

CAPÍTULO 13

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: ATENDIMENTO, ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO DAS VÍTIMAS

Arlete Maria dos Santos Fernandes
Claudia de Oliveira Facuri
Renata Cruz Soares de Azevedo

2021

Sumário

Violência sexual, aspectos periciais, redução de danos, acolhimento e seguimento ambulatorial das vítimas

Quadro 1: Situações que são definidas como estupro/violência sexual

Quadro 2 : Mitos e Fatos sobre o estupro

Quadro 3: Motivos pelos quais os profissionais têm dificuldade de abordar pacientes vítimas de violência sexual

Atendimento pós trauma e seguimento ambulatorial das vítimas

Dados sociodemográficos:

Antecedentes pessoais:

Dados do evento:

Rede de apoio:

Detalhamento de antecedente psiquiátrico:

Estado emocional e mental desde o evento:

Hipótese diagnóstica:

Plano de tratamento:

Cuidados no atendimento à gestação decorrente de violência sexual: O que fazemos

Referências bibliográficas

Violência sexual, aspectos periciais, redução de danos, acolhimento e seguimento ambulatorial das vítimas

Considerações preliminares para o atendimento ambulatorial de mulheres vítimas de violência sexual

“Existe apenas uma verdade universal, aplicável a todos os países, culturas e comunidades: a violência contra as mulheres nunca é aceitável, nunca é perdoável, nunca é tolerável.” (Ban Ki-Moon, Secretário-Geral das Nações Unidas) (p.2)(1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, globalmente, 30% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo e 7% das mulheres sofreram violência sexual perpetrada por homens que não eram seus parceiros, conhecidos ou desconhecidos. Esta experiência tem impactos de grande monta, a curto e longo prazo, nas esferas física e psíquica. Não é incomum que as instituições e profissionais de saúde valorizem de maneira exclusiva ou majoritária os impactos físicos, colocando em primeiro lugar perícias, avaliações e tratamentos clínicos, no entanto o dano psíquico tem igual ou maior importância nestes casos. Dada a elevada prevalência deste evento, uma porcentagem expressiva de profissionais de saúde irá deparar-se com uma vítima de violência sexual em algum momento de sua prática clínica ou de sua formação, em particular enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos emergencistas, ortopedistas, cirurgiões de trauma, de família, clínicos gerais, psiquiatras, ginecologistas e obstetras, além de estudantes da área da saúde. Os atendimentos ocorrerão em unidades de emergência, na atenção primária, em especialidades, ou em serviços de referência, porém, frequentemente estes profissionais não receberam nenhum treinamento nesta área (1,2,3,4,5,6).

A inserção do tema violência sexual em currículos de graduação da área médica no Brasil é recente (cerca de 10 anos) e também se apresenta como tema pouco abordado fora do país. Estudo no Reino Unido descreveu que cerca de 60% das escolas médicas não incluíam o tema na graduação de medicina, sendo que cerca de 53% delas acreditavam que seria mais pertinente para a pós-graduação. Por outro lado, o Canadá tem como parte de seu currículo obrigatório a formação em violência sexual e outros tipos de violência, inclusive com a possibilidade de capacitação online. Alunos capacitados e avaliados antes e após a capacitação expressaram ter adquirido conhecimento e se

sentiram mais confortáveis em relação ao assunto e ao cuidado desta população. A educação e formação sobre o tema possibilita compreensão sobre as necessidades imediatas das vítimas, coleta e preservação de material com possibilidade de posterior uso para perícia forense, correto exame ginecológico, atuação de equipe multidisciplinar, abordagem mais sensível e sem julgamento (6,7).

As escolas médicas deveriam ter em sua grade curricular a abordagem ao tema da violência sexual, dada sua prevalência e seu efeito tão devastador, na graduação e reabordagem na pós-graduação, nas residências médicas de ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, medicina interna, medicina de família, pediatria, hebiatria, emergência e trauma. Em consonância com esta ideia, recente Editorial do Lancet apontou: “As vítimas de estupro merecem uma resposta melhor e ensinar futuros médicos como responder a isso é um bom começo” (2,3,7,8).

O estupro é um fenômeno cercado por crenças relacionadas a estereótipos de gênero que causam desconfiança de um sexo para com o outro, além de um comportamento de aceitação ou tolerância da violência sexual contra as mulheres (9,10). Essas crenças equivocadas e culturalmente adquiridas foram denominadas **mitos sobre o estupro**, definidos como “crenças preconceituosas, estereotipadas, ou falsas sobre o estupro, suas vítimas e agressores. Tais crenças contribuem para a criação e manutenção de um clima de hostilidade para com as vítimas desse tipo de violência” (11). Instigam a percepção de que a vítima é, na verdade, culpada pela violência sofrida, o que absolve ou reduz a responsabilidade do agressor e, conseqüentemente, minimiza ou justifica a agressão contra a mulher (9).

Quadro 1: Situações que são definidas como estupro/violência sexual

- Estupro dentro do casamento ou relacionamentos afetivos como namoro;
 - Estupro por estranhos;
 - Estupro sistemático durante conflitos armados;
 - Avanços sexuais indesejados ou assédio sexual - incluindo exigir sexo em troca de favores;
 - Abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente deficientes;
 - Abuso sexual de crianças;
 - Casamento forçado ou coabitação, incluindo o casamento de crianças;
 - Negação do direito de usar contracepção ou adotar outras medidas para proteção contra doenças sexualmente transmissíveis;
 - Aborto forçado;
 - Atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, incluindo mutilações genitais femininas e inspeções obrigatórias para a virgindade;
 - Prostituição forçada e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual.
- (12)

Alguns fatores contribuem para produzir uma atitude de aceitação social que reduz as inibições contra a violência, cria e sustenta os intervalos entre os diferentes segmentos ou grupos na sociedade. Aqui estão incluídos, por exemplo, a aceitação de violência na resolução de conflitos ou a dominação do homem sobre a mulher. Antes de tudo, é imprescindível que haja compreensão e entendimento de que estupro, violência, abuso, ofensa, assalto ou agressão sexual, são sempre atos de violência. Há neste conceito, como aponta a OMS, a intencionalidade de causar dano relacionado à execução do ato, independente do desfecho que dele resulte (12). Além disto, o estupro de mulheres é uma violência de gênero e uma das muitas formas de apresentação de violência sexual contra as mulheres (1).

Portanto, uma das primeiras e primordiais atitudes de um profissional a ter contato com vítimas de violência sexual, seja ele da saúde ou não, é conhecer os mitos do estupro,

avaliar se eles fazem parte do seu repertório pessoal de crenças e desfazer-se deles, saindo da posição comum e leiga para a posição científica e teoricamente embasada.

A OMS apresenta diretrizes clínicas e de políticas de saúde convocando o sistema de saúde a responder à violência contra a mulher, não só na assistência, mas também na capacitação dos profissionais (13). Pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2014 apontou que 58% dos entrevistados concordaram que, “se as mulheres soubessem se comportar haveria menos estupros”, o que demonstra que os mitos sobre o estupro estão ainda presentes e arraigados nas crenças sociais e que será necessário debatê-los nos diversos espaços da sociedade (14).

Quadro 2: Mitos e fatos sobre o estupro
--

Mito: O sexo é a motivação primária para a perpetração de um estupro.
--

Fato: Poder, raiva, dominação e controle são os principais motivadores. Aqui o sexo é usado como arma.

Mito: Quando uma mulher diz <i>não</i> para o sexo, na verdade está dizendo <i>sim</i> .

Fato: <i>Não</i> quer sempre dizer não. O desejo da mulher deve ser sempre respeitado. O agressor ouve e compreende o <i>não</i> , mas escolhe ignorá-lo. Seu argumento de que <i>não</i> significa outra coisa implica em que o que ele quer é mais importante do que os desejos das outras pessoas ou que ele os considera inexistentes.

Mito: Em um casal, não existe estupro por parte do marido contra a esposa.

Fato: Qualquer atividade sexual forçada é um estupro. Inclusive, a maior parte das agressões sexuais é cometida por parceiro íntimo.

Mito: Estupro é realizado por um estranho.

Fato: A maior parte das mulheres é violentada por um homem conhecido ou com quem tem ou tinha um relacionamento anterior.
--

Mito: Estupro envolve muita violência física e o uso de uma arma.
--

Fato: A maioria das vítimas tem tanto medo de sofrer graves lesões ou morrer que oferecem pouca resistência ao ataque. Em 95% das vezes, ameaça verbal e força física são suficientes. O uso de arma de fogo não chega a 25% dos casos.
--

Mito: Apenas alguns tipos de mulheres são estupradas.
--

Fato: Não existe vítima típica de estupro. Qualquer mulher pode ser vítima de estupro. Infelizmente, não existe, mundialmente, sociedade livre de estupro.

Mito: Profissionais do sexo não podem ser estupradas.
--

<p>Fato: Continua sendo uma questão de consentimento e de respeito aos direitos humanos. É equivocado pensar que pessoas deste grupo consentem constantemente, a despeito de sua escolha, de seu desejo. A profissional do sexo tem direito de recusa em qualquer contexto, profissional ou pessoal. No entanto, enquanto 7% da população geral é violentada por alguém que não o parceiro, esta taxa aumenta de 38 a 55% entre profissionais do sexo.</p>
<p>Mito: Estupros são imediatamente relatados à polícia.</p> <p>Fato: A maioria dos casos não é relatada à polícia (cerca de 20% dos casos são reportados). Razões para não relatarmos: sistemas de apoio inadequados; vergonha; medo ou risco de retaliação, de ser responsabilizado, de não ser acreditado, de ser maltratado e/ou socialmente sofrer ostracismo; sentimento de culpa; medo do agressor; desejo de preservação da família; relação com o agressor; desestímulo e falta de apoio por parte das autoridades; ceticismo em relação à Polícia e ao Poder Judiciário.</p>
<p>Mito: Mulheres fazem falsas denúncias de estupro.</p> <p>Fato: Pequena porcentagem (cerca de 1%).</p>
<p>Mito: Estupro deixa marcas óbvias da agressão.</p> <p>Fato: 1/5 das vítimas apresenta lesões genitais. 15% (por desconhecido) a 30% (por parceiro íntimo) das vítimas apresentam sinais físicos de agressão.</p>
<p>Mito: A roupa que a mulher está usando faz diferença no risco de ser estuprada.</p> <p>Fato: As pessoas têm o direito de se vestir como bem entenderem e se sentirem bem. O único responsável pelo estupro é o estuprador. Não haveria o crime se não houvesse um criminoso, acima de tudo.</p>
<p>12,15,16,17,18,19,20</p>

Existem, nas pessoas de diferentes sociedades e culturas, expectativas em relação ao que ocorreria “tipicamente” em um estupro e qual deveria ser o comportamento “apropriado” da vítima. Essas crenças guiam fortemente o julgamento daqueles que avaliam e dispõem diferentes cuidados a estas vítimas, as quais podem ser julgadas com grande ceticismo, questionadas quanto à validade da existência de uma agressão sexual, principalmente se os envolvidos não se comportam conforme suas expectativas. Essas crenças se estruturam ao redor do comportamento anterior da vítima (ter tido relacionamento sexual anterior com o agressor, deficiência mental, história de prostituição, relato de comportamentos promíscuos, e até mesmo características

demográficas como idade, cor de pele ou raça); durante (ter ou não feito uso de álcool, conhecer o agressor, ter ido de encontro com o agressor, não ter percebido a situação de risco) e após a agressão (incapacidade de recordar detalhes da violência, demorar para procurar ajuda). Há uma tendência de que o comportamento da vítima, tanto verbal quanto não verbal no processo de relato do evento tenha impacto no processo de decisão do avaliador, provocando, muitas vezes, maior influência do que os mitos do estupro. Em geral é esperado não apenas que as vítimas devam estar emocionalmente perturbadas, mas também que respondam de forma consistente ao longo do tempo. Vítimas que se apresentaram calmas, controladas, como que anestesiadas ou sem emoção ao relatarem suas experiências, quando comparadas àquelas emocionalmente perturbadas (chorando), são menos propensas a serem acreditadas por observadores externos. O que se dá é um ouvir *como* ela disse ao invés de ouvir *o que* ela disse. Kaufmann et al. manipularam a exibição emocional da vítima para ser “congruente” (por exemplo, mostrando desespero com soluços ocasionais), neutro (por exemplo, de forma plana, de forma prática), ou “incongruente” (por exemplo, exibindo emoções positivas e agradáveis) e correlacionou ao que havia sido determinado como as “expectativas dos participantes”, e demonstrou que quando uma vítima exibia emoções congruentes, ela foi classificada como mais crível, e o agressor foi classificado como mais culpado, em relação a quando suas emoções se mostravam incongruentes; já a condição neutra proporcionava avaliações entre essas duas situações. Em repetições deste estudo, pesquisadores demonstraram que leigos (onde se encaixam os profissionais de saúde), juízes e investigadores da polícia foram igualmente impactados pelas emoções expressadas pela vítima (21).

Winkel e Koppelaar chamam a atenção para a necessidade de que os profissionais que irão dispensar cuidados às vítimas de agressão sexual (médicos, terapeutas, assistentes sociais, amigos, familiares) sejam informados do fato de que as vítimas responderão aos eventos de diferentes maneiras, não de uma maneira particular, associada a uma apresentação "verídica" de violência sexual. É essa discordância entre o real comportamento de uma vítima e o que se espera de uma vítima "real" o que geralmente influencia a atribuição de culpa. Uma vítima que não se encaixa no papel de vítima "ideal" será mais desacreditada e mais culpada pela situação de violência. Os estupros que não cumprem os critérios dessa expectativa acabam sendo considerados menos dignos da

produção de um boletim de ocorrência ou como menos representativos de violência sexual (21,22,23,24,25)

O que diferencia encontros sexuais saudáveis da vivência de violência sexual é a presença de consentimento. Consentir possibilita escolher. A ideia de consentimento afirmativo (do inglês “*affirmative consent*”), em que o envolvimento em atividades sexuais está acordado de maneira clara, inequívoca, conhecida, informada e voluntária entre todos os participantes vem sendo divulgada nas campanhas “**Sim quer dizer Sim**”. Além da expressão verbal de acordo com o engajamento no ato sexual, as partes envolvidas também devem expressar o consentimento com o tipo de atividade sexual.

A ausência de consentimento pode ser verbal, física ou mesmo por reação de “*freezing*” por medo (26). Campanhas anteriores com a frase “**Não quer dizer Não**”, abordavam principalmente a ideia de autonomia sexual, escolha e controle do próprio corpo, além de enfatizar a recusa (27,28,20). Claramente, uma pessoa desacordada ou inconsciente não é capaz de dar consentimento afirmativo (28). Ter relação sexual com alguém que está intoxicado demais para consentir é violência sexual (26). As pesquisas neste campo conduziram a necessidade de abordar com nomenclaturas diferentes as diversas formas de apresentação do estupro, dada as variações entre elas em desfecho e impacto na vítima e seu significado na compreensão da agressão.

A literatura internacional diferencia três situações: “*drug facilitated rape*” ou “*impaired rape*”, em que a violência ocorre sob efeito de álcool ou outras drogas; “*incapacitated rape*”, situações em que a vítima não está consciente e “*forcible rape*”, em que há uso de força, ameaça verbal ou com arma, ou ainda, tentativa da vítima de se defender com palavras ou força física, mais dano e medo relacionado a agressão (29).

Além do sofrimento derivado do ambiente social a que esta mulher está exposta, uma série de agravos à saúde podem ocorrer. Do ponto de vista físico elas podem apresentar sangramento vaginal, irritação genital, gestação indesejada, disfunção sexual, dor pélvica, dispareunia, infecções de trato urinário ou vaginais, infecções sexualmente transmissíveis, dores crônicas de cabeça, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, sintomas gastrointestinais, entre outros.

Do ponto de vista psíquico as mulheres tornam-se mais vulneráveis a desenvolver sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtornos alimentares,

transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, abuso de álcool e substâncias psicoativas, pânico, somatização, auto-mutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio e principalmente, transtornos de personalidade.

Após o evento, as mulheres também tendem a buscar serviços de saúde com mais frequência e com queixas mais vagas. É importante que os profissionais da saúde entendam a relação entre exposição à violência e adoecimento feminino para responder de maneira apropriada a este fenômeno (1,12,13,30).

Tendo em mente o quanto a violência tem imensos efeitos nocivos sobre a saúde física e mental e no bem-estar das mulheres, o atendimento do profissional deverá ser pautado em dois princípios fundamentais: o respeito pelos direitos humanos das mulheres e o apoio à igualdade de gênero (31). Uma postura inadequada do profissional de saúde, decorrente de crenças e valores pessoais, poderá interferir na qualidade da assistência prestada e na adesão ao tratamento (32).

O atendimento de vítimas de violência sexual não é uma tarefa considerada tranquila pela maior parte dos profissionais de saúde. Em muitos estudos há relatos de profissionais apresentando dificuldade em falar com seus pacientes sobre o tema por diferentes motivos, tais como os exemplificados no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3: Motivos pelos quais os profissionais têm dificuldade de abordar pacientes vítimas de violência sexual
--

Pessoais

- | |
|---|
| Aversão/desconforto pessoal com o tema |
| Sentimento de impotência |
| Falta de confiança para encaminhar as vítimas |
| Preocupação de elaborar diagnóstico errado |
| Não se sente preparado para investigar o tema |
| Não se sente apto para discutir o tema com facilidade |
| Desconforto de ter que lidar tanto com a vítima quanto com o ofensor em alguns casos. |
| História pessoal de abuso |
| Dificuldades de comunicação |
| O peso emocional de manejar uma situação de violência sexual |
| Energia extra que o cuidado desta paciente irá despende |

Sentimento de frustração quando a paciente não segue os encaminhamentos ou planos terapêuticos
<p>Recursos</p> <p>Falta de recursos adequados para follow-up</p> <p>Falta de equipe de apoio para atender a vítima</p> <p>Limitação de tempo</p> <p>Prioridades concorrentes</p> <p>Falta de conhecimento, capacitação e treinamento</p> <p>Falta de um protocolo para abordar o tema</p> <p>Falta de locais para triagem e procedimentos inadequados</p>
<p>Atitudes e Percepção</p> <p>Percepção que têm questões mais urgentes para abordar</p> <p>Mulheres abusadas deveriam ser culpadas pelo abuso</p> <p>Abuso por parceiro íntimo é raro</p> <p>Os pacientes que apanham de parceiros não querem um encaminhamento</p> <p>Situações percebidas por profissionais da saúde como abuso, na percepção dos pacientes eram normais</p> <p>Preocupações quanto à falta de honestidade/abertura da paciente</p>
<p>Medos</p> <p>Iniciar uma conversa que não saberão como conduzir (“abrir a caixa de Pandora”)</p> <p>Receber uma revelação de violência sexual</p> <p>Invadir a privacidade do paciente</p> <p>Piorar ao invés de ajudar</p> <p>Reação do parceiro e tornar a vida mais difícil para a vítima</p>
(4,33,34,35)

Os dados apresentados demonstram que uma grande parte das dificuldades identificadas pelos profissionais de saúde podem ser solucionadas através do desenvolvimento de suas competências para lidar com a apresentação da situação “violência sexual”. A aquisição de conhecimento, capacitação técnica, treinamento específico e libertação das crenças relacionadas aos mitos do estupro podem auxiliar na superação de limitações e dificuldades, produzindo um profissional adequadamente qualificado. O treinamento profissional é parte das diretrizes clínicas e de políticas

públicas em resposta à violência sexual indicado pela OMS. Esse preparo promove não só o aumento das competências profissionais, como a melhora dos desfechos para as mulheres. (13,36).

Mulheres que relatam qualquer tipo de violência ou agressão sexual, por qualquer agressor, precisam de apoio imediato e os profissionais de saúde devem oferecer suporte de primeira linha ao receberem esta informação. Garantir que a consulta seja realizada em local privado, com confidencialidade (inclusive informando às mulheres dos limites de confidencialidade quando, por exemplo, há relatórios obrigatórios), sem julgamentos, apoiando e validando o que ela está dizendo; sem perguntar novamente sobre a história de violência caso ela já tenha sido relatada, mas ouvindo atentamente, sem pressioná-la para falar ou parar de falar, caso ela deseje contar, são orientações de como proceder. Também devem ser sensíveis às suas necessidades e perspectivas, respeitando sua dignidade. A oferta de cuidados em saúde mental faz parte da boa assistência prestada a mulheres vítimas de violência em serviços de saúde, preconizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde, fazendo estes profissionais essenciais nas equipes de resposta à agressão sexual (13,37).

Exemplificando uma estrutura de assistência, formação e pesquisa na área, destaca-se o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti/CAISM, na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, no programa denominado “Atendimento Especial”, que funciona em concordância com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, com protocolos específicos e contando com equipe multidisciplinar treinada. Além de ser constituído pela equipe mínima preconizada pela norma técnica: ginecologista, enfermeira(o), psicóloga(o) e assistente social, este serviço também conta com psiquiatras presenciais, além de técnicos de enfermagem. Funciona também como espaço de ensino, contribuindo na formação de residentes de ginecologia, psiquiatria geral, psiquiatria da infância e adolescência, aprimorandas de psicologia e serviço social e alunos da graduação de medicina (37,38,39).

Atendimento, acolhimento e encaminhamento adequado das vítimas

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, CAISM, hoje denominado Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, foi criado em 1986 e faz parte do complexo hospitalar universitário ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. É um hospital de ensino especializado na assistência

à saúde da mulher e do recém-nascido, e um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência a mulheres vítimas violência sexual.

Desde sua fundação até 1994, devido à filosofia da abordagem de atenção integral à saúde da mulher, o hospital passou a receber encaminhamentos para o tratamento de agravos da violência sexual perpetrada contra mulheres a partir de ONGs, como o SOS Ação e Família, de outros municípios da região metropolitana e de outros Estados da federação. Entre os agravos, o mais frequente, a gestação decorrente de violência sexual. A maior parte das mulheres era referenciada ao serviço com idade gestacional avançada para interrupção legal de gestação, buscando o cumprimento de direito legal conforme previsto no artigo 128 do Código Penal de 1940 (40). Apesar do sofrimento intenso, para poucas mulheres com gestação inicial a interrupção legal era possível; as demais eram encaminhadas ao pré-natal com a opção de doação do nascituro após o parto. A demanda aumentou com o tempo e também a frustração entre os profissionais, principalmente aqueles do setor de enfermagem, psicologia e serviço social, que acolhiam diretamente a essas mulheres. A partir de 1994, os jovens profissionais que prestavam atendimento multiprofissional, já sensibilizados na temática da violência contra a mulher, juntamente com os docentes e gestores da época iniciaram um atendimento que previa especificamente a prevenção primária e secundária dos agravos após a violência. A proposição da prevenção da gestação foi inicialmente instituída com uso de anticoncepcionais orais combinados em altas doses, conhecido como esquema de Yuspe e, a partir do ano 2000, com uso do levonorgestrel (41), somada ao tratamento preventivo das infecções bacterianas de transmissão sexual.

A necessidade de sistematizar o atendimento tornou imprescindível a elaboração de protocolos de fluxo para acolhimento e o cuidado aos agravos físico e psicológico. O “Programa de Atendimento Especial” foi criado e o primeiro atendimento de emergência sistematizado foi realizado em 4 de agosto de 1998 com a participação da equipe multidisciplinar e médicos residentes do serviço. No mesmo ano, docentes do CAISM em conjunto aos de outras instituições discutiram e aprimoraram ações que resultaram na publicação da primeira Norma Técnica pelo Ministério da Saúde para atenção específica em todo o país (42). O atendimento ambulatorial para seguimento das mulheres durante os seis meses posteriores à violência sexual iniciou-se com a atenção médica dispensada por alunos de pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia, sob a supervisão dos docentes.

Em 2006 o seguimento ambulatorial do Programa de Atenção Especial passou a integrar a formação dos médicos residentes dos Departamentos de Tocoginecologia e Psiquiatria e, a partir de 2010, os alunos de graduação do 5º ano do curso de medicina também passaram a participar do Programa. O serviço dispõe de cursos de especialização e aprimoramento nas áreas de psicologia e serviço social, e de capacitação de profissionais internos e externos ao serviço como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e médicos. Alunos de pós-graduação de mestrado e doutorado nas áreas multiprofissionais permearam o serviço desde a sua criação, com a confecção de inúmeras teses e artigos publicados. Entre os últimos, citamos alguns que nortearam mudança na assistência às mulheres no serviço, como a instituição da terapia antirretroviral nas 72 horas após a violência (43), incorporada aos cuidados pela 2ª NT publicada em 2005 (44), e a coleta de vestígios em papel filtro, que tornou possível a um serviço de saúde contribuir com coleta de material biológico, visando garantir uma prova legal para futura utilização (45).

Em âmbito nacional o tema violência sexual contra a mulher sofreu mudanças na perspectiva de atendimento na esfera da saúde. Em 1996 foi realizado o I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto previsto em Lei, promovido pelo CEMICAMP, Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, com a participação de membros de equipes que já atendiam ao Aborto Legal no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya (Jabaquara-SP), Centro de Referência de Saúde da Mulher Pérola Byington (SP), Hospital Municipal Fernando Magalhães (RJ) e profissionais do CAISM. Representantes do Poder Judiciário, Academia de Direito Penal, Delegacias da Mulher, Institutos Médico Legais, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (FEBRASGO), além de Professores Titulares de Ginecologia e Obstetrícia de nove instituições de todo o Brasil participaram do I Fórum (46). Até 2014 foram realizados 18 Fóruns, a partir do ano 2000 sempre sob a coordenação do Ministério da Saúde.

A luta para a implementação da atenção à saúde de mulheres que sofriam violência sexual, aos direitos reprodutivos e a organização e coordenação dos primeiros Fóruns foi capitaneada pelo Prof. Aníbal Faúndes, docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Unicamp, responsável pela área de Obstetrícia do Caism e fundador do Cemicamp, sempre com extrema dedicação. Inúmeros outros profissionais e acadêmicos participaram e muito contribuíram, entretanto aqui não os denominamos, sob pena de pecar por alguma omissão. A dedicação de muitos foi necessária para que tenha sido criada uma política

pública de atenção à saúde para pessoas vítimas de violência sexual, com atualização da Norma Técnica e posteriores aprimoramentos dos cuidados à saúde realizados na última década (37, 47,48).

Atendimento pós trauma e seguimento ambulatorial das vítimas

O Programa de Atenção Especial no CAISM compreende o atendimento de emergência, o atendimento ambulatorial por seis meses e o atendimento às solicitações de interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual.

O atendimento de emergência é oferecido a mulheres púberes e não púberes com idade ≥ 14 anos até as primeiras 72 horas da ocorrência da violência sexual. O fluxo de entrada ao atendimento de emergência é iniciado com a abertura de prontuário médico e consulta em área restrita e fisicamente independente do serviço de pronto atendimento. O enfermeiro realiza o acolhimento, coleta a anamnese com informações sobre a violência e sua tipologia, e fornece as orientações iniciais para a consulta, exame físico e ginecológico a ser realizado pelo médico da equipe de plantão.

O atendimento médico é realizado pelo residente de ginecologia que registra os dados de exame físico e ginecológico, coleta material biológico de secreção vaginal e realiza a prescrição da anticoncepção de emergência (AE) e das profilaxias para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) virais e bacterianas. Os procedimentos e medicamentos administrados para profilaxia das IST, especificamente a profilaxia pós-exposição (PEP) contra a infecção pelo HIV foram atualizados e podem ser consultados nas últimas publicações do Ministério da Saúde (37,48). Para as mulheres que chegam ao serviço decorridas mais de 72 h até o 5º dia do evento é administrada somente a AE. Os atendimentos social e psicológico são sempre realizados durante horário comercial ou agendados para o próximo dia útil. Ao final do atendimento de emergência, é agendado o primeiro retorno ambulatorial após 7-21 dias no Ambulatório de Atenção Especial. Para mulheres que chegam ao serviço de emergência após o período de 5 dias, mas ainda nos primeiros seis meses após a violência sexual, nominado como atendimento tardio, a entrada no serviço é realizada pelo mesmo ambulatório.

Particularmente com relação à AE, a OMS tornou disponível o uso do progestagênio levonorgestrel em 1990. Em 1999 o medicamento passou a ser comercializado no Brasil, no ano seguinte houve a liberação pelo Ministério da Saúde para

sua utilização nos serviços de atendimento à violência sexual; e a partir de 2005 seu acesso foi ampliado para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da federação. Em 2006 o Conselho Federal de Medicina determinou a prescrição da anticoncepção de emergência como direito da mulher. Atualmente, o uso da AE com levonorgestrel é realizada em dose única de 1,5 mg e apresenta maior eficácia quanto mais precoce é a administração. A AE não é abortiva, tem sido comercializada na maior parte do mundo e não há contraindicação ao seu uso emergencial (49). O mecanismo de ação para impedir a gravidez é o retardamento da ovulação, ou seja, da saída do óvulo do ovário para a tuba, local onde estão os espermatozoides. Por isso ela é mais eficaz quanto mais precoce é a tomada após o evento da violência sexual.

O seguimento ambulatorial por seis meses após a vivência da agressão é feito com acompanhamento multidisciplinar nas áreas de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, assistência social e psicologia. O período de seis meses é o tempo necessário para a detecção de soroconversão das IST, para o diagnóstico das infecções genitais intercorrentes, e também entendido como período de acompanhamento necessário para o restabelecimento psíquico e social dessas mulheres. O objetivo do acompanhamento ambulatorial é o de promover a recuperação física, psicológica e social da mulher vítima de violência sexual.

O atendimento ambulatorial também é iniciado pelo enfermeiro que avalia o uso da PEP e possíveis queixas associadas à tomada dos medicamentos. Nesse primeiro atendimento, a enfermeira marcará os retornos para 45, 90, 180 dias para consultas de seguimento e aos 220 dias para alta, com agendamento da coleta de sorologias nos mesmos retornos de 45, 90 e 180 dias. Essa organização garante o período adequado às avaliações e facilita que a mulher possa se programar para as datas de consulta. Na primeira consulta ambulatorial o trabalho do ginecologista concentra-se na anamnese sobre a última menstruação, queixas intercorrentes de dores, desconforto vulvovaginal, urinário ou retal, febre ou sintomas virais; e é realizado o exame físico com avaliação de linfonodomegalias, fígado, baço e lesões de pele. O exame ginecológico é realizado com coleta de material para bacterioscopia da secreção vaginal, cultura endocervical, medida de pH vaginal e teste de aminas. Será importante o diagnóstico e tratamento da tricomoníase vaginal, única IST bacteriana não contemplada no tratamento profilático durante o atendimento de emergência. Apesar da importância dessa avaliação, é frequente que as mulheres não estejam dispostas ao exame ginecológico na primeira consulta e, se assim ocorrer, ela será

orientada a realizar o exame em alguma das consultas de retorno. O exame nunca deverá ser forçado e, em nossa experiência, as mulheres acabam por solicitá-lo no decorrer do acompanhamento.

Na primeira consulta ambulatorial, todas as mulheres são avaliadas pela psicologia e psiquiatria e, caso demandem consultas mais frequentes, têm agendamento diferenciado com esses profissionais. Todas elas são também avaliadas pelo serviço social. Apesar dessa primeira visita ambulatorial demandar algumas horas, com avaliação pelos diferentes profissionais, ela é determinante para avaliação dos riscos clínicos, de saúde mental e social e à proposição do acompanhamento individualizado nos próximos seis meses.

Até final de 2017 foram realizados 3.092 atendimentos de emergência e 461 atendimentos tardios a mulheres vítimas de violência sexual, e cerca de 60% dessas mulheres realizaram acompanhamento ambulatorial.

Neste serviço, o seguimento psiquiátrico acontece dentro dos seis meses de seguimento ambulatorial oferecido a estas vítimas, sendo o primeiro contato em seu primeiro dia de atendimento no ambulatório, que inclui consultas com todos que integram a equipe multiprofissional. Após a avaliação inicial, é estabelecida a hipótese diagnóstica e situacional e a frequência de retornos, sob a compreensão de que as mulheres que experimentam a violência sexual podem ter diferentes necessidades. Ainda que as circunstâncias possam parecer similares, suas vivências são únicas. A resposta emocional varia com o tipo, frequência, capacidade de enfrentamento ao longo do tempo de vítima para vítima, além de depender de uma combinação complexa de fatores internos (como estratégias pessoais de enfrentamento e/ou transtorno mental pré-existente) e externos (apoio social, gravidade da agressão, entre outros). A gravidade da violência sexual está associada à maior gravidade ou frequência de psicopatologia (13,24,30,51).

A avaliação psiquiátrica rotineira é uma inovação deste serviço e é composta pelos seguintes dados que permitem conhecer melhor o perfil das pacientes e traçar estratégias específicas posteriormente:

⇒ **Dados sociodemográficos:**

data de nascimento, idade, cor de pele, estado civil, filhos, escolaridade, profissão, situação profissional, religião, prática religiosa.

⇒ **Antecedentes pessoais:**

atividade sexual prévia, violência sexual pessoal ou familiar anterior, antecedente psiquiátrico pessoal e familiar, doença crônica.

Entre 28,7% a 45,4% dos casos, a agressão sexual representou a primeira relação sexual para a vítima e é um potencial agravante à maneira que irão lidar com sua sexualidade futura (15,52).

Mulheres que sofreram violência sexual antes dos 18 anos, apresentam um risco duas vezes maior de serem estupradas na vida adulta (12).

Pessoas portadoras de deficiências físicas ou transtornos mentais tem maior probabilidade de sofrer violência sexual (13)

⇒ **Dados do evento:**

data, local, agressor, intimidação, tipo de relação, mudanças físicas, reações psíquicas apresentadas, mudanças sociais.

A agressão por via vaginal é a mais comum, embora também ocorra por múltiplas vias (12,15).

⇒ **Rede de apoio:**

As vítimas dividem sua história com alguém na maioria das vezes, e, geralmente, preferem fazê-lo em situações individuais ao invés de situações em que haja várias pessoas ou em atendimentos grupais. As pessoas mais procuradas na rede informal de apoio são amigos, seguidos de familiares e parceiros. Predominantemente receberam apoio positivo (70 a 80%), no entanto, algumas receberam respostas negativas ou mistas, verbais e não verbais. A resposta da rede de apoio tem impacto na evolução dos quadros psíquicos das sobreviventes de estupro, (15,53), reforçando a necessidade de se estimular o enfrentamento desse problema organizando-se uma rede de cuidados.

⇒ **Detalhamento de antecedente psiquiátrico:**

As patologias psiquiátricas mais frequentemente encontradas entre os antecedentes psiquiátricos são: retardo mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias

psicoativas, transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade e transtornos psicóticos. Sua correta detecção otimizará o cuidado de saúde mental ofertado (39).

⇒ **Estado emocional e mental desde o evento:**

Muitas mulheres reportam, após o evento, sentimentos de baixa autoestima, de que a vida estava arruinada, sentimentos de desconfiança ou até mesmo crença ou dúvida se a violência foi “merecida”. Neste aspecto, é extremamente importante que o profissional auxilie a paciente ao perceber que ela é a vítima nesta situação e que não estaria nesta circunstância se não houvesse um agressor. Outras apresentam intensa vergonha, reduzida capacidade de intimidade e de acolher a si mesma.

A ideação suicida muitas vezes está relacionada à estigmatização e a sentimentos de culpa (30). É de suma importância que este aspecto seja investigado ativamente pelo avaliador.

É necessário avaliar, a cada encontro, se a paciente está incapacitada pelos sintomas pós trauma. Isto significa verificar se ela tem conseguido funcionar nas atividades da vida diária (13).

⇒ **Hipótese diagnóstica:**

Tanto do ponto de vista nosológico (estabelecimento de diagnóstico psiquiátrico) quanto do ponto de vista contextual, ampliando para o diagnóstico da situação, que pode ser tão ou mais grave que a presença de um transtorno mental.

⇒ **Plano de tratamento:**

Sabe-se que menos de 35% das mulheres procuram profissionais da saúde mental após a agressão. Acompanhamento em saúde mental pode diminuir os sintomas mentais em sobreviventes de estupro. No Ambulatório de Atendimento Especial, a taxa de uso do atendimento de psiquiatria se aproxima de 63% do total das vítimas. Vítimas atendidas por profissionais da saúde mental tendem a perceber este atendimento como útil e satisfatório, considerando tanto o uso de medicação quanto de psicoterapia (39,54,55,56).

Há, portanto, pontos cruciais que conduzem a uma maneira mais eficiente e competente de assistir às vítimas de violência sexual:

- 1) Reconhecer que o atendimento a uma vítima de violência sexual tem impacto naquele que promove a assistência, tanto na esfera pessoal quanto profissional. É importante reconhecer seu limite;
- 2) Ter clareza de conceitos e definições relacionadas ao tema e esclarecer compreensões errôneas e moralistas (como os mitos sobre o estupro) para produzir cuidado ausente de julgamento, com respeito e dignidade;
- 3) Responder às orientações da OMS e Ministério da Saúde de aquisição de conhecimento técnico e treinamento específico e trabalho em equipe multidisciplinar e em rede.

O princípio primordial da não maleficência deve sempre guiar nossa prática e nos auxiliar a ponderar quando fazer ou não uma intervenção ou comentário. Uma boa capacidade de comunicação é fundamental. Nossa função é, acima de tudo, ser terapêuticos. (13).

Cuidados no atendimento à gestação decorrente de violência sexual: O que fazemos

Após a implementação do atendimento de emergência com a administração da anticoncepção de emergência (AE) nas primeiras 72 horas após a violência sexual, notou-se que o agravo da gravidez intercorrente praticamente não acontecia. Entre 127 mulheres que haviam utilizado AE no atendimento de emergência neste serviço, três engravidaram, mostrando um índice de falha do método de 2,3% (50). Por outro lado, a demanda para o aborto legal existe e é composta por mulheres que não receberam atenção de saúde logo após o evento. Muitas dessas mulheres são procedentes de outros municípios e até de outros Estados, referenciadas a partir de serviços de saúde do município ou que referem ter obtido informações sobre o serviço por meio da internet, de conhecidos ou familiares.

O fluxo para a solicitação de interrupção legal em nosso serviço se inicia com o acolhimento da mulher pela profissional do serviço social. A história da violência é anotada com o máximo de informações trazidas pela mulher, data e tipologia do evento. O prontuário médico é aberto, é realizada a ultrassonografia para datação da idade gestacional, e a avaliação médica é realizada no primeiro dia de atendimento ambulatorial seguido à chegada da mulher ao serviço. Na consulta médica são verificados os dados de última menstruação, antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos e realizados

exames físico e ginecológico; são avaliados a data do evento, tempo de amenorreia e dados da datação gestacional ecográfica e clínica. A avaliação psicológica e psiquiátrica também é realizada nesta consulta ambulatorial.

Em geral, as mulheres desconhecem o direito ao aborto legal na situação de violência sexual, descrevem a violência sofrida como experiência vergonhosa e mantêm em segredo o ocorrido, não buscam ajuda e não denunciam (57). Após o diagnóstico da gravidez os sentimentos descritos são de angústia, desespero e desejo de interrupção da gestação (57). Uma parte das mulheres, no momento da consulta médica, não está claramente decidida pela interrupção da gestação, e necessita de mais tempo para a tomada de decisão; o acompanhamento da equipe multidisciplinar é imprescindível nesse período. Todos os profissionais envolvidos no atendimento individual trabalham com a orientação às opções da mulher quanto ao aborto e à realização do pré-natal com doação ou não do recém-nascido. Algumas vezes são necessárias até duas semanas para a decisão pessoal da mulher e, em geral, as que demoram em decidir além desse período, acabam por desistir da interrupção legal.

O Programa de Atenção Especial tem prestado atendimento, em média, a 30 solicitações de interrupção legal decorrente de violência sexual ao ano. Dados de registro ainda não publicados deste serviço mostram que das mulheres que solicitaram interrupção legal entre os anos de 1994 e 2017, cerca de 60% optaram e realizaram a interrupção, 20% foram contraindicadas pela equipe, em geral por idade gestacional maior de 20 semanas, 10% das mulheres optaram por assumir a gestação com ou sem a doação do recém-nascido e outras 10% descontinuaram a avaliação por motivo não conhecido.

No Brasil as leis são restritivas ao aborto, portanto, são necessários os protocolos e a elaboração de documentação prevista na Portaria 1.508 do Ministério da Saúde para disponibilização institucional da interrupção legal da gestação (58). Em nosso serviço, uma Comissão composta dos profissionais da equipe multidisciplinar, Unidade de Internação, chefia da área de Ginecologia e o Diretor Clínico, avalia individualmente o preenchimento dos critérios para a aplicação da lei de interrupção de gestação decorrente de violência sexual. O procedimento técnico tem sido a indução medicamentosa realizada em regime de internação hospitalar, segundo recomendações da OMS e as previstas em Norma Técnica (37,59).

Em 2012, estudo nacional avaliou os serviços públicos que realizavam atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e encontrou 1.395 estabelecimentos que referiam atender mulheres e crianças, 8% deles seguiam protocolos baseados na Norma Técnica (60). Dos 874 hospitais e prontos-socorros de adultos que prestavam o atendimento, somente 30% referiam realizar a interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual, 37% para casos de risco de vida da mulher e 26% para os casos de malformação fetal incompatível com a vida; entretanto, 5,6%, 4,8% e 5,5% respectivamente, haviam realizado pelo menos um procedimento específico nos últimos 10-14 meses antes da pesquisa (60).

No Brasil, o atendimento à violência sexual passou a ser obrigatório em todos os serviços do Sistema Único de Saúde que funcionam 24 h (61,62) e existem outras políticas públicas previstas em decreto de lei (63); além disso, foi estabelecida remuneração diferenciada para os atendimentos a pessoas em situação de violência e para o tratamento de seus agravos (64). Todos esses marcos legais têm o objetivo de estimular a atenção qualificada e criar novos serviços para o atendimento às vítimas de violência sexual.

Os serviços podem ter restrição à formação de equipes multidisciplinares para o atendimento às vítimas de violência sexual, entretanto, é claro que faltam profissionais sensibilizados e capacitados para dispensar esse cuidado. E talvez essa seja uma das principais missões do Programa de Atenção Especial do CAISM/UNICAMP, a formação de recursos humanos.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 29 jul. 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*. 39(3): 376-382. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>
3. The Lancet. Medical students should be taught about rape. *Lancet* 2007;369:1234.
4. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings FRCSC & J. C. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence, *Women & Health*. 2012;52(6):587-05. [acesso em 29 jul. 2021]. Disponível em: doi:10.1080/03630242.2012.690840.
5. Kennedy, Kieran M Vellinga A, Bonner N, Stewart B, McGrath D. 2013. How teaching on the care of the victim of sexual violence alters undergraduate medical students' awareness of the key issues involved in patient care and their attitudes to such patients. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2013;20(6):582–7.
6. Siegel M, Chen Gonzalez E, Wijesekera O, et al. On-the-go-training: downloadable modules to train medical students to care for adult female sexual assault survivors. *MedEdPORTAL*. 2017;13:10656.
7. Koschorke, A., Tilzey, A. and Welch, J. (2007), Should medical students be taught about rape? A survey of UK medical schools. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114:224–5. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01205.x
8. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, et, al. (2007). Multidisciplinary care for victims of sexual assault: the experience at the Federal University in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(2):459-4. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>.
9. Payne, D., Lonsway, K., & Fitzgerald, L. (1999). Rape Myth Acceptance: Exploration of Its Structure and Its Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality*. 1999;33:27-68.
10. Peterson, Z. D., & Muehlenhard, C. L. (2004). Was It Rape? The Function of Women's Rape Myth Acceptance and Definitions of Sex in Labeling Their Own Experiences. *Sex Roles*. 2004;51(3/4):129-44. <http://dx.doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
11. Burt M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *J. Pers. Soc. Psychol* . 1980;38:217–30. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.217>

12. Krug EG, Dahlberg TT, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds.) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva; 2002. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
13. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013. [acesso em: 31 jul. 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1
14. Brasil. SIPS: Sistema de indicadores de percepção social. Tolerância social à violência contra as mulheres. Brasília. 2014. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_antigo.pdf
15. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública? 2013;29(5):889-98. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>
16. Zilkens RR, Smith DA, Phillips MA, Mukhtar SA, Semmens JB, Kelly MC. Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. Forensic Sci Int. 2017;275:195-02. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073817301147>
17. Zilkens (b) RR, Smith DA, Kelly MC, Mukhtar, Semmens JB, Phillips MA. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. Forensic Science International. 2017;279:112-20. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28863402/>.
18. Wirtz AL, Schwartz S, Ketende S, Anato S, Nadedjo FD, Ouedraogo HG, Ky-Zerbo O, Pitche V, Grosso A, Papworth E, Baral S. Sexual violence, condom negotiation, and condom use in the context of sex work: results from two West African countries. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;1(68): Suppl 2:S171-9. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25723982/> doi: 10.1097/QAI
19. Vargas JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo [Standard rape cases in the criminal justice system in Campinas, São Paulo. 2008;11(2). [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802008000200003>
20. Harris KL (2018): Yes means yes and no means no, but both these mantras need to go: communication myths in consent education and anti-rape activism, Journal of Applied Communication Research. 2018;46(2):155-178. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1435900>

21. Kaufmann G, Drevland, GCB, Wessel E, Overskeid G, Magnussen S. The importance of being earnest: Displayed emotions and witness credibility. *Applied Cognitive Psychology*. 2003;17(1): 21-34. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/acp.842>
22. Winkel, F. W., & Koppelaar, L. (1991). Rape victims' style of self-presentation and secondary victimization by the environment: An experiment. *Journal of Interpersonal Violence*. 1991;6(1):29–40. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/088626091006001003>
23. Larcombe, W. (2002). The ‘ideal’ victim v successful rape complaints: Not what you might expect. *Feminist Legal Studies*, 10, 131-148.
24. Klippenstine MA & Schuller R. Perceptions of sexual assault: expectancies regarding the emotional response of a rape victim over time. *Psychology, Crime & Law*. 2012;18(1):79-94. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1068316X.2011.589389>.
25. Campbell B, Menaker T, King W. The determination of victim credibility by adult and juvenile sexual assault investigators. *Journal of Criminal Justice*. 2015;43 (1): 29-39.
26. Koss MP, Abbey A, Campbell R, Cook S, Norris S, Testa M, Ullman S, West C, White J. Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization. *Psychology of Women Quarterly*. 2007;31(4):357–70. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x>
27. Klement KR, Sagarin BJ, Lee EM. Participating in a Culture of Consent May Be Associated With Lower Rape-Supportive Beliefs. *J Sex Res*. 2017;54(1):130-4. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1168353>
28. Curtis JN, Burnett S (2017). Affirmative Consent: What Do College Student Leaders Think About “Yes Means Yes” as the Standard for Sexual Behavior? *American Journal of Sexuality Education*. 2017;12(3):201-214. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1328322>
29. McConnell AA, Messman-Moore TL, Gratz KL , DiLillo D. Beyond the Force–Substance Dichotomy: Examining the Experience of Combined and Incapacitated Type Rapes and Their Relation to PTSD Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence* . 2017;37. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260517724252>
30. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta- analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56;65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
31. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: World Health Organization; 2017.

32. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macêdo VG. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2007;15(1):7-12. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a02.pdf>
33. Sormanti M, Smith E. 2010. Intimate partner violence screening in the emergency department: US medical residents' perspective. *Int Q Comm Health Edu*. 2010;30(1):21–40. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/IQ.30.1.c>
34. Colarossi L, Breitbart V, Betancourt G. (2010), Barriers to Screening for Intimate Partner Violence: A Mixed-Methods Study of Providers In Family Planning Clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010;42:236–43. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1363/4223610>
35. Amin P, Buranosky R, Chang JC. Physician's perceived roles, as well as barriers, towards caring for women sex assault survivors. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2017;27(1):43-9. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: [10.1016/j.whi.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.10.002)
36. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*. 2006;56(525):249-7.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
38. Reis MJ, Lopes MHB, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul-ago 2010;18(4):8. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_12.pdf
39. Facuri, CO, Fernandes, AMS, Azevedo, RCS. (2014), Psychiatric evaluation of women who were assisted at a university referral center in Campinas, Brazil, following an experience of sexual violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014;127:60–65. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.04.020>
40. Câmara dos Deputados. Decreto-Lei número 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acessado em 22/07/2018.
41. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,

2005. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf Acessado em 22/07/2018.
42. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica, 1ª edição. Brasília:1998. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/norma_tecnica_9nov1998_0.pdf
43. Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PM. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. Sex Transm Dis. 2005;32(4):214-9.
44. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 2ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_ta_2005_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes.pdf Acessado em 22/07/2018.
45. Campos EA, Pitta DR, Costa FA, Campos VM, Yela D, Fernandes A. DNA extraction from filter-paper spots of vaginal samples collected after sexual violence. Int J Gynaecol Obstet. 2014;126(1):23-7.
46. Bedone A, Faúndes A, Bastos AF, Pedro Neto AH, etc. I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei - Relatório Final. Femina. 1997;25(1):69-78.
47. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: Norma Técnica. 1ª Edição. Brasília, 2015. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
48. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais. Brasília. 2017. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf Acessado em 22/07/2018.
49. World Health Organization Task Force. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352(9126):428-33.
50. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saude Publica. 2005;21(1):192-9.
51. Reeves EA, Humphreys JC. Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. J Clin Nurs. 2017;00:1-13.

52. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001;23:583-7
53. Lorenz K, Ullman SE, Kirkner A, Mandala R, Vasquez AL, Sigurvinsdottir R. (2017) Social Reactions to Sexual Assault Disclosure: A Qualitative Study of Informal Support Dyads. *Violence Against Women*. *Violence Against Women*. 2018;24(12):1497-20. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801217732428>
54. Campbell R, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfield Y. Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:847–58. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.847>
55. Starzynski L, Ullman SE. Correlates of perceived helpfulness of mental health professionals following disclosure of sexual assault. *Violence Against Women*. 2014;20:74–94. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801213520575>.
56. Starzynski LL, Ullman SE, Vasquez AL. Sexual Assault Survivors’ Experiences with Mental Health Professionals: A Qualitative Study. *Women & therapy*. 2017;40(1-2):228-46. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02703149.2016.1213609>
57. Machado CL, Fernandes AM, Osis MJ, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saude Publica* 2015;31(2):345-53.
58. Ministério da Saúde. Portaria 1.508 de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
59. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Genebra. 2013. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf.
60. Andalaft J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina* 2012;40(6):301-6.
61. Brasil. Diário Oficial da União. Lei 12.845 de 1o de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm
62. Ministério da Saúde. Portaria 485 de 1o de Abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

63. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 8.086 de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm
64. Ministério da Saúde. Portaria 618 de 22 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html