para disseminar informações e recursos, garantindo que as mensagens de conscientização alcancem todas as áreas da sociedade; e fornecer informações claras e acessíveis às vítimas

sobre seus direitos e os serviços disponíveis, garantindo que saibam como e onde buscar ajuda (UNESCO, 2020).

Garantir um sistema robusto de monitoramento e avaliação é fundamental para assegurar que as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, recebam atendimento de qualidade e que os serviços prestados sejam continuamente melhorados (VILELA, 2009). Aqui estão algumas diretrizes importantes relacionadas com o assunto: definir indicadores claros e mensuráveis para monitorar a eficácia dos serviços prestados, como tempo de resposta, satisfação das vítimas e resultados dos processos judiciais; implementar mecanismos para coletar feedback das vítimas sobre o atendimento recebido, assegurando que suas experiências e opiniões sejam levadas em consideração; realizar avaliações periódicas dos serviços prestados para identificar pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias; manter a transparência nos resultados das avaliações, promovendo a responsabilidade entre os profissionais e as instituições envolvidos no atendimento às vítimas; utilizar os resultados das avaliações para implementar ajustes e melhorias contínuas nos serviços, garantindo que se adaptem às necessidades em constante evolução das vítimas.

O acolhimento humanizado é essencial para garantir que as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, recebam um atendimento respeitoso e sensível durante todo o processo judicial (BRASIL, 2012b). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Ambiente seguro e acolhedor: criar espaços físicos adequados e privados para que as vítimas possam se sentir seguras e confortáveis ao relatar suas experiências;
2. Formação de profissionais: capacitar juízes, promotores, advogados e outros profissionais da justiça para lidar com as vítimas de maneira sensível e empática, evitando a revitimização;
3. Apoio psicológico: disponibilizar suporte psicológico durante todo o processo judicial para ajudar as vítimas a lidar com o trauma e o estresse;
4. Procedimentos específicos: implementar procedimentos que minimizem o impacto emocional das vítimas, como a realização de depoimentos sem a presença do agressor e o uso de videoconferências; e
5. Rede de apoio: integrar serviços de apoio, como assistência social e jurídica, para oferecer um atendimento completo e multidisciplinar.

O atendimento integral na justiça para vítimas de violência sexual é essencial para garantir que mulheres, adolescentes e crianças recebam o suporte necessário de maneira completa e humanizada (VILELA, 2009). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Integração de serviços: a integração entre saúde, justiça e assistência social é fundamental para proporcionar um atendimento completo às vítimas;
2. Acolhimento humanizado: criar um ambiente seguro e acolhedor para que as vítimas possam relatar suas experiências sem medo de julgamento;
3. Apoio psicológico e jurídico: disponibilizar suporte psicológico e assistência jurídica durante todo o processo judicial;
4. Coleta de vestígios: realizar a coleta de vestígios de maneira integrada entre os serviços de saúde e segurança pública para evitar que a vítima passe por múltiplos procedimentos; e
5. Capacitação de profissionais: capacitar juízes, promotores, advogados e outros profissionais da justiça para lidar com as vítimas de maneira sensível e empática.

A capacitação profissional é essencial para garantir que os profissionais da justiça estejam preparados para lidar com as vítimas de violência sexual de maneira sensível e eficaz (ROHR, 2023). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema: oferecer treinamentos regulares para juízes, promotores, advogados e outros profissionais da justiça sobre as melhores práticas no atendimento a vítimas de violência sexual; desenvolver programas de sensibilização que promovam a empatia e a compreensão das experiências das vítimas, evitando a revitimização; implementar procedimentos específicos para o atendimento de vítimas de violência sexual, garantindo que suas necessidades sejam atendidas de maneira adequada e respeitosa; promover a colaboração entre diferentes áreas, como saúde, assistência social e segurança pública, para oferecer um atendimento integral e multidisciplinar; e realizar avaliações periódicas dos programas de capacitação e implementar melhorias com base no feedback dos profissionais e das vítimas.

A confidencialidade é um princípio fundamental no atendimento às vítimas de violência sexual, garantindo que suas informações pessoais e detalhes do caso sejam protegidos (VILELA, 2009). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema: as informações das vítimas devem ser armazenadas de forma segura e ser acessadas apenas por profissionais autorizados; todos os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas devem respeitar o sigilo profissional, não divulgando informações sem o consentimento delas; criar um ambiente seguro onde as vítimas possam relatar suas experiências sem medo de exposição ou julgamento;

seguir as leis e os regulamentos que protegem a privacidade das vítimas, como a Lei Geral de Proteção de Dados (BRASIL, 2018); e capacitar os profissionais da justiça para lidar com dados sensíveis de maneira ética e segura (PARLAMENTO EUROPEU, 2016).

O apoio psicológico é crucial para ajudar as vítimas de violência sexual a lidar com o trauma e reconstruir suas vidas. No contexto da justiça, é essencial garantir que as vítimas recebam suporte emocional durante todo o processo judicial (MONTEIRO, 2012). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Acolhimento psicológico: oferecer um espaço seguro e acolhedor onde as vítimas possam expressar suas emoções e experiências sem medo de julgamento;
2. Acompanhamento contínuo: disponibilizar acompanhamento psicológico contínuo para ajudar as vítimas a lidar com o estresse e a ansiedade relacionados ao processo judicial;
3. Intervenções terapêuticas: utilizar intervenções terapêuticas específicas para tratar os traumas decorrentes da violência sexual, como terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia de grupo;
4. Suporte multidisciplinar: integrar o apoio psicológico com outros serviços, como assistência jurídica e social, para oferecer um atendimento completo e eficaz; e
5. Capacitação de profissionais: capacitar os profissionais da justiça para reconhecerem e responderem adequadamente às necessidades psicológicas das vítimas.

A escuta ativa é uma técnica essencial no atendimento às vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças. Ela envolve ouvir atentamente e com empatia, garantindo que as vítimas se sintam compreendidas e apoiadas (VILELA, 2009). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Atenção plena: os profissionais devem estar totalmente presentes durante a conversa, evitando interrupções e distrações;
2. Empatia e compreensão: demonstrar empatia e compreensão, validando os sentimentos e experiências das vítimas;
3. Perguntas abertas: utilizar perguntas abertas para permitir que as vítimas expressem suas experiências e sentimentos de maneira livre;
4. Reformulação e reflexão: reformular e refletir sobre o que a vítima compartilhou para garantir que a mensagem foi compreendida corretamente; e
5. Ambiente seguro: Criar um ambiente seguro e acolhedor em que as vítimas possam se sentir à vontade para compartilhar suas histórias.

Empatia e respeito são essenciais no atendimento às vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças. Esses princípios garantem que as vítimas sejam tratadas com dignidade e compreensão durante todo o processo judicial (BRASIL, 2012a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Escuta ativa: ouvir atentamente as vítimas, sem interrupções, demonstrando interesse genuíno e preocupação com suas histórias;
2. Atenção individualizada: tratar cada vítima como uma pessoa única, reconhecendo suas necessidades e experiências específicas;
3. Ambiente seguro e acolhedor: criar um ambiente que promova a sensação de segurança e conforto, em que as vítimas se sintam à vontade para expressar suas emoções e relatar suas experiências;
4. Não julgamento: abordar cada caso com neutralidade e imparcialidade, evitando julgamentos e estereótipos que possam prejudicar a vítima;
5. Suporte emocional: disponibilizar apoio psicológico e emocional durante todo o processo judicial, ajudando as vítimas a lidar com o trauma e o estresse; e
6. Informação e transparência: fornecer informações claras e completas sobre o processo judicial, garantindo que as vítimas entendam seus direitos e as etapas que serão seguidas.

O acesso a serviços para vítimas de violência sexual é um tema crucial e sensível. Em muitos países, existem programas e serviços específicos para apoiar essas vítimas, incluindo aconselhamento, tratamento médico, apoio psicológico e assistência legal. No entanto, a eficácia desses serviços pode variar significativamente dependendo da região e das políticas locais.

O apoio médico é fundamental para garantir que as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, recebam o tratamento necessário de maneira adequada e humanizada (VILELA, 2009). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Atendimento imediato: as vítimas devem receber atendimento médico imediato, incluindo a realização de exames clínicos e ginecológicos, para identificar lesões e prevenir doenças sexualmente transmissíveis;
2. Coleta de vestígios: a coleta de vestígios físicos e biológicos deve ser realizada de maneira cuidadosa e respeitosa, garantindo a integridade das provas para possíveis investigações judiciais;
3. Profilaxia pós-exposição (PEP): administração de profilaxia para prevenir infecções como HIV, hepatite B e outras infecções sexualmente transmissíveis;

4. Contracepção de emergência: disponibilização de métodos contraceptivos de emergência para evitar gravidez indesejada;
5. Apoio psicológico: oferecimento de apoio psicológico imediato e contínuo para ajudar a vítima a lidar com o trauma; e
6. Encaminhamento para serviços especializados: direcionamento das vítimas para serviços especializados que possam oferecer suporte adicional, como centros de referência e casas de acolhimento.

O apoio jurídico é essencial para garantir que as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, recebam a assistência necessária para buscar justiça e proteção (BRASIL, 2019). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema: muitas vezes, as vítimas têm acesso a assistência jurídica gratuita por meio de defensores públicos ou organizações não governamentais especializadas; advogados especializados acompanham as vítimas durante todo o processo judicial, garantindo que seus direitos sejam respeitados e que recebam o suporte necessário; as vítimas recebem orientação sobre seus direitos e os procedimentos legais que devem seguir para denunciar a violência e buscar proteção; a solicitação de medidas protetivas, como ordens de restrição, ajuda a garantir a segurança das vítimas durante o processo judicial; e a integração com outros serviços de apoio, como assistência psicológica e social, permite oferecer um atendimento completo e multidisciplinar.

O apoio social é crucial para ajudar mulheres, adolescentes e crianças a superar o trauma e reconstruir suas vidas. No Brasil, existem diversas iniciativas e programas que oferecem suporte psicológico, assistência jurídica e serviços de proteção social para essas vítimas.

Também a disponibilidade de informações é crucial para garantir que as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, tenham acesso ao suporte necessário e possam buscar justiça de maneira eficaz (BRASIL, 2012a). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Leis e regulamentos: existem diversas leis que protegem as vítimas de violência sexual, como a Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013), que garante atendimento imediato pelo SUS, e a Lei Maria da Penha (11.340/2006), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher;
2. Diretrizes de atendimento: O governo federal estabeleceu diretrizes para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual, visando um atendimento mais humanizado e a coleta de vestígios de maneira integrada entre os serviços de saúde e segurança pública;

3. Serviços de apoio: as vítimas têm acesso a diversos serviços de apoio, como assistência psicológica, jurídica e social, oferecidos por centros de referência e delegacias especializadas; e
4. Informação e transparência: é fundamental que as vítimas recebam informações claras e completas sobre seus direitos e os procedimentos legais que devem seguir para denunciar a violência e buscar proteção.

A educação em saúde sexual é fundamental para as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, pois ajuda a prevenir novos episódios e a promover a recuperação. No Brasil, existem diversas iniciativas e programas voltados para essa educação, como a cartilha sobre educação sexual lançada pelo Ministério da Saúde. Esse material aborda temas como desigualdade de gênero, diversidade sexual e tipos de violência de forma simples e acessível.

Além disso, a UNESCO também publicou orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro, que incluem tópicos e objetivos de aprendizagem específicos para escolas, professores e educadores em saúde. Essas orientações visam capacitar as vítimas com conhecimentos essenciais para a prevenção e o enfrentamento da violência sexual.

O respeito às decisões das vítimas de violência sexual é crucial para garantir que mulheres, adolescentes e crianças se sintam apoiadas e empoderadas durante o processo judicial (VILELA, 2009). Aqui estão alguns pontos importantes sobre o tema:

1. Autonomia da vítima: respeitar a vontade da vítima em relação ao andamento do processo judicial, incluindo a decisão de prosseguir ou não com a denúncia;
2. Consentimento informado: garantir que a vítima receba todas as informações necessárias para tomar decisões conscientes sobre seu caso, incluindo as possíveis consequências de cada escolha;
3. Sigilo e privacidade: proteger a privacidade da vítima, garantindo que suas informações pessoais e detalhes do caso sejam mantidos em sigilo;
4. Apoio e orientação: oferecer suporte contínuo e orientação durante todo o processo judicial, respeitando as escolhas da vítima e apoiando suas decisões; e
5. Empoderamento: Promover o empoderamento da vítima, encorajando-a a assumir o controle sobre seu processo de recuperação e busca por justiça.

4 CAPÍTULO III – DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

4.1 A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) foi concluída em 18 de junho de 1948 e aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 10 de dezembro de 1948.

Ela traz 30 artigos criados especialmente para os jovens:

1. Todos nascemos livres e iguais. Nascemos todos livres. Todos temos os nossos pensamentos e ideias. Deveríamos ser todos tratados da mesma maneira;

2. Não discrimine. Estes direitos são de todos, independentemente das nossas diferenças;

3. Direito à vida. Todos temos o direito à vida e a viver em liberdade e segurança;

4. Nenhuma escravatura. Ninguém tem o direito de nos escravizar. Não podemos fazer de ninguém nosso escravo;

5. Nenhuma tortura. Ninguém tem o direito de nos magoar ou de nos torturar;

6. Você tem direitos aonde quer que vá. Eu sou uma pessoa igual a você;

7. Somos todos iguais perante a lei. A lei é igual para todos. Deve tratar-nos com justiça;

8. Os direitos humanos são protegidos por lei. Todos podemos pedir ajuda da lei quando formos tratados com injustiça;

9. Nenhuma detenção injusta. Ninguém tem o direito de nos prender sem uma razão válida, de nos manter lá ou de nos mandar embora do nosso país;

10. Direito a julgamento. Se formos julgados, o julgamento deve ser público. A pessoa que nos julga não deve ser influenciada por outras pessoas;

11. Somos sempre inocentes até prova em contrário. Ninguém deveria ser acusado por fazer algo até que esteja provado. Quando as pessoas dizem que fizemos uma coisa errada, temos o direito de provar que não é verdade;

12. Direito à privacidade. Ninguém deveria tentar ferir o nosso bom nome. Ninguém tem o direito de entrar na nossa casa, abrir as nossas cartas ou incomodar-nos ou à nossa família sem uma boa razão;

13. Liberdade para locomover. Todos temos o direito de ir aonde quisermos dentro do nosso próprio país e de viajar para onde quisermos;

14. Direito de procurar um lugar seguro para viver. Se tivermos medo de sermos maltratados no nosso país, temos o direito de fugir para outro país para estarmos seguros;

15. Direito a uma nacionalidade. Todos temos o direito de pertencer a um país;

16. Casamento e família. Todos os adultos têm o direito a casar e a terem uma família se quiserem. Os homens e as mulheres têm os mesmos direitos quando estão casados ou separados;

17. Direito às suas próprias coisas. Todos temos o direito a termos as nossas próprias coisas ou de as partilhar. Ninguém nos deveria tirar as nossas coisas sem uma boa razão;

18. Liberdade de pensamento. Todos temos o direito de acreditar naquilo que queremos, a ter uma religião ou a mudar de religião, se quisermos;

19. Liberdade de expressão. Todos temos o direito de decidir por nós mesmos, de pensarmos o que quisermos, de dizer o que pensamos e de partilhar as nossas ideias com outras pessoas;

20. Direito de se reunir pacificamente. Todos temos o direito de nos reunir com os nossos amigos e trabalhar em paz para defender os nossos direitos. Ninguém pode nos forçar a juntarmo-nos a um grupo se não o quisermos fazer;

21. Direito à democracia. Todos temos o direito de participar do governo do nosso país. Todos os adultos devem ter o direito de escolher os seus próprios líderes;

22. Segurança social. Todos temos o direito a uma casa, medicamentos, educação, dinheiro suficiente para viver e assistência médica se estivermos velhos ou doentes;

23. Direitos do trabalhador. Todos os adultos têm o direito a um emprego, a um salário justo pelo seu trabalho e a inscrever-se em um sindicato;

24. Direito à diversão. Todos temos o direito a descansar do trabalho e a relaxar;

25. Comida e abrigo para todos. Todos temos o direito a ter uma boa vida. As mães, as crianças, os idosos, os desempregados ou os deficientes, mas também todas as demais pessoas têm o direito a receber cuidados;

26. Direito à educação. A educação é um direito. A escola primária deveria ser gratuita. Devemos aprender coisas sobre as Nações Unidas e a conviver com os outros. Os nossos pais podem escolher o que devemos aprender;

27. Direitos de autor. O direito de autor é uma lei especial que protege as criações artísticas e a escrita; os outros não podem fazer cópias sem autorização. Todos temos o direito à nossa forma de vida e a gozar as coisas boas que a arte, a ciência e o conhecimento trazem;

28. Um mundo justo e livre. Deve existir ordem para que todos possamos gozar os direitos e as liberdades no nosso país e em todo o mundo;

29. Responsabilidade. Temos o dever para com as outras pessoas e devemos proteger os seus direitos e liberdades;

30. Ninguém pode tirar-lhe os seus direitos humanos.

4.2 COMENTÁRIOS DOS DIREITOS HUMANOS

A Declaração começa com a afirmação poderosa de que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Esse princípio fundamental é vital para garantir que todas as vítimas de violência sexual – mulheres, adolescentes e crianças – sejam tratadas com o respeito e a dignidade que merecem (ONU, 1948). Aqui estão alguns pontos importantes sobre isso:

1. Direitos humanos: o reconhecimento da liberdade e da igualdade é a base dos direitos humanos universais. Cada pessoa tem o direito de viver com dignidade, independentemente de sua origem, cor, gênero, orientação sexual ou crença (MIRANDA et al., 2020);
2. Respeito às diferenças: a diversidade de pensamentos e ideias é o que torna nossa sociedade rica e dinâmica. Respeitar e valorizar essas diferenças é essencial para a convivência harmônica (CANDAU, 2012);
3. Igualdade de oportunidades: todos devem ter as mesmas oportunidades para prosperar e alcançar seus objetivos. Isso inclui acesso igualitário à educação, à saúde, a um emprego e a outros recursos (FIGUEIRÊDO; NOGUEIRA; SANTANA, 2014);
4. Justiça e equidade: tratamento justo e equitativo significa que as leis e políticas devem proteger todos os indivíduos contra a discriminação e garantir que todos tenham acesso a direitos e recursos de maneira justa (RIBEIRO, 2015); e
5. Empatia e compaixão: tratar todos da mesma maneira também envolve ser empático e compassivo, reconhecendo as dificuldades e os desafios que os outros podem enfrentar e oferecendo apoio quando necessário (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

O primeiro direito humano das vítimas de violência sexual é o direito à dignidade e ao respeito. Isso significa que todas as vítimas devem ser tratadas com compaixão, empatia e sem discriminação (INSTITUTO NOOS, 2012). Aqui estão alguns aspectos importantes referentes a esse direito:

1. Atendimento humanizado: as vítimas devem receber um atendimento que respeite sua dignidade, privacidade e individualidade, garantindo que se sintam seguras e acolhidas (PENNA et al., 2010);
2. Proteção e segurança: é essencial garantir a proteção das vítimas contra novos abusos e ameaças, proporcionando um ambiente seguro onde possam se recuperar (CAVALCANTI, 2022);

3. Acesso à justiça: as vítimas têm o direito de buscar justiça e ver os agressores responsabilizados por seus atos, com acesso a apoio jurídico e proteção durante todo o processo (OLIVEIRA; CUNHA, 2016); e
4. Informação e educação: as vítimas devem ser informadas sobre seus direitos e os recursos disponíveis para ajudá-las, empoderando-as a tomar decisões informadas sobre seu próprio bem-estar (TEIXEIRA et al., 2023).

Os direitos humanos para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual são fundamentais para garantir sua proteção, recuperação e dignidade (BRASIL, 2011a). Aqui estão alguns dos principais direitos que devem ser assegurados:

1. Direito à proteção: crianças e adolescentes têm o direito de ser protegidos contra todas as formas de violência, abuso e exploração. Isso inclui a criação de ambientes seguros em casa, na escola e na comunidade (BRASIL, 2023a);
2. Direito à saúde: o acesso a cuidados médicos e psicológicos adequados é essencial para tratar os traumas físicos e emocionais resultantes da violência sexual. Isso inclui atendimento de emergência, acompanhamento terapêutico e suporte contínuo (Ibid.);
3. Direito à justiça: as vítimas têm o direito de buscar justiça e ver os agressores responsabilizados por seus atos. Isso envolve acesso a apoio jurídico, proteção durante o processo judicial e medidas para evitar a revitimização (Ibid.);
4. Direito à educação: garantir que as vítimas continuem a ter acesso à educação é crucial para seu desenvolvimento e recuperação. As escolas devem ser ambientes seguros e acolhedores, com suporte adequado para as vítimas (Ibid.);
5. Direito à informação: as vítimas e suas famílias têm o direito de ser informadas sobre seus direitos, os recursos disponíveis e os procedimentos a serem seguidos para buscar ajuda e proteção (Ibid.); e
6. Direito à privacidade: a confidencialidade das informações das vítimas deve ser respeitada para proteger sua dignidade e segurança. Isso inclui a proteção de dados pessoais e a garantia de que as vítimas não sejam expostas publicamente (Ibid.).

Considerar a idade e as gerações das vítimas de violência sexual é essencial para fornecer um atendimento adequado e sensível.

O respeito às diferenças é fundamental para a convivência harmoniosa e a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Esse princípio diz respeito a valorizar e aceitar as diversas características que tornam cada indivíduo único. Aqui estão alguns pontos importantes sobre o respeito às diferenças:

1. Diversidade cultural: valorizar e respeitar as diferentes culturas, tradições e modos de vida é essencial para promover a compreensão e a paz entre os povos (GOMES, 2019);
2. Gênero e orientação sexual: respeitar as identidades de gênero e orientações sexuais diversas é crucial para garantir que todas as pessoas possam viver autenticamente e sem discriminação (PRINCÍPIOS DE..., 2007);
3. Religião e crenças: reconhecer e respeitar a diversidade de crenças religiosas e espirituais fortalece o direito à liberdade de religião e promove a tolerância (HATZENBERGER; SARDAGNA, 2020);
4. Capacidades diferentes: respeitar e incluir pessoas com deficiências físicas, mentais ou sensoriais é fundamental para criar uma sociedade mais acessível e justa (MAZZOTTA; D'ANTINO, 2011);
5. Idade e gerações: a valorização das contribuições de todas as faixas etárias, desde crianças a idosos, promove uma sociedade intergeracional rica e inclusiva em opiniões e ideias (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015); e
6. Respeitar a diversidade de pensamentos e opiniões é vital para o desenvolvimento de uma sociedade democrática e inovadora (VIRGINIO, 2012).

A igualdade de oportunidades é um princípio fundamental para garantir que todas as pessoas tenham acesso justo e equitativo aos recursos, direitos e chances de desenvolvimento pessoal e profissional, independentemente de suas circunstâncias (PARANHOS et al., 2018). Para as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças, a igualdade de oportunidades pode ser promovida por meio de diversas ações:

1. Acesso à educação: garantir que as vítimas tenham acesso à educação de qualidade, proporcionando um ambiente seguro e apoio para que possam continuar seus estudos e alcançar seus objetivos educacionais;
2. Apoio psicológico e social: oferecer suporte psicológico e social contínuo para ajudar as vítimas a superar traumas e construir resiliência, permitindo que participem plenamente da vida social e econômica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012);
3. Capacitação e treinamento: proporcionar programas de capacitação e treinamento profissional para ajudar as vítimas a adquirirem novas habilidades e se reintegrarem ao mercado de trabalho (SILVA, 2019); e

4. Assistência jurídica: garantir que as vítimas tenham acesso a assistência jurídica para proteger seus direitos e buscar justiça, removendo barreiras legais que possam impedir seu progresso (ONU, 2021).

Essas abordagens ajudam a garantir que todas as vítimas de violência sexual, independentemente de suas capacidades, recebam o atendimento e o apoio de que precisam de maneira digna e inclusiva:

1. Crianças: o atendimento a elas deve ser feito de maneira lúdica e compreensível, utilizando linguagem apropriada para a idade. É crucial envolver psicólogos infantis e criar um ambiente seguro e acolhedor (BRASIL, 2023a);
2. Adolescentes: para eles, é importante respeitar sua autonomia e fornecer informações claras sobre seus direitos e opções. O apoio psicológico deve abordar questões específicas dessa fase, como identidade e relacionamentos (Ibid.);
3. Mulheres adultas: o atendimento nesse caso deve ser sensível às suas experiências de vida e responsabilidades, como trabalho e família. Oferecer suporte psicológico e social que leve em conta essas responsabilidades é fundamental (Id., 2012a);
4. Idosos: vítimas idosas podem enfrentar barreiras adicionais, como mobilidade reduzida e isolamento social. É importante garantir que o atendimento seja acessível e que haja suporte para superar essas barreiras; e
5. Intervenções multigeracionais: em alguns casos, pode ser útil envolver diferentes gerações da família no processo de recuperação, promovendo um ambiente de apoio e compreensão mútua.

Não discrime as vítimas de violência sexual – isso só agrava o trauma e dificulta a recuperação. Mulheres, adolescentes e crianças merecem respeito, apoio e compreensão. É essencial criar um ambiente seguro e acolhedor para que possam buscar ajuda e justiça, para que se sintam protegidas e amparadas, mediante a adoção de práticas como: confidencialidade, apoio psicológico, rede de apoio, acesso à justiça, ambientes seguros e serviços de saúde – todas essas são ações essenciais para promover a recuperação e o bem-estar das vítimas, ajudando-as a se sentirem valorizadas e apoiadas (TEIXEIRA et al., 2023). Elas merecem todo o apoio e compreensão para superar o trauma.

Organizações de direitos humanos e entidades governamentais trabalham para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o apoio necessário, incluindo serviços de saúde, apoio psicológico e proteção legal. É crucial promover a conscientização e a educação para

prevenir a violência sexual e apoiar as vítimas de forma eficaz (SANTOS; GONÇALVES, 2020).

Já a proteção legal trata de assegurar que as leis sejam rigorosamente aplicadas para proteger as vítimas e punir os agressores (BRASIL, 2011b). Ela também visa oferecer certas garantias às vítimas de violência sexual, como atendimento imediato pelo SUS; amparo médico, psicológico e social; exames preventivos; e informações sobre seus direitos.

Por sua vez, o apoio psicológico e médico se refere a disponibilizar serviços de saúde mental e física para ajudar na recuperação das vítimas (acolhimento psicológico para vítimas de violência sexual). Essas medidas são cruciais para garantir que as vítimas de violência sexual possam viver com dignidade e segurança.

Nenhum tipo de escravatura ou exploração de mulheres, crianças e adolescentes deve ser tolerado, especialmente contra vítimas de violência sexual. É crucial garantir que elas recebam proteção e apoio e que se faça justiça para que possam reconstruir suas vidas com dignidade e segurança (SANTOS; GONÇALVES, 2020).

O direito à proteção contra a tortura é fundamental para todas as vítimas de violência sexual, especialmente mulheres, adolescentes e crianças. A violência sexual é uma forma grave de violação dos direitos humanos e pode ter consequências devastadoras para as vítimas, afetando sua saúde física e mental, bem como sua dignidade e autonomia.

Você tem direitos aonde quer que vá. Esse é o sexto direito humano. Todas as pessoas, independentemente de onde estejam, têm direito à vida, à liberdade, à segurança, à igualdade, à educação, além de muitos outros. Eles são fundamentais para a dignidade e o bem-estar de todos (UNICEF, 2024).

As vítimas de violência sexual, sejam mulheres, adolescentes ou crianças, têm direitos fundamentais que devem ser respeitados e protegidos em qualquer lugar. Isso inclui o direito à segurança, à justiça, ao apoio psicológico e médico, ao atendimento por parte de um enfermeiro, ao apoio dos serviços de assistência sociais e à dignidade. É essencial que a sociedade e as instituições trabalhem juntas para garantir que esses direitos sejam efetivamente cumpridos e que as vítimas recebam o apoio necessário para sua recuperação e bem-estar, físico e psicológico, juntamente com os seus familiares (Ibid.).

Tudo isso leva ao preâmbulo da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena (ONU, 1993a):

> Reconhecendo também que a comunidade internacional deveria encontrar formas e meios de remover os atuais obstáculos e de responder aos desafios que se colocam à plena realização de todos os Direitos Humanos, com vista a impedir a continuada violação dos Direitos Humanos daí resultante, por todo o mundo,

Invocando o espírito da nossa era e as realidades do nosso tempo que incitam os povos do mundo e os Estados Membros das Nações Unidas a dedicarem-se novamente à tarefa global de promoção e proteção dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais, por forma a garantir o gozo pleno e universal de tais direitos,

Determinada a dar novos passos no sentido de um maior empenho da comunidade internacional, com vista a alcançar progressos substanciais em matéria dos Direitos Humanos mediante um esforço acrescido e sustentado de cooperação e solidariedade internacionais [...].

5 CAPÍTULO IV – VIOLÊNCIA

5.1 PARTE I – VIOLÊNCIA

Tradicionalmente, o gênero feminino está associado ao lar e à maternidade. Já a referência fundamental da construção social do gênero masculino é sua atividade na esfera pública, concentrador dos valores materiais, o que faz dele o provedor e protetor da família. Ainda que, atualmente, as mulheres estejam presentes em peso na força de trabalho e no mundo público, a distribuição social da violência reflete a arraigada divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a violência contra a mulher é perpetuada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais frequentemente, o próprio parceiro.

Segundo Heise (1993), a violência é um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na autoidentidade e nas instituições sociais. Para este autor, em muitas sociedades, o direito masculino a dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade.

Qualitativamente, resume-se a análise de Heise da seguinte maneira: as mulheres estão sob risco de violência, principalmente por parte de homens conhecidos por elas; a violência de gênero ocorre em todos os grupos socioeconômicos; a violência doméstica é tão ou mais séria que a agressão de desconhecidos; embora as mulheres também sejam violentas, a maioria das violências que resultam em lesões físicas é de homens contra mulheres, isto é, a violência sexual é exercida contra o gênero feminino; dentro de relações estabelecidas, a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo; em sua maioria, os homens violentos não são doentes mentais; o abuso emocional e psicológico pode ser tão danoso quanto o abuso físico, sendo muitas vezes considerado pior, na experiência das mulheres; o uso de álcool exacerba a violência, mas não é causa dela; e não há sociedades em que a violência contra a mulher não existe.

No que diz respeito ao Brasil, as informações apresentadas por Heise incluem um estudo de 1987 com dois mil casos de violência registrados em um período de cinco meses em uma delegacia de mulheres em São Paulo. Setenta por cento desses casos ocorreram no lar, e em sua quase totalidade o agressor era o parceiro, sendo que 40% referiram danos físicos sérios.

Uma análise realizada por Soares (1994) acerca dos atendimentos dessas delegacias no Rio de Janeiro, em 1992, demonstra que em 74% dos mais de 10 mil atendimentos o acusado

era o cônjuge ou ex-cônjuge. De todos os inquéritos de crimes sexuais desde 1986, 62% das vítimas eram menores de idade.

O fato de homens conhecidos serem os principais agressores das mulheres é uma realidade preocupante. Trata-se de problema global. No Brasil, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006b) foi criada para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher, oferecendo medidas protetivas e apoio às vítimas. A conscientização e a educação são fundamentais para prevenir a violência e apoiar as vítimas. As mulheres podem estar sob o risco de diversos tipos de violência – segundo a Lei Maria da Penha, são eles:

1. **Violência física**: uso da força física para causar dor ou lesão ao corpo de outra pessoa – como socos, chutes, empurrões e uso de armas;
2. **Violência sexual**: qualquer ato sexual não consensual, incluindo estupro, assédio sexual e exploração sexual, praticado contra mulheres, adolescentes e crianças;
3. **Violência psicológica**: ações que causam danos emocionais e psicológicos, como ameaças, humilhações, manipulação e isolamento;
4. **Violência patrimonial**: controle ou destruição de bens e recursos financeiros da vítima, como roubo, destruição de documentos e retenção de dinheiro;
5. **Violência institucional**: abusos cometidos por instituições ou autoridades, como maus-tratos em prisões ou hospitais;
6. **Violência doméstica**: violência que ocorre no âmbito familiar ou em relações íntimas, podendo incluir violência física, psicológica, sexual ou financeira;
7. **Violência estrutural**: formas de opressão e desigualdade incorporadas nas estruturas sociais, como pobreza, racismo e sexismo;
8. **Violência moral**: ações que ferem a honra ou reputação da vítima, como calúnia, difamação e injúria.

Esses tipos de violência podem ocorrer em diferentes contextos, incluindo relacionamentos íntimos, ambientes de trabalho e espaços públicos. A conscientização e a educação são fundamentais para prevenir a violência e apoiar as vítimas (BRAGA; NASCIMENTO, 2006).

O fato de a violência de gênero ocorrer em todos os grupos socioeconômicos é um problema que perpassa todas as barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas. Independentemente do nível de renda, educação ou status social, mulheres de todas as origens podem ser vítimas de violência de gênero. A violência atinge mais as mulheres, as jovens, as pessoas pretas ou pardas e a população de menor rendimento (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

E segundo esses autores os fatores de gênero são: fatores socioeconômicos (a violência de gênero pode ocorrer em ambientes ricos e pobres, urbanos e rurais. As desigualdades de poder entre os gêneros são um fator predominante que perpetua essa violência); fatores culturais (normas culturais e tradições que reforçam a subordinação das mulheres podem perpetuar a violência. Em muitas sociedades, a violência de gênero é normalizada ou ignorada); isolamento social (mulheres em situações de isolamento social, seja por razões econômicas, culturais ou geográficas, podem ter menos acesso a redes de apoio e proteção, aumentando seu risco); impacto na saúde (a violência de gênero tem impactos profundos na saúde física e mental das vítimas, incluindo traumas físicos, transtornos de saúde mental e até mortalidade); e intervenções necessárias (programas de conscientização, políticas públicas eficazes e uma rede de apoio abrangente são fundamentais para combater a violência de gênero em todas as esferas da sociedade).

A violência doméstica é extremamente séria e pode ter consequências devastadoras para as vítimas. Ela não só envolve agressões físicas, mas também pode incluir violência psicológica, sexual, patrimonial e moral. O fato de o agressor ser alguém conhecido e, muitas vezes, uma pessoa com quem a vítima tem um vínculo emocional torna a situação ainda mais complexa e dolorosa (WHO, 2012).

Esse tipo de violência pode levar a traumas profundos, afetando a saúde mental e física das vítimas de maneira duradoura. Além disso, o ambiente doméstico, que deveria ser um lugar de segurança e conforto, torna-se um espaço de medo e insegurança.

Comparada à agressão por desconhecidos, a violência doméstica pode ser mais difícil de denunciar e combater, pois envolve dinâmicas de poder e controle, além de medo de retaliação e dependência emocional ou financeira do agressor.

Na comparação entre violência doméstica e agressão por desconhecidos, temos o seguinte: proximidade do agressor; impacto psicológico; frequência e duração; barreiras para a denúncia e consequências legais e sociais. A seguir vamos comentar cada um desses pontos.

Proximidade do agressor: na violência doméstica, o agressor é alguém próximo, como um parceiro íntimo, familiar ou amigo. Isso pode dificultar a denúncia e a busca por ajuda, devido ao medo de retaliação e à dependência emocional ou financeira.

Impacto psicológico: a violência doméstica pode causar traumas psicológicos profundos, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A sensação de insegurança dentro do próprio lar pode ser devastadora.

Frequência e duração: a violência doméstica tende a ser contínua e repetitiva, enquanto a agressão por desconhecidos pode ser um evento isolado. A exposição prolongada à violência doméstica pode ter efeitos cumulativos graves na saúde física e mental da vítima.

Barreiras para a denúncia: as vítimas de violência doméstica muitas vezes enfrentam barreiras adicionais para denunciar, como medo de perder a guarda dos filhos, dependência financeira do agressor e a falta de apoio social.

Consequências legais e sociais: a violência doméstica pode levar a consequências legais e sociais complexas, incluindo processos judiciais prolongados, a necessidade de medidas protetivas e mudanças na dinâmica familiar (SOUSA; UCHÔA; BARRETO, 2024).

A violência doméstica é extremamente séria e pode ser ainda mais devastadora do que a agressão por desconhecidos. Isso ocorre porque a violência doméstica envolve uma quebra de confiança e segurança dentro do ambiente familiar, que deveria ser um lugar de proteção e apoio.

Embora existam casos de violência cometida por mulheres, a maioria das agressões físicas e sexuais é perpetrada por homens contra mulheres. Ainda que as mulheres também sejam violentas, a maioria das violências que resultam em lesões físicas é de homens contra mulheres, isto é, a violência sexual é exercida contra o gênero feminino (CAVALCANTI, 2022).

Dentro de relações estabelecidas, como casamentos ou parcerias íntimas, a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo. Isso ocorre porque a violência pode se manifestar de várias formas – física, psicológica, emocional e sexual. Com o tempo, a violência pode se intensificar à medida que o agressor busca exercer mais controle sobre a vítima (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

A maioria dos homens que comete atos de violência não é diagnosticada com transtornos mentais. A violência é frequentemente resultado de fatores sociais, culturais e situacionais, e não necessariamente de doenças mentais. Estudos mostram que a doença mental isoladamente não é um fator diretamente associado ao maior risco de violência (SEN, 2000).

O abuso emocional e psicológico pode ser tão ou mais danoso quanto o abuso físico, e muitas mulheres relatam que os efeitos podem ser ainda mais devastadores. Esse tipo de abuso pode levar a problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, baixa autoestima e transtorno de estresse pós-traumático (TOMAZ PAIVA; DA SILVA LIMA; GOMES CAVALCANTI, 2022).

O consumo de álcool pode exacerbar a violência, mas não é a causa direta dela. A bebida pode aumentar a agressividade e reduzir o controle dos impulsos, mas a violência é geralmente resultado de fatores sociais, culturais e situacionais (LOPES et al., 2022).

Infelizmente, não existem sociedades onde a violência contra a mulher não exista. A violência de gênero é um problema global e generalizado, afetando mulheres em todos os países e em todas as esferas da vida. De acordo com a ONU, a violência contra mulheres e meninas é uma epidemia que envergonha a humanidade, com cerca de 140 mortes todos os dias por parceiros íntimos ou familiares (A CULTURA..., 2024).

Erradicar todas as formas de violência contra meninas e mulheres, promovendo igualdade, segurança e justiça. É o objetivo de uma campanha internacional que ocorre todos os anos, coordenada pelo Centro para Liderança Global das Mulheres. A iniciativa, que saiu do papel em 1991 graças ao engajamento de ativistas, destaca a importância de fortalecer as redes de apoio e facilitar o acesso das vítimas à justiça. Defende ainda que é preciso conscientizar, educar e mobilizar a sociedade sobre o tema. São, ao todo, 16 dias de ativismo – de 25 de novembro, Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres, a 10 de dezembro, Dia Internacional dos Direitos Humanos (ONU MULHERES, 2019).

O Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres foi estabelecido pela Assembleia Geral da ONU em 1999 (ONU, 2024b). Trata-se de data da maior importância, que inclui as seguintes mobilizações: conscientização global (a data serve para chamar a atenção para a prevalência da violência contra mulheres e meninas, uma questão que afeta milhões de pessoas em todo o mundo); mobilização social (promove ações de mobilização social por meio de eventos, palestras, manifestações e campanhas de sensibilização em diversos países); educação e prevenção (a data incentiva a implementação de programas educativos que visem prevenir a violência de gênero e apoiar as vítimas) e apoio às vítimas (destaca a importância de criar e fortalecer serviços de apoio e proteção para as vítimas de violência, incluindo abrigos, além de assistência jurídica e psicológica).

Esses 16 dias de ativismo representam, na verdade, a oportunidade de reforçar o compromisso global com a erradicação da violência de gênero, promovendo um mundo mais justo e seguro para todas as mulheres e meninas.

O deputado federal Alfredo Gaspar (do União de Alagoas) defendeu a implementação de punições mais severas, além de medidas urgentes para combater a violência contra a mulher. Ele destacou a premência de ações concretas para proteger as mulheres, apresentando projetos de lei que visam endurecer punições e prevenir tragédias no contexto da violência doméstica e

sexual. Para ele, faz-se necessário tratar a violência contra a mulher como uma epidemia que exige mudanças culturais, punições mais severas e medidas preventivas.

A violência física contra mulheres, adolescentes e crianças é um problema grave e amplamente disseminado (UNICEF BRASIL, 2021). Ela pode ocorrer em diversos contextos, incluindo o ambiente doméstico, escolar e comunitário e tem consequências devastadoras para as vítimas: lesões físicas (traumas, machucados, hematomas e, em casos extremos, morte); saúde mental (ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e outros problemas psicológicos); desenvolvimento infantil (prejuízos ao desenvolvimento físico, emocional e intelectual de crianças e adolescentes) e ciclo de violência (a violência física pode perpetuar ciclos de violência dentro das famílias e comunidades).

A violência psicológica é uma forma de abuso que pode ter efeitos devastadores em mulheres, adolescentes e crianças. Ela inclui comportamentos como ameaças, humilhações, manipulações, isolamento e agressões verbais. Esses tipos de violência podem comprometer o desenvolvimento psicológico e emocional das vítimas, causando ansiedade, depressão e outros problemas de saúde mental (UNICEF, 2024).

Já a violência patrimonial é uma forma de violência doméstica que envolve a subtração ou destruição de bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais ou recursos econômicos da vítima. Ela é uma das cinco formas de violência previstas na Lei Maria da Penha (Lei 11. 340/2006). E entre os impactos da violência patrimonial estão: a) econômicos: perda de bens e recursos financeiros, dificultando a independência econômica da vítima; b) psicológicos: ansiedade, depressão e sentimento de impotência; e c) sociais: isolamento social e dificuldades em manter relações interpessoais saudáveis.

Por sua vez, a violência institucional contra mulheres, adolescentes e crianças é uma forma de violência que ocorre quando instituições – como escolas, hospitais e outras organizações – falham em proteger os direitos e a dignidade das pessoas. Isso pode incluir abusos, negligência e outras formas de tratamento inadequado (Ibid.). Entre os impactos da violência institucional estão: a) efeitos psicológicos: ansiedade, depressão e traumas emocionais; b) desenvolvimento comprometido: prejuízos no desenvolvimento físico, emocional e intelectual; e c) perda de confiança: dificuldade em confiar em instituições e figuras de autoridade.

A violência estrutural refere-se às formas de violência que são sistêmicas e resultam de desigualdades sociais, econômicas e políticas. Ela afeta mulheres, adolescentes e crianças, perpetuando ciclos de pobreza, exclusão social e falta de acesso a recursos essenciais

(MINAYO, 2001). São impactos da violência estrutural: desigualdade social, ou seja, acesso limitado à educação, à saúde e a oportunidades econômicas; exclusão social – marginalização e discriminação de grupos vulneráveis; e saúde mental e física –condições precárias de vida que afetam a saúde geral.

A violência moral é uma forma de abuso psicológico que envolve ações como humilhações, difamações, injúrias e críticas injustas. Essas ações podem causar danos emocionais significativos, diminuindo a autoestima e a dignidade da vítima (INSTITUTO MARIA DA PENHA, s.d.). Entre os impactos da violência moral estão: danos emocionais, como ansiedade, depressão, baixa autoestima e sentimentos de inadequação; relações interpessoais, ou seja, dificuldades em manter relações saudáveis e de confiança; e saúde mental – aumento do risco de desenvolver transtornos psicológicos.

Os fatores socioeconômicos desempenham um papel significativo na vulnerabilidade de mulheres, adolescentes e crianças à violência sexual. A pobreza, a falta de acesso à educação e a desigualdade social são alguns dos principais motivos que aumentam o risco de violência sexual (CAUSAS..., 2015*)*. São fatores socioeconômicos: a) pobreza: a pobreza pode aumentar a vulnerabilidade à violência sexual, pois limita o acesso a recursos e serviços de proteção; b) desigualdade social: a desigualdade social e de gênero perpetua a violência sexual, criando ambientes em que as vítimas têm menos poder e recursos para se proteger; c) falta de educação: a falta de acesso à educação pode deixar mulheres e crianças mais vulneráveis à exploração e ao abuso sexual; e d) desemprego: a falta de oportunidades econômicas pode forçar mulheres e adolescentes a situações de risco, como a exploração sexual.

Os fatores culturais têm um impacto significativo na perpetuação da violência contra mulheres, adolescentes e crianças. Crenças, normas e práticas culturais podem influenciar comportamentos e atitudes que legitimam ou minimizam a violência (WHO, 2012). São fatores culturais: a) normas de gênero: papéis de gênero tradicionais que perpetuam a desigualdade entre homens e mulheres podem justificar a violência como uma forma de controle ou disciplina; b) tolerância social à violência: em algumas culturas, a violência contra mulheres e crianças é vista como aceitável ou inevitável, o que dificulta a denúncia e a busca por ajuda; c) práticas culturais nocivas: algumas práticas culturais, como casamento infantil, mutilação genital feminina e preferência por filhos homens contribuem diretamente para a violência e discriminação; e d) estigmatização das vítimas: vítimas de violência muitas vezes enfrentam estigma e vergonha, o que pode desencorajá-las a denunciar ou procurar apoio.

O isolamento social é um fator que pode agravar a vulnerabilidade de mulheres, adolescentes e crianças à violência sexual. A falta de redes de apoio e a exclusão social podem dificultar a denúncia e o acesso a serviços de proteção e assistência (UNICEF BRASIL; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). São impactos do isolamento social: a) vulnerabilidade aumentada: a ausência de apoio social pode deixar as vítimas mais expostas a abusos e exploração; b) dificuldade de denúncia: o isolamento pode dificultar a busca por ajuda e a denúncia dos agressores; e c) saúde mental: o isolamento social pode agravar os impactos psicológicos da violência, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

A violência sexual tem um impacto profundo na saúde física e mental das vítimas, especialmente mulheres, adolescentes e crianças. Algumas das consequências incluem traumas psicológicos, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Além disso, as vítimas podem sofrer com problemas de saúde física, como lesões, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e complicações reprodutivas (BRASIL, 2012a).

Para enfrentar a violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças, são necessárias intervenções abrangentes e integradas. As estratégias devem envolver múltiplos setores da sociedade e abordar tanto a prevenção quanto a resposta à violência (WHO, 2012). Entre as intervenções necessárias estão: educação e conscientização, mediante campanhas educativas que promovam a igualdade de gênero e os direitos humanos, e programas escolares que ensinem respeito mútuo e resolução pacífica de conflitos. Com relação ao apoio às vítimas, temos: os serviços de apoio psicológico e emocional para ajudá-las a superar traumas, abrigos seguros e acessíveis para mulheres e crianças em risco e ainda assistência jurídica gratuita para as vítimas de violência sexual.

No que diz respeito à assistência jurídica gratuita, temos o chamado reforço legal, que é a implementação e o cumprimento com rigor de leis que protejam as vítimas e punam os agressores. Ele inclui ainda o treinamento para policiais, promotores e juízes sobre a sensibilidade de gênero e os direitos das vítimas. Outro exemplo de assistência são os serviços de saúde, com acesso a cuidados de saúde imediatos e de longo prazo, incluindo tratamento para lesões físicas e apoio à saúde mental – aqui também entram os serviços de saúde sexual e reprodutiva que ofereçam atendimento integral às vítimas. E mais uma forma de assistência são as intervenções comunitárias – mobilização de líderes comunitários para desafiar normas e práticas culturais nocivas e criação de redes de apoio comunitário que possam oferecer proteção e recursos às vítimas.

As normas de gênero desempenham um papel significativo na forma como as vítimas de violência sexual são tratadas e percebidas na sociedade. Essas normas muitas vezes perpetuam estereótipos e desigualdades de gênero, influenciando a resposta das instituições e da comunidade (BRASIL, 2012a). Entre os impactos dessas normas estão: estigmatização – mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual muitas vezes enfrentam estigma e julgamento, o que pode dificultar a busca por ajuda e apoio; desigualdade de acesso – normas de gênero podem levar a uma desigualdade no acesso a serviços de saúde, justiça e apoio social, afetando desproporcionalmente as mulheres e crianças; e percepção da violência – a maneira como a violência sexual é percebida e discutida na sociedade é fortemente influenciada por normas de gênero, muitas vezes culminando em responsabilização da vítima.

A denúncia de violência sexual é um tema complexo e sensível, especialmente quando envolve mulheres, adolescentes e crianças (MELO et al., 2025). Existem várias barreiras que podem impedir que as vítimas denunciem esses crimes: medo de retaliação – muitas vítimas temem retaliação do agressor ou de pessoas próximas a ele; estigma social – a sociedade muitas vezes coloca a culpa na vítima, o que pode levar a vergonha e constrangimento; falta de confiança no sistema de justiça – muitas vítimas não confiam que a justiça será feita e que o agressor será punido; falta de informação – algumas vítimas não sabem onde ou como denunciar o crime; e dependência econômica – vítimas que dependem financeiramente do agressor podem temer perder o sustento se denunciarem.

A tolerância social à violência é um fenômeno preocupante, pois perpetua a violência e dificulta a proteção das vítimas. A sociedade muitas vezes minimiza ou justifica certos tipos de violência, especialmente quando ocorre dentro do contexto familiar ou é perpetrada por indivíduos de alto status social (BRASIL, 2014). São aspectos relacionados à tolerância social à violência: a) minimização da violência: muitas vezes, a violência é vista como algo normal ou inevitável, especialmente na esfera doméstica; b) estigmatização das vítimas: vítimas de violência são frequentemente culpadas ou desacreditadas, o que pode desencorajar a denúncia; c) normas culturais: em algumas culturas, práticas violentas são vistas como tradicionais ou aceitáveis, dificultando a implementação de políticas de proteção; e d) falta de consequências: a ausência de punições severas para agressores pode enviar a mensagem de que a violência é tolerada ou até mesmo aceitável.

As consequências legais e sociais para as vítimas de violência sexual são profundas e multifacetadas, afetando mulheres, adolescentes e crianças de diversas maneiras (BRASIL, 2012a). Entre as consequências legais estão:

1. Processos judiciais: as vítimas podem enfrentar longos processos judiciais, que muitas vezes são desgastantes e revitimizantes;
2. Proteção legal: em alguns casos, as vítimas podem obter medidas protetivas, como ordens de restrição contra os agressores;
3. Direitos das vítimas: as vítimas têm direito a assistência jurídica gratuita e a serem tratadas com dignidade e respeito durante todo o processo legal.

Entre as consequências sociais estão:

1. Estigma e discriminação: as vítimas frequentemente enfrentam estigma social e discriminação, o que pode levar ao isolamento social;
2. Impacto na saúde mental: a violência sexual pode causar traumas psicológicos significativos, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade;
3. Desafios econômicos: as vítimas podem enfrentar dificuldades econômicas, especialmente se o agressor for um membro da família ou se a violência resultar em incapacidade para o trabalho.

Também no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, discute-se a atuação do psicólogo no atendimento psicossocial de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, destacando a importância de uma abordagem interdisciplinar.

Com relação aos tipos, ela pode se manifestar como violência física, sexual/abuso sexual, violência psicológica e/ou negligência (VILELA, 2009).

Especificamente quanto à violência sexual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que em 2016 até 1 bilhão de crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos tenham sofrido violência ou negligência sexual. Trata-se de um problema grave que afeta a saúde e o bem-estar psíquico dos indivíduos, podendo trazer consequências ao longo da vida.

Quando as vítimas de violência sexual perdem a confiança no atendimento prestado a elas, o problema fica ainda mais sério, podendo agravar mais o trauma dessas vítimas. Um estudo sobre como as vítimas de violência sexual são acolhidas pelo sistema de saúde público brasileiro destaca a falta de formação adequada dos profissionais e o desconhecimento dos protocolos de atendimento (TEIXEIRA et al., 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, violência contra a mulher é todo ato de violência baseado no gênero que tem como resultado dano físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção e privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada (ONU, 1993b).

Os tipos de violência contra a mulher, segundo a OMS, incluem:

A) Violência autoinfligida, que é a violência interpessoal;
B) Violência coletiva;
C) Violência doméstica ou comunitária;
D) Violência física;
E) Violência psicológica;
F) Violência moral;
G) Violência patrimonial;
H) Violência sexual;
I) Violência por negligência.

5.2 PARTE II – VIOLÊNCIA SEXUAL

Segundo a OMS (1997), violência sexual é a tentativa de consumar um ato sexual – tendo a conjunção carnal ou não –, insinuação sexual indesejada ou ação para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa.

Já a violência sexual contra a mulher é qualquer ato libidinoso realizado contra a mulher de qualquer faixa etária, com ou sem a conjunção carnal, e que é de notificação compulsória (KOGAN, 2004; BRASIL, 2012a). O atendimento a essas mulheres deve ser realizado nas primeiras setenta e duas horas, ou seja, nos três primeiros dias após a violência sexual, podendo ser até o quinto dia da ocorrência. No entanto, nesse caso, as medicações profiláticas para se evitar uma gravidez indesejada não são tão eficazes.

O Ministério da Saúde, no ano de 2012, publicou a 3ª edição do Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. A norma determina que toda mulher, criança e adolescente vítima de violência sexual, ao chegar ao pronto atendimento em uma emergência de um hospital público, passa a ter atendimento de prioridade laranja na classificação de Manchester, que é a segunda na classificação de risco para atendimento nas emergências dos prontos-socorros em todo o Brasil (BRASIL, 2012a).

Esse atendimento consiste no preenchimento de uma ficha de notificação compulsória e na aplicação das seguintes medicações descritas abaixo:

a) Contracepção de emergência;
b) Antibióticos para profilaxia de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST);
c) Antirretrovirais para profilaxia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV);
d) Profilaxia de hepatite B.

Além disso, são fornecidas medicações para serem usadas por 28 dias, e é informado à paciente que ela deve procurar sua regional de saúde, especificamente o Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV).

São esses núcleos que coordenam as ações do Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) nas Regiões de Saúde – localizadas nas Regiões Administrativas da residência das vítimas – e contam com o apoio de equipes multiprofissionais, constituídas de médicos ginecologistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (BLAKE et al., 2014; SENA; SILVA; FALBO NETO, 2018).

Cada unidade de atendimento recebe o nome de uma flor (Flores em Rede), uma maneira de aproximar as pessoas do serviço oferecido:

a) Flor de Lótus, localizado na Região Administrativa da Ceilândia;
b) Gardênia, localizado na Região Administrativa do Gama;
c) Primavera, localizado na Região Administrativa do Guará;
d) Alfazema, localizado na Região Administrativa do Núcleo Bandeirante;
e) Girassol, localizado na Região Administrativa do Paranoá;
f) Flor de Lis, localizado na Região Administrativa de Planaltina;
g) Ceilândia, localizado na Região Administrativa do Plano Piloto – Asa Sul;
h) Ipê, localizado na Região Administrativa do Plano Piloto – Asa Sul;
i) Azaleia, localizado na Região Administrativa de Taguatinga;
j) Violeta, localizado na Região Administrativa do Plano Piloto – Asa Sul;
k) Jasmim, localizado na Região Administrativa do Plano Piloto – Asa Norte;
l) Margarida, localizado na Região Administrativa do Plano Piloto – Asa Norte;
m) Amarilis, localizado na Região Administrativa do Recanto das Emas;
n) Flor do Cerrado, localizado na Região Administrativa de Santa Maria;
o) Orquídea, localizado na Região Administrativa de Samambaia;
p) Tulipa, localizado na Região Administrativa de São Sebastião;
q) Sempre Viva, localizado na Região Administrativa de Sobradinho.

No entanto, apesar dessa grande rede, existem muitos motivos que levam as vítimas a não procurar os núcleos após o atendimento emergencial nos hospitais públicos, como, por exemplo: falta de apoio e acolhimento adequado; medo, vergonha e culpa; medo de represália; barreiras logísticas; e sobrecarga emocional.

O tratamento das formas de negligência de violência sexual e moral para crianças ou adolescentes está garantido no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2023a) e na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

Até pouco tempo atrás, estupro e atentado violento ao pudor eram coisas distintas. Enquanto o primeiro se configurava pela prática de conjunção carnal, o segundo era a prática de qualquer outro ato de libidinagem (GONÇALVES, 2018). Foi só em 2009, com a Lei nº 12.015, que a definição mudou. Passou a ser considerado estupro "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (BRASIL, 2009a). Como podemos ver, o estupro não é simplesmente a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça. Também é considerado estupro introduzir o dedo em seu ânus ou vagina ou ainda o pênis em seu ânus ou vagina.

No que diz respeito à falta de apoio e acolhimento adequado, muitas vítimas sentem não receber o suporte emocional adequado nas emergências sem a presença de uma equipe multidisciplinar, o que pode desmotivá-las a buscar ajuda novamente. Por isso, vale reforçar que elas terão acolhimento com equipes multidisciplinares nos NUPAVs após o término das medicações por 28 dias (CORDEIRO, 2024; TEIXEIRA et al., 2023).

Com relação ao medo, à vergonha e à culpa, eles podem ser consequências do trauma causado pela violência sexual, dificultando a busca por ajuda adicional (OMS..., 2018). Desta forma, vale lembrar de que têm direito a atendimento multidisciplinar com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais – após o tratamento nas emergências.

Já o medo de retaliação de parte do agressor ou de outros que não acreditem nos seus relatos impede que essas vítimas retornem para completar o atendimento (Ibid.).

A distância e a falta de transporte podem ser obstáculos significativos para aceder a esses serviços. No entanto, entendemos que essas barreiras logísticas não se aplicam, porque as vítimas fazem o retorno nos NUPAVs da sua Região Administrativa.

Por último, com relação à sobrecarga emocional, entende-se que o processo de relatar e reviver o trauma pode ser emocionalmente exaustivo, levando as vítimas a evitar mais interações com os serviços de apoio (DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017). É crucial que os profissionais de saúde forneçam informações claras e apoio contínuo para ajudar as vítimas a aceder a todos os recursos disponíveis para sua completa recuperação.

No caso da violência sexual contra crianças e adolescentes, entende-se que o problema é ainda mais complexo e multifacetado, influenciado por diversos fatores sociais, econômicos e culturais. Aqui estão algumas das principais razões relacionadas abaixo:

1) Vulnerabilidade e dependência;
2) Falta de educação e conscientização;
3) Dinâmicas de poder;
4) Contextos sociais e culturais; e
5) Ambientes de risco.

Em uma análise mais detalhada de cada um dos aspectos supracitados, podemos dizer que, como crianças e adolescentes costumam depender dos adultos para garantir sua proteção e cuidado, eles se tornam mais vulneráveis. Isso pode ser explorado por agressores, que muitas vezes são pessoas próximas, como familiares ou conhecidos (BRASIL, 2011c). Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024), entre os anos de 2015 e 2021

foram notificados cerca de 202 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Isso representa quase 80 casos por dia. Segundo o documento, divulgado no Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, 83.571 (41,2%) casos de violência tiveram como alvo as crianças (0 a 9 anos) e 119.377 (58,8%) casos foram praticados contra adolescentes (10 a 19 anos). Ainda conforme o boletim, no ano de 2021, o número de notificações foi o maior registrado ao longo do período analisado. Dados preliminares apontam ao menos 35.196 casos só em 2022 (Ibid.).

Além do mais, muitas vezes, crianças e adolescentes não têm conhecimento suficiente sobre o que constitui abuso sexual e como se proteger. A falta de educação sexual adequada pode dificultar a identificação correta dos abusos e sua denúncia (UNICEF BRASIL; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

Segundo dados do UNICEF e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, nas 27 unidades da Federação tivemos 15.101 vítimas letais de mortes violentas intencionais (MVI), vítimas de estupro e estupro de vulnerável entre 0 e 19 anos. Esses dados impressionam e dão conta de um cenário de muito risco para crianças e adolescentes no nosso país. Essas mesmas entidades também registraram que as mortes violentas intencionais vitimaram 4.803 de crianças e adolescentes em 2021, 5.354 em 2022 e 4.944 em 2023. Do total de vítimas de MVI, 13.829 (91,6%) estão na última faixa etária, entre 15 e 19 anos. Além disso, 90% das crianças e adolescentes de 0 a 19 anos vitimadas são meninas e 82,9% são negros. O perfil majoritário de vítimas letais no Brasil, portanto, continua sendo as adolescentes negras.

Frequentemente, a violência sexual é uma expressão de poder e controle – e por isso crianças e adolescentes geralmente são alvos fáceis para os agressores, que buscam exercer controle sobre suas vítimas (DOMENECH DEL RIO; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, 2017). Além de muitas vezes apresentarem queixas vagas que, à primeira vista, não levam à suspeita de violência sexual, crianças e adolescentes estão, com frequência, à mercê do agressor e ainda dependem dele física e psiquicamente, o que dificulta o diagnóstico. E mais: para se avaliar crianças com suspeita de abuso sexual, é necessário conhecer a anatomia genital delas – no entanto, os dados disponíveis na literatura se resumem a poucos artigos e o número de casos em estudos bem conduzidos é pequeno.

Alguns desses artigos são muito recentes, e esse conhecimento ainda não foi incorporado à prática dos profissionais de saúde e de médicos legistas. A última revisão sobre violência sexual publicada pela Academia Americana de Pediatria, em 2016, reúne os dados mais atuais sobre os achados ano genitais e laboratoriais em crianças com e sem uma história

de abuso, incluindo: as variantes normais na aparência do hímen e na anatomia anogenital; as condições comumente confundidas com abuso sexual; as lesões indicativas de trauma penetrante anogenital recente ou antigo por violência ou acidente; e achados confirmatórios de contato sexual. Cabe ressaltar que apenas uma pequena porcentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual tem sinais de lesão genital ou anal ao exame, e, em poucos casos, o exame físico ou os testes laboratoriais poderão fornecer dados confirmatórios (VIOLÊNCIA..., 2017).

São sinais indiretos de abuso sexual em crianças e adolescentes:

> atitudes sexuais impróprias para a idade; demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores às de sua fase de desenvolvimento; masturbação frequente e compulsiva; e tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades e manipulação genital. Ou ainda: reprodução das atitudes do abusador para com ela, mudanças de comportamento e infeções urinárias de repetição (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004, p. 101).

Com relação aos contextos sociais e culturais, observamos que, em certas culturas, as crianças e os adolescentes são vistos como propriedades dos adultos. Nesses casos, pode-se minimizar ou até mesmo normalizar a gravidade da violência sexual contra esse grupo. A identificação desses sinais não é função exclusiva dos profissionais de saúde. Segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2023a), não é só o médico que tem o dever de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, seja suspeita ou confirmação de maus-tratos, mas também o professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche.

São considerados ambientes de risco locais em que crianças e adolescentes deveriam sentir-se seguros, como suas casas ou escolas. No entanto, é aí onde acontecem a maior parte dos casos de violência sexual. Oitenta por cento da violência sexual contra crianças é cometida por conhecidos e em casa. Mais de 15 mil crianças e adolescentes, com idades entre 0 e 19 anos, foram mortos de forma violenta no Brasil nos últimos três anos. Além disso, no mesmo período, 165 mil meninos e meninas foram vítimas de violência sexual (FORASTIERI, 2024). Esses números, apresentados na 2ª edição do relatório Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil, evidenciam um cenário preocupante.

São esses fatores combinados que criam um cenário em que crianças e adolescentes são desproporcionalmente afetados pela violência sexual. É crucial que haja esforços contínuos para educar, proteger e empoderar os jovens e ainda punir severamente os agressores.

Segundo a socióloga Graça Gadelha, consultora da Childhood Brasil e especialista na área da infância, fatores econômicos são aspetos propiciadores e facilitadores da violência

sexual, mas não determinantes. Para ela, “o abuso sexual no Brasil não tem uma classe social” (CAUSAS..., 2015).

Já a exploração sexual pressupõe uma relação de mercantilização, em que o sexo é fruto de uma troca, seja ela financeira, de favores ou presentes – podendo até ser um prato de comida. Muitas vezes o agressor acredita estar ajudando a criança e o adolescente. “Infelizmente ainda permanecem diversas fragilidades relacionadas à sobrevivência, que nos dão mais elementos para dizer que a exploração sexual tende a acontecer com mais frequência com os menos favorecidos economicamente”, diz Graça (Ibid.).

A residência de crianças e adolescentes é o local mais comum de ocorrência das violências sexuais. No caso das crianças de 0 a 15 anos, 70,9% dos casos ocorrem onde vivem; já entre os adolescentes entre 15 e 19 anos, esse percentual cai para 63,4%.

Estudos mostraram também que as rodovias federais brasileiras – como a BR 116, BR 101, BR 153 e BR 364 – são áreas vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes (POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL; CHILDHOOD BRASIL; MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018). O mapeamento, realizado entre 2017 e 2018, revelou que há 2.847 pontos vulneráveis nessas rodovias à exploração sexual desse público. Isso representa um aumento de 20% em relação ao estudo anterior, referente a 2013/2014.

Segundo o então ministro de Direitos Humanos Gustavo Rocha, as políticas públicas devem ser criadas a partir de um diagnóstico. “Precisamos conhecer os números e saber onde os problemas acontecem para que a gente possa pensar as políticas públicas, especialmente nesta área tão sensível que é o combate à exploração sexual de crianças e adolescentes” (MAPEAMENTO..., 2018).

Ainda segundo o mapeamento da PRF, os locais de maior vulnerabilidade encontram-se em áreas urbanas, como postos de combustível, bares, casas de show, pontos de alimentação e de hospedagem, por onde transitam e estacionam veículos e caminhões.

Já a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019 (PeNSE..., 2021) mostrou que cerca de 14% dos estudantes de 13 a 17 anos foram tocados, manipulados, beijados ou passaram por situações de exposição de partes do corpo alguma vez na vida – e contra a sua vontade. No caso das meninas, o percentual (20,1%) é mais do que o dobro do observado para os meninos (9,0%). Além disso, 6,3% dos escolares informaram que foram obrigados a manter relação sexual contra sua vontade alguma vez na vida, sendo 3,6% dos meninos e 8,8% das meninas.

Dados mais recentes, divulgados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023 (PERES, 2024), revelam que as crianças até 13 anos representam 61,4% das vítimas de estupro

no Brasil (10,4% têm menos de quatro anos) e cerca de 70% dos agressores são conhecidos das vítimas.

Com relação às mulheres adultas, 7,5 milhões dizem já ter sofrido algum tipo de violência sexual e 60% delas tiveram consequências psicológicas, como depressão e ansiedade, em decorrência da agressão. A residência ou área comum dos seus prédios foram onde a maior parte das mulheres adultas sofreu violência sexual. Apesar disso, também contribui para a alta incidência de violência sexual em mulheres adultas a exposição a situações de risco em espaço públicos, como ruas, bares e transporte público.

Entre as consequências da violência sexual para a saúde das mulheres, merecem destaque da OMS: gravidez não programada, aborto inseguro, disfunção sexual, infeções sexualmente transmissíveis (entre elas, HIV), fístula traumática, depressão, transtorno por estresse pós-traumático, ansiedade, dificuldade para dormir, sintomas somáticos, comportamento suicida e transtorno do pânico.

Muitas vezes, a violência sexual resulta em morte, cometida pelo agressor ou decorrente dos problemas de saúde causados pela própria agressão, como suicídio e aborto inseguro.

6 OBJETIVOS

A vida é sempre o resultado de nossa
própria escolha. (Chico Xavier)

Os objetivos desta tese estão divididos da seguinte maneira.

6.1 GERAL

O objetivo geral desta tese é fazer uma análise epidemiológica e ética do atendimento à paciente vítima de violência sexual após consulta de emergência nos prontos-socorros da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Além disso, serão examinadas as leis e normas referentes à Portaria da SES/DF nº 141, de 17 de julho de 2012, que instituiu os Núcleos de Prevenção e Assistência à Violência (NUPAV) na Região de Saúde Sul do Distrito Federal (Brasília).

6.2 ESPECÍFICOS

São objetivos específicos deste trabalho:

- Verificar se as pacientes que pertencem à Região de Saúde Sul, que foram atendidas nas emergências dos hospitais públicos e tiveram as fichas de notificação compulsória devidamente preenchidas e enviadas ao NUPAV Gardênia (Região Administrativa do Gama), retornaram para atendimento referente a aspectos da bioética após o 28º dia do tratamento iniciado na consulta de emergência. Isso antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia;
- Avaliar a faixa etária da mulher estuprada e o local de ocorrência do estupro na Região de Saúde Sul. Isso antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia;
- Verificar se as pacientes tiveram acesso aos antivirais e antibióticos para a complementação do tratamento e a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) na Região de Saúde Sul. Isso antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia;
- Verificar se as pacientes foram atendidas por psicólogos e assistentes sociais na Região de Saúde Sul. Isso antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia;
- Verificar o tipo de relacionamento do agressor com as vítimas na Região de Saúde Sul. Isso antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia;
- Verificar se as mulheres, adolescentes e crianças agredidas na Região de Saúde Sul receberam anticoncepção de emergência, antirretrovirais e antibióticos antes e durante o primeiro e segundo anos da pandemia; e
- Verificar se as mulheres, adolescentes e crianças agredidas na Região de Saúde Sul foram ou não encaminhadas aos Conselhos Tutelares e à delegacia da mulher.

7 JUSTIFICATIVA

Relevância social em verificar:

- Se as vítimas de violência sexual estariam mais expostas aos agressores em seus próprios locais de moradia ou em vias públicas;
- Se os agressores são parentes ou conhecidos das vítimas;
- Quais são as faixas etárias mais comuns das vítimas de violência sexual;
- Se a violência sexual é mais comum entre crianças menores de 15 anos e adolescentes de 15 a 19 anos;
- Se as violências geralmente ocorrem no ambiente domiciliar;
- Se os agressores são parentes ou conhecidos, no caso das vítimas menores de 15 anos e adolescentes de 15 a 19 anos de idade; e
- Se as crianças menores de 15 anos estariam mais vulneráveis à violência sexual.

8 MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo, transversal, de análise das fichas de notificação compulsória que foram preenchidas durante o atendimento às vítimas de violência sexual quando procuraram as emergências dos hospitais públicos do Distrito Federal. As análises levarão em conta os períodos de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, ou seja, antes da pandemia da Covid-19; de 1 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021, primeiro ano da pandemia da Covid-19; e de 1 de janeiro de 2023 a 31 de janeiro de 2023, após a pandemia da Covid-19.

O setor de saúde do Distrito Federal está distribuído em regiões de saúde, que englobam as regionais administrativas. Nessas regiões de saúde, temos os Núcleos de Prevenção e Assistência a Situações de Violência. Será analisado aqui o da Região de Saúde Sul, que está localizado no Hospital Regional do Gama.

O Programa Gardênia, que funciona na Região de Saúde Sul, está formado por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais). Ele é responsável pelo acolhimento individual e familiar das vítimas de violências sexual, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos, tanto do sexo masculino quanto do feminino.

A análise levará em consideração todas as vítimas de violência sexual do sexo feminino do Programa Gardênia que foram atendidas de 1 de janeiro de 2019 a dezembro de 2019, de 1 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021 e de 1 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (percentagem). Para testar a associação entre variáveis categóricas com mais de duas categorias, foi aplicado o teste exato de Fisher-Freeman-Halton. Valores de prova inferiores a 0.05 foram considerados estatisticamente significativos. As análises estatísticas foram realizadas recorrendo ao software SPSS Statistics (v. 28.0; SPSS® Inc., Chicago, IL, USA).

A associação entre a relação vítima-agressor e a idade de crianças e adolescentes que sofrem violência sexual é um tema complexo e multifacetado. Estudos transversais têm mostrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes pode ocorrer em diferentes contextos e é frequentemente perpetrada por pessoas próximas à vítima, como familiares ou conhecidos.

9 CORPO METODOLÓGICO

9.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo adota uma abordagem quanti-qualitativa, descritiva e retrospectiva, com delineamento documental e análise de prontuários. Utiliza como fonte de dados os registros administrativos e clínicos de atendimentos realizados a vítimas de violência sexual em unidade hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A adoção de uma abordagem retrospectiva e transversal justifica-se pelo acesso a dados consolidados em sistemas oficiais de notificação da rede pública de saúde, permitindo:

1. Avaliar tendências temporais no atendimento e nas características da violência;
2. Comparar a efetividade dos atendimentos em diferentes fases da pandemia;
3. Refletir criticamente sobre a continuidade do cuidado, a proteção social e os desafios éticos e estruturais enfrentados pelos serviços da SES/DF, com destaque para os NUPAVs.

A análise integrada dos dados permitirá a formulação de propostas para o aprimoramento dos protocolos de atenção a vítimas de violência sexual, especialmente em contextos de crise sanitária, garantindo os direitos humanos, a dignidade e a proteção das populações mais vulneráveis.

9.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa será conduzida por meio de análise documental de notificações e prontuários, associada à revisão integrativa da literatura, com o objetivo de compreender o perfil das vítimas, os fluxos de atendimento e a atuação dos Núcleos de Prevenção das Violências (NUPAVs) no enfrentamento da violência sexual.

9.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado com base nos dados coletados no Programa Gardênia, localizado no Hospital Regional do Gama, que integra a rede de enfrentamento à violência da SES/DF, e atende prioritariamente às Regiões de Saúde Sul e Oeste do Distrito Federal (Brasília).

9.4 PERÍODO DA PESQUISA

Serão considerados os dados relativos aos anos de 2019, 2021 e 2023, de forma a comparar os registros de atendimentos em três momentos distintos: pré-pandemia, durante a pandemia e no período de retomada pós-pandêmica.

9.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão:

1. Fichas de notificação de violência sexual referentes a vítimas do sexo feminino;
2. Registros oriundos das Regiões de Saúde Sul e Oeste do DF;
3. Prontuários com dados preenchidos que permitam a análise das variáveis principais da pesquisa;
4. Atendimentos realizados nos anos de 2019, 2021 e 2023.

Exclusão:

1. Registros de vítimas do sexo masculino;
2. Fichas e prontuários com dados incompletos ou inconsistentes para análise;
3. Casos duplicados ou que não pertençam às regiões selecionadas.

9.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados utilizados serão anonimizados, e o sigilo das informações será assegurado por meio de acesso restrito aos pesquisadores e armazenamento seguro dos dados em planilhas protegidas.

9.7 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da análise documental de **Fichas de Notificação Compulsória de Violência Sexual** (Anexo B), preenchidas por profissionais de saúde durante os atendimentos realizados no Programa Gardênia, vinculado ao Hospital

Regional do Gama, e armazenadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Como instrumento auxiliar, será utilizado um roteiro de coleta específico (Anexo A), elaborado para sistematizar a extração dos dados relevantes constantes nos prontuários e fichas.

O roteiro de coleta contempla os seguintes subitens:

1. Variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade e estado civil da vítima;
2. Características do agressor: grau de parentesco ou vínculo com a vítima;
3. Local da agressão;
4. Informações clínicas e de atendimento emergencial: data do estupro, data da última menstruação, tempo decorrido até o atendimento, uso de anticoncepção de emergência, antibióticos, antirretrovirais, entre outros;
5. Registro da denúncia à autoridade policial.

Esse instrumento permitiu uniformizar a codificação e sistematização dos dados, viabilizando a análise estatística dos principais padrões de violência e resposta institucional.

A coleta foi realizada exclusivamente por pesquisadores previamente capacitados, com acesso restrito e controlado, em local reservado nas dependências da unidade de saúde, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações. Todos os dados serão transcritos para planilhas eletrônicas protegidas por senha, sem identificação nominal das vítimas, conforme os protocolos éticos definidos nesta pesquisa.

Aspectos relevantes para a compreensão dos dados coletados

Categoria	Aspectos abordados	Contribuição para a compreensão dos dados
1. Compreensão dos padrões de violência	• Relações de confiança entre vítima e agressor;• Faixa etária como fator de vulnerabilidade;• Gênero e subnotificação;• Influências socioculturais;• Efeitos dos ciclos de abuso.	Permite identificar perfis recorrentes de vítimas e agressores, contextualizar a violência e compreender os fatores que dificultam a denúncia.
2. Desenvolvimento de intervenções específicas	• Educação preventiva;• Capacitação de profissionais;• Articulação dos serviços;• Política pública;• Ações comunitárias;• Monitoramento contínuo.	Oferece base para criação e aprimoramento de práticas institucionais e políticas públicas de prevenção e enfrentamento.

Categoria	Aspectos abordados	Contribuição para a compreensão dos dados
3. Proteção e apoio às vítimas	• Atendimento especializado;• Acompanhamento psicológico;• Apoio social;• Garantia legal;• Acolhimento seguro;• Empoderamento por informação.	Direciona o olhar da pesquisa para a efetividade do atendimento e a reestruturação da rede de suporte.
4. Aspectos éticos da pesquisa	• Consentimento informado;• Beneficência e não maleficência;• Justiça na seleção dos participantes;• Garantia de confidencialidade.	Garante a integridade metodológica e ética da pesquisa, respeitando os direitos dos participantes e a validade dos dados obtidos.

Fonte: Elaboração própria (2025).

9.8 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo da pesquisa compreende todas as vítimas do sexo feminino atendidas por situações de violência sexual no Programa Gardênia, no Hospital Regional do Gama, durante os anos de 2019, 2021 e 2023 — períodos selecionados como recortes pré-pandemia, durante a pandemia e pós-pandemia da Covid-19, respectivamente.

A amostra será composta por todas as fichas de notificação compulsória disponíveis no SINAN e nos prontuários médicos arquivados no programa, desde que preencham os seguintes critérios de inclusão:

1. Ser do sexo feminino;
2. Ter registro completo ou parcialmente preenchido com as variáveis prioritárias para o estudo;
3. Ter sido atendida dentro dos anos especificados (2019, 2021 ou 2023).

Serão excluídos os registros que:

1. Correspondam a vítimas do sexo masculino;
2. Apresentem ausência total de dados relevantes;
3. Estejam duplicados ou apresentem inconsistências intransponíveis.

Espera-se que a amostra final seja suficientemente representativa para permitir uma análise descritiva e associativa dos principais fatores envolvidos no atendimento a vítimas de

violência sexual nas Regiões de Saúde Sul e Oeste do DF, com foco especial em crianças e adolescentes.

A justificativa para estudar essa associação inclui:

1. Compreensão dos padrões de violência: identificar como a relação entre vítima e agressor, que varia com a idade, pode ajudar a entender melhor os padrões de violência e a desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes;
2. Desenvolvimento de intervenções específicas: conhecer as dinâmicas específicas de diferentes faixas etárias permite criar intervenções e políticas públicas mais direcionadas e eficazes; e
3. Proteção e apoio às vítimas: ao entender melhor as circunstâncias e relações em que ocorrem os abusos, é possível oferecer um suporte mais adequado e personalizado às vítimas, ajudando na recuperação e prevenção de novos casos.

Esses estudos são essenciais para criar um ambiente mais seguro e protetor para crianças e adolescentes, garantindo que recebam o apoio necessário para superar os traumas e evitar futuras ocorrências.

Analisando mais a fundo o primeiro ponto, referente à compreensão dos padrões de violência – afinal, compreender os padrões de violência sexual é essencial para abordar eficazmente essa grave questão –, tem-se que:

1. Relações de confiança: muitas vezes, o agressor é uma pessoa de confiança da vítima, como familiares, amigos da família ou professores. Isso pode dificultar a denúncia e aumentar o trauma;
2. Faixa etária: crianças mais novas tendem a ser mais vulneráveis a agressores familiares, enquanto adolescentes podem ser mais frequentemente vítimas de conhecidos ou parceiros íntimos;
3. Gênero: meninas geralmente são, mais frequentemente, vítimas de violência sexual, embora meninos também sejam afetados, mas são menos propensos a denunciar;
4. Contexto social e cultural: certos contextos culturais e sociais podem influenciar a prevalência e a percepção da violência sexual, tornando essencial a adaptação das intervenções a esses contextos; e
5. Ciclos de abuso: crianças que sofrem abuso sexual têm maior probabilidade de enfrentar dificuldades emocionais e comportamentais ao longo da vida.

Estudar esses padrões ajuda a desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes e a fornecer um suporte mais adequado às vítimas.

Já com relação ao desenvolvimento de intervenções específicas – prevenir e tratar a violência sexual contra crianças e adolescentes é vital –, entre as abordagens consideradas eficazes estão:

1- Educação e conscientização: programas educacionais nas escolas podem ensinar crianças e adolescentes sobre consentimento, respeito mútuo e como identificar e relatar abusos. Esses programas devem ser adaptados às idades e aos contextos culturais das crianças;
2- Capacitação de profissionais: treinamento específico para professores, profissionais de saúde, assistentes sociais e policiais para que possam reconhecer sinais de abuso, lidar com as vítimas de maneira sensível e eficaz e saber os procedimentos corretos para relatar e agir;
3- Serviços de suporte integrados: desenvolvimento de centros de atendimento integrado que ofereçam suporte psicológico, médico, social e legal, facilitando o acesso das vítimas a todos os serviços necessários de maneira coordenada;
4- Políticas e legislação: criação e implementação de políticas públicas que protejam as crianças e os adolescentes, punam os agressores e ofereçam suporte às vítimas. Isso inclui leis mais rígidas contra abusos e programas de monitoramento para garantir a segurança das crianças;
5- Intervenção na comunidade: envolver comunidades locais em iniciativas de prevenção e apoio, incluindo programas de conscientização e redes de suporte comunitário para criar ambientes seguros e protetores para as crianças; e
6- Acompanhamento e avaliação: monitoramento contínuo e avaliação das intervenções para garantir sua eficácia e fazer ajustes conforme necessário. Isso também envolve a coleta de dados para identificar tendências e áreas que precisam de mais atenção.

Cada uma dessas abordagens pode contribuir para um ambiente mais seguro e para a recuperação das vítimas de violência sexual.

Por último, no que diz respeito à proteção e ao apoio às vítimas – crucial para sua recuperação e bem-estar –, aqui estão algumas medidas essenciais:

1. Acesso imediato a serviços: assegurar que as vítimas tenham acesso imediato a atendimento médico, psicológico e jurídico. Centros de referência devem estar disponíveis e equipados para atender essas demandas;

2. Suporte psicológico continuado: oferecer acompanhamento psicológico a longo prazo, ajudando as vítimas a lidar com traumas e prevenir problemas futuros de saúde mental;
3. Rede de apoio social: facilitar o acesso a grupos de apoio e organizações que ofereçam suporte emocional e prático, ajudando as vítimas a reconstruírem suas vidas;
4. Proteção legal: garantir que as vítimas recebam proteção legal eficaz, incluindo medidas restritivas contra agressores e apoio jurídico em processos legais;
5. Educação e conscientização: informar as vítimas sobre seus direitos e os recursos disponíveis, empoderando-as para buscar ajuda e tomar decisões informadas; e
6. Ambientes seguros: criar e manter ambientes seguros em instituições de saúde e segurança pública, nos quais as vítimas possam se sentir protegidas e respeitadas durante todo o processo de atendimento.

Essas medidas são fundamentais para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o cuidado e a proteção de que precisam para se recuperar e seguir em frente.

Em Brasília, o atendimento de urgência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é realizado em diversos centros especializados e prontos-socorros. Esses serviços são essenciais para garantir que as vítimas recebam cuidados imediatos e adequados. Com relação aos centros de referência, existem NUPAVS que oferecem atendimento inicial integrado e humanizado para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Esses centros reúnem profissionais capacitados, como médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos para garantir um atendimento completo e evitar a revitimização.

Já com relação aos prontos-socorros, os de Brasília estão preparados para atender casos de violência sexual, oferecendo suporte médico imediato e encaminhamento para serviços especializados. O atendimento inclui cuidados médicos, coleta de evidências e suporte psicológico inicial.

A integração entre os serviços de saúde, segurança pública e assistência social é fundamental para garantir um atendimento eficaz e completo. Isso inclui a colaboração com delegacias especializadas, como a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), e com os Conselhos Tutelares.

E tem ainda a capacitação de profissionais de saúde e segurança pública. Eles recebem treinamento específico para lidar com vítimas de violência sexual, garantindo um atendimento sensível e eficaz.

Essas medidas são essenciais para garantir que as vítimas de violência sexual recebam o cuidado e o apoio necessários de maneira rápida e eficiente.

No que diz respeito à atuação médica, ela deve incluir a realização de anamnese detalhada do caso; exame físico completo, com descrição pormenorizada das lesões, inclusive genitália e ânus; e hipótese diagnóstica. Além disso, é preciso avaliar a necessidade de exames complementares, como raio-X e tomografia (nos casos de comprometimento neurológico). Também é necessário o exame de área específica por especialista.

Há que se notificar os casos de suspeita de violência contra criança, adolescente ou idoso e encaminhá-los ao plantão policial do hospital, que os conduzirá à delegacia mais próxima da área (notificação feita pelo profissional que detectou o caso). Nos casos de violência contra mulher a partir de 18 anos, é preciso orientá-la a fazer a denúncia na delegacia de polícia.

Somente após a realização da notificação à delegacia de polícia, o paciente poderá realizar o exame de corpo de delito no IML. Recomenda-se que o paciente seja acompanhado pelo técnico de enfermagem, auxiliar de Serviço Social ou outro profissional disponível, usando o transporte da instituição de saúde.

Também é necessário encaminhar ao Serviço Social ou ao PAV da Unidade de Saúde da vítima a ficha de notificação de suspeita de violência para a realização de intervenção e posteriores encaminhamentos legais.

A internação do paciente visa não só o tratamento das lesões, como também a avaliação psicológica e social do caso, além de posteriores encaminhamentos. O médico deve ainda participar de reuniões para estudo de caso e realizar prevenção primária e secundária nas reuniões educativas (caso seja PSF e centro de saúde).

Nos casos de internação de criança ou adolescente, a alta hospitalar fica condicionada à liberação da Vara da Infância e da Juventude.

Já no que diz respeito à atuação da equipe de enfermagem, é importante observar e anotar características comportamentais suspeitas da criança (medo, agressividade, apatia, choro inexplicável e outros); discutir com a equipe as intercorrências; e orientar o responsável pela criança. Também observar, durante os cuidados de enfermagem, a ocorrência de lesão (tipos, localização), anotá-la em prontuário e discuti-la com a equipe multidisciplinar que estiver acompanhando o caso.

É preciso ainda: supervisionar com discrição as visitas e acompanhá-las, se necessário, para evitar hostilidade ao paciente por parte do visitante; orientar o acompanhante para ser afetivo com o paciente; explicar ao paciente todos os procedimentos que irá realizar, para que não sejam percebidos como agressão; providenciar encaminhamento para a assistência especializada, conforme necessidade (Serviço Social e/ou saúde mental); acompanhar o

paciente ao IML, quando solicitado (técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde). Em situações emergenciais (final de semana ou noite), notificar as violações de direitos de crianças/adolescentes e idosos ao CREAS, pelo telefone (3342-1407). Cabe ainda participar de reuniões para estudo dos casos.

Com relação à atuação do Serviço Social, ele deverá realizar entrevista para levantamento dos dados de rotina, a fim de possibilitar o conhecimento da complexidade em que a vítima se encontra, e promover o apoio psicossocial. Nesse momento, é elaborado o perfil socioeconômico da vítima e a documentação específica sobre o atendimento. A intervenção social não ocorre apenas com a vítima, sendo extensiva aos familiares e/ou colaterais, quando necessária.

No que diz respeito ao atendimento do Serviço Social, é preciso: conhecer a história de violência vivenciada pelo paciente; acolher a pessoa vítima de violência e sua família ou responsáveis em sua dinâmica e complexidade, como eixo central da atenção e como parceria durante o processo de atendimento; identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamento do paciente respeito ao ocorrido; verificar a existência de abuso de substância química no espaço doméstico e/ou pessoas que tenham acesso à residência; possibilitar reflexão crítica sobre a problemática vivenciada, fortalecendo a autoestima e buscando possibilidades de solução; identificar a demanda social trazida pelo paciente, decorrente ou não da situação de violência, como direitos trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos do usuário com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, entre outros; encaminhar para o atendimento psicológico individual; e informar sobre os recursos de apoio da comunidade, como Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, Conselho Tutelar, Conselho dos Direitos da Mulher, Fóruns, IML, DEAM e delegacias de polícia. Ao detectar a situação de violência, preencher a Ficha Única de Notificação.

Não se pode deixar de reforçar a importância do atendimento médico e psicológico, enfatizando o acompanhamento integral; esclarecer ao(s) paciente/familiares quanto aos recursos da instituição que contribuem para a continuidade do tratamento, como passes urbanos, transporte e medicação, quando necessário; realizar visita domiciliar para compreender a dinâmica familiar em que a vítima está inserida; utilizar preferencialmente a técnica genograma para compreensão da dinâmica familiar, bem como empregar outras técnicas como ecomapa, linha do tempo e outras que permitam intervir no contexto da vítima; encaminhar relatório

social e a notificação realizada pelo profissional de saúde ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância e da Juventude (caso seja menor de idade); encaminhar para avaliação psiquiátrica a vítima e/ou seus familiares, se necessário; auxiliar no processo de reorganização da vida após a violência vivenciada; mapear potenciais de riscos e avaliar junto com a família ou a vítima formas de proteção; discutir os projetos de vida da família/vítima, buscando encontrar alternativas para a situação atual; monitorar, em conjunto com a equipe, os desdobramentos acordados com o sistema de proteção intra e extrafamiliares; participar de reuniões para estudo de caso; articular a Rede de Proteção, Atenção e Responsabilização para prevenir e atender as vítimas de violência, bem como divulgar a importância do atendimento médico imediato nas ocorrências de violência sexual (homens ou mulheres) para prevenir DST/AIDS e gravidez; capacitar profissionais sobre a complexidade que envolve o fenômeno violência.

Já o atendimento psicológico às vítimas de violência deverá ocorrer em diferentes estágios: avaliação psicológica, psicoterapia individual de curta duração e psicoterapia de grupo.

A avaliação psicológica consiste em conhecer a história de vida do paciente; identificar os sentimentos predominantes, como medo, angústia, tristeza, culpa, revolta, etc.; aplicar testes ou utilizar técnicas psicológicas; avaliar o grau de desorganização da vida social, como, por exemplo, o impacto da violência vivenciada no trabalho, na escola, nas relações familiares e sociais; avaliar distúrbios do sono (insônia, pesadelos) e reações psicossomáticas; avaliar o estado emocional geral no momento; avaliar a estrutura familiar da criança; entrevistar os pais e/ou responsáveis; observar o comportamento da criança. Ao detectar a situação de violência, preencher a Ficha Única de Notificação.

Caso necessário, encaminhar para a avaliação psiquiátrica. Caso sejam diagnosticados transtornos decorrentes da violência sexual, fornecer atestado psicológico. E ainda fornecer parecer psicológico e participar de reuniões de estudo de caso.

A integração de serviços é fundamental no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, garantindo um cuidado coordenado e abrangente. Aqui estão algumas maneiras de como essa integração pode ser realizada:

1. Coordenação entre setores: saúde, segurança pública, assistência social e justiça precisam trabalhar juntos. Essa coordenação assegura que a vítima receba todos os tipos de suporte necessário sem enfrentar barreiras;

2. Centros de atendimento integrado: locais em que as vítimas podem acessar diversos serviços em um único espaço, como atendimento médico, psicológico, jurídico e social. Isso minimiza a necessidade de deslocamento e reduz a revitimização;
3. Protocolos unificados: desenvolver e implementar protocolos comuns que guiem o atendimento e a troca de informações entre os diferentes serviços, garantindo um padrão de atendimento de alta qualidade;
4. Formação e capacitação conjunta: realizar treinamentos conjuntos para profissionais de diferentes áreas, promovendo uma compreensão compartilhada das melhores práticas e fortalecendo a colaboração;
5. Comunicação efetiva: uso de sistemas de comunicação e bases de dados compartilhados para registrar e monitorar o progresso dos casos, assegurando que todas as partes estejam informadas e possam agir de maneira coordenada; e
6. Apoio contínuo: assegurar que a vítima receba acompanhamento contínuo mesmo após a intervenção inicial, com suporte psicológico e social prolongado.

Essas estratégias são essenciais para garantir que o atendimento às vítimas de violência sexual seja eficaz, humano e abrangente.

Nesse sentido, apresenta-se de seguida um artigo relacionado às discussões mais prementes desta tese (COSTA; FAÚNDES; NUNES, 2022).

Jornal de Pediatria

Volume 98, Edição 3, maio–junho de 2022, páginas 310-315

A associação entre a relação vítima-agressor e a idade de crianças e adolescentes que sofrem violência sexual: um estudo transversal

Objetivos

A violência sexual é um problema que afeta crianças e adolescentes independentemente de classe social, idade, origem, religião, escolaridade, estado civil, raça ou orientação sexual. Este estudo teve como objetivo analisar as associações entre as relações vítima-agressor e a idade da vítima em casos de violência sexual envolvendo vítimas do sexo feminino.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, retrospectivo, que utilizou dados da Secretaria de Vigilância em Saúde Pública do Ministério da Saúde, em Brasília, sobre o crime de denúncia de estupro informado por vítimas do sexo feminino no Distrito Federal entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018. A idade da vítima foi classificada em <15 anos ou 15-19 anos. Os agressores foram classificados em oito categorias diferentes de acordo com o relacionamento com a vítima: pai, padrasto, irmão, marido, namorado, amigo, desconhecido e outros. Avaliou-se a associação entre a relação vítima-agressor e a idade da vítima.

Resultados
No total, foram notificados 4.617 casos de violência sexual, sendo que 78,3% deles (*n* = 3614) corresponderam a menores de 15 anos e 21,7% a adolescentes de 15 a 19 anos (*n* = 1003). Parentes próximos, incluindo irmãos e amigos, foram os principais perpetradores em casos de meninas < 15 anos. Estranhos e amigos foram os principais perpetradores no grupo de meninas de 15 a 19 anos.

Conclusões
Crianças menores de 15 anos são o grupo mais afetado pela violência sexual. Estratégias devem ser desenvolvidas para prevenir o abuso sexual de crianças e adolescentes e facilitar a reabilitação de crianças vitimizadas.
Keywords: Violência sexual, Agressores, Estupro, Crianças, Adolescentes

Introdução

A violência sexual é um problema que afeta as mulheres independentemente de classe social, idade, origem, religião, nível de escolaridade, estado civil, raça e até orientação sexual. Essa violação dos direitos humanos representa uma ameaça maior à saúde pública do que geralmente é reconhecido, porque, na maioria das vezes, apenas uma fração dos ataques sexuais é relatada. [1,2] A prevalência de violência sexual é alta tanto em países de alta quanto de baixa renda 3, com 6% a 59% das mulheres relatando ter sofrido violência sexual por parceiro íntimo em algum momento. [4] Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 2011 constatou que 19,3% das mulheres relataram ter sido estupradas em algum momento da vida. [5] Outro estudo revelou que a maior prevalência de agressão por parceiro não íntimo ocorreu na África Subsaariana (21%) (IC95%: 4,5 - 37,5). [6]

A prevalência de violência sexual é maior entre crianças e adolescentes do que em mulheres com mais de 20 anos de idade. [3,6], [7,8] Em um grupo de estudantes universitários com idade média de 18,5 anos entrevistados no Canadá, 23,5% relataram ter sido estuprados. [5] Além disso, em uma amostra de estudantes do ensino médio no México, 6,8% relataram ter sofrido violência sexual antes dos 18 anos. [1] No Zimbábue, cerca de um terço das mulheres (32,5%) foram agredidas sexualmente antes de completar 18 anos. [8]

Embora os parceiros íntimos sejam descritos como os perpetradores mais comuns de violência sexual contra mulheres adultas,6,8,9 em casos envolvendo crianças e adolescentes, padrastos e outros membros da família têm sido relatados como os perpetradores mais [comuns,9] sendo a vítima conhecida do agressor em pelo menos dois terços dos casos. [3,7] Até onde sabemos, no entanto, nenhum estudo foi realizado para avaliar associações entre as relações vítima-agressor e a idade da vítima.

Desde o final da década de 1990, qualquer caso de violência sexual no Brasil deve ser obrigatoriamente notificado à *Secretaria de Vigilância em Saúde* (SVS). Os dados assim coletados permitem estimar a prevalência da violência sexual de acordo com a idade da vítima, e estabelecer qualquer possível associação entre a relação vítima-agressor e a idade da vítima. O presente artigo fornece uma avaliação detalhada das variações na relação entre vítimas de agressão sexual e seus agressores de acordo com a idade da vítima.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal, retrospectivo, realizado com o objetivo de analisar os dados notificados por hospitais públicos e privados à Secretaria de Vigilância em

Saúde Pública de Brasília, Brasil, utilizando as fichas obrigatórias para vítimas de estupro coletadas entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018, referentes a crianças e adolescentes do sexo feminino de até 19 anos de idade.

O tipo de relacionamento entre o agressor e a vítima foi avaliado usando oito categorias de relacionamento vítima-ofensor: pai, padrasto, irmão, marido, namorado, amigo, estranho e outros. A última categoria, *outras*, inclui cuidadores, empregadores/chefes, relações institucionais, mães, filhos, responsáveis legais e aqueles não identificados na ficha de notificação.

Para permitir a análise da associação entre a relação vítima-agressor e a idade da vítima, a idade foi classificada em grupos de < 15 anos ou 15-19 anos. A análise estatística foi ralizada por meio do teste do qui-quadrado, do teste de homogeneidade, do teste de independência e do teste exato de Fisher.

Os dados utilizados neste estudo estão disponíveis gratuitamente em domínio público e podem ser encontrados no site da Secretaria de Vigilância em Saúde Pública, onde as notificações compulsórias são registradas. Como é impossível identificar as vítimas, a necessidade de aprovação ética foi dispensada.

Resultados

O número de crianças e adolescentes do sexo feminino atendidas em unidades públicas de saúde de Brasília após terem sofrido violência sexual variou de 611 em 2012 para 703 em 2013, 522 em 2014, 467 em 2015, 723 em 2016, 770 em 2017 e 821 em 2018, perfazendo um total de 4.617 crianças e adolescentes no período de 7 anos, com uma média de 659 crianças e adolescentes por ano.

Para o grupo de adolescentes, os principais agressores foram desconhecidos, sendo que essa categoria representou quase 33% de todas as agressões, enquanto os amigos foram os agressores em cerca de 25% dos casos (Tabela 1). O segundo grupo mais comum de perpetradores consistiu nos irmãos das vítimas, esta categoria representando cerca de 14% dos agressores na faixa etária de 15 a 19 anos e 15% de todas as agressões a indivíduos com menos de 15 anos de idade, ou seja, crianças. Neste último grupo, os estranhos foram os agressores em cerca de 10% dos casos e os amigos em cerca de 20% dos casos.

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres que denunciaram violência sexual segundo relação vítima-agressor e faixa etária.

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres que denunciaram violência sexual segundo relação vítima-agressor e faixa etária.

Faixa etária	Pai		Padrasto		Irmão		Marido		Namorado		Amigo		Estranho		Outros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 15 anos	403	11.1	412	11.4	551	15.3	32	0.9	335	9.3	708	19.6	382	10.6	791	21.8	3,614	100.0
15-19 anos	47	4.7	70	7.0	137	13.7	17	1.6	29	2.9	247	24.6	330	32.9	126	12.6	1,003	100.0
Total	450	10.0	482	10.5	688	15.0	49	1.1	364	8.0	955	21.6	712	15.5	845	18.3	4617	100.0

Relatórios da Secretaria de Vigilância em Saúde Pública de Brasília referentes ao período de 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2018
Comparação geral: $p < 0,001$.
Comparação entre as faixas etárias, < 15 anos versus 15-19 anos: $p < 0,001$.

Pais e padrastos foram responsáveis por cerca de 10% de todas as agressões contra adolescentes e crianças, independentemente da idade da vítima, sendo que a maior incidência (11,4%) ocorreu no grupo de meninas menores de 15 anos.

Os namorados representaram cerca de 9,3% de todos os perpetradores de violência sexual contra meninas menores de 15 anos, mas menos de 3% de todos os agressores em casos de ataques a adolescentes. Embora seja raro um marido ser o agressor em casos de crianças menores de 15 anos, eles representam cerca de 1,6% de todos os perpetradores de violência sexual contra adolescentes de 15 a 19 anos.

Quando avaliada a proporção de todas as agressões de acordo com a idade da vítima, o grupo de meninas menores de 15 anos representou cerca de 80% do total de casos (78,27%), enquanto os adolescentes representaram 21,73% (Tabela 1).

Conforme apresentado na Tabela 2, entre 2012 e 2016 os irmãos foram os agressores mais comuns entre os membros da família, com pais e padrastos alternando entre o segundo e o terceiro lugar, embora em menor grau. Em 2012, os irmãos foram responsáveis por 142 ocorrências (23,2%), e esses números se mantiveram estáveis nos anos seguintes, com 144 ocorrências em 2013 (20,5%), 99 em 2014 (19%), 97 em 2015 (20,8%) e 140 em 2016 (19,4%). É interessante notar que em 2017 e 2018 o número de casos em que os irmãos foram os autores caiu drasticamente para 17 (2,2%) e 49 (6%), respectivamente. Em 2017, os pais foram os

agressores mais comuns dentro da família, com 79 casos (10,3%), seguidos pelos padrastos, com 68 (8,8%). Em 2018, os agressores mais comuns dentro da família foram os padrastos, com 144 casos (17,5%), seguidos pelos pais, com 101 casos (12,3%).

Tabela 2. Frequência de casos de estupro por ano e tipo de agressor para a amostra geral.

Ano	Pai	Padrasto	Irmão	Marido	Namorado	Amigo	Estranho	Outros	Total
2012	62 (10.1%)	54 (8.8)	142 (23.2%)	7 (1.1%)	38 (6.2%)	107 (17.5%)	82 (13.4%)	120 (19.6%)	611 (100%)
2013	69 (9.8%)	54 (7.7%)	144 (20.5%)	12 (1.7%)	60 (8.5%)	119 (16.9%)	90 (12.8%)	155 (22%)	703 (100%)
2014	51 (9.8%)	46 (8.8%)	99 (19%)	2 (0.4%)	44 (8.4%)	83 (15.9%)	90 (17.2%)	107 (20.5%)	522 (100%)
2015	25 (5.4%)	40 (8.6%)	97 (20.8%)	5 (1.1%)	37 (7.9%)	90 (19.3%)	87 (18.6%)	86 (18.4%)	467 (100%)
2016	63 (8.7%)	77 (10.7%)	140 (19.4%)	4 (0.6%)	47 (6.5%)	125 (17.3%)	115 (15.9%)	152 (21%)	723 (100%)
2017	79 (10.3%)	68 (8.8%)	17 (2.2%)	10 (1.3%)	65 (8.4%)	187 (24.3%)	135 (17.5%)	46 (6%)	770 (100%)
2018	101 (12.3%)	144 (17.5%)	49 (6%)	9 (1.1%)	73 (8.9%)	244 (29.7%)	113 (13.8%)	88 (10.7%)	821 (100%)

Com relação aos agressores não familiares, em 2012 o grupo com maior número de ocorrências foi o denominado *outros*, com 120 casos (19,6%), seguido de amigos, com 107 (17,5%) e desconhecidos, com 82 (13,4%). Essa situação continuou de forma semelhante em 2013, com *outros* sendo responsáveis por 155 casos de agressão (22%), seguidos novamente por amigos, com 119 (16,9%) e desconhecidos, com 90 casos (12,8%). Em 2014, embora *outros* tenham permanecido como o agressor não familiar mais comum, com 107 casos (20,5%), o segundo maior grupo foi o classificado como *ignorado*, com 90 (17,2%), seguido por amigos, com 83 (15,9%). Em 2015, os agressores não familiares mais comuns foram amigos, com 90 casos (19,3%), seguidos por *ignorados* e *outros*, com 87 (18,6%) e 86 (18,4%) casos, respectivamente. Em 2016, a situação voltou a valores semelhantes aos observados em 2012, no início desta série, sendo os agressores não familiares mais comuns o grupo classificado como *outros*, com 152 casos (21%), seguido de amigos, com 125 (17,3%) e desconhecidos, com 115 casos (15,9%). Em 2017 e 2018, a mesma queda incomum observada no número de casos perpetrados por irmãos naqueles anos foi observada para a categoria classificada como *outros*, onde os números caíram drasticamente em relação aos anos anteriores para 46 (6%) em 2017 e para 88 (10,7%) em 2018. Nesse período de 2 anos, o agressor não familiar mais comum foi de amigos, com 187 relatos (24,3%) em 2017 e 244 (29,7%) em 2018. Em relação ao número total de casos notificados a cada ano, os valores permaneceram relativamente estáveis em 700-800 casos por ano, com exceção de 2014 e 2015, quando o número de estupros foi menor, com 522 e 467 casos, respectivamente (Tabela 2).

Discussão

Um achado surpreendente obtido a partir dos dados coletados para este estudo foi o fato de que o principal perpetrador de violência sexual contra meninas menores de 15 anos consistia em amigos da vítima, com irmãos ocupando o segundo lugar. Até onde os autores sabem, há apenas um artigo publicado que menciona a violência sexual entre irmãos; no entanto, nesse papel, a vítima havia sido assassinada. [10] Essa falta de dados publicados destaca a raridade dessa relação vítima-agressor em casos de violência sexual. Além desse artigo, a revisão da literatura realizada para fins desta análise não revelou qualquer outra referência a um irmão como perpetrador de violência sexual contra uma irmã menor de idade. Alguns estudos, no entanto, referem-se aos *membros da família* como autores da violência sexual e essa descrição pode ou não incluir irmãos. [1,11]

O que de fato foi relatado em estudos anteriores é que amigos e colegas de classe estão entre os criminosos sexuais mais comuns contra crianças menores de 18 anos. [7,12,13] Neste estudo, não há como saber se os agressores classificados como amigos nos casos de violência sexual contra crianças ou adolescentes eram de fato colegas de classe. No entanto, em outro estudo realizado no [Brasil,14] a frequência de agressão sexual perpetrada por amigos ou conhecidos foi muito maior (42,3%) em comparação com a proporção identificada no presente estudo. O fato de os dados terem sido coletados em uma unidade de medicina legal naquele estudo, enquanto no presente estudo as vítimas podem ou não ter frequentado uma dessas unidades, poderia explicar essa diferença.

Ao contrário do relatado na literatura, o parceiro íntimo, representado neste estudo por um marido ou namorado, não parece ser responsável por um percentual significativo de agressões sexuais contra mulheres de qualquer faixa etária. No entanto, há uma crença comum no Brasil de que um parceiro íntimo estável, como um namorado ou marido de longa data, teria o direito de usar o corpo de seu parceiro para seu prazer sexual. [15] Em um ambiente cultural em que esse comportamento por parceiro íntimo é aceito, a violência sexual por parceiro íntimo raramente será relatada e, por esse motivo, pode não ser mencionada em estudos como este, que se baseou em casos notificados à Secretaria de Vigilância em Saúde Pública. Portanto, é possível que, como a presente amostra seja composta por casos notificados de violência sexual, as agressões por parceiro íntimo não apareçam ou raramente apareçam nos registros de saúde. De fato, algumas publicações relatam que, mesmo em sociedades em que as mulheres se sentem mais empoderadas em relação aos seus direitos, as mulheres que foram agredidas são mais propensas a denunciar agressões perpetradas por outras pessoas do que quando a violência é cometida por seu próprio parceiro. [3,16]

Além disso, os resultados do presente estudo diferem dos de outras publicações no que diz respeito aos padrastos e pais como autores de crimes sexuais contra crianças e adolescentes. No presente estudo, pais e padrastos constituíram cerca de 11% de todos os infratores, enquanto em outro estudo realizado no Brasil esse percentual foi muito maior (27,5%). [17] No entanto, este estudo baseou-se em casos tratados numa unidade de medicina legal.

Mais uma vez, fica evidente que o fato de a presente amostra ser composta por casos notificados explica por que os estranhos são os principais agressores das mulheres maiores de 15 anos, diferentemente dos relatos de outros estudos em que os agressores são em geral conhecidos das vítimas. [1,3,7] Outro estudo realizado no Brasil, também baseado em casos notificados, encontrou uma proporção ainda maior de agressões de estranhos contra meninas na faixa etária de 10 a 14

anos (32,9% contra os 10,6% encontrados no presente estudo) e uma proporção semelhante contra aquelas na faixa etária de 15 a 19 anos (33,1% contra 32,9% na presente amostra).

Uma limitação importante deste estudo é que ele se baseia em casos de violência sexual notificados às autoridades de saúde pública e, como discutido acima, a proporção de casos notificados de violência sexual é relativamente pequena e seletiva, sendo as agressões perpetradas por parentes próximos muito menos propensas a serem relatadas do que quando um estranho comete a agressão. Se houver mais financiamento disponível, novos estudos devem ser realizados em uma amostra representativa da população, a fim de fornecer um quadro mais realista da situação da violência sexual no Brasil. Independentemente dessa limitação, no entanto, os resultados mostram que crianças e adolescentes na capital brasileira são muitas vezes vítimas de violência sexual cometida por seus próprios irmãos, pais ou padrastos, e isso tem sérias implicações em sua saúde mental e física. 2,6,17,18

Os resultados deste estudo confirmam que a faixa etária das mulheres com maior probabilidade de sofrer violência sexual é constituída por crianças e adolescentes, ou seja, menores de 15 anos e de 15 a 19 anos, particularmente o primeiro grupo, conforme já relatado na literatura. 3,5,10,11 A violência sexual contra crianças é um problema notavelmente semelhante em diferentes regiões do mundo [7,18], [19], [20], [21], [22] e que parece ser mais comum em grupos socioeconomicamente menos privilegiados. [17,22]

Esses resultados destacam a importância da questão da violência contra crianças e adolescentes, cujas consequências exercem o maior impacto emocional de todas as diferentes formas de violência de gênero. [23,24] Esses achados também confirmam que a faixa etária mais afetada por esse tipo de violência de gênero é composta por meninas de 10 a 14 anos, para as quais o impacto em sua saúde física e psicológica é maior, afetando-as pelo resto da vida. [25] Nesse sentido, o impacto emocional da violência sexual é inquestionavelmente mais grave do que suas consequências físicas. [26]

Além disso, é importante ressaltar que uma certa proporção da violência contra crianças ocorre na escola[27]; Portanto, deve-se prestar muita atenção para garantir que tal violência não ocorra ou que seja identificada precocemente para corrigir suas causas e evitar suas consequências. Alguns estudos têm sugerido que a progressão das crianças na escola constitui um fator de proteção indicativo da ausência de violência sexual. [28] Esses achados devem alertar as autoridades de saúde e educação para que adotem medidas de prevenção da violência sexual, restaurando a saúde de crianças e adolescentes e de mulheres adultas. Estratégias devem ser desenvolvidas para prevenir o abuso sexual de crianças e adolescentes e facilitar a reabilitação de crianças vitimadas. De acordo com uma revisão Cochrane, as consequências da violência sexual devem ser determinadas e a implementação de intervenções deve ser facilitada para prevenir e reduzir efetivamente suas consequências em crianças, não apenas em relação às meninas, mas também aos meninos. [28]

Desde 1997, profissionais de diversos departamentos de obstetrícia e ginecologia de todo o Brasil têm implantado iniciativas voltadas para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual. [29] Além disso, o Ministério da Saúde emitiu diretrizes, atualizadas mais recentemente em 2012, sobre o atendimento às mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual, incluindo indicações e procedimentos para a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. [30] No entanto, esse cuidado pós-violência, embora importante e necessário, é insuficiente, pois não previne a violência. A esperança dos autores é que a publicação desses dados se some às informações já disponíveis e incentive as autoridades de saúde a desenvolver

programas especificamente voltados para a prevenção da ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Na amostra deste estudo, as crianças menores de 15 anos do sexo feminino foram o grupo mais afetado pela violência sexual, sendo os agressores constituídos maioritariamente pelos amigos da vítima, enquanto os irmãos ocuparam o segundo lugar. Estratégias devem ser desenvolvidas para prevenir o abuso sexual de crianças e adolescentes e facilitar a reabilitação de crianças vitimizadas. São necessários mais estudos sobre o perfil socioeconômico dessas crianças e a distribuição dos casos em função das regiões do país. Além disso, a violência sexual contra crianças do sexo masculino também deve ser investigada.

Este outro artigo, de minha autoria junto com Karla Simônia de Pádua, Aníbal Faúndes e Rui Nunes, também traz contribuições valiosas ao debate (COSTA et al., 2024).

Pronto Atendimento a Crianças e Adolescentes após Violência Sexual, em Brasília

REVISTA ABERTA DE EPIDEMIOLOGIA VOLUME 14 Nº 2 maio/ 2024

Objetivo: A violência sexual afeta mulheres de todas as idades, mas, mais comumente, crianças e adolescentes. O objetivo deste estudo foi identificar o grau de atendimento nos hospitais responsáveis pelo atendimento emergencial de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual e verificar se há diferença na oferta desses serviços em função da idade da vítima. **Método:** Estudo transversal que investigou diferenças no atendimento de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência sexual em uma capital, comparando o tratamento dispensado a meninas menores de 15 anos com o de adolescentes de 15 a 19 anos. Os dados foram extraídos do banco de dados da Secretaria de Estado de Saúde entre 01/01/2012 e 31/12/2016. **Resultados:** Crianças menores de 15 anos tiveram muito menos chances de receber profilaxia contra HIV, infecções sexualmente transmissíveis e hepatite B, com o número de adolescentes tratadas adequadamente correspondendo a entre duas e quase três vezes o número de crianças tratadas profilaticamente. Apenas 10% das meninas com menos de 15 anos receberam contracepção de emergência. **Conclusão:** A falta de atendimento padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde evidencia a necessidade de debates urgentes tanto localmente quanto provavelmente em todo o país, pois a situação pode ser semelhante em outras regiões do país.

Keywords: Agressores, Crianças, Violência Sexual, Adolescentes.

1. Introdução

A violência de gênero é generalizada em todas as regiões do mundo e tem sido documentada ao longo da história. O tipo de violência de gênero que afeta mais profundamente as mulheres é a violência sexual. [1] [2] [3] [4] A violência sexual afeta mulheres de todas as idades; no entanto, é muito mais comum entre as meninas mais jovens. De acordo com uma publicação brasileira, 40% das mulheres vítimas de violência sexual têm menos de quinze anos de idade. [5]

Estudos publicados já no início do século 21St O século já alertou para as consequências da violência sexual e destacou a inadequação da formação dada aos profissionais que prestam o atendimento requerido por essas mulheres. Essa falha em fornecer treinamento foi em grande

parte atribuída à "invisibilidade" do problema. [6] [7] [8] O documento "*Diretrizes Técnicas para a Prevenção e Tratamento de Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*" publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil elenca cada item necessário para o atendimento de mulheres e meninas em situação de violência. [9] De acordo com essas recomendações, o atendimento prestado às mulheres que sofrem violência sexual deve seguir um protocolo sistemático de ações que inclua: entrevista, relato da ocorrência, exames clínicos e ginecológicos, exames complementares e acompanhamento psicológico, sendo as intervenções de emergência e a internação consideradas condições excepcionais. [9] O tratamento profilático para infecções e a contracepção de emergência para prevenir a gravidez devem ser administrados o mais rápido possível após a ocorrência da agressão sexual.

O objetivo geral do presente estudo foi identificar em que medida esses serviços estão sendo prestados nos hospitais responsáveis pelo atendimento emergencial de mulheres que sofreram violência sexual. A questão específica aqui é se há alguma diferença na prestação de tais serviços em função da idade das mulheres ou meninas que sofrem violência sexual.

2. Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com o objetivo de avaliar diferenças no atendimento recebido por crianças e adolescentes do sexo feminino que sofrem violência sexual de acordo com a idade, comparando meninas menores de 15 anos com adolescentes de 15 a 19 anos. Os dados do estudo foram extraídos das fichas de notificação compulsória preenchidas em todos os hospitais públicos da rede da Secretaria Estadual de Saúde durante o atendimento a meninas e adolescentes que sofreram violência sexual nessa capital. O estudo incluiu todas as crianças e adolescentes do sexo feminino que procuraram atendimento em um desses hospitais após agressão sexual entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016.

Os cuidados recomendados nas diretrizes do Ministério da Saúde incluem tratamento profilático contra infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatite B, além de contracepção de emergência. Os serviços prestados devem ser registados no formulário de notificação obrigatória.

Foram analisadas as seguintes hipóteses: *(a)* Crianças menores de 15 anos tinham menor probabilidade de receber contracepção de emergência? *(b)* Os adolescentes de 15 a 19 anos de idade eram mais propensos a receber contracepção? *(c)* Os adolescentes de 15 a 19 anos de idade tinham maior probabilidade de receber profilaxia contra IST? *(d)* As crianças com menos de 15 anos tinham menos probabilidade de receber profilaxia contra o HIV? *(e)* As crianças com menos de 15 anos de idade tinham menos probabilidade de receber profilaxia contra a hepatite B?

Apenas vítimas de agressão sexual do sexo feminino foram incluídas neste estudo. Eles foram classificados em dois grupos diferentes de acordo com a idade: < 15 anos, 15 - 19 anos. A análise estatística foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, do teste de homogeneidade, do teste de independência e do teste exato de Fisher. Os dados utilizados no estudo estão disponíveis gratuitamente em domínio público e podem ser encontrados no site da vigilância em saúde pública, onde todas as notificações compulsórias são registradas. Para todos os testes, a significância foi estabelecida em $p < 0,05$.

Os dados utilizados no estudo estão disponíveis gratuitamente em domínio público e podem ser encontrados no site da vigilância em saúde pública, onde todas as notificações compulsórias

são registradas. Como não foi possível identificar as mulheres incluídas neste estudo, o comitê de ética em pesquisa dispensou a exigência de aprovação ética.

3. Resultados

Essa amostra foi composta por 2.576 mulheres vítimas de violência sexual: 2.041 crianças menores de 15 anos e 535 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. Meninas com menos de quinze anos de idade apresentaram muito menos probabilidade de receber tratamento profilático contra HIV, DSTs ou hepatite B em comparação com adolescentes de 15 a 19 anos (Tabelas 1 a 3), com a porcentagem de meninas com menos de 15 anos de idade que receberam tratamento profilático sendo de cerca de um terço a um quarto da porcentagem de adolescentes tratados profilaticamente. Entre 75% e 81% das crianças menores de 15 anos não receberam tratamento profilático para HIV, DSTs ou hepatite B, em comparação com 36 a 47% dos adolescentes de 15 a 19 anos. Apenas 10% do grupo de meninas mais jovens recebeu contracepção de emergência, sendo que as adolescentes têm 3,8 vezes mais chances de receber contracepção de emergência em comparação com a faixa etária mais jovem (Tabela 4).

O pior atendimento prestado às meninas com menos de 15 anos também se reflete em uma maior falha em registrar os dados adequadamente. Em muitos desses casos, ainda não se sabe se o tratamento foi realizado ou não devido à falta de dados ou fichas de notificação incompletas.

Idade (em anos)	Desconhecido (Dados em falta)		Tratamento profilático para HIV				Total	
			Desde que		Não fornecido			
	n	%	n	%	n	%		Valor de p
< 15	649	31.8	315	15.4	1,077	52.8	2,041	<000,1
15 - 19	88	16.4	279	52.1	168	31.4	535	
Total	737	28.6	594	23.0	1.245	48.3	2.576	

Tabela 1. Oferta de tratamento profilático contra o HIV às mulheres que relataram violência sexual na capital brasileira (Brasília) entre 2012 e 2016, segundo a idade.
HIV: Vírus da imunodeficiência humana; Fonte: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Idade (em anos)	Desconhecido (Dados em falta)		Tratamento profilático para DSTs				Total	
			Desde que		Não fornecido			
	n	%	n	%	n	%		Valor de p
< 15	650	31.8	338	16.6	1,053	51.6	2,041	<0,0001
15 - 19	88	16.5	286	53.5	161	30.0	535	
Total	738	28.6	624	24.2	1,214	47.1	2,576	

Tabela 2. Oferta de tratamento profilático para IST às mulheres que relataram violência sexual na capital brasileira (Brasília) entre 2012 e 2016, segundo idade.

DSTs: Infecções sexualmente transmissíveis.; Fonte: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Idade (em anos)	Desconhecido (Dados em falta)		Tratamento profilático para hepatite B				Total	
			Desde que		Não fornecido			
	n	%	n	%	n	%		Valor de p
< 15	665	32.6	255	12.5	1,121	54.9	2,041	<0,001
15 - 19	100	18.7	234	43.7	201	37.6	535	
Total Hepatite B	765	29.7	489	18.9	1,322	51.3	2,576	

Tabela 3. Oferta de tratamento profilático para hepatite B a mulheres que relataram violência sexual na capital brasileira (Brasília) entre 2012 e 2016, segundo idade.
Fonte: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Idade (em anos)	Desconhecido (Dados em falta)		Contracepção de emergência				Total
			Desde que		Não fornecido		
	n	%	n	%	n	%	
< 15	716	35.0	205	10.4	1,120	54.9	2,041
15 - 19	107	20.0	208	39.0	220	41.1	535
Total	823	31.9	413	16.0	1,340	52.0	2,576

Tabela 4. Fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital brasileira (Brasília) entre 2012 e 2016, segundo idade.
Fornecimento de contracepção de emergência; Fonte: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

4. Discussão

A proporção de meninas com menos de 15 anos de idade que receberam contracepção de emergência foi consideravelmente menor do que a porcentagem de mulheres mais velhas que receberam esses cuidados, com o número de meninas mais jovens representando apenas cerca de um terço a um quarto da porcentagem de mulheres mais velhas que receberam contracepção de emergência. No caso da contracepção de emergência, a proporção de mulheres ≥ 30 anos que receberam esses cuidados foi cerca de dez pontos percentuais menor do que a das mulheres de 15 a 29 anos. A porcentagem de mulheres para as quais essa informação estava ausente foi cerca de 15 pontos percentuais maior na faixa etária de menos de 15 anos em comparação com os grupos de mulheres mais velhas.

A violência sexual contra as mulheres não é nova e pode ter existido em todas ou quase todas as civilizações ao longo da história. No caso do Brasil, foi reconhecido pela primeira vez no Código Penal de 1940, que citou a gravidez após estupro como uma das situações em que o aborto era legalmente permitido. Foi somente no final da década de 1990, após reuniões anuais de abrangência nacional de professores de ginecologia e obstetrícia, juntamente com professores de Medicina Legal e Ética, representantes do Ministério da Saúde e da Federação

Brasileira das Associações de Obstetrícia e Ginecologia, cientistas sociais e grupos de mulheres, que a relevância e a frequência da questão da violência sexual se tornaram visíveis e amplamente discutidas. [10] [11] [12] [13]

O Ministério da Saúde do Brasil levou em consideração as recomendações propostas durante essas discussões ao estabelecer diretrizes para o atendimento de mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual. Isso inclui não apenas a interrupção legal da gravidez, mas também os cuidados que devem ser prestados em todos os serviços de atendimento de emergência imediatamente após a agressão sexual. Essas diretrizes incluem o fornecimento de tratamento profilático para HIV, DSTs e hepatite B, bem como contracepção de emergência para prevenir uma gravidez indesejada que quase certamente resultaria em um aborto induzido. [14] [15] [16] [17]

Essas ações levaram a um aumento no número de casos de violência sexual notificados no Serviço Nacional de Saúde, proporcionando uma melhor ideia da dimensão do problema, das características das vítimas e do ambiente em que a violência ocorre.

Os resultados mostram claramente que as meninas menores de 15 anos são discriminadas na medida em que, em comparação com as mulheres mais velhas, não recebem a assistência estabelecida como padrão pelo Ministério da Saúde. Além disso, a informação sobre se tais serviços foram ou não prestados está ausente em uma porcentagem muito maior de casos nessa faixa etária mais jovem. É difícil entender por que existe tanta discriminação em relação às mulheres mais jovens. Pode ser que os serviços de saúde de emergência sejam destinados a uma população adulta, com os provedores possivelmente se sentindo despreparados para cuidar de crianças e talvez encaminhá-las para uma clínica pediátrica. No entanto, infelizmente, não há informações disponíveis a esse respeito. No entanto, como o tempo entre a agressão e a oferta de tratamento profilático deve ser necessariamente curto, não há justificativa válida para deixar de prestar atendimento de emergência às meninas nessa faixa etária.

O presente estudo foi realizado com dados da Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que foram utilizados para analisar a associação entre a idade da vítima de agressão sexual e o atendimento prestado a ela pelos serviços de saúde da capital do Brasil, Brasília. A quantidade considerável de dados em falta resultante do preenchimento inadequado dos formulários de notificação constitui a principal limitação desta investigação.

5. Conclusões

A constatação de que meninas menores de 15 anos não estão recebendo os cuidados estabelecidos pelo Ministério da Saúde evidencia a necessidade de um debate urgente sobre o tema com todos os prestadores de atendimento de emergência em Brasília e, provavelmente, em todo o país, pois não há motivos para acreditar que a situação seja diferente em outras regiões do país.

Este outro artigo, de minha autoria junto com Karla Simônia de Pádua, Aníbal Faúndes e Rui Nunes, também traz contribuições valiosas ao debate (COSTA et al., 2024).

Diferenças no atendimento de emergência para mulheres vítimas de violência sexual, de acordo com a cor da pele: um estudo transversal retrospectivo.

Carta de aceitação Segue a carta de aceitação da Acta Bioethica do artigo e informação que será publicado no Volume 33, número 1 de 2027.

Resumo

Contexto: O atendimento de emergência para vítimas de agressão sexual deve seguir as diretrizes de tratamento. Este estudo avaliou a qualidade do atendimento prestado a mulheres vítimas de agressão sexual atendidas em hospitais públicos do Distrito Federal de Brasília, Brasil, de acordo com a cor da pele autodeclarada pela vítima.

Métodos: Neste estudo transversal retrospectivo, os dados foram obtidos do banco de dados do Instituto Nacional de Vigilância Sanitária (INV). O estudo incluiu 2.256 mulheres de 1 a 79 anos de idade que receberam atendimento entre 2012 e 2016 após agressão sexual. O tratamento deve consistir em: profilaxia para HIV, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite B e contracepção de emergência.

Resultados: No geral, 50,4% das mulheres da amostra se autodeclararam pardas ou de pele morena, 37,4% brancas e 12,2% negras. A porcentagem de mulheres brancas que receberam qualquer um dos quatro componentes do atendimento de emergência após violência sexual foi sempre maior do que a porcentagem de mulheres de pele parda ou negra que receberam o mesmo componente. As diferenças entre mulheres brancas e mulheres de pele parda ou negra foram sempre muito maiores do que as diferenças entre mulheres de pele parda e negras.

Conclusões: A qualidade do atendimento de emergência prestado após agressão sexual foi pior no caso de mulheres negras ou de pele parda em comparação com mulheres brancas.

Palavras-chave: violência sexual; vítimas; atendimento de emergência; cor da pele; discriminação; racismo.

Introdução

A violência sexual está presente em todas as sociedades[1], apesar de permanecer amplamente oculta devido à relutância das vítimas em denunciar o agressor, seja por medo de maiores consequências ou por se tratar de um membro da família que elas não desejam ver punido e preso.[2] Além disso, as vítimas de agressão raramente sabem a quem recorrer em busca de ajuda após o ocorrido.[3]

Estudos realizados nos Estados Unidos não encontraram diferença nas taxas de violência doméstica em função da raça;[4] contudo, até onde sabemos, nenhum estudo foi conduzido sobre o atendimento recebido por mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual de acordo com a cor da pele.
No Brasil, mulheres e meninas vítimas de violência sexual são incentivadas a denunciar o ocorrido, e os registros dessas denúncias estão disponíveis para cada município. O presente

estudo avaliou as denúncias registradas na cidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016. O objetivo principal foi avaliar o atendimento prestado a mulheres vítimas de agressão sexual atendidas em hospitais públicos locais, de acordo com a cor da pele autodeclarada pela vítima.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, baseado em dados secundários obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram extraídos dos registros de denúncia obrigatória que são mantidos em todos os serviços de saúde no Brasil.5 Foram analisados os dados referentes ao atendimento prestado a todas as mulheres que sofreram violência sexual e, consequentemente, receberam atendimento em um hospital público da rede do Departamento Estadual de Saúde no Distrito Federal de Brasília. O estudo incluiu 2.256 mulheres de 1 a 79 anos de idade que receberam atendimento em um desses hospitais entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016, após terem sofrido agressão sexual.

Os dados utilizados neste estudo são de domínio público e podem ser consultados no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), onde são registradas todas as notificações obrigatórias.[6] Apenas mulheres vítimas de violência sexual foram incluídas no presente estudo. Os quatro tipos de tratamento recomendados nas diretrizes do Ministério da Saúde para mulheres que sofreram violência sexual foram levados em consideração. Estes incluem tratamento profilático contra infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contra hepatite B, bem como a administração de contracepção de emergência.
A descrição da metodologia precisa ser mais precisa.

Variáveis analisadas:
Variável independente: Cor da pele/etnia autodeclarada pela vítima (classificada como branca, parda ou negra).

Variáveis dependentes: Recebimento dos quatro componentes do tratamento recomendados pelo Ministério da Saúde: profilaxia para HIV, profilaxia para ISTs, profilaxia para hepatite B e fornecimento de contracepção de emergência.

Limitações metodológicas: Os autores reconhecem que a natureza retrospectiva e a existência de dados faltantes nos formulários de notificação da Secretaria de Saúde da Cidade do México podem ter limitado, em certa medida, a análise das associações.

Análise estatística
A variável independente foi a etnia/cor da pele da mulher. O teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher7 foram utilizados para verificar a associação bivariada entre as variáveis, com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas utilizando o software gratuito OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, versão 3.01.

Ética
De acordo com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, parágrafo 1º, não é exigido que o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) ou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Brasil avaliem pesquisas realizadas com dados de domínio público.

Assim, como é impossível identificar os participantes incluídos neste estudo, o comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) dispensou a necessidade de aprovação ética.

Resultados

Cerca de metade das mulheres da amostra (50,4%) se autodeclararam mestiças ou de pele morena, enquanto 37,4% se autodeclararam brancas e menos de uma em cada oito (12,2%) negras. A porcentagem de mulheres brancas que receberam algum dos quatro componentes do atendimento de emergência após violência sexual foi sempre maior do que a porcentagem de mulheres de pele morena ou negra que receberam o mesmo componente do atendimento de emergência após violência sexual.

A diferença foi maior (10 pontos percentuais) entre mulheres brancas e negras em relação à profilaxia contra ISTs, com uma diferença de 9 pontos percentuais para profilaxia contra HIV, 8 pontos percentuais para profilaxia contra hepatite B e 6 pontos percentuais para contracepção de emergência (Tabela 1).

Table 1. Atendimento de emergência prestado após violência sexual de acordo com a cor da pele da vítima.

	Branca	Parda	Preta	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Profilaxia contra IST	386 (45.8)	441 (38.8)	98 (35.5)	<0.001
Profilaxia contra HIV	371 (44.1)	419 (36.8)	97 (35.1)	<0.003
Profilaxia contra hepatite B	301 (35.7)	344 (30.2)	77 (27.9)	<0.01
Contracepção de emergência	256 (30.4)	291 (25.6)	68 (24.6)	<0.05
Total (n = 2,256)	**842 (37.3%)**	**1,138 (50.4%)**	**276 (12.2%)**	

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

As diferenças entre mulheres brancas e de pele morena ou negra foram sempre muito maiores do que as diferenças entre mulheres de pele morena e negras.

Discussão

Principal conclusão deste estudo

A distribuição das mulheres na presente amostra, de acordo com a cor da pele autodeclarada, não difere muito da distribuição encontrada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019, que mostrou que 42,7% dos indivíduos se classificaram como brancos, 46,8% como pardos e 9,4% como negros[8]. A porcentagem de mulheres que se classificaram

como brancas na presente amostra foi cinco pontos percentuais menor do que naquela pesquisa, enquanto a porcentagem das que se consideraram pardas ou negras foi ligeiramente maior do que as taxas relatadas na PNAD de 2019[8].Essa diferença pode indicar que mulheres brancas correm menor risco de sofrer violência sexual do que mulheres com pele mais escura. O que já se sabe sobre este tema.A discriminação racial ou por cor de pele é generalizada no Brasil[9] e estes resultados podem simplesmente refletir essa situação.

Essa desigualdade constitui uma grave violação dos princípios éticos da assistência à saúde[10], ainda mais no caso de mulheres ou adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade, como após agressão sexual. Além disso, mulheres negras e pardas podem ser mais relutantes do que mulheres brancas em buscar atendimento após violência sexual, por medo do estigma frequentemente associado às vítimas de agressão sexual.[11].

Conclusões

Independentemente dos motivos pelos quais o atendimento de emergência prestado a mulheres e adolescentes não brancas foi de qualidade inferior em comparação ao prestado a mulheres e adolescentes brancas na mesma situação, todos os serviços de saúde que prestam atendimento de emergência a sobreviventes de violência sexual devem garantir que todas as mulheres que solicitam atendimento sejam tratadas com empatia e nunca sejam revitimizadas. Além disso, jamais se deve sugerir que a culpa seja da vítima por se expor à situação que levou à violência. Os dados incluídos neste artigo têm como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento de emergência prestado a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual.

Declarações

Aprovação ética e consentimento para participar.

O comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, DF, dispensou a exigência de aprovação ética devido à impossibilidade de identificação dos participantes incluídos neste estudo.

Consentimento para publicação.

Não aplicável.

Disponibilidade de dados e materiais

Os conjuntos de dados analisados durante o presente estudo estão disponíveis publicamente no Instituto Nacional de Vigilância Sanitária (INV) do Brasil, no endereço https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de notificacao-de-2007-em-diante-sinan/. Selecione “Violência interpessoal / autoprovocada” e, em seguida, “Distrito Federal”. Na próxima tela, selecione o período e todas as categorias de “violência sexual”.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Nenhum

Contribuições dos autores

Evaldo Lima da Costa e Karla Simônia de Pádua analisaram e interpretaram os dados. Aníbal Faúndes e Rui Nunes contribuíram significativamente para a redação do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Não aplicável.

JUSTIFICATIVA

O atendimento prestado às vítimas de violência sexual nos prontos-socorros de hospitais públicos deve ser norteado pelos quatro princípios da bioética: Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça.

AUTONOMIA

As vítimas de violência sexual podem ser atendidas em qualquer pronto-socorro de hospitais públicos do Distrito Federal. No entanto, os formulários de notificação são enviados aos Centros de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAVs) localizados nas Regiões Administrativas (RA) onde residem. Como são atendidas em hospitais públicos pelo setor de ginecologia/obstetrícia, acabam recorrendo a prontos-socorros que não pertencem à RA de sua residência, por medo de encontrar alguém conhecido.

O médico também tem autonomia para prescrever medicamentos e orientar o atendimento, mas é obrigado a preencher o formulário de notificação. O atendente entregará então as receitas para o restante da medicação e separará o formulário de notificação obrigatória para ser encaminhado à NUPAV correspondente à RA de residência da vítima.
As vítimas procuram atendimento de emergência a qualquer hora do dia, temendo uma gravidez indesejada ou contaminação por infecções sexualmente transmissíveis – ou mesmo HIV – e sabem que esses medicamentos estarão disponíveis nos prontos-socorros dos hospitais públicos 24 horas por dia, sete dias por semana, algo que não acontece nos hospitais privados.
Se a contracepção de emergência falhar e resultar em uma gravidez indesejada, decorrente de estupro, existe previsão legal para a interrupção da gravidez. Isso é chamado de aborto legal. No entanto, em Brasília, apenas um hospital realiza esse tipo de interrupção: o Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB).
O HMIB possui uma equipe multidisciplinar preparada para realizar a interrupção dessa gravidez até a vigésima semana, por meio do Programa de Interrupção Legal da Gravidez. É o único no Distrito Federal e região circunvizinha que oferece acesso ao procedimento a meninas e mulheres gratuitamente, de forma confidencial e sem qualquer tipo de barreira.

BENEFÍCIO

Hipócrates já dizia que um médico, ao atender seus pacientes, deve ter dois objetivos: fazer o bem e evitar o mal. É dever do médico sempre trazer alívio e zelar pelo bem-estar psicológico e social de seu paciente, utilizando todo o seu conhecimento para esse fim.
Vítimas de violência sexual têm prioridade na classificação de risco de Manchester em prontos-socorros de hospitais públicos – elas recebem a classificação laranja, que é a segunda na escala de triagem. O objetivo é que elas sejam atendidas rapidamente, recebam orientação e medicação, visto que estão devastadas psicológica e fisicamente e buscam cuidados que lhes tragam tranquilidade em relação a uma gravidez indesejada, ao medo de contrair uma IST ou mesmo de se tornarem HIV positivas.
Em relação à postura do profissional que acolhe vítimas de violência sexual, ele deve ter uma visão empática e compassiva. Coloque-se no lugar da paciente e trate-a como gostaria de ser tratado. Seja sensível. Não demonstre indignação ou revolta. Apenas seja acolhedor e mostre que você entende e acredita no que ela está lhe dizendo. Ajude-a a entender que ela não é culpada pelo que aconteceu e não a julgue; estabeleça uma comunicação ativa. Olhe-a nos olhos e diga que você imagina que ela está sofrendo muito e que fará todo o possível para ajudá-la naquele momento. Faça sugestões específicas, não gerais. Comunique a ela sobre a continuidade da medicação e seus efeitos colaterais, e sobre a importância de aderir ao tratamento e registrar um boletim de ocorrência. Não revitimize a paciente. Evite pedir que ela relate a violência que sofreu. Pergunte apenas o que for realmente necessário para o atendimento. Relações sexuais com menores de 14 anos são crime! Se a violência ocorrer com menores de 14 anos, mulheres idosas ou pessoas com deficiência intelectual grave, ligue para o Serviço Social, que acionará a Rede de Proteção (delegacia de polícia, Conselho Tutelar, associação do idoso). Se não houver Serviço Social de plantão, mantenha o paciente internado para avaliação.

NÃO MALEFICÊNCIA

Em bioética, o princípio da não maleficência é fundamental. Baseia-se na ideia de que nenhum dano deve ser causado ao paciente. Este princípio é frequentemente resumido pela frase latina primum non nocere, que significa "primeiro, não causar dano".

A maleficência relaciona-se à possível falta de respeito por parte do médico ao atender essas vítimas, por acreditarem que elas foram a causa ou instigadoras desses estupros, por usarem roupas provocantes ou sensuais. Ou por acreditarem que, por estarem embriagadas, não deveriam estar no pronto-socorro para receber tratamento.
Este princípio baseia-se na justiça distributiva dos recursos estatais para saúde, pesquisa e prevenção, alcançando todos os indivíduos de maneira equitativa e adequada, considerando os ônus e os benefícios para a sociedade.

JUSTIÇA

Justiça para que essas vítimas recebam atendimento acolhedor e ético e se sintam amparadas após violações sexuais, psicológicas e físicas.

A perpetuação do ciclo de violência é um problema grave e multifacetado. Quando a violência sexual não é denunciada e as vítimas não recebem atendimento adequado, diversas

consequências negativas podem ocorrer: vítimas que não recebem apoio adequado podem ficar mais vulneráveis a novos abusos, seja pelo mesmo agressor ou por outros; a falta de intervenção pode agravar o trauma psicológico, levando a problemas de saúde mental a longo prazo, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); sem uma resposta adequada das autoridades e dos serviços de saúde, a violência pode ser vista como "normal" ou inevitável, perpetuando comportamentos abusivos; a omissão da denúncia impede que os agressores sejam responsabilizados por seus atos, o que pode encorajá-los a continuar cometendo abusos; e a inação pode minar a confiança das vítimas e da comunidade nos sistemas de saúde e justiça, desencorajando futuras denúncias e a busca por ajuda.
O cuidado com os documentos não se limita a procedimentos técnicos de organização e preservação; envolve também obrigações éticas e profissionais que sustentam a credibilidade das práticas institucionais. Entre os deveres fundamentais, destacam-se a confidencialidade, que garante a proteção de informações sensíveis; a responsabilidade, que exige precisão e transparência na gestão documental; e a integridade, que implica respeito pela veracidade e autenticidade dos registros.
Considerações Éticas, Deveres Profissionais e Boas Práticas em Saúde
Os resultados deste estudo evidenciam não apenas uma desigualdade no acesso aos componentes do atendimento de emergência para vítimas de violência sexual, mas também levantam questões éticas relevantes relacionadas aos deveres profissionais e às boas práticas em saúde. Do ponto de vista bioético, o atendimento prestado a mulheres em situações de violência sexual deve ser fundamentado nos princípios da justiça, não maleficência, beneficência e respeito à dignidade humana, independentemente da cor da pele, origem social ou qualquer outra característica pessoal.

A legislação brasileira e as diretrizes do Ministério da Saúde estabelecem claramente a obrigação de oferecer as medidas profiláticas plenas e equitativas recomendadas após a violência sexual, bem como o registro adequado dessas ações nos sistemas de informação em saúde. A omissão ou o registro incompleto dessas medidas de cuidado constitui não apenas uma falha na assistência à saúde, mas também uma violação dos deveres éticos profissionais, podendo contribuir para a perpetuação das desigualdades estruturais existentes.
A preservação adequada de documentos e o preenchimento completo dos formulários de notificação são parte essencial das boas práticas clínicas e administrativas. Registros incompletos ou inconsistentes comprometem a continuidade do cuidado, dificultam a vigilância epidemiológica e limitam a formulação de políticas públicas eficazes. Além disso, a qualidade da documentação de saúde tem uma dimensão ética, pois reflete o reconhecimento da relevância do sofrimento da vítima e o compromisso institucional com sua proteção.
Quando analisados em um contexto mais amplo, os resultados observados neste estudo são consistentes com evidências internacionais que demonstram a influência de fatores sociais, culturais e institucionais — incluindo o racismo estrutural — no comportamento de ajuda e na tomada de decisões clínicas. Os profissionais de saúde atuam dentro de sistemas socialmente condicionados, mas isso não os isenta da responsabilidade ética individual e coletiva de fornecer cuidados humanizados, baseados em evidências e livres de discriminação.
Assim, torna-se essencial investir não apenas em formação técnica, mas também em formação ética contínua, com ênfase no reconhecimento de preconceitos implícitos, equidade racial e responsabilidade profissional. Promover condições institucionais adequadas — como protocolos claros, supervisão eficaz e valorização da qualidade dos registros — é fundamental para garantir que o atendimento às vítimas de violência sexual seja verdadeiramente justo, ético e centrado na pessoa.

Referências

1. Hellmann DF, Kinninger MW, Kliem S. Violência sexual contra mulheres na Alemanha: prevalência e marcadores de risco. Int J Environ Res Public Health 2018;15(8):1613.

2. Weiss HB, Ismailov RM, Lawrence BA, Miller TR. Codificação incompleta e tendenciosa do agressor em casos de agressão que resultaram em hospitalização de mulheres nos Estados Unidos. Inj Prev 2004;10(2):119-21.

3. Geldolf M, Tijtgat J, Dewulf L, et al. Violência sexual em estudantes de medicina e médicos residentes na Flandres, Bélgica: um estudo populacional. BMC Med Educ 2021;21(1):130.

4. Wenker K, Gorchynski J. Violência por parceiro íntimo entre mulheres atendidas em um pronto-socorro universitário. Cal J Emerg Med 2004;5(2):34-9.
5. Brasil. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra uma mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acessado em 16 de dezembro de 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. [Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.]
http://portalsinan.saude.gov.br/. Acessado em 20 de dezembro de 2021.
7. Rosner B. Fundamentos de bioestatística. 5ª edição. Pacific Grove, Califórnia Duxbury; 2000.
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2012/2019. [IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Renda, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2012/2019.]
9. Marteleto LJ, Dondero M. Desigualdade racial na educação no Brasil: uma abordagem de efeitos fixos de gêmeos. Demografia 2016;53(4):1185-205.
10. Elias A, Paradies Y. Os custos do racismo institucional e suas implicações éticas para os cuidados de saúde. J Bioeth Inq 2021;18(1):45-58.
11. Delker BC, Salton R, McLean KC, Syed M. Quem tem que contar sua história de trauma e quão difícil será? Influência do estigma cultural e da redenção narrativa nas histórias de violência sexual. PLoS One 2020;15(6):e0234201.
12. 12. KOGAN, S. M. Divulgando experiências sexuais indesejadas: resultados de uma amostra nacional de mulheres adolescentes. Abuso Infantil Negl., 28 (2), 147-65, fev. 2004.
13. 13 Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3.ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

10 FUNDAMENTAÇÃO DAS DISCUSSÕES DOS ARTIGOS NA BIOÉTICA

O artigo *The association between victim-offender relationship and the age of children and adolescents who suffer sexual violence: a cross-sectional study*, que se encontra no Apêndice I, **e** publicado no Jornal de Pediatria (COSTA; FAÚNDES; NUNES, 2022), foi um estudo observacional, transversal e retrospectivo que utilizou dados da Secretaria de Vigilância em Saúde Pública do Ministério da Saúde, em Brasília, referentes à notificação do crime de estupro informado por vítimas do sexo feminino no Distrito Federal entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018.

A violência sexual deve ser abordada com extrema seriedade e responsabilidade, reconhecendo a complexidade e a vulnerabilidade envolvidas dos fundamentos da bioética:

a) Autonomia e consentimento informado;
b) Confidencialidade e privacidade;
c) Não maleficência e beneficência; e
d) Justiça e equidade.

Quanto à autonomia e ao consentimento informado, a bioética enfatiza a importância da autonomia da vítima, garantindo que qualquer intervenção médica ou psicológica seja realizada apenas com o consentimento informado da pessoa. Isso significa que a vítima deve receber todas as informações necessárias sobre os procedimentos, suas opções e possíveis consequências de maneira clara e compreensível (BARRETO et al., 2016).

As vítimas, quando procuram as emergências dos hospitais públicos, estão exercendo sua autonomia e seu consentimento informado no momento do atendimento e na utilização das medicações prescritas com a implantação, pelo Ministério da Saúde, em 2012, das normas de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Em Brasília, a Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012, instituiu o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) no organograma da Regional de Saúde, inserida nas Regiões Administrativas do Distrito Federal. Dessa forma, proporciona beneficência a essas vítimas, garantindo que, após o tratamento emergencial, sejam acompanhadas por equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente sociais (BRASIL, 2012a; DISTRITO FEDERAL, 2012).

Quanto à confidencialidade e à privacidade, é crucial que as informações pessoais e os detalhes do caso sejam mantidos em sigilo, e a vítima deve ter controle sobre quem tem acesso a essas informações (BARRETO et al., 2016). As vítimas de violência sexual, ao chegarem para atendimento nas emergências dos hospitais públicos, são classificadas como laranja, conforme a classificação de risco de Manchester, nível de prioridade que perde apenas para o vermelho. Sendo assim, elas têm confidencialidade e privacidade em seus atendimentos, que será feito por médico e auxiliar de enfermagem, responsável pela aplicação das medicações prescritas pelo médico – e é o médico quem orienta as vítimas sobre seu retorno aos NUPAVs (BRASIL, 2012a; DISTRITO FEDERAL, 2012).

Quanto à não maleficência e à beneficência, vale lembrar que esses princípios (não causar dano e fazer o bem) são fundamentais. Os profissionais de saúde devem sempre agir tendo como meta o melhor interesse da vítima, evitando qualquer ação que possa causar mais trauma ou sofrimento (BARRETO et al., 2016).

Quanto à justiça e à equidade, a bioética também destaca a necessidade desses dois princípios no atendimento às vítimas de violência sexual. Isso inclui garantir que todas as vítimas tenham acesso igualitário a cuidados de qualidade, independentemente de sua situação socioeconômica, raça, gênero ou qualquer outra característica. Este princípio implica, também, equidade a outro tipo de serviços, como um acesso diligente e atempado aos serviços de ação social e ao sistema judiciário.

Esses princípios ajudam a garantir que o atendimento às vítimas de violência sexual seja realizado de maneira ética, respeitosa e centrada na pessoa.

É por isso que a bioética desempenha um papel crucial no atendimento a vítimas de violência sexual, pois aborda questões éticas e morais que surgem durante o cuidado e suporte a essas pessoas. Aqui estão alguns pontos importantes: acesso universal aos serviços de saúde, atendimento humanizado e responsabilidade do Estado.

A bioética enfatiza a necessidade de garantir que todas as vítimas de violência sexual tenham acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Isso inclui atendimento médico psicológico e social (BARRETO et al., 2016). Além disso, os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer um atendimento humanizado e sensível, respeitando a dignidade e os direitos das vítimas. A bioética do risco e da proteção destaca a importância de um cuidado que minimize o sofrimento e promova a recuperação (Ibid.).

O atendimento humanizado às vítimas de violência sexual é essencial para garantir que elas recebam o suporte necessário de maneira digna e respeitosa. No Brasil, várias diretrizes e

programas foram implementados para melhorar esse atendimento. Entre as diretrizes do programa de atendimento humanizado às vítimas de violência sexual estão o Decreto nº 7.958/2013; o Programa Mulher: Viver sem Violência; e a Casa da Mulher Brasileira.

O Decreto nº 7.958, de 2013, estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. As diretrizes incluem atendimento respeitoso, sigiloso e profissionais adequados (DISTRITO FEDERAL, 2012).

O Programa Mulher: Viver sem Violência visa organizar e humanizar o atendimento às vítimas de violência sexual na rede de saúde e segurança pública.

A Casa da Mulher Brasileira faz parte do programa supracitado. Essas casas oferecem espaço para atendimento às mulheres em situações de violência, proporcionando apoio jurídico, psicológico e social.

Todas essas iniciativas buscam garantir que as vítimas de violência sexual recebam um atendimento que respeite sua dignidade, privacidade e que ofereça o suporte necessário para sua recuperação física e emocional.

O acesso universal aos serviços de saúde para as vítimas de violência sexual é um direito fundamental e uma prioridade nas políticas de saúde pública no Brasil. Esse acesso visa garantir que todas as vítimas, independentemente de sua condição socioeconômica, localização geográfica ou qualquer outra característica, possam receber atendimento adequado e humanizado.

Além dos serviços de saúde, é importante a integração com outros setores, como segurança pública e assistência social, para oferecer um suporte completo às vítimas. Aí entra a Casa da Mulher Brasileira, ademais de outros centros de atendimento integrados.

Denunciar casos de violência sexual é crucial para proteger as vítimas e garantir que os agressores sejam responsabilizados. No Brasil, existem vários canais e formas de fazer essas denúncias: Disque 100; Ligue 180; Polícia (190); delegacias especializadas; Conselho Tutelar; aplicativo Proteja Brasil.

Se você ou alguém que você conhece está em uma situação de violência, não hesite em buscar ajuda. Você não está sozinho(a) e há recursos disponíveis para oferecer suporte e proteção.

Vale lembrar que o Estado tem a responsabilidade de implementar políticas públicas que previnam a violência sexual e ofereçam suporte adequado às vítimas. Isso inclui a criação

de redes integradas de atendimento e a capacitação de profissionais de saúde para lidar com essas situações de maneira ética e eficaz (BARRETO et al., 2016).

Por sua vez, o artigo *Emergency Care for Children and Adolescents after Sexual Violence, in Brazil's Capital, Brasilia* (COSTA et al., 2024) , que se encontra no Apêndice II, é um estudo transversal realizado com o objetivo de avaliar as diferenças no atendimento recebido por crianças e adolescentes do sexo feminino que sofreram violência sexual, comparando meninas menores de 15 anos com adolescentes de 15 a 19 anos. Os dados do estudo foram extraídos das fichas de notificação compulsória preenchidas em todos os hospitais públicos da rede da Secretaria Estadual de Saúde durante o atendimento a meninas e adolescentes que sofreram violência sexual na capital brasileira. O estudo incluiu todas as crianças e adolescentes do sexo feminino que procuraram atendimento em um desses hospitais após a agressão sexual entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016.

A profilaxia em infeções sexualmente transmissíveis é uma medida importante para prevenir a disseminação dessas infeções. A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma medida de prevenção de urgências utilizada após situação de risco. Já o atendimento após a violência sexual, é considerado uma urgência. Por isso, é primordial garantir acesso e acolhimento, reconhecendo a especificidade da população-chave e adotando as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

A prevenção das infeções sexualmente transmissíveis enfrenta diversos desafios éticos. Como, por exemplo, estigma e discriminação; educação sexual limitada; barreiras socioestruturais comportamentais; e necessidade de estratégias inovadoras.

Já a contracepção de emergência é uma medida importante após situações de violência sexual. Ela permite evitar uma gravidez indesejada e deve ser utilizada até 120 horas após o ato. Os métodos incluem a pílula do dia seguinte e o atendimento multidisciplinar.

A pílulas contraceptivas de emergência (PCE) são tão mais eficazes quanto mais cedo forem tomadas, mas podem ainda surtir efeito se ingeridas até quatro ou cinco dias (96-120 horas) após a relação sexual em que ocorreu a violência sexual.

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. No entanto, a gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade

dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado a AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, no caso de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, de que tenham tido a primeira menstruação ou de que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A AE hormonal constitui o método de eleição devido a seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas.

O mecanismo de ação da AE, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias. Usada na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração sustentada dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas em direção ao óvulo. A AE não produz efeitos sobre o endométrio, não modifica sua receptividade e não altera as condições para a implantação do blastocisto, caso a fecundação ocorra. Por esses mecanismos, a AE impede somente a fecundação. Não existem indicadores de que a AE exerça efeitos após a fecundação, altere o endométrio, prejudique a implantação ou que resulte na eliminação precoce do embrião. Portanto, acumulam-se evidências científicas suficientes de que não existe efeito abortivo com o uso da AE.

O método de primeira escolha da AE hormonal consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única. A AE deve ser realizada quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. Outro método de AE, conhecido como regime de Yuzpe, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como pílulas

anticoncepcionais. O método de Yuzpe consiste na administração de um estrogênio associado a um progestágeno sintético, administrados até cinco dias após a violência. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, é a que contém dose total de 0,2 mg de etinil-estradiol e de 1 mg de levonorgestrel, dividida em duas doses iguais, em intervalo de 12 horas. Existem no mercado AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se dois comprimidos, via oral, a cada 12 horas, em um total de 4 comprimidos. Nas apresentações comerciais com 0,03 mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, devem ser administrados quatro comprimidos, via oral, a cada 12 horas, em um total de oito comprimidos (Quadro 8).

Comparado ao levonorgestrel, o regime de Yuzpe apresenta maior taxa de falha. A frequência e a intensidade dos efeitos colaterais também são maiores. O método de Yuzpe não deve ser empregado quando se utiliza o ritonavir, presente na profilaxia da infecção pelo HIV, pela significativa redução dos níveis séricos do etinil-estradiol no sistema microssomal hepático. Portanto, o método de Yuzpe constitui segunda escolha, reservado somente para situações excepcionais em que o levonorgestrel se encontre indisponível.

A administração da AE, por muitos anos, foi recomendada dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalo de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas (três dias). As evidências mais recentes apontam que a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão eficaz quanto duas doses de 0,75 mg separadas. No entanto, o uso da AE em dose única oferece evidente vantagem quanto à adesão. Estudos também verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção. Seu emprego, portanto, não deve ser limitado aos três primeiros dias da violência sexual.

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o método de Yuzpe. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC.

Em situações de suspeita não confirmada de gravidez, a AE deve ser obrigatoriamente realizada com o levonorgestrel exclusivo. Não se recomenda que a decisão de uso da AE se condicione a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto intervalo de tempo. Não existem evidências de que mulheres expostas a AE acidentalmente durante o primeiro trimestre de gestação apresentem maior incidência de anomalias fetais. Em caso de falha da AE, não há evidências de risco aumentado de gravidez ectópica ou de anomalias fetais.

Os efeitos secundários mais frequentes da AE são as náuseas, em 40 a 50% dos casos, e o vômito, em 15 a 20%. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Outros efeitos podem ocorrer, embora com menor frequência. Cefaleia, dor mamária e vertigens têm remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. Se o vômito ocorrer nas primeiras uma a duas horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, quando a via oral não pode ser usada.

A eficácia da AE é elevada, com índice de efetividade médio de 75% a 80% e índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Significa dizer que a AE pode evitar, em média, três de cada quatro gestações que ocorreriam após a violência sexual. No entanto, a eficácia da AE pode variar em função do número de horas entre a violência sexual e sua administração. As taxas de falha do método de Yuzpe variam de 2% (0-24 horas) até 4,7% (49-72 horas). As taxas de falha do levonorgestrel variam de 0,4% (0-24 horas) até 2,7% (49-72 horas). Entre o 4° e 5° dia da violência sexual, a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha expressivamente maiores. Portanto, a AE deve ser administrada tão rápido quanto possível dentro dos cinco dias da violência sexual.

A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, devem estar informadas de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual. A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso, e cerca de 60% das mulheres 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.

O atendimento deve ser feito com uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-Fepecs).

A Declaração de Helsinque é um documento fundamental elaborado pela Associação Médica Mundial que estabelece princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos. Foi adotada pela primeira vez em junho de 1964, em Helsinque, Finlândia, e revisada várias vezes desde então (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2013, 2024).

A declaração enfatiza a importância de proteger a saúde, o bem-estar e os direitos dos participantes em pesquisas médicas. Alguns dos princípios incluem:

1. Consentimento informado: os participantes devem ser informados sobre o objetivo, métodos, riscos e benefícios da pesquisa e dar consentimento livre e informado;
2. Beneficência e não maleficência: a pesquisa deve ser conduzida de maneira a maximizar os benefícios e minimizar os riscos para os participantes;
3. Justiça: a seleção dos participantes deve ser justa e equitativa, garantindo que certos grupos não sejam injustamente sobrecarregados ou excluídos;
4. Confidencialidade: a privacidade dos participantes deve ser protegida, e as informações coletadas devem ser tratadas com confidencialidade.

A Declaração foi revisada em várias ocasiões para refletir mudanças nas práticas e normas éticas, incluindo Tóquio (1975), Veneza (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tóquio (2004), Seul (2008) e Fortaleza (2013) (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2024).

12 HIPÓTESE

Com relação à hipótese positiva:

- Conforme a idade e o local da agressão, muitas mulheres falharam em procurar a anticoncepção de emergência, bem como as prevenções de ISTs;
- O atendimento na Região de Saúde Sul de Brasília ocorreu no prazo preconizado pelas normas dos NUPAVs;
- O agressor é parente ou conhecido das vítimas;
- Os lugares das agressões são as próprias residências das vítimas; e
- Os lugares das agressões são próximos aos locais de residência das vítimas.

Com relação à hipótese negativa:

- O instrumento de coleta de dados não atendeu à hipótese que criamos.
- Conforme a idade e o local da agressão, muitas mulheres não falharam em procurar a anticoncepção de emergência, bem como as prevenções de ISTs;
- O atendimento na Região de Saúde Sul de Brasília não ocorreu no prazo preconizado pelas normas dos NUPAVs;
- O agressor não é parente ou conhecido das vítimas;
- Os lugares das agressões não são as próprias residências das vítimas; e
- Os lugares das agressões não são próximos aos locais de residência das vítimas.

13 RISCOS E BENEFÍCIOS

Riscos: Quebra de sigilo e confidencialidade de dados pessoais. Foi minimizado: usou-se computador de uso pessoal; senha pessoal; participantes foram codificados; não foram usados nome, endereço, telefone ou quaisquer documentos que possam identificar a participante; apenas a equipe de pesquisa terá acesso às fichas de notificações compulsórias; os dados coletados serão usados especificamente para esta pesquisa e excluídos após a finalização da pesquisa; não haverá armazenamento em nuvem; PC tem antivírus.

Benefícios: Não haverá benefício individual, porém haverá benefício coletivo, com respeito aos princípios da bioética.

14 DESFECHO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

Primário – A análise epidemiológica no atendimento às vítimas de violência sexual na Região de Saúde Sul da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) foi feita considerando-se a autonomia, a beneficência, a não maleficência e o princípio da autonomia. Os resultados mostrarão a realidade do serviço de forma abrangente.

Secundário – Os resultados informarão os detalhes do perfil da população atendida.

15 RESULTADOS

Na análise da Tabela 1 da tese, sobre o fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade, observamos que, entre as menores de 15 anos, 100% não receberam tratamento profilático para HIV. Já entre as de 15 e 19 anos, tivemos um percentual de 54,6% que fizeram tratamento profilático para HIV. Nas maiores de 30 anos, o percentual subiu para 75%, e as da faixa etária de 20 a 29 anos apresentaram um percentual de 63,6%.

Na Tabela 2, sobre o fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade, verificamos que as menores de 15 anos continuam sem receber tratamento profilático para IST, enquanto na faixa etária de 15 a 19 anos tivemos um percentual de 54,6% que fizeram tratamento profilático para IST. Nas maiores de 30 anos, o percentual das que não fizeram tratamento profilático para IST foi de 25%. Já as da faixa etária de 20 a 29 anos que não fizeram tratamento, o percentual chegou a 36,4%. Esses resultados também estão ilustrados no Gráfico 1, profilaxia em IST no ano 2019.

Na análise da Tabela 3, sobre o fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) no ano de 2019, de acordo com a idade, verificamos que as menores de 15 anos não receberam contracepção de emergência. Porém, entre 20 e 29 anos, 63,6% receberam contracepção de emergência. Entre as maiores de 30 anos o percentual das que não receberam contracepção de emergência foi de 62,5%.

Na Tabela 4, sobre o fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade, verificamos que nenhuma menor de 15 anos recebeu o tratamento profilático para HIV. Entre as de 15 a 19 anos, temos um percentual de 33,4% que usaram tratamento profilático para HIV, enquanto na faixa etária de 20 a 29 anos temos um percentual de 40% que não fizeram uso do tratamento profilático para HIV. Sessenta e seis vírgula seis por cento das maiores de 30 anos fizeram o tratamento profilático para HIV.

Na Tabela 5, sobre o fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade, verificamos que nenhuma menor de 15 anos recebeu o tratamento profilático para IST, enquanto na faixa etária de 15 a 19 anos 66,6% também não receberam tratamento profilático para IST. Já na faixa etária de 20 a 29 anos, esse percentual caiu para 40% e, entre as maiores de 30 anos, 66,6%, fizeram o tratamento, informações que podem ser conferidas no Gráfico 2, profilaxia em IST no ano 2021.

Na Tabela 6, sobre o fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) no ano de 2021, de acordo com a idade, verificamos que nenhuma menor de 15 anos recebeu a contracepção de emergência, enquanto na faixa etária de 15 a 19 anos esse percentual diminuiu para 66,6%. Entre 20 e 29 anos, o percentual das que usaram contracepção de emergência foi de 60%, e 66,6% das maiores de 30 anos usaram contracepção de emergência.

Na Tabela 7, sobre o fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade, verificamos que as menores de 15 anos não receberam tratamento profilático para HIV. Metade das de 20 a 30 anos não fizeram tratamento profilático para HIV, e nas faixas etárias de 15 a 19 anos e maiores de 30 anos não tivemos nenhum caso.

Na Tabela 8, sobre o fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade, verificamos que as menores de 15 anos não receberam tratamento profilático para IST. Metade das de 20 a 30 anos não fizeram tratamento profilático para IST. Já nas faixas etárias de 15 a 19 anos e entre as maiores de 30 anos, não tivemos nenhum caso, porém observamos que 77,7% de toda a população não realizou a profilaxia para as infeções de IST e HIV. É o que mostra o Gráfico 3, profilaxia em IST no ano 2023.

Na Tabela 9, sobre o fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade, verificamos que as menores de 15 anos continuam sem receber tratamento profilático para HIV. Metade das de 20 a 30 anos não fizeram tratamento profilático para HIV. No entanto, não foram observados casos nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos.

Os dados fornecem evidências de uma diferença significativa no fornecimento de profilaxia de IST e HIV entre as faixas etárias em 2019 ($p<0.001$) e em 2021 ($p<0.001$). Os

dados de 2023 são reduzidos, não tendo permitido encontrar diferenças estatisticamente significativas (p=0.167).

Na Tabela 10, sobre a faixa etária e o local de ocorrência do estupro no ano 2019, observamos que o local de maior ocorrência na faixa etária de menos de 15 anos foram as suas residências, com um percentual de 85%. A via pública foi o local mais frequente nas faixas etárias de 20 a 29 anos, chegando a 90,9%, dos casos. Percentagem que diminuiu nas faixas etárias de 15 a 19 anos (81,8%) e de maiores de 30 anos (62,5%).

Na análise da Tabela 11, sobre a faixa etária e o local de ocorrência do estupro no ano de 2021, observamos que a via pública representa 90% das ocorrências na faixa etária de 20 a 29 anos. Porém, entre as meninas de 15 a 19 anos, esse percentual cai para 33,3%, mesmo percentual para as maiores de 30 anos.

Na Tabela 12, sobre a faixa etária e o local de ocorrência do estupro no ano de 2023, observamos que a residência das vítimas correspondeu a 66,7% da totalidade dos locais.

As informações podem ser conferidas nos gráficos 4 (Local de ocorrência do estupro em 2019), 5 (Local de ocorrência do estupro em 2021) e 6 (Local de ocorrência do estupro em 2023), respetivamente.

Quanto ao local da ocorrência do estupro, observamos que os dados forneceram evidência de uma diferença significativa da distribuição por locais entre faixas etárias em 2019 (p<0,001) e em 2021 (p,0,001). Os dados de 2023 são reduzidos, não permitindo encontrar diferenças estatisticamente significativas (p=0,286).

Na análise da Tabela 13, sobre ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2019, 100% das menores de 15 anos foram reencaminhadas para o Conselho Tutelar. Entre as de 20 a 29 anos, 54,5% não procuram a delegacia para fazer a ocorrência policial, e metade das maiores de 30 anos procuram a delegacia para fazer boletim de ocorrência. Ainda nesse mesmo ano, olhando o percentual total, 40,9% não fizeram boletim de ocorrência, informação que está ilustrada no Gráfico 7 – Reencaminhamento em 2019.

Na Tabela 14, sobre ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2021, 90% das meninas de 15 a 19 anos não fizeram boletim de ocorrência policial quando foram estupradas, porém as menores de 15 anos foram todas encaminhadas para o Conselho Tutelar. Entre as maiores de 30 anos, 66,6% prestaram ocorrência na Delegacia da Mulher. E 50% da totalidade dessas vítimas não procurou a Delegacia da Mulher. A informação está no Gráfico 8 – Reencaminhamento em 2021.

Na análise da Tabela 15, sobre ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2023, observamos que 55,5% do total das mulheres foram encaminhadas ao Conselho Tutelar – o Gráfico 9 (Reencaminhamento em 2023) ilustra o resultado.

Quanto ao encaminhamento das vítimas após a violência sexual, não houve evidência de diferença significativa entre as faixas etárias nos três anos analisados (2019: p<0,00: 2021: p<0,001: 2023 p<0,008).

Quanto à relação dos autores dos estupros nos anos de 2019, 20211 e 2023 (se apresenta associação entre familiares e faixa etária), os resultados estão nos gráficos 10 – Dos autores em 2019, 11 – Dos autores em 2021 e 12 – Dos autores em 2023.

Em relação aos autores do estupro, não foi encontrada associação significativa entre serem familiares e a faixa etária (2019; p=0,139: 2021: p=0,209; 2023: p=1).

16 DISCUSSÃO

A tese de doutorado em Bioética intitulada *O Impacto da Pandemia da COVID-19 no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Brasília* levanta diversas discussões importantes sobre o atendimento a mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual no Distrito Federal, especialmente no contexto da pandemia. A pesquisa analisa os dados de fichas de notificação compulsória preenchidas nos hospitais públicos do DF e do Programa Gardênia, localizado no Hospital Regional do Gama, que atende a Região de Saúde Sul.

Entre as principais discussões, temos:

1- Impacto da pandemia;
2- Princípios da bioética;
3- Fatores que influenciam a procura por ajuda;
4- Vulnerabilidade de crianças e adolescentes;
5- Importância da notificação;
6- Necessidade de um sistema de apoio integrado; e
7- Medidas para fortalecer o atendimento.

Passaremos a comentar cada um desses princípios aqui enumerados.

Impacto da pandemia: a pesquisa investiga se houve mudanças no atendimento às vítimas de violência sexual durante a pandemia, comparando os anos de 2019 (pré-pandemia), 2021 (durante a pandemia) e 2023 (pós-pandemia). Os resultados apontam para um aumento no número de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes durante a pandemia, o que reforça a necessidade de fortalecer os sistemas de apoio e proteção às vítimas nesse período (BRASIL, 2024; OLIVEIRA et al., 2024).

Princípios da bioética: a tese utiliza os princípios da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – como base para analisar o atendimento às vítimas. Com relação ao primeiro dos princípios, o estudo destaca a importância de garantir a autonomia das vítimas na

tomada de decisões sobre seu tratamento, incluindo a escolha de interromper a gravidez em casos previstos por lei (PORTO, 2023).

Já a beneficência representa o dever dos profissionais de saúde de agir sempre em benefício das vítimas, o que inclui oferecer acolhimento adequado, suporte psicológico e informações claras sobre seus direitos (VILELA, 2009).

No caso da não maleficência, a pesquisa aponta para a necessidade de evitar ações que possam causar mais trauma ou sofrimento às vítimas, como a revitimização durante o atendimento (ROQUE et al., 2014).

Já no que diz respeito à justiça, o estudo defende a importância de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e outros serviços sociais para todas as vítimas, independentemente de sua condição social, raça ou idade (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2015b).

Agora vamos analisar os fatores que influenciam a procura por ajuda: falta de apoio e acolhimento adequado; medo, vergonha e culpa; barreiras logísticas; e sobrecarga emocional (MIGUEL, 2015). O primeiro ponto diz respeito à falta de sensibilidade e preparo por parte dos profissionais de saúde, que pode desencorajar as vítimas a buscar ajuda. Já sentimentos como medo de represálias, vergonha e culpa podem impedir as vítimas de relatar a violência e procurar ajuda. As dificuldades de acesso aos serviços, como distância e falta de transporte, também podem ser obstáculos para elas. E o processo de reviver o trauma durante o atendimento pode ser emocionalmente exaustivo, levando as vítimas a evitar o contato com os serviços de apoio.

Com relação à vulnerabilidade de crianças e adolescentes, a tese aprofunda a discussão sobre os desafios específicos no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A pesquisa destaca a importância de considerar a vulnerabilidade e a dependência dos jovens, a necessidade de educação e conscientização sobre o tema, as dinâmicas de poder e os contextos sociais e culturais que podem influenciar a ocorrência e a denúncia dos casos.

Quanto à importância da notificação, a tese enfatiza a importância da notificação compulsória nos casos de violência sexual, tanto para garantir a proteção das vítimas quanto para a produção de dados epidemiológicos que possibilitem a criação de políticas públicas eficazes.

Sobre a necessidade de um sistema de apoio integrado, a pesquisa defende a criação de uma rede de apoio integrada que envolva os serviços de saúde, segurança pública, assistência social e justiça, para oferecer um atendimento completo e humanizado às vítimas. Essa rede deve garantir a continuidade do tratamento, o acesso à justiça e a proteção das vítimas.

Já referente às medidas para fortalecer o atendimento, a tese propõe diversas medidas nesse sentido, como a capacitação dos profissionais de saúde, a criação de protocolos de atendimento humanizado, a implementação de campanhas de conscientização e o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficazes. E, por maioria de razão, uma evolução do sistema educativo para aumentar os níveis de cidadania responsável em este domínio.

17 CONCLUSÃO

Ainda que existam 17 NUPAVs no Distrito Federal e que o número de vítimas de violência sexual atendidas nas emergências dos hospitais públicos em 2018 chegou a 1.108, a maioria não retornou aos NUPAVs – a média foi de 65,2 pacientes por núcleos. Tomando como exemplo os NUPAVs do Plano Piloto – Asa Sul, foram 48 retornos, quando a média esperada era de 195,6 retornos.

Essa baixa taxa de retorno sugere que muitas vítimas não recebem o acompanhamento multidisciplinar necessário para lidar com as consequências físicas e psicológicas da violência sexual.

Observa-se também que as vítimas de violência sexual procuram atendimento de imediato nas emergências dos hospitais públicos por medo de uma gravidez indesejada e de adquirir uma IST, HIV e hepatite B.

Quanto ao retorno aos NUPAVs, muitas delas não voltam para acompanhar o tratamento realizado nas emergências, quando receberiam o apoio de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes socais.

Como tentam esquecer o ocorrido, a volta aos NUPAVs traz recordações das violências sofridas, mesmo com apoio recebido. É o que explica o retorno de um número pequeno das vítimas. No caso das menores de 19 anos, o Estado tem o dever de acompanhá-las, podendo até enviar esses casos aos Conselhos Tutelares.

Os serviços prestados nesses núcleos incluem: acolhimento às pessoas em situação de violência interpessoal e a suas famílias; encaminhamentos e orientações gerais para as pessoas em situação de violência interpessoal e suas famílias; atendimento multiprofissional individual às pessoas em situação de violência interpessoal e a suas famílias; atendimento multiprofissional em grupo para crianças e adolescentes em situação de violência sexual e suas famílias; atendimento multiprofissional em grupo para mulheres em situação de violência; atendimento médico ambulatorial para crianças e adolescentes em situação de violência; ações de prevenção, promoção da saúde e da cultura de paz junto à comunidade e a escolas; e

atividades educativas/orientação em grupo com pacientes atendidos nas unidades de saúde da Região de Saúde Sul.

Reconhecemos algumas limitações deste estudo, como: restrição geográfica e institucional – o estudo concentrou-se exclusivamente no Programa Gardênia, situado no Hospital Regional do Gama, limitando a generalização dos resultados para outras Regiões Administrativas do Distrito Federal ou para o contexto nacional; dados secundários e subnotificação – a análise dependeu de registros hospitalares e fichas de notificação compulsória, os quais podem não refletir todos os casos de violência sexual, especialmente durante a pandemia, período em que houve provável aumento da subnotificação; recorte temporal – a escolha dos anos de 2019, 2021 e 2023 permite uma comparação entre o período pré-pandemia, durante a pandemia e pós-pandemia, mas não contempla a continuidade dos efeitos da crise sanitária em anos subsequentes; e variáveis não analisadas – questões como raça/etnia, condição socioeconômica, grau de escolaridade e orientação sexual das vítimas não foram incluídas na análise, o que poderia enriquecer a compreensão das vulnerabilidades e interseccionalidades envolvidas.

Pontos que devem ser melhorados em outras pesquisas: ampliação da amostra, incluindo outros hospitais e programas semelhantes em diferentes regiões administrativa do Distrito Federal, bem como outros estados brasileiros, permitindo assim uma análise comparativa e mais abrangente; complementação dos dados quantitativos com entrevistas com vítimas, profissionais de saúde e assistentes sociais, oferecendo uma visão mais aprofundada sobre os desafios enfrentados durante e após o atendimento; e realização de estudos que acompanhem as vítimas ao longo do tempo, possibilitando a avaliação dos efeitos prolongados da violência sexual e da resposta institucional à pandemia.

Enfatiza-se a necessidade de fortalecer os sistemas de apoio e proteção às vítimas, mesmo em cenários de crise global, como a pandemia.

A pesquisa conclui que os atendimentos realizados pelo Gardênia, um dos NUPAVs analisados, estão em consonância com os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Do total de atendimentos realizados no PAV Gardênia em 2019, 15,3% foram de vítimas de violência sexual. Em 2021, plena pandemia da Covid-19, esse percentual baixou para 11,2%, queda que talvez se justifique pelo medo de as pacientes retornarem a uma área de saúde em plena pandemia.

Concluímos também que durante a pandemia ocorreu um aumento dos casos de violência sexual, porém caiu a procura aos NUPAVs devido ao isolamento social determinado pelo governo. E as denúncias aos Conselhos Tutelares e encaminhamento desses aos NUPAVSs foi maior. No entanto, esses encaminhamentos não foram objetivo da nossa tese.

O estudo dos encaminhamentos dos Conselhos Tutelares e das Delegacias de Polícia para os NUPAVs poderia ser o foco de uma outra tese.

Quanto às denúncias de violência sexual no Gardênia, elas foram o dobro das fichas de notificação das emergências dos hospitais públicos das crianças e dos adolescentes que foram encaminhados ao Conselho Tutelar. No entanto, essas denúncias não fizeram parte deste estudo, já que nossa população incluía as fichas de notificação compulsória encaminhadas ao Gardênia.

Quando analisamos o ano de 2023, as vítimas de violência sexual corresponderam a 10% da totalidade dos atendimentos realizados no NUPAV.

Concluímos que ocorreu uma diminuição do atendimento às vítimas de violência sexual no Gardênia quando comparamos o ano de 2023, pós-pandemia da Covid-19, com os anos de 2021, em plena pandemia, e 2019, antes da pandemia.

Esperamos que estes resultados sirvam de incentivo para que outros estudos sejam realizados, de forma a melhorar o acompanhamento das vítimas de violência sexual. E, também, para melhor determinar o impacto de este flagelo em diferentes etnias, e estratos socio-econômicos.

Recomendações para pesquisas futuras: avaliar a efetividade dos canais alternativos de atendimento; investigar o funcionamento e o impacto dos serviços remotos e on-line criados durante a pandemia, considerando suas limitações tecnológicas e de acessibilidade; analisar o preparo das equipes multidisciplinares para lidar com situações de crise sanitária e social, como a pandemia; e propor diretrizes de capacitação contínua e monitoramento de políticas públicas com o objetivo de acompanhar a implementação e os resultados das políticas públicas voltadas à prevenção e ao combate à violência sexual no pós-pandemia, com foco especial nas ações intersetoriais e nos recursos destinados à proteção das vítimas.

Essas reflexões são fundamentais para fortalecer a rede de apoio às vítimas de violência sexual e garantir que, mesmo em cenários de crise, como o da Covid-19, os princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — sejam plenamente respeitados.

No entanto, os dados revelam a necessidade urgente de ampliar o acesso aos serviços, melhorar a adesão ao tratamento e promover a conscientização sobre a importância do acompanhamento multidisciplinar para a recuperação das vítimas de violência sexual.

A tese *O Impacto da Pandemia da COVID-19 no Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Brasília* contribui para a compreensão dos desafios e das necessidades no atendimento a esse grupo vulnerável, especialmente no contexto da pandemia. As discussões levantadas pelo estudo apontam para a urgência de se fortalecer o sistema de apoio e proteção às vítimas, garantindo seus direitos e promovendo sua recuperação.

Gostaria de terminar esta tese com uma frase de Chico Xavier: “o amor verdadeiro auxilia sem perguntar”.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, N. et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. **Lancet**, 383 (9929), 1648-1654, maio 2014;

A CULTURA da violência contra a mulher é mundial. Editorial. **Acritica.com**, 26 nov. 2024. Disponível em: https://www.acritica.com/opiniao/a-cultura-da-violencia-contra-a-mulher-e-mundial-1.357923. Acesso em: 26 nov. 2024;

ARAÚJO, A. R. de et al. (coord). **O uso de dados pessoais e inteligência artificial na relação de trabalho**: proteção, discriminação, violência e assédio digital. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho, 2022. 448p. Disponível em: https://mpt.mp.br/pgt/noticias/o-uso-de-dados-pessoais-e-inteligencia-artificial-na-relacao-de-trabalho_web-1.pdf. Acesso em: 2 fev. 2025;

BARRETO, P. P. M. et al. Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 24, n. 2, pp. 267-275, 2016;

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. Nova York: Oxford University Press, 1994;

_____. **Principles of Biomedical Ethics**. 5. ed. Nova York: Oxford University Press, 2001, p. 1-9;

BLAKE, M. de T. et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. **BMC Womens Health**, 14:15, 22 jan. 2014;

BRAGA, K. S.; NASCIMENTO, E. (org.). **Bibliografia Maria da Penha**: violência contra a mulher no Brasil. Brasília: Letras Livres; UnB, 2006;

BRANDÃO, F. Comissão aprova garantias para criança e adolescente vítima de violência. **Câmara dos Deputados on-line**, Brasília, 18 nov. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/1111950-comissao-aprova-garantias-para-crianca-e-adolescente-vitima-de-violencia/. Acesso em: 19 nov. 2024;

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940;

_____. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Um passo a mais na cidadania em saúde. Série A. Normas Técnicas e Manuais; n. 167. Brasília, DF, 2002;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 108p. Série Manuais nº 24;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 70/2006/CGPNI/DEVEP/SVS/MS. **Vacinação de viajantes para a prevenção do sarampo – Tríplice Viral**. Brasília, 31 de maio de 2006a. Disponível em: https://ses.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2006_nt70ms_sara.pdf. Acesso em: 2 fev. 2025;

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Maria da Penha**. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006b;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 60p;

_____. 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 dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 ago. 2009a;

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. 2. ed. Brasília, DF, jun. 2009b;

_____. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Orientações e Ações para a Educação das Relações Étnico-Raciais**. Brasília, DF: SECAD, 2010a;

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jul. 2010b;

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres** – DEAMs. Ed. atual. Brasília, DF, 2010c;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a;

_____. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b;

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011c;

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a;

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Saúde na Escola**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: MS, 2012b;

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 02 fev. 2025;

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. Tolerância social à violência contra as mulheres. Brasília: IPEA, 4 abr. 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4500528/mod_folder/content/0/IPEA-Tolerancia%20social%20a%20violencia%20contra%20as%20mulheres.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024;

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica. **Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. 1. ed. Brasília, DF, 2015a;

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2015b, Seção 1, nº 127;

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento**. Programa Mulher, Viver sem Violência. Casa da Mulher Brasileira. 2015c, 64p. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/9497/1/CasadaMulherBrasileira_DiretrizesGeraiseProtocolosdeAtendimento.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025;

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei da Escuta Protegida**. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 02 fev. 2025;

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais**. Lei no 13.709, de 14 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 23 maio 2025;

_____. Conselho Nacional do Ministério Público. **Guia prático para implementação da política de atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência**. Brasília, DF: CNMP, 2019;

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Henry Borel**. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições específicas previstas em tratados, convenções ou acordos internacionais de que o Brasil seja parte; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm. Acesso em: 02 nov. 2024;

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 6. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2023a;

_____. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes. **Gov.br**, Brasília, 17 jun. 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas/comissao-intersetorial-de-enfrentamento-a-violencia-sexual-de-criancas-e-adolescentes. Acesso em: 12 nov. 2024;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021**. Boletim Epidemiológico, v. 54, n. 8, 29 fev. 2024;

BREIDING, M. J. et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. **MMWR Surveill Summ.**, 63 (8), 1-18, set. 2014;

CANDAU, V. M. F. Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos. **Educ. Soc.**, 33 (118), mar. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000100015. Acesso: 20 nov. 2024;

CAUSAS da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Childhood Brasil Online**, 27 fev. 2015. Disponível em: https://www.childhood.org.br/causas-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes/. Acesso em: 27 maio 2024;

CAVALCANTI, L. F. **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contexto e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022;

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo:** um marco político em resposta à revolução da longevidade. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf**.** Acesso em: 02 fev. 2025;

CONHEÇA as leis e os serviços que protegem as mulheres vítimas de violência de gênero. **UNODOC**, 2021. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/04/conheca-as-leis-e-os-servicos-que-protegem-as-mulheres-vitimas-de-violencia-de-genero.html. Acesso em: 5 abr. 2024;

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7;

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para Prática de Psicólogas(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Brasília, DF: CFP, 2012. 58p.;

_____. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. 2. ed. Brasília, DF: CFP, 2020. 76p.;

CORDEIRO, E. Os 18 anos da Lei Maria da Penha. E a importância da participação social e da saúde como espaços essenciais para as mulheres. **Conselho Nacional de Saúde Online**, Brasília, 15 ago. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/desafio-continuo-de-combater-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 18 maio 2024;

CORTEZ, M. B; SOUZA, L. de. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, 24 (2), jun. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/DhVrS6d3vyxccvdB9HNpMbz/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

COSTA, E. et al. Emergency Care for Children and Adolescents after Sexual Violence, in Brazil's Capital, Brasilia. **Open Journal of Epidemiology**, 14, 397-403, 2024;

COSTA, E. L.; FAÚNDES, A.; NUNES, R. The association between victim-offender relationship and the age of children and adolescents who suffer sexual violence: a cross-sectional study. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, 98 (3), 310-15, maio-jun. 2022;

COSTA, I. M. da et al. Violência contra a mulher: apoio às vítimas de abuso sexual no Brasil. **Ciências da Saúde**, v. 29, ed. 140, nov. 2024. Disponível em: https://revistaft.com.br/violencia-contra-a-mulher-apoio-as-vitimas-de-abuso-sexual-no-brasil/. Acesso em: 2 fev. 2025;

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: the scope of the problem. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, 27(1), 3-13, fev. 2013;

DEBERT-RIBEIRO, M. B. Ética e epidemiologia. **Bioética**, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 7-11, 1994;

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012. Institui o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância a Violências (PAV) no organograma da Regional de Saúde. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 19 jul. 2012. N. 142, p. 24;

DOMENECH DEL RIO, I.; SIRVENT GARCIA DEL VALLE, E. Non-partner sexual violence against women in Spain: lifetime prevalence, perpetrators and consequences on mental health. **J Public Health (Oxf)**, 39(4), 738-744, dez. 2017;

DORNELAS, H. Mulheres vítimas de violência: conheça as leis e redes de apoio. **Correio Braziliense**, Brasília, 18 jun. 2023. Disponível em: https://www.geledes.org.br/mulheres-vitimas-de-violencia-conheca-as-leis-e-redes-de-apoio/. Acesso em: 18 mar. 2024;

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005;

FIGUEIRÊDO, E.; NOGUEIRA, L.; SANTANA, F. L. Igualdade de oportunidades: analisando o papel das circunstâncias no desempenho do ENEM. **Rev. Bras. Econ.**, 68 (3), jul.-set. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71402014000300005. Acesso em: 22 nov. 2024;

FORASTIERI, A. 80% da violência sexual contra crianças é cometida por conhecidos e em casa. **Terra Online**, 15 ago. 2024. Disponível em: https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/comportamento/80-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-cometida-por-conhecidos-e-em-casa,bc24516efdd7ec271f0321c0a606bc634ggmwwxy.html?utm_source=clipboard. Acesso em: 15 set. 2024;

FRÍAS, S. M.; ERVITI, J. Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. **Child Abuse Negl.**, 38 (4), 776-87, abr. 2014;

GALLO, J. H. da S. **Gravidez na adolescência**: reflexão ética-social. 2014. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal, 2014;

GOMES, M. M. A diversidade de culturas no Brasil: como valorizá-las na prática educativa da sala de aula? **Revista Educação Pública**, v. 19, n. 30, 19 nov. 2019. Disponível em: https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/30/a-diversidade-de-culturas-no-brasil-como-valoriza-las-na-pratica-educativa-da-sala-de-aula. Acesso em: 02 fev. 2025;

GONÇALVES, V. E. R. **Direito Penal**. Dos Crimes contra a Dignidade Sexual aos Crimes contra a Administração. Sinopses Jurídicas, v. 10. 22. ed. Ed. Saraiva Jurídica, 2018;

HATZENBERGER, D. F.; SARDAGNA, H. V. (orgs.). **A docência no Ensino Religioso**: desafios e possibilidades. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020. 531p.;

HEISE, L. Violence against women: the hidden health burden. **World Health Stat Q.**, 46 (1):78-85, 1993. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8237054/. Acesso em: 20 nov. 2024;

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Tipos de violência**. s.d. Disponível em: https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html. Acesso em: 19 nov. 2024;

INSTITUTO NOOS. **Justiça Restaurativa em caso de abuso sexual intrafamiliar em criança e adolescente**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2012;

JAHR, F. Bio-Ethik: Eine umschau über die ethischen beziehungen des menschen zu tier und pflanze. **Kosmos**, 24: 2-4, 1927;

KOGAN, S. M. Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. **Child Abuse Negl.**, 28 (2), 147-65, fev. 2004;

LARSEN, M. L.; HILDEN, M.; LIDEGAARD, Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. **BJOG**, 122 (4), 577-84, mar. 2015;

LIMA, E. C. **Fatores associados e desfechos perinatais em gestações na adolescência em uma amostra de gestantes do Distrito Federal**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011;

LOPES, A. A. et al. Relacionamento abusivo e os mecanismos da violência psicológica contra a mulher. **Revista FT**, v. 26. ed. 117, dez. 2022. Disponível em: https://revistaft.com.br/relacionamento-abusivo-e-os-mecanismos-da-violencia-psicologica-contra-a-mulher/. Acesso em: 23 nov. 2024;

MAPEAMENTO mostra pontos vulneráveis à exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais. **Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania Online**, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/maio/mapeamento-mostra-pontos-vulneraveis-a-exploracao-sexual-de-criancas-e-adolescentes-nas-rodovias-federais. Acesso em: 23 jul. 2022;

MAZZOTTA; M. J. da S.; D'ANTINO, M. E. F. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. **Saude soc.** 20 (2), jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mKFs9J9rSbZZ5hr65TFSs5H/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

MELO, C. M. de et al. Métodos e instrumentos para avaliação de políticas, programas e serviços de atenção à violência sexual: revisão integrativa. **Saúde debate**, 49 (144), jan.-mar. 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ww5zwkn6jcH66LzcgB3g7KF/?lang=pt. Acesso em: 4 abr. 2025;

MENDES, M. A. de L.; MACHADO, M. F. Educação Permanente em Saúde na rede de atenção às vítimas de violência sexual de Alagoas. **Trab. educ. saúde**, 22, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/ZvKyjYz6VSgf7b5YcGsjMWr/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

MIGUEL, F. K. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. **Psico-USF**, 20 (1), jan.-abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/FKG4fvfsYGHwtn8C9QnDM4n/?lang=pt. Acesso em: 2 fev. 2025;

MINAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, 1 (2), ago. 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002. Acesso em: 19 nov. 2024;

MIRANDA, M. H. H. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. **Rev. esc. enferm.**, USP 54, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZNWxspGSCQyb47WBfft3GxB/?lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2024;

MONTEIRO, F. S. **O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012;

MWANGI, M. W. et al. Kenya 2010 Violence against Children Survey Team. Perpetrators and context of child sexual abuse in Kenya**. Child Abuse Negl.**, 44, pp. 46-55, jun. 2015;

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, 11 (suppl), 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7MN73GSqqjfNVBkhgCV58HD/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

NUNES, R. Bioethics: Medical. In: ten Have, H. (ed). **Encyclopedia of Global Bioethics**. Springer, Cham. 2016;

_____. **Bioética.** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2022a;

_____. **Healthcare as a Universal Human Right**: Sustainability in Global Health. New York: Routledge, 2022b;

_____. **Declaração de voto** – 6/XVI/1 que Regulamenta os Ensaios Clínicos de Medicamentos para Uso Humano. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Lisboa, 31 de janeiro de 2025. Disponível em: https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-134-cnecv-2025-sobre-ensaios-clinicos-de-medicamentos-pa. Acesso em: 23 maio 2025;

NUNES, R. et al. Universal Declaration on Gender Equality. In: NUNES, R. et al. (coord.). **Perspectives in Gender Equality**. Basel: MDPI Books, 2025;

NUNES, S. B.; DUARTE, I.; NUNES, R. Intersectionality, gender, and equal opportunity. In: NUNES, R. et al. (coord.). **Perspectives in Gender Equality**. Basel: MDPI Books, 2025;

OLIVEIRA, F. L. de; CUNHA, L. G. Medindo o acesso à justiça cível no Brasil. **Opin. Pública**, 22 (2), maio-ago. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-01912016222318. Acesso em: 19 nov. 2024;

OLIVEIRA, M. L. de et al. Impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de violência sexual domiciliar contra crianças e adolescentes no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 29 (10), out. 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QVdyRD65QnBZw8dnYMLzJBF/?lang=pt. Acesso em: 2 fev. 2025;

OMS. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended. October 14, 1976. **Acta Obstet. Gynecol Scand**, 56 (3), 247-53, 1997;

OMS aborda consequências da violência sexual para a saúde das mulheres. **Nações Unidas Brasil Online**, 25 jul. 2018. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/80616-oms-aborda-consequências-da-violência-sexual-para-saúde-das-mulheres. Acesso em: 10 mar. 2021;

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A, III, 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 19 nov. 2024;

_____. Declaração Final e Plano de Ação. **Conferência Mundial Sobre Direitos Humanos**. Viena, 1993a;

_____. **Declaration on the Elimination of Violence Against Women**. Resolução A/RES/48/104. 48ª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova York: ONU, 1993b;

_____. Escritório sobre Drogas e Crime. **Manual sobre programas de justiça restaurativa**. Tradução: Cristina Ferraz Coimbra, Kelli Semolini. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2021;

_____. **Conheça as leis e os serviços que protegem as mulheres vítimas de violência de gênero**. 2024a. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/124133-conhe%C3%A7a-leis-e-os-servi%C3%A7os-que-protegem-mulheres-v%C3%ADtimas-de-viol%C3%AAncia-de-g%C3%AAnero. Acesso em: 20 nov. 2024;

_____. Mensagem para o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres. **ONU News**, 24 nov. 2024b. Disponível em: https://unric.org/pt/mensagem-para-o-dia-internacional-para-a-eliminacao-da-violencia-contra-as-mulheres/. Acesso em: 25 nov. 2024;

ONU MULHERES. **16 dias de ativismo pelo fim da violência contra as mulheres**: 2019. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/16dias/. Acesso em: 19 nov. 2024;

PARANHOS, D. G. de A. M. e et al. As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde debate**, 42 (119), out.-dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFkSgR5tLTxbfscVBxQ6WJB/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

PARLAMENTO EUROPEU. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. **Jornal Oficial da União Europeia**, 4.5.2016:119-152, 2016. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32016R0679. Acesso em: 15 maio 2025;

PENNA, P. M. M. et. al. Biossegurança: uma revisão. **Arq. Inst. Biol.**, 77 (3), jul.-set. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009. Acesso em: 19 nov. 2024;

PeNSE 2019: uma em cada cinco escolares sofreu violência sexual. **Agência IBGE Notícias Online**, 10 set. 2021. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-

imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31575-pense-2019-uma-em-cada-cinco-escolares-sofreu-violencia-sexual. Acesso em: 4 nov. 2023;

PERES, A. Mais de 60% das vítimas de estupro no Brasil têm até 13 anos. **Veja Online**, 27 fev. 2024. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/balanco-social/mais-de-60-das-vitimas-de-estupro-no-brasil-tem-entre-0-e-13-anos. Acesso em: 14 maio 2024;

PFEIFFER, L.; WAKSMAN, R. D. Violência na infância e na adolescência. In: CAMPOS, J. A. et al. (orgs.). **Segurança da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: SBP/Nestlé Nutrição; 2004;

PLATAFORMA MULHER SEGURA. **Quais leis e serviços protegem as mulheres vítimas de violência de gênero?** 2024. Disponível em: https://www.mulhersegura.org/direitos-das-mulheres/voce-nao-esta-sozinha/quais-leis-e-servicos-protegem-mulheres-vitimas-de-violencia-de-genero. Acesso em: 05 nov. 2024;

POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL; CHILDHOOD BRASIL; MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. **Mapear 2017/2018**. Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras. 2018;

PORTO, M. Saúde mental e abortamento voluntário na audiência pública da ADPF442/STF. **Psicol. cienc. prof.**, 43, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/MDSFZHYvVPbtSz9ggdvRYGG/?lang=pt. Acesso em: 2 fev. 2025;

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Yogyakarta, Indonésia, 2007. Disponível em: https://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025;

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saude soc.**, 24 (4), out.-dez. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137819. Acesso em: 20 nov. 2024;

ROHR, R. Capacitação profissional: importância e por que investir na sua empresa? **Mereo**, Belo Horizonte, 31 ago. 2023. Disponível em: https://mereo.com/blog/capacitacao-profissional/#:~:text=A%20capacitação%20oferece%20aos%20colaboradores,desafios%20mais%20complexos%20no%20futuro. Acesso em: 02 fev. 2025;

ROQUE, E. M. de S. T. et al. Sistemas de justiça e a vitimização secundária de crianças e/ou adolescentes acometidas de violência sexual intrafamiliar. **Saude soc.**, 23 (3), jul.-set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jzXYtj4BcmyVznmhmmndqvd/?lang=pt. Acesso em: 2 fev. 2025;

RUMBLE, L. et al. Childhood sexual violence in Zimbabwe: evidence for the epidemic against girls. **Child Abuse Negl.**, 46, 60-6, ago. 2015;

SAMPAIO, L. R. et al. Sentimentos empáticos em crianças, adolescentes e adultos. **Psic.: Teor. e Pesq.** 29 (4), dez. 2013. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/ptp/a/jd5y36rLqw9vXPDwzCJswTq/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. dos S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicol. cienc. prof.**, 29 (2), 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002. Acesso em: 20 nov. 2024;

SANTOS, B. R. dos; GONÇALVES, I. B. (org.) **Escuta protegida de crianças e de adolescentes vítimas ou testemunhas de violências**: aspectos teóricos e metodológicos. Guia de referência para capacitação em escuta especializada e depoimento especial Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; São Paulo, SP: Childhood Brasil, 2020;

SANTOS, B. R. dos; IPPOLITO, R. **Guia de Referência**: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual. São Paulo: Childhood – Instituto WCF-Brasil: Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2009;

SANTOS, I. L. dos. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. **Rev. Bioét.** 28 (2), abr.-jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/qwzQ6kVMQCLjcTqYGQpcV6q/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. Companhia das Letras, 2000;

SENA, C. A. de; SILVA, M. A. da; FALBO NETO, G. H. The incidence of sexual violence among children and adolescents in Recife, State of Pernambuco, Brazil, in 2012 and 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, 23 (5), 1591-1599, maio 2018;

SENN, C. Y. et al. Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. **BMC Womens Health**, 14 (135), nov. 2014;

SILVA, F. C. et al. Os impactos da violência sexual vivida na infância e adolescência em universitários. Revista de saúde pública, 54, 134, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002576. Acesso em 19 nov. 2024;

SILVA, K. D. R. da. **Justiça Restaurativa e sua Aplicação no Brasil**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007;

SILVA, V. A. **A importância do treinamento profissional e da capacitação de pessoas nas empresas:** um estudo de caso. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão das Instituições Federais de Educação Superior) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019;

SIQUEIRA, L. M. S. Aplicação de políticas públicas no combate à violência contra a mulher no Brasil comparado com a realidade espanhola. **Ciências Humanas**, v. 27, ed. 127, out. 2023. Disponível em: https://revistaft.com.br/aplicacao-de-politicas-publicas-no-combate-a-violencia-contra-a-mulher-no-brasil-comparado-com-a-realidade-espanhola/. Acesso em: 02 fev. 2025;

SOARES, B. Mulher e violência no Rio. **Jornal do Brasil**, 16 maio 1994;

SOUSA; R. de V.; UCHÔA; A. M. de V.; BARRETO, M. R. N. Fontes de informação sobre a violência contra a mulher no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, 147 (2), 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/GCpHjnWHRWVh6B4v6v7xV7v/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

TEIXEIRA, F. F. et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. **Saude soc.**, 32 (3), 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/F76K8HSJzbFbNKrrcFj8ZrD/#. Acesso em: 8 nov. 2023;

TOMAZ PAIVA, T.; DA SILVA LIMA, K.; GOMES CAVALCANTI, J. Abuso psicológico, autoestima e dependência emocional de mulheres durante a pandemia de COVID-19. **Cienc. Psicol.**, Montevideo, v. 16, n. 2, e2257, dez. 2022. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212022000201218&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2024;

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Lisboa: Unesco, 2005;

_____. **Resumo do Relatório de Monitoramento Global da Educação 2020**: Inclusão e educação para todos. Paris: UNESCO, 2020;

UNICEF. **Proteção de crianças e adolescentes contra as violências**. 2024. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/protecao-de-criancas-e-adolescentes-contra-violencias. Acesso em: 20 nov. 2024;

UNICEF BRASIL. Nos últimos cinco anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **UNICEF Brasil**, 22 out. 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil. Acesso em: 20 nov. 2024;

UNICEF BRASIL; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil 2021-2023**. 2. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Unicef Brasil, 2021;

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciênc. saúde colet.**, 20 (11), nov. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/75mvg8PJybsMRXbQsVHjT5t/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

VILELA, L. F. (coord.). **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF.** 2. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em: 02 abr. 2018;

VIOLÊNCIA sexual contra crianças e adolescentes. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Online**, 11 jul. 2017. Disponível em:

https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/142-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes. Acesso em: 18 mar. 2023;

VIRGINIO, A. S. Educação e sociedade democrática: interpretações sociológicas e desafios à formação política do educador. **Sociologias**, 14 (29), abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/3N9WPJMwdykPjbfLvBHPGpg/?lang=pt. Acesso em: 02 fev. 2025;

XAVIER, C. As 100 frases mais compartilhadas de Chico Xavier. **Um Caminho**, 28 fev. 2021. Disponível em: https://www.umcaminho.com/2021/02/as-100-frases-mais-compartilhadas-de-chico-xavier-parte-1/. Acesso em: 31 ago. 2024;

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. (coord.). Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.** 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. 328p.;

WATTS, C.; PICKERING, A. Pay as You Learn: Student Employment and Academic Progress. **Education & Training**, 42, 129-135, 2000. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00400910010372670/full/html. Acesso em: 02 fev. 2025;

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **Lancet**, 359(9313):1232-7, abr. 6, 2002;

WHO. **Understanding and addressing violence against women**: overview. 2012. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 nov. 2024;

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaração de Helsinque**. Out. 2013. Disponível em: https://www.wma.net/declaração-de-helsinque/. Acesso em: 19 nov. 2024;

_____. **Declaração de Helsinque**. 2024.

Tabela 1 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0(0,0)	14(100,0)	14
15 a 19 anos	6(54,6)	5(45,4)	11
20 a 29 anos	7(63,6)	4(36,4)	11
Maior de 30 anos	6(75,0)	2(25,0)	8
Total	**19(43,2)**	**25(56,8)**	**44**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 2 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0(0,)	14(100,0)	14
15 a 19 anos	6(54,6)	5(45,4)	11
20 a 29 anos	7(63,6)	4(36.4)	11
Maior de 30 anos	6(75,0))	2(25,0)	8
Total	**19(43,2)**	**25(56,8)**	**44**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 3 – Fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2019, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0((0,0)	14(100,0)	14
15 a 19 anos	6(54,5))	5(45,5)	11
20 a 29 anos	7(63.6)	4(36,4)	11
Maior de 30 anos	3((37,5)	5(62,5)	8
Total	**16(36,4)**	**28(63,6)**	**44**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 4 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de15 anos	0(0,0)	8(100,0)	8
15 a 19 anos	1(33,4)	2(66,6)	3
20 a 29 anos	6(60.0)	4(40.0)	10
Maior de 30 anos	2(66,6)	1(33,4)	3
Total	**9(37,5)**	**15(62,5)**	**24**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 5 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0(0,0)	8(100,0)	8
15 a 19 anos	1(33,4)	2(66,6)	3
20 a 29 anos	6(60,0)	4(40,0)	10
Maior de 30 anos	2(66,6)	1(33,4)	3
Total	**9(37,5)**	**15(62,5)**	**24**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 6 – Fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2021, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0((0,0)	8(100,0)	8
15 a 19 anos	1(33,4)	2(66,6)	3
20 a 29 anos	6(60,0)	4(40,0)	10
Maior de 30 anos	2(66,6)	1(33,4)	3
Total	**9(37,5)**	**15(62,5)**	**24**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 7 – Fornecimento de profilaxia do HIV para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de15 anos	0(0,0)	5(100,0)	5
15 a 19 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
20 a 29 anos	2(50.0)	2(50.0)	4
Maior de 30 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
Total	**2(22,3)**	**7(77,7)**	**9**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 8 – Fornecimento de profilaxia de IST para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0(0,0)	5(100,0)	5
15 a 19 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
20 a 29 anos	2(50,0)	2(50,0)	4
Maior de 30 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
Total	**2(22,3)**	**7(77,7)**	**9**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 9 – Fornecimento de contracepção de emergência para mulheres que relataram violência sexual na capital do Brasil (Brasília) em 2023, de acordo com a idade

ANOS	**Sim**	**Não**	**Total**
Menor de 15 anos	0((0,0)	5(100,0)	5
15 a 19 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
20 a 29 anos	2(50,0)	2(50,0)	4
Maior de 30 anos	0(0,0)	0(0,0)	0
Total	**2(22,3)**	**7(77,7)**	**9**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 10 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2019

ANOS	**Residência**	**Via pública**	**Escola**	**Total**
Menor de 15 anos	12(85,9)	1(7,1)	1(7,1)	14
15 a 19 anos	2(18,2)	9(81,8)	0(0,0)	11
20 a 29 anos	1(9,1)	10(90,9)	0(0,0)	11
Maior de 30 anos	3(37,5)	5(62,5,)	0(0,0)	8
Total	**18(40,9**	**25(56,8)**	**1(2,3)**	**44**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 11 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2021

ANOS	**Residência**	**Via pública**	**Escola**	**Total**
Menor de 15 anos	8(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	8
15 a 19 anos	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	3
20 a 29 anos	1(10,0)	10(90,0)	0(0,0)	10
Maior de 30 anos	2(66,7)	1(33,3)	0(0,0)	3
Total	**13(54,7)**	**11(45,8)**	**0(0,0)**	**24**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 12 – Faixa etária e local de ocorrência do estupro no ano de 2023

ANOS	**Residência**	**Via pública**	**Escola**	**Total**
Menor de 15 anos	4(80,0)	0(0,0)	1(20,0)	5
15 a 19 anos	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0
20 a 29 anos	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	4
Maior de 30 anos	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0
Total	**6(66,7)**	**2(22,3)**	**0(0,0)**	**9**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 13 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2019

ANOS	CON. TUTELAR	DELEGACIA	NÃO	Total
Menor de 15 anos	14(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	14
15 a 19 anos	2(18,2)	1(9,1)	8(72,7)	11
20 a 29 anos	0(0,0)	5(45,5)	6(54,5)	11
Maior de 30 anos	0(0,0)	4(50,0)	4(50,0)	8
Total	**16(36,4)**	**10(22,7)**	**18(40,9)**	**44**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 14 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2021

ANOS	**CON. TUTELAR**	**DELEGACIA**	**NÃO**	**Total**
Menor de 15 anos	8(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	8
15 a 19 anos	0(0,0)	1(33,4)	2(66,6)	3
20 a 29 anos	0(0,0)	1(10,0)	9(90,0)	10
Maior de 30 anos	0(0,0)	2(66,6)	1(33,4)	3
Total	**8(33,3)**	**4(16,7)**	**12(50,0)**	**24**

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Tabela 15 – Ocorrências no Conselho Tutelar, delegacia e não delegacia em 2023

ANOS	**CON. TUTELAR**	**DELEGACIA**	**NÃO**	**Total**
Menor de 15 anos	5(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	5
15 a 19 anos	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0
20 a 29 anos	0(0,0)	2(50,0)	2(50,0)	4
Maior de 30 anos	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0
Total	**5(55,5)**	**2(22,3)**	**2(22,3)**	9

Fonte: NUPAV da Região de Saúde Sul.

Gráfico 1 – Profilaxia em IST em 2019

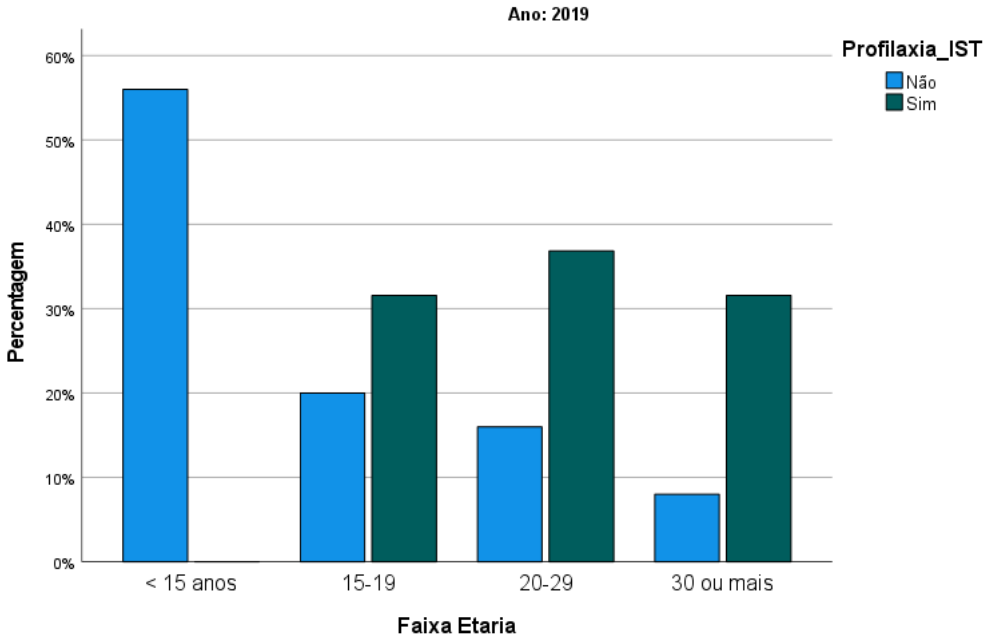


Gráfico 2 – Profilaxia em IST em 2021

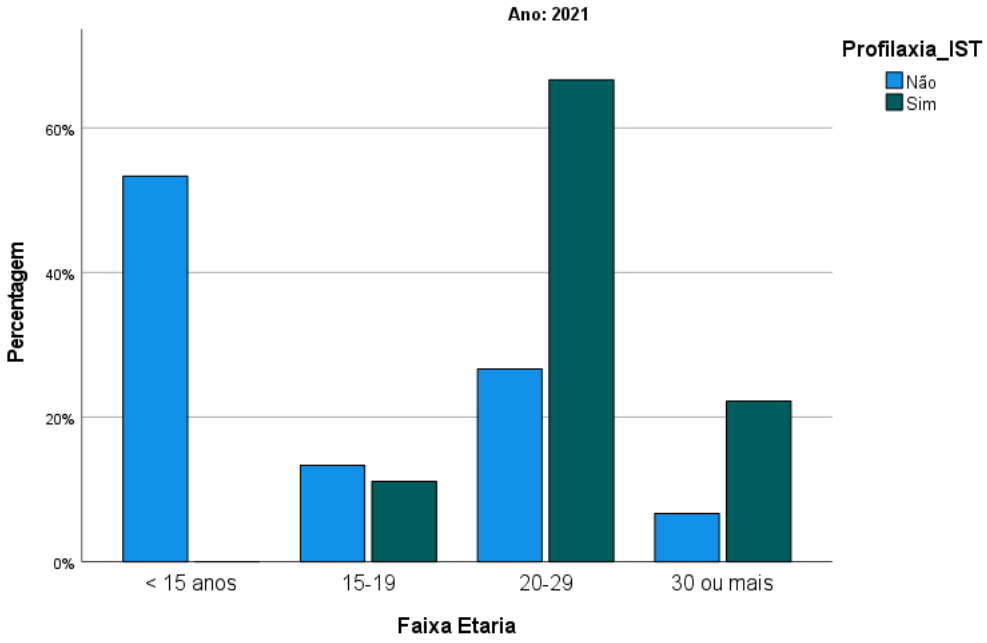


Gráfico 3 – Profilaxia em IST em 2023

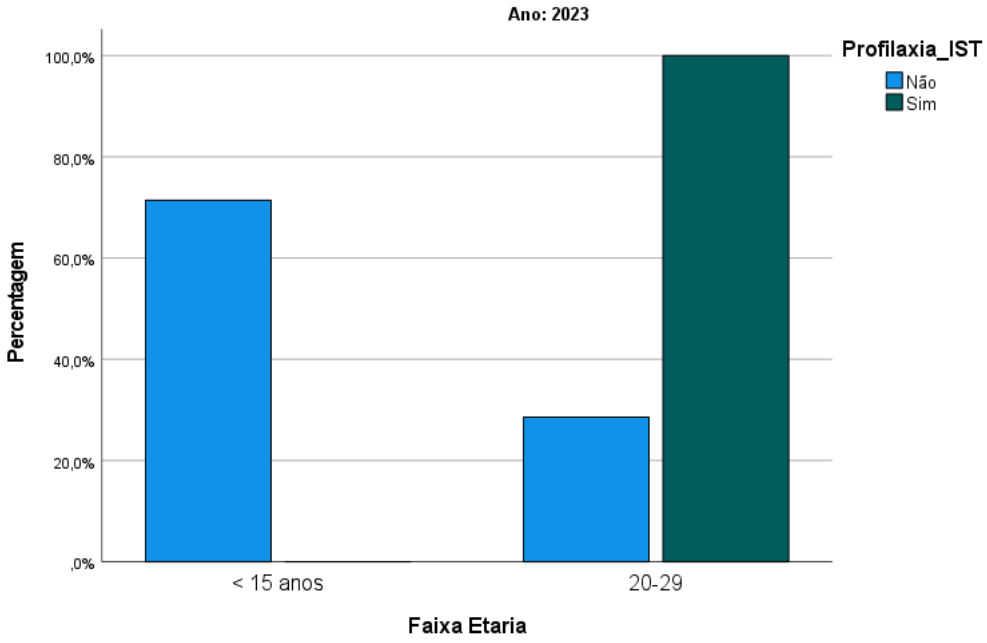


Gráfico 4 – Local de ocorrência do estupro em 2019

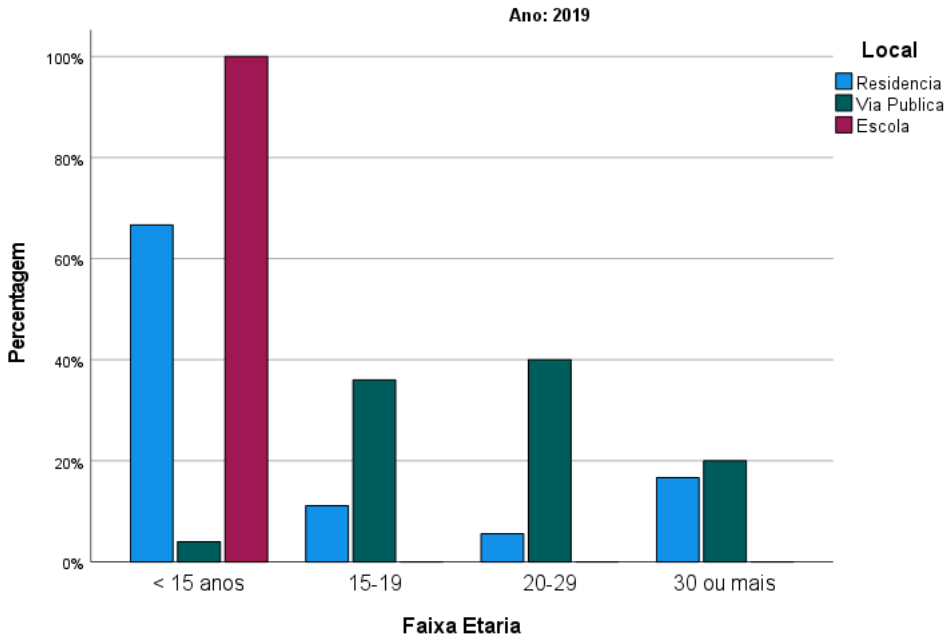


Gráfico 5 – Local de ocorrência do estupro em 2021

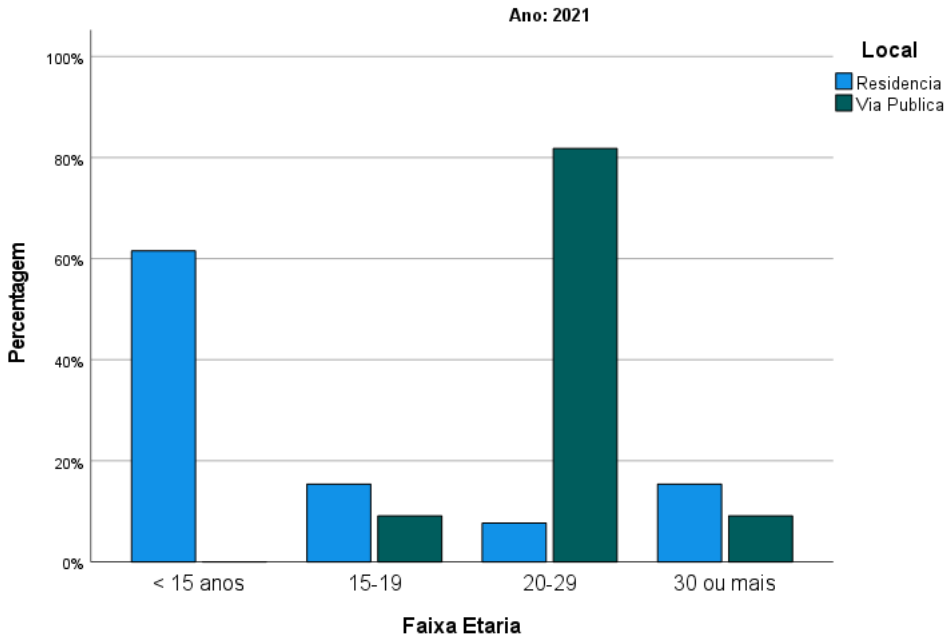


Gráfico 6 – Local de ocorrência do estupro em 2023

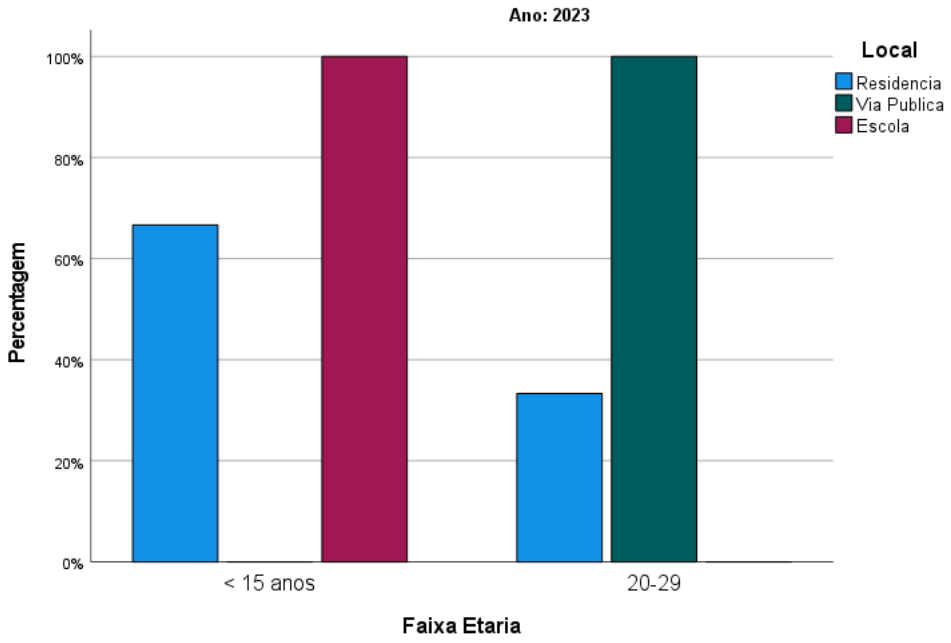


Gráfico 7 – Reencaminhamento em 2019

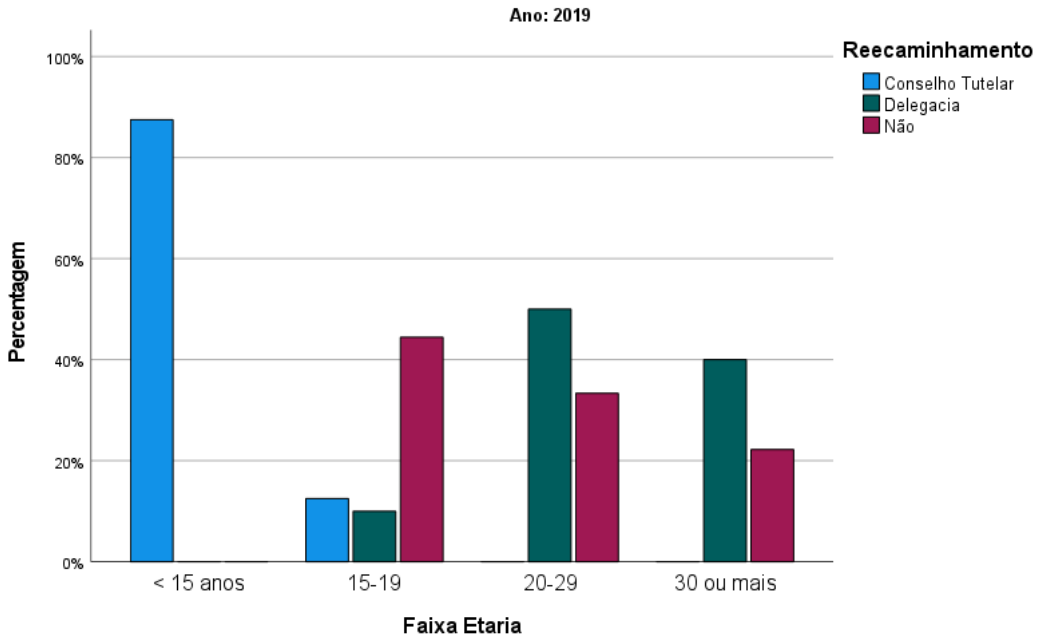


Gráfico 8 – Reencaminhamento em 2021

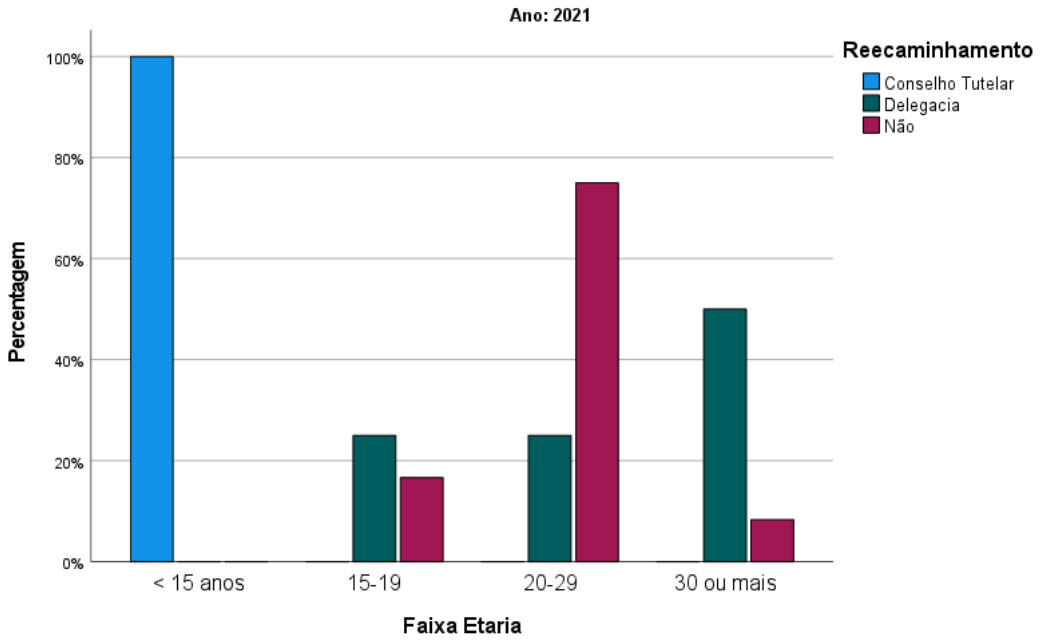


Gráfico 9 – Reencaminhamento em 2023

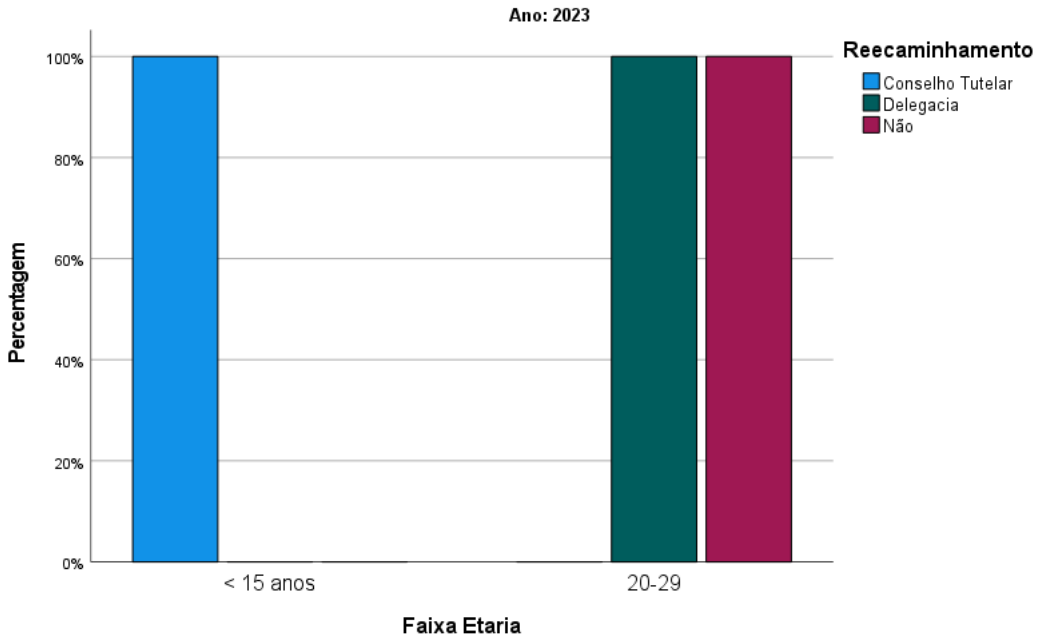


Gráfico 10 – Dos autores, em 2019

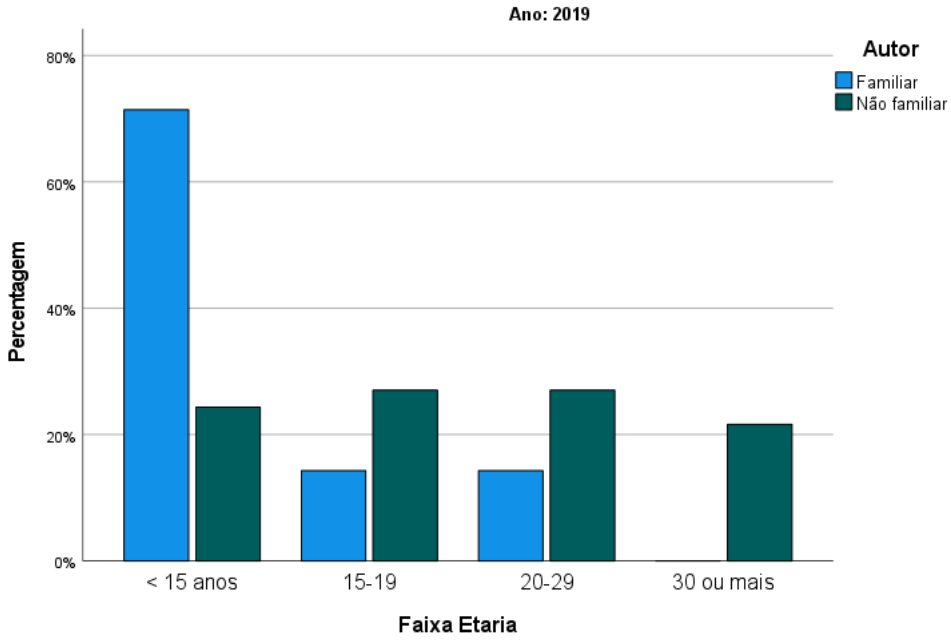


Gráfico 11 – Dos autores, em 2021

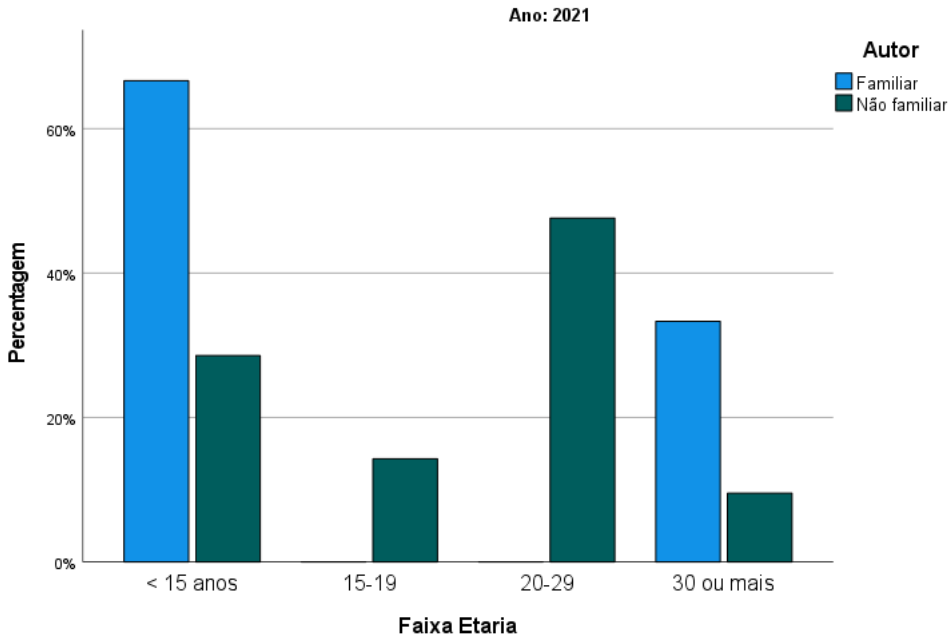
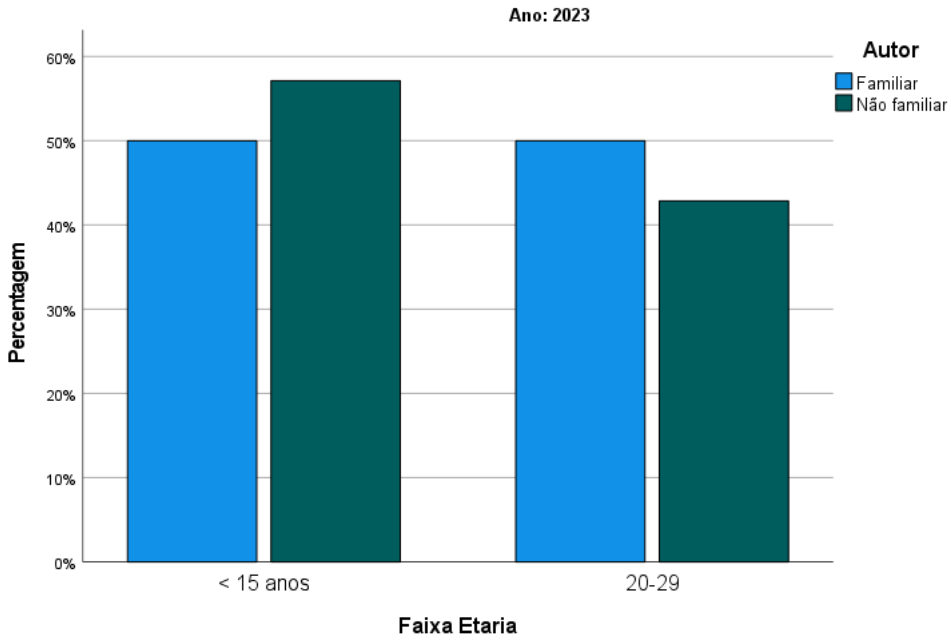


Gráfico 12 – Dos autores, em 2023



Quadro 1 – Profilaxia das IST não virais em adultos e adolescentes com mais de 45kg não gestantes

Medicação	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

* Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. **Gestantes devem usar ceftriaxona.
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. Manual de Controle de Doenças.

Quadro 2 – Profilaxia das IST não virais

Medicação	**Adultos**	**Crianças e adolescentes**
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contraindicado

*O uso da eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal.
**Contraindicada para grávidas.
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. Manual de Controle de Doenças.

Quadro 3 – Profilaxia das IST não virais em gestantes, crianças e adolescentes com menos de 45kg

Medicação	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
Ceftriaxona	250mg (acompanha diluente de 2ml)	IM	Aplicar 125mg (1ml)
Azitromicina	600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	VO	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única

1. Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids.

Quadro 4 – Imunoprofilaxia da hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B	
Aplicar IM em deltóide	0, 1 e 6 meses após a violência sexual Imunização ativa
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B	
0,06 ml/Kg	
Aplicar IM em glúteo	dose única
Imunização passiva	

Fonte: CGPNI/SVS/MS 2006.

Quadro 5 – Interpretação dos marcadores da hepatite B

Interpretação	**HbsAg**	**HBeAg**	**Anti-HBc IgM**	**Anti-HBc**	**Anti-HBe**	**Anti-HBs**
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência de contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Hepatites Virais: O Brasil está atento, 2008.

Quadro 6 – Critérios para a recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

Quadro 7 – Profilaxia do HIV para crianças

Medicamento	**Apresentação**	**Via de administração**	**Posologia**
ZIDOVUDINA (ZDV)	Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	VO	180mg/m^2/dose, de 12/12h Dose máxima: 300mg/dose
LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 150mg	VO	4 mg/ kg – dose – 12/12h Dose máxima: 150 mg – 12/12h > 12 anos: 150 mg 12/12 h ou 300 mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral 80mg/20mg/mL (LPV /r) Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r)	VO	Crianças < 2 anos: 300 mg/m2 – 12/12h Crianças > 2anos:

			230 mg/m2 – 12/12h Dose máxima: 200mg – 12/12h Adolescentes: 400 mg-12/12 h

Obs.: (1) Superfície corporal (m^2) = (Peso x 4) + 7 Peso + 90
(2) Peso em kg = 2 x idade + 8

Quadro 8 – Métodos de anticoncepção de emergência hormonal

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

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1.Idade: _____ (em anos, no início do atendimento)
2.Escolaridade: _____(último ano provado)
3. Estado civil: _____ (situação conjugal – união estável/ sem parceiro estável)
4. Tipo do agressor: _____ (grau de parentesco, conhecido, se mora na mesma casa, desconhecido)
5. Lugar da agressão: _____ (domicílio próprio, em outra casa, em outro local fechado ou em outro local externo)
6. Data da última menstruação: _____
7. Data do estupro: _____
8. Fez consulta de emergência logo após o estupro? ( ) sim ( )não

9. Se sim, quanto tempo após o estupro? _____ (em horas) (esse dado será coletado se estiver disponível no prontuário)
10. Recebeu anticoncepção de emergência? ( ) sim ( )não
11. Tempo decorrido desde a consulta de emergência e o atendimento nas Regiões de Saúde Sul e Oeste de Brasília: _____ dias. 12. Foi feito boletim de ocorrência policial? ( ) sim ( ) não 13. Recebeu antirretrovirais? ( ) sim ( ) não 14. Recebeu antibiótico? ( ) sim ( ) não

ANEXO B – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

Nº

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. **Atenção** : Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

DADOS GERAIS

1 – Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 – Agravo/Doença: **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA** | Código – (CID10): **Y09** | 3 – Data da Notificação: ___/___/_____

4 – UF | 5 – Município de notificação | Código (IBGE)

6- Unidade Notificadora ☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7- Nome da Unidade Notificadora | Código da Unidade | 9- Data da ocorrência da violência

8- Unidade de Saúde | Código (CNES) | ___/____/_____

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

10- Nome do paciente | 11- Data de Nascimento: ___/___/_____

12-(ou) Idade ☐ 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano | 13- Sexo ☐ **M**- Masculino **F**- Feminino | 14- Gestante ☐ 1-1º Trimestre 2- 2ºTrimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5 -Não 6- Não se aplica 9 - Ignorado | 15- Raça/Cor ☐ 1-Branca 2- Preta 3- Amarela 4-Parda 5- Indígena 9- Ignorado

16- Escolaridade ☐
0-Analfabeto **1**- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) **2**- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau)
3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) **4**- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
5-Ensino Médio Incompleto (2º grau) **6**- Ensino Médio Completo (2º grau) **7**-Educação Superior Incompleta
8- Educação Superior Completa **9**-Ignorado **10**- Não se aplica

17-Número do Cartão SUS | 18-Nome da Mãe

DADOS DE RESIDÊNCIA

19-UF | 20- Município de Residência | Código (IBGE)) | 21-Distrito/RA

22- Bairro | 23- Logradouro (rua, avenida, quadra...) | Código

24- Número | 25-Complemento (apto, casa,...) | 26-Geo Campo1

27- Geo Campo 2 | 28- Ponto de Referência | 29- CEP

30-(DDD) Telefone | 31-Zona ☐ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado | 32- País (se reside fora do Brasil)

Dados Complementares

DADOS DA PESSOA ATENDIDA

33- Nome Social | 34-Ocupação

35- Situação Conjugal/Estado Civil ☐
1 – Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 – Separado 8- Não se aplica 9 – Ignorado

36- Orientação Sexual ☐ 1-Heterossexual 2- Homossexual(gay/lésbica) 3-Bissexual 8- Não se aplica 9-Ignorado

37- Identidade de gênero ☐ 1-Travesti 2- Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38-Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐

39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
☐ Deficiência Física ☐ Deficiência Visual ☐ Transtorno Mental ☐ Outras _____
☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência Auditiva ☐ Transtorno de Comportamento

DADOS DA OCORRÊNCIA

40-UF | 41- Município de Ocorrência | Código (IBGE)) | 42-Distrito/RA

43- Bairro | 44- Logradouro (rua, avenida, quadra...) | Código

45- Número | 46-Complemento (apto, casa,...) | 47-Geo Campo3 | 48- Geo Campo 4

49-Ponto de Referência | 50 –Zona de Ocorrência ☐ 1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9-Ignorado | 51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)

52- Local de Ocorrência ☐☐
01-Residência 02-Habitação Coletiva 03-Escola 04-Local de Prática Esportiva 05-Bar ou similar 06-Via Pública 07-Comércio/serviços 08-Insdústrias/Construção 09-Outro_____ 99-Ignorado

53-Ocorreu outras vezes? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐

54-A lesão foi autoprovocada? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐

VIOLÊNCIA

55-Essa violência foi motivada por: ☐☐
01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica
05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 99-Ignorado

56-Tipo de Violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

☐ Física ☐ Tráfico de Seres Humanos ☐ Intervenção Legal
☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros:Tentativa de Suicídio
☐ Tortura ☐ Negligência/abandono ☐ Outros: Automutilações
☐ Sexual ☐ Trabalho Infantil ☐ Outros_____

57-Meio da Agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

☐ Força Corporal/Espancamento
☐ Enforcamento ☐ Envenenamento, intoxicação
☐ Obj. Contundente ☐ Arma de Fogo
☐ Obj. Pérfuro-Cortante ☐ Ameaça
☐ Substância/Obj. quente ☐ Outros_____

VIOLÊNCIA SEXUAL

58- Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado

☐ Assédio Sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia Infantil ☐ Exploração Sexual ☐ Outros_____

59- Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado

☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência
☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei

DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA

60-Número de envolvidos ☐
1- Um
2-Dois ou mais
9-Ignorado

61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei
☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa
☐ Padastro ☐ Ex-namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros_____
☐ Madastra ☐ Filho(a) ☐ Patrão/Chefe
☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoal com relação institucional

62-Sexo do provável autor da agressão ☐
1-Masculino
2-Feminino
3- Ambos os Sexos
9-Ignorado

63-Suspeita de Uso de álcool ☐
1-Sim
2-Não
9-Ignorado

64- Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐
1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
2- Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9- Ignorado

EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS

65- Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

☐ Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher
☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras Delegacias
☐ Rede da Educação (Creche, Escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude
☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública
☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66- Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐

67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐

68- Circunstância da lesão CID 10 – _____

69- Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone

Observações Adicionais:

Disque-saúde Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100

Mód.110.195 Verso



APÊNDICE I - THE ASSOCIATION BETWEEN VICTIM-OFFENDER RELATIONSHIP AND THE AGE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO SUFFER SEXUAL VIOLENCE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Abstract

Objectives

Sexual violence is a problem that affects children and adolescents regardless of social class, age, origin, religion, education level, marital status, race, or sexual orientation. This study aimed to analyze the associations between victim-offender relationships and the victim's age in cases of sexual violence involving female victims.

Methods

This cross-sectional, retrospective observational study used data from the Brazilian Ministry of Health's Department of Public Health Surveillance in Brasília regarding the reportable crime of rape as informed by female victims in the Federal District between January 1, 2012, and December 31, 2018. The age of the victim was classified as <15 years or 15-19 years. The offenders were classified into eight different categories according to their relationship with the victim: father, stepfather, brother, husband, boyfriend, friend, stranger, and others. The association between the victim-offender relationship and the victim's age was assessed.

Results

Overall, there were 4,617 reported cases of sexual violence, with 78.3% of these (n = 3614) corresponding to children under 15 and 21.7% to adolescents 15-19 years old (n = 1003). Close relatives, including brothers, and friends were the main perpetrators in cases of girls < 15 years old. Strangers and friends were the principal perpetrators in the group of girls 15-19 years old.

Conclusions

Children under 15 are the group most affected by sexual violence. Strategies must be developed to prevent the sexual abuse of children and adolescents and to facilitate the rehabilitation of victimized children.

Keywords

Sexual violence; Offenders; Rape; Children; Teenagers

Introduction

Sexual violence is an issue that affects women irrespective of social class, age, background, religion, education level, marital status, race, and even sexual orientation. This violation of human rights poses a greater threat to public health than is generally recognized because, for the most part, only a fraction of sexual attacks are reported.[1,2]The prevalence of sexual violence is high both in high- and low-income countries[3] with 6% to 59% of women reporting having experienced intimate partner sexual violence at some time.[4] In the United States, a study conducted in 2011 found that 19.3% of women reported having been raped at some time in their life.[5] Another study revealed that the highest prevalence of non-intimate partner aggression occurred in sub-Saharan Africa (21%) (95%CI: 4.5 - 37.5).[6]

The prevalence of sexual violence is higher among children and adolescents than in women over 20 years of age.[3,6, 7, 8] In a group of university students with a mean age of 18.5 years interviewed in Canada, 23.5% reported having been raped.[5] Furthermore, in a sample of high-school students in Mexico, 6.8% reported having suffered sexual violence before their 18th birthday.[1] In Zimbabwe, around a third of women (32.5%) were found to have been sexually assaulted before turning 18.[8]

Although intimate partners are described as being the most common perpetrators of sexual violence against adult women,[6,8,9] in cases involving children and adolescents stepfathers and other family members have been reported to be the most common perpetrators,[9] with the victim being acquainted with the offender in at least two-thirds of cases.[3,7] To the best of the authors'

knowledge, however, no studies have been conducted to assess associations between victim-offender relationships and the victim's age.

Since the late 1990s, any case of sexual violence in Brazil must obligatorily be reported to the Public Health Surveillance Department (*Secretaria de Vigilância em Saúde* - SVS). The data thus collected allow the prevalence of sexual violence to be estimated according to the victim's age, and any possible association between the victim-offender relationship and the victim's age to be established. The present paper provides a detailed evaluation of the variations in the relationship between victims of sexual assault and their attackers according to the victim's age.

Methods

This is a cross-sectional, retrospective observational study conducted to analyze the data reported by public and private hospitals to the Public Health Surveillance Department in Brasilia, Brazil using the compulsory forms for rape victims collected between January 1, 2012, and December 31, 2018, referring to female children and adolescents up to 19 years of age.

The type of relationship between the perpetrator and victim was assessed using eight categories of victim-offender relationship: father, stepfather, brother, husband, boyfriend, friend, stranger, and others. The last category, *others*, includes caregivers, employers/bosses, institutional relationships, mothers, children, legal guardians, and those not identified on the notification form.

To enable the association between the victim-offender relationship and the victim's age to be analyzed, age was classified into groups of < 15 years of age or 15-19 years of age. The statistical analysis was conducted using the chi-square test, the test of homogeneity, the test of independence and Fisher's exact test.

The data used in this study are freely available in the public domain and can be found at the Internet site of the Public Health Surveillance Department where compulsory notifications are recorded. Since it is impossible to identify the victims, the need for ethical approval was waived.

Results

The number of female children and adolescents treated at public health clinics in Brasília after having suffered sexual violence ranged from 611 in 2012 to 703 in 2013, 522 in 2014, 467 in 2015, 723 in 2016, 770 in 2017, and 821 in 2018, making a total of 4,617 children and adolescents over the 7-year period, with an average of 659 children and adolescents per year.

For the group of teenagers, the main perpetrators were strangers, with this category accounting for nearly 33% of all assaults, while friends were the perpetrators in around 25% of the cases (Table 1). The next most common group of perpetrators consisted of the victims' brothers, this category accounting for around 14% of the offenders in the 15-19-year age group and for 15% of all assaults on individuals under 15 years of age, i.e. children. In this latter group, strangers were the aggressors in around 10% of cases and friends in around 20% of cases.

Table 1. Percentage distribution of women reporting sexual violence according to victim-offender relationship and age group.[a]

Age Group	Father		Stepfather		Brother		Husband		Boyfriend		Friend		Stranger		Others		To
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
< 15 years	403	11.1	412	11.4	551	15.3	32	0.9	335	9.3	708	19.6	382	10.6	791	21.8	3,614
15-19 years	47	4.7	70	7.0	137	13.7	17	1.6	29	2.9	247	24.6	330	32.9	126	12.6	1,003
Total	450	10.0	482	10.5	688	15.0	49	1.1	364	8.0	955	21.6	712	15.5	845	18.3	4617

[a] Reports from the Brasilia Public Health Surveillance Department for the period from January 1, 2012 to December 31, 2018

Overall comparison: $p < 0.001$.
Comparison between age groups, < 15 years versus 15-19 years: $p < 0.001$.

Fathers and stepfathers were responsible for around 10% of all aggressions against adolescents and children irrespective of the victim's age, with the highest incidence (11.4%) occurring in the group of girls under 15 years of age.
Boyfriends represented around 9.3% of all perpetrators of sexual violence against girls under the age of 15 but less than 3% of all aggressors in cases of attacks on adolescents. Although it is rare for a husband to be the aggressor in cases of children under the age of 15, they represent around 1.6% of all perpetrators of sexual violence against adolescents of 15 to 19 years of age.
When the proportion of all assaults was assessed according to the victim's age, the group of girls under 15 years old represented around 80% of all cases (78.27%), while adolescents accounted for 21.73% (Table 1).
As shown in Table 2, between 2012 and 2016 brothers were the most common aggressors among family members, with fathers and stepfathers alternating between second and third place, albeit to a much lesser extent. In 2012, brothers were responsible for 142 occurrences (23.2%), and these figures remained stable over the ensuing years, with 144 occurrences in 2013 (20.5%), 99 in 2014 (19%), 97 in 2015 (20.8%), and 140 in 2016 (19.4%). It is interesting to note that in 2017 and 2018 the number of cases in which brothers were the perpetrators fell sharply to 17 (2.2%) and 49 (6%), respectively. In 2017, fathers were the most common aggressors within the family, with 79 cases (10.3%), followed by stepfathers, with 68 (8.8%). In 2018, the most common aggressors within the family were the stepfathers, with 144 cases (17.5%), followed by fathers, with 101 cases (12.3%).

Table 2. Frequency of cases of rape by year and type of offender for the overall sample.

Year	Father	Stepfather	Brother	Husband	Boyfriend	Friend	Stranger	Others	Total
2012	62 (10.1%)	54 (8.8)	142 (23.2%)	7 (1.1%)	38 (6.2%)	107 (17.5%)	82 (13.4%)	120 (19.6%)	611 (100%)
2013	69 (9.8%)	54 (7.7%)	144 (20.5%)	12 (1.7%)	60 (8.5%)	119 (16.9%)	90 (12.8%)	155 (22%)	703 (100%)
2014	51 (9.8%)	46 (8.8%)	99 (19%)	2 (0.4%)	44 (8.4%)	83 (15.9%)	90 (17.2%)	107 (20.5%)	522 (100%)
2015	25 (5.4%)	40 (8.6%)	97 (20.8%)	5 (1.1%)	37 (7.9%)	90 (19.3%)	87 (18.6%)	86 (18.4%)	467 (100%)
2016	63 (8.7%)	77 (10.7%)	140 (19.4%)	4 (0.6%)	47 (6.5%)	125 (17.3%)	115 (15.9%)	152 (21%)	723 (100%)
2017	79 (10.3%)	68 (8.8%)	17 (2.2%)	10 (1.3%)	65 (8.4%)	187 (24.3%)	135 (17.5%)	46 (6%)	770 (100%)
2018	101 (12.3%)	144 (17.5%)	49 (6%)	9 (1.1%)	73 (8.9%)	244 (29.7%)	113 (13.8%)	88 (10.7%)	821 (100%)

With respect to non-family aggressors, in 2012 the group with the highest number of occurrences was that referred to as *others*, with 120 cases (19.6%), followed by friends, with 107 (17.5%) and strangers, with 82 (13.4%). This situation continued in a similar fashion in 2013, with *others* then being responsible for 155 cases of aggression (22%), followed again by friends, with 119 (16.9%) and strangers, with 90 cases (12.8%). In 2014,

although *others* remained the most common non-family aggressor, with 107 cases (20.5%), the next largest group was that classified as *unknown*, with 90 (17.2%) followed by friends, with 83 (15.9%). In 2015, the most common non-family aggressors were friends, with 90 cases (19.3%), followed by *unknown* and *others*, with 87 (18.6%) and 86 (18.4%) cases, respectively. In 2016, the situation returned to figures similar to those seen in 2012, at the beginning of this series, with the most common non-family perpetrators being the group classified as *others*, with 152 cases (21%), followed by friends, with 125 (17.3%) and strangers, with 115 cases (15.9%). In 2017 and 2018, the same unusual drop seen in the number of cases perpetrated by brothers in those years was seen for the category classified as *others*, where numbers dropped sharply compared to the preceding years to 46 (6%) in 2017 and to 88 (10.7%) in 2018. Over that 2-year period, the most common non-family aggressor consisted of friends, with 187 reports (24.3%) in 2017 and 244 (29.7%) in 2018. Regarding the total number of cases reported each year, values remained relatively stable at 700-800 cases per year, with the exception of 2014 and 2015 when the number of rapes was lower, with 522 and 467 cases, respectively (Table 2).

Discussion

A surprising finding obtained from the data collected for this study concerned the fact that the principal perpetrator of sexual violence against girls under 15 years of age consisted of the victim's friends, with brothers occupying second place. To the best of the authors' knowledge, there is only one published paper that mentions sexual violence between siblings; however, in that paper, the victim had been murdered.[10] This lack of published data highlights the rarity of this victim-offender relationship in cases of sexual violence. Other than that article, the literature review performed for the purpose of this analysis failed to reveal any other reference to a brother as a perpetrator of sexual violence against an underage sister. Some studies, however, refer to *family members* as being the perpetrators of sexual violence and this description may or may not include siblings.[1,11]

What has indeed been reported in previous studies is that friends and classmates are among the most common sex offenders against children under 18 years of age.[7,12,13] In this study, there is no way of knowing whether perpetrators classified as *friends* in cases of sexual violence against children or adolescents were indeed classmates. However, in another study conducted in Brazil,[14] the frequency of sexual assault perpetrated by friends or acquaintances was much higher (42.3%) compared to the proportion identified in the present study. The fact that the data were collected at a forensic medicine unit in that study, while in the present study the victims may or may not have attended one of these units could possibly explain this difference.

Contrary to reports in the literature, the intimate partner, represented in this study by a husband or boyfriend, does not appear to be responsible for a significant percentage of sexual assaults against women of any age group. However, there is a common belief in Brazil that a steady intimate partner such as a long-time boyfriend or husband would have the right to use their partner's body for their sexual pleasure.[15] In a cultural environment in which this behavior by an intimate partner is accepted, intimate partner sexual violence will rarely be reported and, for this reason, may not be mentioned in studies such as this one, which was based on cases reported to the Public Health Surveillance Department. Therefore, it is possible that, since the present sample consists of reported cases of sexual violence, intimate partner assaults may not appear or may rarely appear in health records. In fact, some publications report that even in societies in which women feel more empowered with respect to their rights, women who have been assaulted are more likely to report assaults perpetrated by others than when the violence is committed by their own partner.[3,16]

In addition, the present results differ from those of other publications with respect to stepfathers and fathers as perpetrators of sexual offenses against children and adolescents. In the present study, fathers and stepfathers each constituted around 11% of all offenders, whereas in another

study conducted in Brazil that percentage was much higher (27.5%).[17] However, that study was based on cases treated at a forensic medicine unit.

Once again, it is evident that the fact that the present sample is made up of notified cases explains why strangers are the main aggressors of women over 15 years of age, unlike reports from other studies in which the perpetrators are in general known to the victims.[1,3,7] Another study conducted in Brazil that was also based on notified cases found an even higher proportion of aggressions by strangers against girls in the 10-14-year age group (32.9% compared to the 10.6% found in the present study) and a similar proportion against those in the 15-19-year age group (33.1% compared to 32.9% in the present sample).

An important limitation of this study is that it is based on cases of sexual violence reported to the public health authorities and, as discussed above, the proportion of reported cases of sexual violence is relatively small and selective, with aggressions perpetrated by close relatives being much less likely to be reported than when a stranger commits the aggression. If more funding were available, further studies should be conducted on a representative sample of the population in order to provide a more realistic picture of the situation of sexual violence in Brazil. Irrespective of this limitation, however, the present results show that children and adolescents in the Brazilian capital are very often victims of sexual violence committed by their own brothers, fathers or stepfathers, and this has serious implications on their mental and physical health.[2,6,17,18]

The results of this study confirm that the age group of women most likely to suffer sexual violence consists of children and adolescents, i.e. those under 15 years of age and those of 15 to 19 years of age, particularly the former group, as already reported in the literature.[3,5,10,11] Sexual violence against children is a problem that is strikingly similar in different regions around the world[7,]18, 19, 20, 21, 22 and one that appears to be more common in less socioeconomically privileged groups.[17,22]

These results highlight the importance of the issue of violence against children and adolescents, the consequences of which exert the greatest emotional impact of all the different forms of gender-based violence.[23,24] These findings also confirm that the age group most affected by this type of gender violence consists of girls of 10 to 14 years of age, for whom the impact on their physical and psychological health is greatest, affecting them for the rest of their lives.[25] In this sense, the emotional impact of sexual violence is unquestionably more serious than its physical consequences.[26]

Furthermore, it is important to note that a certain proportion of violence against children occurs at school[27]; therefore, close attention should be paid to ensure that such violence does not occur or that it is identified early to rectify its causes and avoid its consequences. Some studies have suggested that the progression of children through school constitutes a protective factor indicative of the absence of sexual violence.[28] These findings should alert health and education authorities to adopt measures to prevent sexual violence, restoring the health of children and adolescents as well as that of adult women. Strategies should be developed to prevent the sexual abuse of children and adolescents and facilitate the rehabilitation of victimized children. According to a Cochrane review, the consequences of sexual violence should be determined, and the implementation of interventions should be facilitated to effectively prevent and reduce its consequences in children, not only with respect to girls but also for boys.[28]

Since 1997, professionals at several departments of obstetrics and gynecology throughout Brazil have set up initiatives aimed at providing care for women who have suffered sexual violence.[29] In addition, the Ministry of Health has issued guidelines, most recently updated in 2012, regarding the care of women and adolescents who suffer sexual violence, including indications and procedures for the termination of pregnancy resulting from sexual violence.[30] However, this post-violence care, although important and necessary, is insufficient, since it does not prevent violence. The hope of the authors is that the publication of these data

will add to the information already available and encourage health authorities to develop programs specifically aimed at preventing the occurrence of sexual violence against children and adolescents.

In this study sample, female children under 15 were the group most affected by sexual violence, with the perpetrators mostly consisting of the victim's friends, while brothers occupied second place. Strategies must be developed to prevent the sexual abuse of children and adolescents and to facilitate the rehabilitation of victimized children. Further studies are required on the socioeconomic profile of these children and the distribution of cases as a function of the country's regions. Moreover, sexual violence against male children should also be investigated.

APÊNDICE II - EMERGENCY CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS AFTER SEXUAL VIOLENCE, IN BRAZIL'S CAPITAL, BRASILIA

Abstract

Objective: Sexual violence affects women of all ages but, more commonly, children and adolescents. This study aimed to identify the extent to which services are being provided at the hospitals responsible for the emergency care of children and adolescents who have suffered sexual violence and to determine whether there is any difference in the provision of such services as a function of the victim's age. **Method:** This cross-sectional study investigated differences in the care received by female children and adolescents who are victims of sexual violence in a capital city, comparing the treatment given to girls under 15 with that given to adolescents of 15 to 19 years of age. The data were extracted from the State Department of Health database between 01/01/2012 and 31/12/2016. **Results:** Children under 15 were much less likely to receive prophylaxis against HIV, sexually transmitted infections and hepatitis B, with the number of adolescent girls treated adequately corresponding to between twice and almost three times the number of children treated prophylactically. Only 10% of girls under 15 received emergency contraception. **Conclusion:** The lack of standard care established by the Ministry of Health highlights the need for urgent debates both locally and probably throughout the country, as the situation may be similar in other regions of the country.

Keywords

Aggressors, Children, Sexual Violence, Teenagers

1. Introduction

Gender-based violence is widespread in all regions of the world and has been documented throughout history. The type of gender violence that affects women most profoundly is sexual violence. [1] [2] [3] [4] Sexual violence affects women of all ages; however, it is much more common among younger girls. According to one Brazilian publication, 40% of female victims of sexual violence are under fifteen years of age. [5]

Studies published as long ago as the beginning of the 21st century already warned of the consequences of sexual violence and highlighted the inadequacy of the training given to the professionals providing the care required by these women. This failure to provide training was to a great extent attributed to the "invisibility" of the problem. [6] [7] [8] The document "*Technical Guidelines for the Prevention and Treatment of Injuries Resulting from Sexual Violence against Women and Adolescents*" published by the Brazilian Ministry of Health lists each item required for the care of women and girls in situations of violence. [9] According to these recommendations, the care provided to women who suffer sexual violence should follow a systematic protocol of actions that includes: an interview, the report of the occurrence, clinical and gynecological examinations, additional examinations, and psychological follow-up care, with emergency interventions and hospitalization being considered exceptional conditions. [9] Prophylactic treatment for infections and emergency contraception to prevent pregnancy should be administered as soon as possible after the sexual assault takes place.

The general objective of the present study was to identify the extent to which these services are indeed being provided at the hospitals responsible for the emergency care of women who have suffered sexual violence. The specific question here is whether there is any difference in the provision of such services as a function of the age of the women or girls who suffer sexual violence.

2. Methods

This is a cross-sectional study conducted to evaluate differences in the care received by female children and adolescents who suffer sexual violence according to age, comparing girls under 15 years of age with adolescents of 15 to 19 years of age. The data for the study were extracted from the compulsory notification forms filled out at all public hospitals within the State Department of Health network during the provision of care to girls and adolescents who had suffered sexual violence in this capital city. The study included all female children and adolescents seeking care at one of these hospitals following sexual assault between January 1, 2012 and December 31, 2016.

The care recommended in the Ministry of Health's guidelines includes prophylactic treatment against human immunodeficiency virus (HIV) infection, sexually transmitted infections (STIs), and hepatitis B, as well as emergency contraception. The services provided must be recorded on the compulsory notification form.

The following hypotheses were analyzed: *(a)* Were children under 15 years of age less likely to receive emergency contraception? *(b)* Were adolescents of 15 to 19 years of age more likely to receive contraception? *(c)* Were adolescents of 15 to 19 years of age more likely to be given prophylaxis against STI? *(d)* Were children under the age of 15 less likely to be given prophylaxis against HIV? *(e)* Were children under 15 years of age less likely to be given prophylaxis against hepatitis B?

Only female sexual assault victims were included in this study. They were classified into two different groups according to age: < 15 years, 15 - 19 years. Statistical analysis was performed using the chi-square test, the test of homogeneity, test of independence, and Fisher's exact test. The data used in the study are freely available in the public domain and can be found on the public health surveillance website where all compulsory notifications are registered. For all tests, significance was established at $p < 0.05$.

The data used in the study are freely available in the public domain and can be found on the public health surveillance website where all compulsory notifications are registered. As it was impossible to identify the women included in this study, the institutional review board waived the requirement for ethical approval.

3. Results

This sample consisted of 2,576 female victims of sexual violence: 2,041 children under 15 years of age and 535 adolescents aged between 15 and 19 years of age. Girls under fifteen years of age were found to be much less likely to receive prophylactic treatment against HIV, STIs or hepatitis B compared with adolescents aged 15 to 19 years (Tables 1 - 3), with the percentage of girls under 15 years of age who were given prophylactic treatment being around a third to a quarter of the percentage of adolescents treated prophylactically. Between 75% and 81% of the children under 15 years of age were not given prophylactic treatment for HIV, STIs or hepatitis B compared to 36 - 47% of adolescents aged 15 to 19 years. Only 10% of the group of younger girls was given emergency contraception, with adolescents being 3.8 times more likely to receive emergency contraception compared to the younger age group (Table 4).

The poorer care provided to girls under 15 years of age is also reflected in a greater failure to record data appropriately. In many of these cases, it remains unknown if treatment was provided or not due to missing data or incomplete notification forms.

Age (in years)	Unknown (Missing data)		Prophylactic treatment for HIV				Total	
			Provided		Not provided			
	n	%	n	%	n	%		p-value
< 15	649	31.8	315	15.4	1,077	52.8	2,041	<000.1

15 - 19	88	16.4	279	52.1	168	31.4	535
Total	737	28.6	594	23.0	1.245	48.3	2.576

Table 1. Provision of prophylactic treatment against HIV to women who reported sexual violence in Brazil's capital (Brasilia) between 2012 and 2016, according to age.
HIV: Human immunodeficiency virus; Source: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Age (in years)	Unknown (Missing data)		Prophylactic treatment for STIs				Total	
			Provided		Not provided			
	n	%	n	%	n	%		p-value
< 15	650	31.8	338	16.6	1,053	51.6	2,041	<0.0001
15 - 19	88	16.5	286	53.5	161	30.0	535	
Total	738	28.6	624	24.2	1,214	47.1	2,576	

Table 2. Provision of prophylactic treatment for STIs to women who reported sexual violence in Brazil's capital (Brasilia) between 2012 and 2016, according to age.
STIs: Sexual transmitted infections.; Source: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Age (in years)	Unknown (Missing data)		Prophylactic treatment for hepatitis B				Total	
			Provided		Not provided			
	n	%	n	%	n	%		p-value
< 15	665	32.6	255	12.5	1,121	54.9	2,041	<0.001
15 - 19	100	18.7	234	43.7	201	37.6	535	
Total	765	29.7	489	18.9	1,322	51.3	2,576	
Hepatitis B								

Table 3. Provision of prophylactic treatment for hepatitis B to women who reported sexual violence in Brazil's capital (Brasilia) between 2012 and 2016, according to age.
Source: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

Age (in years)	Unknown (Missing data)		Emergency contraception				Total
			Provided		Not provided		
	n	%	n	%	n	%	
< 15	716	35.0	205	10.4	1,120	54.9	2,041
15 - 19	107	20.0	208	39.0	220	41.1	535
Total	823	31.9	413	16.0	1,340	52.0	2,576

Table 4. Provision of emergency contraception to women who reported sexual violence in Brazil's capital (Brasilia) between 2012 and 2016, according to age.
Provision of emergency contraception; Source: SinanNet - Giass/Divep/SVS/SES-DF.

4. Discussion

The proportion of girls under 15 years of age who were provided with emergency contraception was considerably lower than the percentage of older women receiving this care, with the number of younger girls representing only around one-third to a quarter of the percentage of older women provided with emergency contraception. In the case of emergency contraception, the proportion of women ≥ 30 years of age who received this care was around ten percentage points lower than that of women 15 - 29 years of age. The percentage of women for whom this information was missing was about 15 percentage points higher in the under-15 years age group compared to the groups of older women.

Sexual violence against women is not new and may have existed in all or nearly all civilizations throughout history. In the case of Brazil, it was first recognized in the 1940 Penal Code, which cited pregnancy following rape as one of the situations in which abortion was legally permitted. It was only in the late 1990s, following annual nationwide meetings of Professors of Obstetrics and Gynecology, together with Professors of Legal Medicine and Ethics, representatives of the Ministry of Health and of the Brazilian Federation of Associations of Obstetrics and Gynecology, social scientists, and women's groups, that the relevance and frequency of the issue of sexual violence became visible and broadly discussed. [10] [11] [12] [13]

The Brazilian Ministry of Health took the recommendations proposed during these discussions into consideration when establishing guidelines for the care of women and adolescents who suffer sexual violence. These include not only the legal termination of pregnancy but also the care that should be provided at all emergency care services immediately after the sexual assault. These guidelines include the provision of prophylactic treatment for HIV, STIs, and hepatitis B, as well as emergency contraception to prevent an unwanted pregnancy that would almost certainly result in an induced abortion. [14] [15] [16] [17]

These actions led to an increase in the number of cases of sexual violence reported within the National Health Service, providing a better idea of the dimension of the problem, the characteristics of the victims and those of the environment in which the violence takes place.

The present results clearly show that girls under 15 years of age are discriminated against in that, compared to older women, they are not given the care established as standard by the Ministry of Health. Moreover, the information regarding whether or not such services were provided is missing in a much higher percentage of cases in this younger age group. It is difficult to understand why there is such discrimination with respect to younger females. It may be that emergency health services are intended for an adult population, with providers possibly feeling unprepared to care for children and perhaps referring them to a pediatric clinic. However, unfortunately, no information is available in this regard. Nevertheless, since the time between the assault and the provision of prophylactic treatment should necessarily be short, there is no valid justification for failing to provide emergency care to girls in this age group.

The present study was conducted using Brazilian Health Surveillance data from the Federal District State Health Department, which were then used to analyze the association between the age of the sexual assault victim and the care provided to her by the health services in Brazil's capital city, Brasilia. The considerable amount of missing data resulting from inadequate completion of the notification forms constitutes the main limitation of this investigation.

5. Conclusions

The finding that girls under 15 years of age are not receiving the care established by the Ministry of Health highlights the need for an urgent debate on the issue with all the providers of emergency care in Brasilia and, probably, throughout the entire country, as there is no reason to believe that the situation is any different in other regions of the country.

Acknowledgements

The authors are grateful to all the gynecologists and obstetricians who completed notification forms after providing care to victims of sexual violence and also to Adelson Guimarães da

Costa, a nurse at the Public Health Surveillance Department, Brasilia. We would also like to thank Eulalia Nascimento for her assistance in preparing this manuscript.

Data availability

The data used in the study are freely available in the public domain and can be found on the public health surveillance website where all compulsory notifications are registered.

Conflicts of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this article.

References

[1] Minayo, M.C.S. (2007) Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência é prejudicial para a saúde individual e coletiva. In: Sousa, E.R., Ed., *Curso de formação: Os Atosde Violência em Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (EAD/ENSP), Rio de Janeiro, 24-35. https://doi.org/10.7476/9788575415887.003

[2] Winzer, L. (2016) Frequência de agressão sexual auto-relatada e vitimização no Brasil: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00126315. https://doi.org/10.1590/0102-311X00126315

[3] Bohra, N., Sharma, I., Srivastava, S., *et al*. (2015) Violência contra a mulher. *Jornal Indiano de Psiquiatria*, 57, S333-S338. https://doi.org/10.4103/0019-5545.161500

[4] Facuri, C.O., Fernandes, A.M., Oliveira, K.D., *et al*. (2013) Violência Sexual: Um Estudo Descritivo de Vítimas de Estupro e Atendimento em um Centro de Referência Universitário no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 889-898. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008

[5] Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Câmara dos Deputados. Mapa da violência contra a mulher (2018) Comitê de Defesa dos Direitos da Mulher. Câmara dos Deputados. Mapa da Violência contra as Mulheres, 2018. Câmara dos Deputados, Brasília, 21h https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf

[6] Faúndes, A., Hardy, E., Osis, M.J., *et al*. (2000) Risco de queixas ginecológicas e disfunções sexuais de acordo com a história de violência sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22, 153-157. https://doi.org/10.1590/S0100-72032000000300006

[7] Faúndes, A., Rosas, C.F., Bedone, A.J., *et al*. (2005) Violência Sexual: Procedimentos Recomendados e Resultados do Atendimento de Emergência para Mulheres Vítimas de Estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 126-135. https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009

[8] Oshikata, C.T., Bedone, A.J. e Faúndes, A. (2005) Atendimento de emergência para mulheres após agressão sexual: características das mulheres e acompanhamento pós-agressão de seis meses. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 192-199. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100021

[9] Técnica, N. (2012) Revenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

[10] Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Distrito Federal: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Anuario-Brasileiro-de-Seguranc?a-Pu?blica-2018.pdf

[11] Faúndes, A., Bedone, A. e Silva, J.L.P (1997) Fórum Interprofissional para Implantação da Atenção ao Abortamento. *Femina*, 25, 69-78.

[12] Faúndes, A., Araújo, M.J.O., Andalaft-Neto, J., *et al*. (2007) Relatório Final: Fórum Interprofissional sobre Violência contra a Mulher e Implementação do Aborto Legal. *Femina*, 35, 55-58.

[13] Faúndes, A. e Andalaft, J. (2002) Violência Sexual contra a Mulher. O papel das sociedades de ginecologia e obstetrícia no Brasil. *Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*, 78, S67-S73.
https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00047-4

[14] Garcia, A.L.C. e Trajano, M.P. (2018) Violência Sexual contra Mulheres e Saúde Mental: Um Diálogo sobre a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento de Lesões Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10, 260-280.

[15] Trigueiro, T.H., Merighi, M.A., Medeiros, A.D., *et al*. (2015) Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço especializado. *Cogitare Enfermagem*, 20, 247-254.
https://doi.org/10.5380/ce.v20i2.40355

[16] Torres-de la Roche, L.A., Krentel, H., Devassy, R., *et al*. (2019) Reparo Cirúrgico de Lesões Genitais após Abuso Sexual. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW*, 8, Doc14.

[17] Farchi, S., Polo, A., Asole, S., *et al*. (2013) Uso de serviços de emergência por mulheres vítimas de violência na região do Lácio, Itália. *BMC Womens Health*, 13, Artigo nº 31.
https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-31

APÊNCIDE 3 - DIFFERENCE IN THE EMERGENCY CARE PROVIDED TO WOMEN WHO HAVE SUFFERED SEXUAL VIOLENCE, ACCORDING TO SKIN COLOR: A CROSS-SECTIONAL RETROSPECTIVE STUDY

EVALDO LIMA DA COSTA (evaldolimacosta@yahoo.com.br) University of Porto/Federal Council of Medicine
KARLA SIMÔNIA DE PÁDUA. State University of Campinas (UNICAMP)
ANIBAL FAÚNDES. State University of Campinas (UNICAMP)
RUI NUNES. University of Porto

Keywords: sexual violence, victims, emergency care, skin color, discrimination, racism.
Posted

ABSTRACT
Background: In Brazil, emergency healthcare for victims of sexual aggression should follow guidelines defining treatment, with notification by health centers being mandatory. Conversely, there is solid evidence that skin color or racial discrimination has led to significant social inequalities in health throughout the country. The objective of this study was to evaluate the quality of care provided to female victims of sexual aggression seen in public hospitals in the Federal District of Brasília, Brazil according to the victim's self-reported skin color.
Methods: This cross-sectional, retrospective study evaluated the care provided to female victims of sexual violence seen at a public hospital within the State Health Department network in the Federal District of Brasília. The data analyzed were retrieved from the Brazilian National Health Surveillance Agency database, which contains the compulsory notification records registered at all healthcare services in the country. The study included 2,256 females of 1-79 years of age who received care at one of these hospitals between January 1, 2012 and December 31, 2016 following sexual aggression. The four types of treatment recommended for women who suffer sexual violence were taken into consideration: prophylactic treatment against human immunodeficiency virus, sexually transmitted and hepatitis B infections, and emergency contraception. The independent variable was the victim's ethnicity/skin color.
Results: Overall, 50.4% of the women in the sample self-reported as being of mixed race or brown skinned, 37.4% as white and 12.2% as black. The percentage of white women who received any of the four components of emergency care following sexual violence was always higher than the percentage of brown- or black-skinned women receiving the same component. The differences between white and brown-skinned or black women were always much greater than the differences between brown-skinned and black women.
Conclusions: The quality of emergency care provided following sexual aggression was poorer in the case of black or brown-skinned women compared to white women. The data from the present study may contribute towards improving the quality of the emergency care provided to all women and adolescents who suffer sexual violence irrespective of their skin color, thus eliminating the discrimination identified here. Introducti

INTRODUCTION

Sexual violence is present in all societies[1] despite remaining largely hidden due to the reluctance of victims to report the aggressor, either because they are afraid of further consequences or because the aggressor is a family member whom they do not want to be punished and imprisoned[2]. Furthermore, those who suffer aggression are seldom aware of where to turn to for help in the aftermath of the violence[3]. Studies conducted in the United States have found no difference in the rates of intimate partner violence as a function of race[4]; however, to the best

of our knowledge, no study has yet been conducted into the care received by women and adolescents who have suffered sexual violence according to their skin color. In Brazil, women and girls who suffer sexual violence are encouraged to report the occurrence and records of these notifications are available for each municipality. The present study evaluated the notifications recorded in the city of Brasilia, Federal District, Brazil between January 2012 and December of 2016. The main objective was to assess the care provided to female victims of sexual aggression seen in the local public hospitals according to the victim's self-reported skin color.

METHODS

This was a cross-sectional, retrospective study based on secondary data obtained from the Brazilian National Health System (Sístema Único de Saúde - SUS). Data were extracted from the compulsory notification records that are registered at all healthcare services in Brazil[5]. Data on the care provided to all women who had suffered sexual violence and consequently received care at a public hospital within the State Health Department network in the Federal District of Brasília were analyzed. The study included 2,256 females of 1 to 79 years of age who received care at one of these hospitals between January 1, 2012 and December 31, 2016 following sexual aggression.

The data used in this study are freely available within the public domain and can be consulted at the site of the Brazilian National Health Surveillance Agency where all compulsory notifications are registered[6]. Only female victims of sexual violence were included in the present study. The four types of treatment recommended in the Ministry of Health's guidelines for women who have suffered sexual violence were taken into consideration. These include prophylactic treatment against human immunodeficiency virus (HIV) infection, against sexually transmitted infections (STI) and against hepatitis B, as well as the provision of emergency contraception.

STATISTICAL ANALYSIS

The independent variable was the women's ethnicity/skin color. The chi-square test and Fisher's exact test[7] were used to verify the bivariate association between the variables, with the significance level being set at 5%. The analyses were conducted using the freely available OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, software program, version 3.01

ETHICS

In accordance with Legislation 12.527 of November 18, 2011, paragraph 1, neither the local nor the national systems of ethics and research (CEP/CONEP) in Brazil is required to evaluate research to be conducted using publicly available data.

Accordingly, as it is impossible to identify the participants included in this study, the internal review board of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS) waived the requirement for ethical approval.

RESULTS

Around half the women in the sample (50.4%) self-reported as being of mixed race or brown skinned, while 37.4% self-reported as white and less than one in eight (12.2%) as black. The percentage of white women who received any of the four components of emergency care following sexual violence was always higher than the percentage of brown- or black-skinned women who received the same component of emergency care following sexual violence.

The difference was greatest (10 percentage points) between white and black women with respect to prophylaxis against STIs, with a difference of 9 percentage points for prophylaxis against HIV, 8 percentage points for prophylaxis against hepatitis B and of 6 percentage points for emergency contraception (Table 1).

Table 1
Emergency care provided after sexual violence according to the victim's skin color.

	White	Brown	Black	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Profilaxia contra IST	386 (45.8)	441 (38.8)	98 (35.5)	<0.001
Profilaxia contra HIV	371 (44.1)	419 (36.8)	97 (35.1)	<0.003
Profilaxia contra hepatite B	301 (35.7)	344 (30.2)	77 (27.9)	<0.01
Contracepção de emergência	256 (30.4)	291 (25.6)	68 (24.6)	<0.05
Total (n = 2,256)	**842 (37.3%)**	**1,138 (50.4%)**	**276 (12.2%)**	

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

The differences between white and brown-skinned or black women were always much greater than the differences between brown-skinned and black women.

DISCUSSION

The distribution of the women in the present sample according to self-reported skin color is not very different from the distribution found in the 2019 National Household Sample Survey (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios - PNAD), which showed that 42.7% of individuals classified themselves as white, 46.8% as brown and 9.4% as black[8]. The percentage classifying themselves as white in the present sample was five percentage points lower than in that survey, while the percentage that considered themselves to be brown-skinned or black was slightly higher than the rates reported in the 2019 PNAD[8].

This difference may be an indication that white women are at a lower risk of suffering sexual violence than women with darker skin

Discrimination based on skin color or racial discrimination is widespread in Brazil[9] and these results may simply mirror this situation. This inequity constitutes a gross violation of the ethical principles of healthcare[10] and even more so in the case of women or adolescents in a situation of extreme vulnerability such as following sexual aggression. Furthermore, black women and women of mixed race may possibly be more reluctant than white women to request care following sexual violence, afraid of the stigma often attached to victims of sexual aggression [11].

CONCLUSIONS

Irrespective of the reasons why the emergency care provided to the non-white women and adolescents was of a poorer standard compared to that provided to white women and adolescents in the same situation, all healthcare services providing emergency care to survivors of sexual violence should ensure that all women requesting care are treated with empathy and are never re-victimized. Moreover, it should never be suggested that it is the victim’s fault for

exposing herself to the situation that led to the violence. The data included in this paper is intended to contribute towards improving the quality of the emergency care provided to women and adolescents who suffer sexual violence.

Declarations

Ethics approval and consent to participate.

The internal review board of the Foundation for Teaching and Research in Health Sciences (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS), Brasília, D.F. waived the requirement for ethical approval due to the impossibility of identifying the participants included in this study.

Consent for publication.

Not applicable.

Availability of data and materials

The datasets analyzed during the current study are publicly available from the Brazilian National Health Surveillance Agency at https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de notificacao-de-2007-em-diante-sinan/. Select "Violência interpessoal / autoprovocada", then "Distrito Federal". On the next screen, select the time period and all categories of "violência sexua

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

None

Authors' contributions

Evaldo Lima da Costa and Karla Simônia de Pádua analyzed and interpreted the data. Anibal Faúndes and Rui Nunes were major contributors in writing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

Not applicable.

JUSTIFICATION

The care provided to victims of sexual violence in the emergency rooms of public hospitals must be guided by the four principles of bioethics: Autonomy, Beneficence, Non-maleficence, and justice.

AUTONOMY

Victims of sexual violence can be treated in any emergency room of public hospitals in the Federal District. However, notification forms are sent to the Centers for Prevention and Assistance to Situations of Violence (NUPAVs) located in the Administrative Regions (RA) where they reside. As they are treated in public hospitals by the gynecology/obstetrics sector, they end up resorting to emergency rooms that do not belong to the RA of their residence, for fear of encountering someone they know.

The doctor also has the autonomy to prescribe medications and guide the treatment, but is required to fill out the notification form. The attendant will then hand over the prescriptions for the remaining medication and separate the mandatory notification form to be forwarded to the NUPAV corresponding to the RA of residence of the victim.

Victims seek emergency care at any time of day, fearing unwanted pregnancy or contamination by sexually transmitted infections – or even HIV – and they know that these medications will be available in the emergency rooms of public hospitals 24 hours a day, seven days a week, something that does not happen in private hospitals.

If emergency contraception fails and results in an unwanted pregnancy resulting from rape, there is legal provision for the termination of the pregnancy. This is called legal abortion. However, in Brasília, only one hospital performs this type of termination: the Brasília Maternal and Child Hospital (HMIB).

HMIB has a multidisciplinary team prepared to perform the termination of this pregnancy up to the twentieth week, through the Legal Pregnancy Termination Program. It is the only one in the Federal District and surrounding region that offers access to the procedure to girls and women free of charge, confidentially and without any type of barrier.

BENEFIT

Hippocrates already said that a doctor, when attending to his patients, should have two objectives: to do good and to avoid harm. It is the doctor's duty to always bring relief and care for the psychological and social well-being of his patient, using all his knowledge for this purpose.

Victims of sexual violence have priority in the Manchester risk classification in public hospital emergency rooms – they receive the orange classification, which is the second on the triage scale. The goal is for them to be attended to quickly, receive guidance and medication, since they are psychologically and physically devastated and seek care that brings them peace of mind regarding an unwanted pregnancy, the fear of contracting an STI, or even becoming HIV positive.

Regarding the posture of the professional who welcomes victims of sexual violence, he must have an empathetic and compassionate view. Put yourself in the patient's place and treat her as you would like to be treated. Be sensitive. Do not show indignation or outrage. Just be welcoming and show that you understand and believe what she is telling you. Help her understand that she is not to blame for what happened and don't judge her; establish active communication. Look her in the eyes and say that you imagine she is suffering a lot and that you will do everything possible to help her at that moment. Make specific, not general, suggestions. Communicate to her about the continuation of the medication and its side effects, and about the importance of adhering to the treatment and filing a police report. Do not re-victimize the patient. Avoid asking her to recount the violence she suffered. Ask only what is really necessary for the care. Sexual relations with minors under 14 years of age are a crime! If the violence occurs with minors under 14 years of age, elderly women, or people with severe intellectual disabilities, call Social Services, which will activate the Protection Network (police station, Child Protective Services, elderly association). If there is no Social Services on duty, keep the patient hospitalized for evaluation.

NON-MALEFICENCE

In bioethics, the principle of non-maleficence is fundamental. It is based on the idea that no harm should be caused to the patient. This principle is often summarized by the Latin phrase primum non nocere, which means "first, do no harm."

Maleficence relates to the possible lack of respect on the part of the doctor when attending to these victims, because they believe that they were the cause or instigators of these rapes, for wearing provocative or sensual clothing. Or because they believe that, because they are drunk, they should not be in the emergency room to receive treatment.

This principle is based on the distributive justice of state resources for health, research and prevention, reaching all individuals in an equitable and adequate manner, considering the burdens and benefits for society.

JUSTICE

Justice so that these victims receive compassionate and ethical care and feel supported after sexual, psychological, and physical abuse.

The perpetuation of the cycle of violence is a serious and multifaceted problem. When sexual violence is not reported and victims do not receive adequate care, several negative consequences can occur: victims who do not receive adequate support may become more vulnerable to further abuse, whether by the same perpetrator or by others; lack of intervention can worsen psychological trauma, leading to long-term mental health problems such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD); without an adequate response from authorities and health services, violence may be seen as "normal" or inevitable, perpetuating abusive behaviors; failure to report prevents perpetrators from being held accountable for their actions, which may encourage them to continue committing abuse; and inaction can undermine the trust of victims and the community in health and justice systems, discouraging future reports and the search for help.

The care of documents is not limited to technical procedures of organization and preservation; it also involves ethical and professional obligations that underpin the credibility of institutional practices. Among the fundamental duties, confidentiality stands out, guaranteeing the protection of sensitive information; responsibility, which demands precision and transparency in document management; and integrity, which implies respect for the veracity and authenticity of records.

Ethical Considerations, Professional Duties, and Good Practices in Health

The results of this study highlight not only an inequality in access to the components of emergency care for victims of sexual violence, but also raise relevant ethical questions related to professional duties and good practices in health. From a bioethical point of view, the care provided to women in situations of sexual violence must be based on the principles of justice, non-maleficence, beneficence, and respect for human dignity, regardless of skin color, social origin, or any other personal characteristic.

Brazilian legislation and the guidelines of the Ministry of Health clearly establish the obligation to offer the full and equitable prophylactic measures recommended after sexual violence, as well as the proper recording of these actions in health information systems. The omission or incomplete recording of these care measures constitutes not only a failure in healthcare but also a violation of professional ethical duties, and may contribute to the perpetuation of existing structural inequalities.

The proper preservation of documents and the complete filling out of notification forms are an essential part of good clinical and administrative practices. Incomplete or inconsistent records compromise the continuity of care, hinder epidemiological surveillance, and limit the formulation of effective public policies. Furthermore, the quality of health documentation has an ethical dimension, as it reflects the recognition of the relevance of the victim's suffering and the institutional commitment to their protection.

When analyzed in a broader context, the results observed in this study are consistent with international evidence demonstrating the influence of social, cultural, and institutional

factors—including structural racism—on helping behavior and clinical decision-making. Healthcare professionals operate within socially conditioned systems, but this does not exempt them from the individual and collective ethical responsibility to provide humane, evidence-based, and discrimination-free care.

Thus, it becomes essential to invest not only in technical training but also in ongoing ethical training, with an emphasis on recognizing implicit biases, racial equity, and professional accountability. Promoting adequate institutional conditions—such as clear protocols, effective supervision, and valuing the quality of records—is fundamental to ensuring that care for victims of sexual violence is truly fair, ethical, and person-centered.

REFERENCES

1. Hellmann DF, Kinninger MW, Kliem S. Sexual violence against women in Germany: prevalence and risk markers. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(8):1613.
2. Weiss HB, Ismailov RM, Lawrence BA, Miller TR. Incomplete and biased perpetrator coding among hospitalized assaults for women in the United States. Inj Prev. 2004;10(2):119–21.
3. Geldolf M, Tijtgat J, Dewulf L, Haezeleer M, Degryse N, Pouliart N, et al. Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. BMC Med Educ. 2021;21(1):130.
4. Wenker K, Gorchynski J. Intimate partner violence among women presenting to a university emergency department. Cal J Emerg Med. 2004;5(2):34–9.
5. Brasil. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Law No. 10,778, of November 24, 2003 establishes the compulsory notification, in the national territory, of cases of violence against women who are treated in public or private health services. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Accessed 16 Dec 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. [Brazil. Ministry of Health. Information System for Notifiable Diseases - SINAN. Brasília: Ministry of Health; 2021.] http://portalsinan.saude.gov.br/. Accessed 20 Dec 2021.
7. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Pacific Grove: Calif Duxbury; 2000. Page 7/7
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2012/2019. [IBGE – Brazilian Institute of Geography and Statistics, Research Board, Coordination of Work and Income, 2012/2019 Continuous National Household Sample Survey (PNAD).].
9. Marteleto LJ, Dondero M. Racial inequality in education in Brazil: a twins fixed-effects approach. Demography. 2016;53(4):1185–205.
10. Elias A, Paradies Y. The costs of institutional racism and its ethical implications for healthcare. J Bioeth Inq. 2021;18(1):45–58.
11. Delker BC, Salton R, McLean KC, Syed M. Who has to tell their trauma story and how hard will it be? Influence of cultural stigma and narrative redemption on the storying of sexual violence. PLoS ONE 2020;15(6):e0234201.