

Os minutos seguintes: o atendimento inicial às vítimas de violência sexual no âmbito do sistema de saúde

The next minutes: initial care for the victims of sexual violence within the health system

Los minutos siguientes: la atención inicial a las víctimas de violencia sexual en el ámbito del sistema de salud

Les minutes suivantes : la prise en charge initiale des victimes de violence sexuelle dans le cadre du système de santé

I minuti successivi: l'assistenza iniziale alle vittime di violenza sessuale nel contesto del sistema sanitario

Samira Jorge Ferrari

Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas .pela Academia de Polícia “Dr. Coriolano Nogueira Cobra”. Atualmente, cursando a Pós-graduação lato sensu em Medicina Legal e Perícias Médicas na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Residência médica em Cirurgia Oncológica no hospital A.C. Camargo Câncer Center. Residência médica em Cirurgia Geral pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Médica legista no Instituto Médico Legal de Osasco — Superintendência da Polícia Científica do Estado de São Paulo.

E-mail: samira.sjf@policiacientifica.sp.gov.br.

Mariana da Silva Ferreira

Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica (ABMLPM). Graduação em Medicina pela Universidade de Marília (UNIMAR). Residência médica em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Especialização em Bioética pela Faculdade de Medicina da USP. Especialização em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da USP. Professora concursada da Academia de Polícia “Dr. Coriolano Nogueira Cobra”. Docente em Medicina Legal, Perícia Médica e Ciências Forenses (Universidade de Mogi das Cruzes e Faculdade Oswaldo Cruz). Médica legista integrante da equipe de Sexologia Forense do Programa Bem-Me-Quer, no estado de São Paulo, por 10 anos. Assessora da Diretoria Técnica do Instituto Médico Legal de São Paulo. Fundadora e voluntária da Ação Social de Promoção à Dignidade Sexual-Pródigs. Médica legista e sexóloga forense na cidade de São Paulo.

E-mail: periciamsf@gmail.com.

Data do envio: 27/08/2025

Data do aceite: 15/10/2025

Os minutos seguintes: o atendimento inicial às vítimas de violência sexual no âmbito do sistema de saúde

The next minutes: initial care for the victims of sexual violence within the health system

Los minutos siguientes: la atención inicial a las víctimas de violencia sexual en el ámbito del sistema de salud

Les minutes suivantes : la prise en charge initiale des victimes de violence sexuelle dans le cadre du système de santé

I minuti successivi: l'assistenza iniziale alle vittime di violenza sessuale nel contesto del sistema sanitario

Sumário: Introdução; 1. A lei do minuto seguinte e o fluxo de atendimento à vítima de violência sexual, 1.1. Vítima que busca inicialmente o Sistema de segurança pública, 1.2. Vítima que busca inicialmente o sistema de saúde; 2. O exame sexológico em hospitais referendados e a perícia sexológica dos institutos medicos-legais; 3. As fragilidades e os desafios do atendimento medico aos casos de violência sexual, 3.1. A deficiência técnico profissional dos medicos no atendimento das vítimas de violência sexual, 3.2. O acolhimento inadequado, a revitimização e a violência institucional, 3.3. A subnotificação do casos de violência sexual e suas consequências; 4. O minuto de ouro: uma proposta de atendimento. Considerações finais. Referências bibliográficas.

RESUMO

O presente artigo discute a violência de gênero e seus impactos na saúde pública e na Medicina Legal. A Lei Federal nº 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) estabeleceu o protocolo de atendimento à vítima de violência sexual, com o objetivo de garantir uma abordagem emergencial, integral e multidisciplinar. O embasamento teórico deste artigo foi construído por meio de leitura e análise de obras de referência na área, artigos científicos, manuais, legislação e registros institucionais acerca dos temas “violência sexual”, “Medicina Legal” e “saúde pública”. Diante do quadro apresentado, o objetivo do trabalho é verificar se há necessidade de aprimorar o atendimento em casos de violência sexual no âmbito da saúde. Conclui-se que a realidade da atenção às vítimas de violência sexual no Brasil no âmbito da saúde, é marcada por dificuldades acerca do despreparo dos médicos, altos índices de subnotificação e desconhecimento por parte da população quanto aos seus

direitos, razão pela qual são necessários aprimoramentos para vencer parte desses desafios. E finalmente, frente à conclusão, sugere-se uma central de orientação à distância aos profissionais da saúde que venham a atender casos de violência sexual.

Palavras-chave: violência sexual; Lei do Minuto Seguinte; perícia sexológica; atendimento médico na violência sexual; notificação compulsória.

ABSTRACT

This article examines gender-based violence and its impacts on public health and forensic medicine. Federal Law No. 12.845/2013 (“Next Minute Law”) established the protocol for the care of victims of sexual violence, aiming to ensure an emergency, comprehensive and multidisciplinary approach. The theoretical framework was built through the reading and analysis of authoritative works, scientific articles, manuals, legislation and institutional records concerning “sexual violence,” “forensic (legal) medicine” and “public health.” In view of this context, the objective of the study is to determine whether there is a need to improve the management of cases of sexual violence within the health system. It is concluded that the current reality of health-system care for victims of sexual violence in Brazil is characterized by deficiencies related to inadequate professional preparedness, high levels of underreporting and limited awareness of the legal rights guaranteed to victims among the population, making targeted improvements necessary to overcome these challenges.

Keywords: sexual violence; Next Minute Law; forensic sexological examination; medical assistance to victims of sexual assault; compulsory notification.

RESUMEN

Este artículo discute la violencia de género y sus impactos en la salud pública y en la Medicina Legal. La Ley Federal nº 12.845/2013 (Ley del Minuto Siguiente) estableció el protocolo de atención a la víctima de violencia sexual, con el objetivo de garantizar un enfoque de emergencia, integral y multidisciplinario. La base teórica de este artículo se construyó mediante la lectura y análisis de obras de referencia en el área, artículos científicos, manuales, legislación y registros institucionales sobre los temas “violencia sexual”, “Medicina Legal” y “salud pública”. Ante este panorama, el objetivo del trabajo es verificar si existe la necesidad de mejorar la atención en casos de violencia

sexual en el ámbito de la salud. Se concluye que la realidad de la atención a las víctimas de violencia sexual en Brasil en el ámbito de la salud está marcada por dificultades relacionadas con la falta de preparación de los médicos, altos índices de subnotificación y desconocimiento por parte de la población respecto a sus derechos, razón por la cual son necesarias mejoras para superar parte de estos desafíos. Finalmente, frente a esta conclusión, se sugiere un centro de orientación a distancia para los profesionales de la salud que atiendan casos de violencia sexual.

Palabras clave: violencia sexual; Ley del Minuto Siguierte; pericia sexológica; atención médica en la violencia sexual; notificación obligatoria.

RÉSUMÉ

Cet article aborde la violence de genre et ses impacts sur la santé publique et la Médecine Légale. La Loi Fédérale n° 12.845/2013 (Loi de la Minute Suivante) a établi le protocole de prise en charge des victimes de violence sexuelle, dans le but de garantir une approche urgente, globale et multidisciplinaire. La base théorique de cet article a été construite à partir de la lecture et de l'analyse d'ouvrages de référence, d'articles scientifiques, de manuels, de textes législatifs et de documents institutionnels sur les thèmes « violence sexuelle », « Médecine Légale » et « santé publique ». Face à ce contexte, l'objectif de cette étude est de vérifier s'il est nécessaire d'améliorer la prise en charge dans les cas de violence sexuelle dans le cadre de la santé. On conclut que la réalité de la prise en charge des victimes de violence sexuelle au Brésil, dans le domaine de la santé, est marquée par des difficultés liées au manque de préparation des médecins, des taux élevés de sous-déclaration et une méconnaissance des droits par la population. Cela justifie la nécessité d'améliorations pour relever certains de ces défis. Enfin, face à cette conclusion, il est suggéré de mettre en place un centre de conseil à distance pour les professionnels de santé confrontés à des cas de violence sexuelle.

Mots-clés: violence sexuelle; Loi de la Minute Suivante; expertise sexologique; prise en charge médicale de la violence sexuelle; notification obligatoire.

RIASSUNTO

Questo articolo discute la violenza di genere e i suoi impatti sulla salute pubblica e sulla Medicina Legale. La Legge Federale n. 12.845/2013 (Legge del Minuto Successivo) ha stabilito il protocollo di assistenza per le vittime di violenza sessuale, con l'obiettivo di garantire un approccio emergenziale, integrale e multidisciplinare. La base teorica di questo articolo è stata costruita attraverso la lettura e l'analisi di opere di riferimento nell'area, articoli scientifici, manuali, documenti legislativi e registri istituzionali su "violenza sessuale", "Medicina Legale" e "salute pubblica". Alla luce di questa analisi, l'obiettivo dello studio è verificare se vi sia la necessità di migliorare l'assistenza nei casi di violenza sessuale nell'ambito sanitario. Si conclude che la realtà dell'assistenza alle vittime di violenza sessuale in Brasile, nel contesto sanitario, è segnata da difficoltà relative alla scarsa preparazione dei medici, alti tassi di sotto-notifica e alla scarsa conoscenza da parte della popolazione dei propri diritti. Per questo motivo, sono necessari miglioramenti per superare una parte di queste sfide. Infine, si propone un centro di orientamento a distanza per i professionisti sanitari che affrontano casi di violenza sessuale.

Parole chiave: violenza sessuale; Legge del Minuto Successivo; perizia sessuologica; assistenza medica nella violenza sessuale; notifica obbligatoria.

Introdução

No Brasil e no mundo, a mulher é a principal vítima de violência sexual (VS) e os homens, os principais autores. A violência sexual atinge mulheres e crianças de todas as idades, etnias e classes sociais, e representa um instrumento de poder vil e degradante que age através do medo, da humilhação e do sofrimento físico e psíquico (FBSP, 2023; WHO, 2017). No Brasil, segundo a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), violência sexual contra a mulher é:

Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006, art. 7º, III).

Conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2024, foram registrados no Brasil 87.854 casos de estupro e estupro de vulnerável, sendo 87,7% das vítimas do sexo feminino; os números representam uma taxa de 41,2 caso por 100 mil habitantes, a maior taxa de estupros e estupros de vulnerável já registrados no país. (FBSP, 2024; FBSP 2025). A situação é ainda mais grave se considerarmos o alto índice de subnotificação desses crimes, que ultrapassa os 80% (FBSP, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Vasconcelos *et al.*, 2023; WHO, 2017).

As consequências desastrosas desse tipo de violência são graves: lesões corporais, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST), complicações obstétricas e neonatais quando da ocorrência durante a gestação, agravos de saúde mental e até morte, tanto por feminicídio quanto por suicídio (Ferreira, 2024a; França, 2017; WHO, 2017). Diante desse cenário alarmante, torna-se imprescindível assegurar atendimento adequado às vítimas. Para tanto, a Lei Federal nº 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) estabeleceu um protocolo de atendimento nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de garantir a abordagem emergencial, integral e multidisciplinar que esse tipo de ocorrência exige (Brasil, 2013).

A partir da problemática apresentada, este artigo tem como objetivo verificar se há necessidade de aprimorar o atendimento em casos de VS no âmbito da saúde. Para isso, analisa-se a lei mais emblemática até o momento para esses casos: a Lei do Minuto Seguinte. O método de pesquisa utilizado foi a revisão bibliográfica e documental, incluindo legislação nacional, documentos do Ministério da Saúde, publicações do Fórum Brasileiro de Segurança Pública e bases de dados como SciELO, Connected Papers, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde e Organização Mundial da Saúde.

A contribuição do estudo consiste em oferecer um diagnóstico das fragilidades no atendimento às vítimas de violência sexual no sistema de saúde brasileiro e em apresentar a proposta da Central de Atendimento à Vítima de Violência Sexual (CEAVIX), uma central telefônica para auxílio ao atendimento médico inicial. Destacam-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, a articulação entre os serviços de saúde e de segurança pública e a importância da notificação desses casos. Ao sistematizar o conhecimento disponível, a pesquisa fornece subsídios para formulação de políticas públicas, qualificação profissional e melhoria das práticas assistenciais.

1. A lei do minuto seguinte e o fluxo de atendimento à vítima de violência sexual

Conforme a Lei do Minuto Seguinte, o atendimento a vítimas de violência doméstica deve ser imediato, gratuito e obrigatório em todos os hospitais integrantes do SUS e abrange a comunicação compulsória à autoridade de saúde em 24 horas por meio da ficha de notificação da violência, o tratamento dos agravos físicos e psicológicos decorrentes da VS e o encaminhamento aos serviços de assistência social e aos órgãos de segurança pública (Brasil, 2003; Brasil, 2013; Brasil, 2015a; Brasil, 2015b).

Com o *slogan* “Sua palavra é lei”, o site da Lei do Minuto Seguinte enfatiza que os serviços de saúde jamais deverão condicionar o atendimento à elaboração do boletim de ocorrência (BO). Além disso, cabe aos hospitais e congêneres ratificarem a importância de se realizar o registro da ocorrência em delegacias de polícia. O BO pode ser feito pela própria vítima ou por seu representante legal, seja por se tratar de vítima menor de 18 anos, seja por necessidade de internação hospitalar. A autoridade policial, por sua vez, deve encaminhar aos órgãos de medicina legal a solicitação do exame pericial sexológico (Brasil, 2013, art. 3º; Lei [...], [2013?]).

Para a efetiva aplicação da lei, foi necessário dispor de uma rede de referência para o atendimento médico e hospitalar, bem como estabelecer um

conjunto de regras no âmbito da saúde nacional. Isso foi possível em 2014, a partir de dois regramentos do Ministério da Saúde: a Portaria nº 485, que redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (Brasil, 2014a), e a Portaria nº 618, que alterou a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluiu o serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispôs sobre regras para seu cadastramento (Brasil, 2014b).

No ano seguinte, a Portaria Interministerial nº 288 fixou diretrizes para a organização e a integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e de saúde, centrando-se na humanização do atendimento e no registro de informações e coleta de vestígios (Brasil, 2015a). A fim de sedimentar essa portaria e nortear os dispositivos previstos na Lei do Minuto Seguinte, ainda em 2015 foi lançada a Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (Brasil, 2015b). Conforme a Norma Técnica, há dois fluxos básicos de atendimento a vítimas de VS: quando ela procura primeiro o sistema de segurança pública, ou quando ela procura primeiro o sistema de saúde, a seguir comentados.

1.1 Vítima que busca inicialmente o sistema de segurança pública

Neste caso, as informações do fato são registradas em boletim de ocorrência e a vítima é encaminhada aos órgãos de medicina legal para a perícia criminal oficial. Caso seja inferida uma emergência médica, a vítima é encaminhada antes ao serviço de saúde (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b; Coelho; Jorge Jr., 2008).

O exame sexológico inclui exame físico geral — portanto, lesões corporais diversas das lesões genitais também serão registradas —, exame físico específico e coleta de vestígios de crimes sexuais, isto é, a coleta de material para pesquisa de espermatozoides e de antígenos prostático específico (*prostate-specific antigen* — PSA) e pesquisa de material genético diferente do da vítima, por região corporal e conforme o tempo da ocorrência (Coelho; Jorge Jr., 2008; França, 2017; Mizziara, 2014; São Paulo, 2020).

A seguir, a vítima é encaminhada ao serviço de saúde para tratamento e profilaxia dos agravos relacionados às lesões corporais e à violência sexual em si: profilaxia para IST, contracepção de emergência, coleta de sorologias para infecções sexualmente transmissíveis, coleta de beta-HCG (exame de

comprovação de gestação), entre outros (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b; Coelho; Jorge Jr., 2008; São Paulo, 2020).

1.2. Vítima que busca inicialmente o sistema de saúde

Neste caso, os estabelecimentos de saúde realizarão o fluxo descrito anteriormente em relação às infecções sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência, interrupção da gestação e tratamento das lesões corporais de todos os órgãos e sistemas afetados (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b).

É importante ratificar que o atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do boletim de ocorrência. Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme a Lei nº 12.845/2013, art. 3º, III, estimular o registro do fato e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal, no sentido de diminuir a impunidade dos autores de agressão (Brasil, 2013). A esse respeito, a Norma Técnica estabelece que:

Os serviços de saúde NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada. [...] não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios. [...], tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados (Brasil, 2015b, p. 21).

Para os casos de internação hospitalar com previsão de tempo superior a 24 horas ou se houver a necessidade de tratamento invasivo das lesões decorrentes da VS, a perícia sexológica pode ser realizada no próprio hospital, em caráter de exceção, mediante boletim de ocorrência registrado pelo representante legal da vítima ou por funcionário do serviço social do hospital. A autoridade policial pode requerer que o exame sexológico seja feito por um médico legista do posto relacionado ao endereço da ocorrência ou do posto especializado em sexologia forense que atenda a área em questão (Ferreira, 2024b).

A possibilidade de o profissional médico legista realizar a perícia oficial no ambiente hospitalar onde a vítima está internada mostra-se uma iniciativa positiva. É louvável que a legislação atual incentive a busca do serviço de saúde antes do serviço de segurança pública, visto que a vítima não é

um vestígio, mas uma pessoa e como tal deve ser respeitada e ter sua saúde priorizada ante qualquer outra diligência (Ferreira, 2024b).

2. O exame sexológico em hospitais referenciados e a perícia sexológica dos institutos médico-legais

Nos Institutos Médico-Legais (IMLs), o exame pericial sexológico é realizado, como todas as demais perícias oficiais, mediante requisição de autoridade policial ou judiciária. A perícia sexológica para constatação de estupro é a mais frequente dentre as perícias sexológicas e pode ser realizada tanto em pessoa viva quanto em cadáver, neste segundo caso durante exame necroscópico (Brasil, 1941; Ferreira, 2024a; Ferreira, 2024b). Entretanto, é importante esclarecer que a coleta de vestígios de crimes sexuais também pode ser realizada em hospitais, desde que estes façam parte da rede de serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta vestígios, prevista no Decreto nº 7.958/2013, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Informado a fim de colher a assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados (Brasil, 2013; Brasil, 2015a; Brasil, 2015b).

O profissional responsável pelo atendimento à vítima de VS, seja qual for o serviço a ser realizado, deve acolhê-la em um ambiente humanizado, de confiança e respeito, e explicar a ela e a seu acompanhante ou responsável legal — se houver ou se for de sua vontade — as etapas do exame pericial. O ideal seria que a mulher fosse atendida por outra mulher, mas isso nem sempre é possível; em caso de médico legista homem, é recomendável que haja uma profissional de enfermagem do sexo feminino acompanhando o exame. No caso de recusa de uma ou mais etapas da perícia, o desejo da periciada é acatado e deve ser apontado no laudo médico-legal (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b; Coelho; Jorge Jr., 2008).

O protocolo de atendimento médico inicial à vítima, baseado em diretrizes nacionais e internacionais (Atendimento [...], 2022; Brasil, 2015a; São Paulo, 2016; Workowski, 2021), inclui anamnese detalhada (tipo e hora da violência, relação com o agressor, uso de preservativo, última menstruação, entre outros); exame físico completo e ginecológico com descrição detalhada das lesões, além da coleta de sorologias para IST, beta-HCG e, se necessário, ultrassom obstétrico. Deve-se também realizar notificação compulsória imediata (em até 24 horas), orientar sobre o registro policial e exame pericial no IML, e encaminhar a vítima para acompanhamento social e psicológico.

No manejo farmacológico contra IST (até 72 horas), os protocolos indicam Ceftriaxona 500 mg para gonorreia em dose única; Doxiciclina 100 mg ou Azitromicina 1 g para clamídia em dose única; Secnidazol 2 g em dose única ou Metronidazol 500 g por sete dias para tricomonas; e penicilina G benzatina para sífilis. Quanto à imunização contra hepatite B (até 72 horas), mulheres já vacinadas não precisam de reforço. Vítimas não vacinadas devem receber a vacina (0, 1 e 6 meses) e, caso o agressor seja sabidamente portador, também a imunoglobulina humana anti-hepatite B.

Para prevenção do HIV (PEP), os protocolos recomendam iniciar até 72 horas, com administração de Tenofovir-TDF 300 mg, Lamivudina-3TC 300 mg e Dolutegravir-DTG 50 mg uma vez ao dia, por 28 dias, além de encaminhamento ao serviço de referência em IST/AIDS. Em mulheres em idade fértil, recomenda-se contracepção de emergência até cinco dias após a violência (Levonorgestrel 1,5 mg em dose única). Quando houver necessidade de interrupção da gestação, a vítima deve ser encaminhada ao ginecologista.

O exame sexológico inclui exame físico geral e das lesões extragenitais, tais como traumatismo cranioencefálico, traumas na face, queimaduras, mordidas, lesões na região cervical, lesões nas mamas, lesões sugestivas de defesa, lesões sugestivas de imobilização, arrasto, material subungueal e presença de sêmen na pele da vítima (Miziara, 2014). Passa-se então para o exame sexológico e a coleta de vestígios de crimes sexuais, isto é, exame de pesquisa de espermatozoides, *prostate-specific antigen* (PSA), *deoxyribonucleic acid* ou ácido desoxirribonucleico (DNA), anatomopatológico e toxicológico para álcool e demais agentes pertinentes ao caso, com amostras de sangue e urina (Coelho; Jorge Jr., 2008; Ferreira, 2024a; Ferreira, 2024b). Os demais exames relativos à ocorrência são realizados pelos serviços de saúde e serão apontados na próxima seção deste trabalho.

Conforme o “Manual técnico-operacional para os médicos-legistas”, a pesquisa de espermatozoides e a coleta de DNA devem ser realizadas da seguinte forma:

Proceder a coleta no canal vaginal até 72 horas após o fato, e na pele, boca ou ânus até 24 horas. [...] Distender o material coletado em três lâminas (a primeira destina-se à leitura e a segunda, para contraprova. A terceira deve ser armazenada para eventual confronto de DNA), [...]. Deve-se colher com o swab as mesmas secreções, para eventual confronto genético (DNA). Identificar, secar em temperatura ambiente (4 a 6 horas), acondicionar em envelope de

papel, e finalmente em saco plástico, devidamente identificados, e armazenar em geladeira (Coelho; Jorge Jr., 2008, p. 127).

A coleta do material biológico no corpo da vítima deve ser feita o mais rápido possível a partir do momento da agressão sexual e não somente nas regiões genital e anal, mas também em outros locais de seu corpo, como regiões mamárias e perioral. A possibilidade de coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes para a identificação do agressor ou comprovação de violência sexual diminui tanto com o passar do tempo — reduzindo significativamente após 72h da agressão — quanto com a higienização da vítima (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b; Coelho; Jorge Jr., 2008).

Nos hospitais onde os vestígios forem obtidos, a fim de garantir a idoneidade da cadeia de custódia do material coletado, o armazenamento, o manuseio e a transferência aos laboratórios oficiais (Institutos de Criminalística) exigem mecanismos de segurança, como controle rigoroso do acesso à sala de armazenamento, que deverá permanecer trancada (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b). Por cadeia de custódia entende-se o adequado processo de coleta, registro e armazenagem dos vestígios de uma ocorrência; nos casos de VS, trata-se da coleta, registro e armazenamento adequados do material biológico, garantindo, assim, a confiabilidade do material que será encaminhado para exame como prova pericial (Arrais *et al.*, 2020).

Ainda com o intuito de garantir a cadeia de custódia idônea, é preciso garantir que todos os materiais estejam embalados e seguros e que sejam à prova de adulteração; além disso, apenas pessoal autorizado poderá se encarregar dele. Também é fundamental documentar os itens coletados nos prontuários médicos das pacientes, bem como registrar o manuseio do material a partir da sua coleta e os detalhes de transferência entre instituições. As autoridades locais deverão estabelecer protocolos para o registro dessas informações e fluxos de transferência de material (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b).

3. As fragilidades e os desafios do atendimento médico aos casos de violência sexual

Apesar dos avanços legislativos das últimas duas décadas e da elaboração de protocolos médicos bem-estabelecidos e de fácil acesso para consulta por parte dos profissionais da saúde, o atendimento às vítimas de VS ainda é permeado por inúmeras dificuldades e fragilidades (Brito, 2024; FBSP, 2023; FBSP, 2024; Ferreira *et al.*, 2023; Mariano *et al.*, 2021; Pasinato, 2015; Ramos, 2022; Teixeira *et al.*, 2023; Trentin *et al.*, 2019; Vieira *et al.*, 2016). No

cenário da saúde, destacamos o despreparo técnico dos médicos, a falta de acolhimento adequado às pacientes vítimas de VS e a violência institucional, seja no atendimento inicial, seja no acompanhamento ambulatorial (Arrais *et al.*, 2020; Brito, 2024; FBSP, 2023; FBSP, 2024; Ferreira *et al.*, 2023; Flores; Santos; Paiva, 2021; Mariano *et al.*, 2021; Pasinato, 2015; Teixeira *et al.*, 2023; Trentin *et al.*, 2019; Vieira *et al.*, 2016).

Ainda nesse âmbito, chamamos a atenção para a subnotificação das ocorrências, fato que repercute diretamente na falta de políticas públicas, tanto de saúde quanto de segurança, no combate à VS (Arrais *et al.*, 2020; Brito, 2024; FBSP, 2023; FBSP, 2024; Ferreira *et al.*, 2023). Já no contexto social, notamos que as vítimas e as pessoas de suas redes de apoio, além de desconhecerem os próprios direitos e o dever do Estado em prestar-lhes o atendimento previsto na Lei nº 12.845/2013, frequentemente reportam deliberados processos de revitimização e violência institucional (Castro, 2023; Flores; Santos; Paiva, 2021; Pasinato, 2015; Ramos, 2022; Trentin *et al.*, 2019).

Não obstante a abrangência do tema, não discorreremos a respeito dos desafios encontrados pelos profissionais da segurança pública no combate à VS, visto que nosso enfoque é o contexto da saúde.

3.1. A deficiência técnico-profissional dos médicos no atendimento às vítimas de violência sexual

O despreparo técnico-profissional dos médicos pode ser observado não somente nos prontos-socorros e seus congêneres não especializados, mas também na atuação dos profissionais dos centros de referência ao atendimento às vítimas de VS. Trata-se de uma deficiência disseminada, conforme apontado pela literatura (Arrais *et al.*, 2020; Garbin *et al.*, 2015; Latham *et al.*, 2021).

Em uma revisão integrativa de 14 artigos, Teixeira *et al.* (2023) concluíram que poucos médicos e demais profissionais da saúde relataram ter sido capacitados e/ou conhecer os protocolos e diretrizes de atendimento, mesmo estando à frente de serviços especializados. Além disso, pesquisa de 2020 com 134 profissionais da saúde em uma maternidade do Distrito Federal que atende mulheres e meninas em situação de VS revelou que, embora 78,95% atendam vítimas de violência sexual, apenas 14,18% foram capacitados para esses casos. Entretanto, 97,74% desses profissionais consideraram importante receber capacitação continuada para o atendimento às vítimas. Os dados reforçam a necessidade de qualificação de toda a equipe envolvida no cuidado, como médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e as-

sistentes sociais (Arrais *et al.*, 2020).

Em um serviço de referência do Espírito Santo, o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS), Amaro e Ribeiro Junior (2023) concluíram, com base em pesquisa com profissionais do programa, que a legislação vigente e a Norma Técnica do Ministério da Saúde não são efetivas para proteger e prestar um atendimento adequado às vítimas de estupro por conta da falta de capacitação técnico-profissional para esse tipo de ocorrência.

A maioria dos médicos deveria estar preparada para o atendimento inicial básico para toda vítima de VS, visto que os protocolos atuais de atendimento de diferentes centros são semelhantes entre si e estão disponíveis nos sites das próprias instituições bem como nos aplicativos médicos para celulares, ou seja, o acesso é fácil e não é necessária qualificação além da exigida a qualquer egresso do curso de Medicina no Brasil: prescrição de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, prescrição de contracepção hormonal de emergência e encaminhamento adequado às redes de saúde, assistência social e segurança pública de meninas e mulheres em situação de violência sexual ao aborto previsto em lei, quando pertinente (Brasil, 2013; Brasil, 2015a; Brasil, 2015b; Latham *et al.* 2021).

Muitos profissionais relataram não ter segurança para iniciar o atendimento (Arrais *et al.*, 2020; Latham *et al.*, 2021; Vieira *et al.*, 2016). Grande parcela dessa insegurança decorre da falta de ensino dirigido a esse tipo de atendimento tanto nas faculdades de Medicina quanto nos programas de residência médica e nos cursos de atualização. E mais, os próprios estabelecimentos de saúde não promovem capacitação específica e treinamento de suas equipes para assistir de forma digna e competente as vítimas de VS (Arrais *et al.*, 2020; Ferrante; Santos; Vieira, 2009; Latham *et al.*, 2021; Mariano *et al.*, 2021; Pasinato, 2015; Teixeira *et al.*, 2023; Vieira *et al.*, 2016).

3.2. O acolhimento inadequado, a revitimização e a violência institucional

Os problemas do atendimento aos casos de VS no âmbito da saúde não se resumem à falta de conhecimento por parte dos médicos; é notória a falta de acolhimento adequado às vítimas decorrente da violência institucional e que leva a um processo de revitimização. Esse ponto, inclusive, não é exclusivo dos serviços não especializados, mas também pode ser constatado com frequência nos centros de referência à saúde das vítimas de VS e nos IMLs (Mariano *et al.*, 2021; Ramos, 2022; Teixeira *et al.*, 2023; Trentin *et al.*, 2019;

Vieira *et al.* 2016).

Acolher significa amparar, colocar-se à disposição para agir com respeito, o que inclui dar credibilidade a quem está sendo atendido; não se trata de um espaço físico, mas sim de uma postura, uma atitude (Brasil, 2017). Já revitimização é o processo de tornar-se vítima novamente (Sumariva, 2023). Esse processo, de forma resumida, decorre de três situações que podem ou não coexistir: reviver a violência da qual foi vítima devido à óbvia necessidade de reportar o fato à autoridade policial e/ou ao profissional da saúde; ser recriminada pelos profissionais dos órgãos de atendimento, familiares, sociedade, parceiros; e recriminar-se pela ocorrência, atribuindo a culpa total ou parcial a si própria (Pasinato, 2015; Sumariva, 2023).

No livro de Ramos (2022), temos a tradução magistral do exposto acima:

Essa violência não permanece somente no ambiente privado, praticada na família ou nas relações de afeto, perpassando também para o ambiente público [...], sendo reproduzida pelo Poder Público *lato sensu*, incluindo Delegacias de Polícia, Ministério Público, Defensorias Públicas, Poder Judiciário, Poder Executivo e Poder Legislativo.

Posto isso, a violência institucional decorre da recriminação da própria vítima, imposta por órgãos oficiais. Nos serviços de saúde, mesmo os referenciados, muitos profissionais, por questões como ressentimento de sua própria incapacidade profissional, preconceito, misoginia e machismo estrutural, não realizam o acolhimento de forma empática ou sequer humana, julgam as mulheres vítimas de VS — especialmente as que desejam a interrupção da gestação advinda da VS — como tão ou mais culpadas pela VS sofrida do que seus agressores e ainda transferem a responsabilidade por eventuais falhas no atendimento aos “outros”: aos serviços, à suposta desorganização da rede do SUS e às mulheres (Arrais *et al.*, 2020; Ferrante; Santos; Vieira, 2009; Mariano *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2023).

Em relação ao acesso ao abortamento legal, a situação ainda é sofrível, conforme apontam Teixeira *et al.* (2023, p. 13): “apesar da existência formal do serviço e oferta das medicações, é necessário que a vítima passe por processo desgastante de confirmação da violência dentro das unidades, o que contraria os protocolos de atendimento”. Uma série de entrevistas realizadas com 40 pacientes de um centro de referência às vítimas de VS em Fortaleza/CE, revelou que durante a internação para realização de aborto previsto

por lei, decorrente de gestação após estupro, ocorreram casos de objeção de consciência por parte dos médicos e outras atitudes de caráter punitivo e moralista por parte da equipe com ao menos dez pacientes (Batista *et al.*, 2021).

Em pesquisa realizada por Diniz *et al.* em 2014, com 82 profissionais da saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, um em cada região do país, as autoras concluíram que a palavra das vítimas não tem valor algum para maioria desses profissionais:

[...] um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher que se expressa por práticas periciais de inquérito em torno do acontecimento da violência e da subjetividade da vítima. A verdade do estupro para o aborto legal não se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços (Diniz *et al.*, 2014, p. 291).

O atendimento inadequado e a falta de acolhimento afastam essas mulheres do serviço de saúde e geram consequências desastrosas a médio e longo prazo, visto que a grande maioria que foi atendida de forma inadequada não dará seguimento ao atendimento ambulatorial, evoluindo, muitas vezes, com IST que progredirão para afecções de saúde mais graves, além de terem que levar adiante a desumana gestação fruto de estupro ou colocarem suas vidas em risco em serviços de aborto clandestinos (Mariano *et al.*, 2021; Ramos, 2022; Silva; Santos; Bezerra, 2022; Teixeira *et al.*, 2023; Trentin *et al.*, 2019; Trigueiro *et al.*, 2018).

3.3. A subnotificação dos casos de violência sexual e suas consequências

Outro grande desafio do atendimento à VS no âmbito da saúde é a subnotificação dos casos de violência sexual contra mulheres e crianças (Brito, 2024; Ferreira *et al.*, 2023; FBSP, 2023; FBSP, 2024). Todo profissional da saúde deve notificar, ou seja, não é atribuição de uma classe profissional específica; entretanto, em última instância, a responsabilidade da notificação é antes de tudo institucional (Brasil, 2017).

A Lei nº 10.778/2003 estabeleceu a notificação compulsória (NC), no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados; e por violência contra a mulher en-

tende-se violência física, sexual e psicológica (Brasil, 2003). Essa lei teve uma ampliação com a Lei nº 13.931/2019, que determinou que o estabelecimento de saúde que atenda um caso suspeito ou confirmado de VS deve comunicar o fato a uma autoridade policial em até 24 horas (Brasil, 2019).

A notificação compulsória das violências promove o conhecimento da situação epidemiológica dessas ocorrências, e isso é fundamental por três motivos: 1) para que todo país — o Poder Público por dever e os cidadãos por direito — conheça a dimensão atual da violência e tente identificar os casos não notificados; 2) para que, a partir do conhecimento da situação epidemiológica, municípios, estados e União instituem políticas públicas de promoção à saúde (âmbito da saúde pública) e prevenção e combate à violência (âmbito da segurança pública); 3) para que a violência (sexual) já ocorrida seja mitigada, garantindo que os direitos e a dignidade das vítimas sejam respeitados (Brasil, 2003; Brasil, 2017).

Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) a partir de uma análise conjunta da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNS/IBGE) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS) revelou que a situação da VS no país é ainda mais estarrecedora: o número real de estupros é de aproximadamente 822 mil casos por ano; portanto, somente 8,5% dos casos são identificados pelas instituições policiais e apenas 4,2% pelos sistemas de informação da saúde (Ferreira *et al.*, 2023).

Outra pesquisa avaliou quantos estabelecimentos de saúde na região da grande Belo Horizonte/MG realizaram a notificação de violência contra mulheres entre 2001 e 2011. Apenas 14 dos 21 centros de saúde a tinham realizado (Kind *et al.*, 2013). Em 2023, outro estudo verificou que a subnotificação para a violência sexual em Minas Gerais em 2019 foi de 83,4% (Vasconcelos *et al.*, 2023). Em 2019, a subnotificação de violência contra a mulher no Brasil foi de 98,5%, 75,9% e 89,4% para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente. Os estados do Norte e do Nordeste apresentaram os maiores índices de subnotificação (Vasconcelos *et al.*, 2023).

O dever de notificar está ligado ao conhecimento sobre quais situações notificar. A maior deficiência decorre, em algum grau, da falta de familiaridade de alguns profissionais da saúde com o procedimento da notificação, além dúvidas quanto ao correto preenchimento da ficha de NC. Essa ficha, por sua complexidade, envolve contextualização e capacitação no atendimento a casos de violência, o que pode representar um desafio para os profissionais que não participam de todas as etapas do atendimento. Desse

modo, é interessante que as instituições hospitalares e congêneres, públicas e privadas, centralizem as NCs na figura de uma equipe responsável e capacitem esses profissionais (Ferreira *et al.*, 2023; Garbin *et al.*, 2015; Lima; Deslandes, 2011).

Outro fator que contribui para o não preenchimento da ficha de NC é o medo que os profissionais têm de represálias dos supostos agressores. Esse receio, porém, não se justifica porque o próprio sistema protege a identidade do profissional, registrando os dados de forma restrita e sem torná-los acessíveis ao público em geral (Garbin *et al.*, 2015; Lima; Deslandes, 2011).

Outra questão que contribui para a subnotificação é o receio de notificar um caso que não configure violência, ou seja, o “benefício da dúvida”. No entanto, a NC é um ato relativo aos cuidados prestados durante atendimento em saúde e não exige certeza sobre os fatos, já que cabe aos órgãos de justiça e às autoridades policiais a investigação e a punição do suposto agressor (Ferreira *et al.*, 2023; Garbin *et al.*, 2015). A esse respeito, Garbin *et al.* (2015, p. 1883) são cirúrgicos: “Notificação não é denúncia”.

4. O minuto de ouro: uma proposta de atendimento

Conforme evidenciamos, a maioria dos desafios e das fragilidades atuais poderia ser contornada por meio da capacitação técnica dos médicos que atendem casos de VS, desde a formação na faculdade até a residência médica, e em cursos de atualização e reciclagem profissional.

A fim de auxiliar no atendimento conforme as melhores práticas médicas e humanitárias, propomos a criação de uma central telefônica para auxílio ao atendimento médico inicial à vítima de VS, a Central de Atendimento à Vítima de Violência Sexual (CEAVIX), com funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana. Essa ideia foi baseada na atuação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), criados na década de 1960, que fornecem orientações referentes às condutas clínicas e de suporte nos casos de intoxicação exógena, tanto para os profissionais que os procuram quanto para a população em geral.

De acordo com o “Terceiro Informe do Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas” (Brasil, [2022], p. 1):

Os CIAToxs apresentam diferentes arranjos institucionais e formas de atuação, mas possuem em comum sua estrutura de recursos humanos que normalmente é composta

por equipe multiprofissional formada por biólogos, farmacêuticos, enfermeiros, médicos, psicólogos, veterinários, dentre outros. Realizam suas orientações por meio telefônico e/ou presencial, sendo desejável que a equipe esteja disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Por telefone, é possível obter orientações perante casos de intoxicação exógena, isto é, ingestão inadvertida de compostos químicos em geral ou venenos, ou de acidentes com animais peçonhentos, por exemplo. O atendimento é feito por médicos experientes em toxicologia, com acesso rápido à literatura especializada. Leigos recebem orientações gerais, incluindo endereços de hospitais e prontos-socorros. Já os médicos recebem orientações específicas sobre confirmação diagnóstica, sintomas esperados, tratamento, exames e medidas de monitoramento que devem ser realizados, bem como aquelas condutas que devem ser evitadas.

No caso do CEAVIX, o atendimento teria início com a identificação do médico, do estabelecimento de saúde e dos dados da vítima, como histórico de saúde e condição médica frente à violência. Em seguida, seria realizado um questionário acerca da ocorrência, e o fluxograma se dividiria entre:

- a. Paciente estável, serviço de referência ao atendimento à VS disponível na região e com possibilidade de deslocamento: a CEAVIX orienta o encaminhamento para a unidade de referência, disponibilizando endereço e telefone do local e colocando-se à disposição para eventuais dúvidas ou alteração inesperada do quadro clínico.
- b. Paciente estável, porém serviço de referência ao atendimento de VS indisponível na região ou impossibilidade de deslocamento: a CEAVIX orienta a execução do protocolo básico de atendimento, faz os encaminhamentos ambulatoriais necessários e ratifica a obrigatoriedade da NC.
- c. Paciente instável e/ou com lesões que exijam internação ou que impossibilitam deslocamento mesmo em caso de serviço de referência disponível: a CEAVIX explica as etapas do atendimento geral e específico e orienta, mediante autorização da vítima ou do responsável legal, que alguém da rede de apoio dessa pessoa procure uma delegacia de polícia e registre a ocorrência. Dessa forma, a autoridade policial poderá requisitar perícia ao Instituto Médico Legal, que será feita no local da internação. O médico

legista então se deslocará ao hospital onde a vítima se encontra e realizará o exame sexológico, focando a coleta de vestígios.

Por se tratar de um assunto tão relevante, no futuro deverão ser discutidos alguns aspectos à implementação e otimização da CEAVIX: o acesso, se restrito aos profissionais médicos ou se disponível à população em geral; a criação de um aplicativo para telefones celulares; do ponto de vista legal, a forma de registrar os dados referentes à vítima; definição do local físico da Central, se regionalizado ou centralizado, entre outros.

Em um cenário ideal, cada pronto-socorro do país deveria contar com uma equipe capacitada em atender pessoas vítimas de VS 24 horas por dia, 7 dias por semana, munida com os kits de coleta de vestígios e com a custódia desse material devidamente garantida em um local idôneo, a fim entregá-lo a uma equipe parceira proveniente da segurança pública. Enquanto isso não é uma realidade, a proposta da criação da CEAVIX visa aumentar a capacidade de atuação dos serviços de saúde para com o devastador agravo de saúde que é a VS.

Quanto aos desafios relativos à subnotificação, nos parece, novamente, que a capacitação dos profissionais de saúde acerca do tema é fundamental. Atribuir essa tarefa a uma equipe específica e devidamente capacitada nos serviços de saúde pode ser ainda mais interessante. Não precisaria ser uma equipe numerosa nem onipresente nos plantões, bastaria que houvesse um indivíduo a cada 24 horas no serviço nos sete dias da semana, visto que as NCs de caráter emergencial têm 24 horas para serem confeccionadas.

Seria interessante, inclusive, incutir nos profissionais da saúde que a NC ajuda os órgãos de segurança pública a investigarem e punirem os agressores. Trata-se de um elo fundamental entre saúde e segurança públicas e como tal deve ser incentivado dentro dos hospitais e congêneres: fazer com que o profissional da saúde se sinta parte da luta contra a VS.

Por fim, as fragilidades no cenário social nos parecem as mais desafiadoras; elas transitam por questões políticas, religiosas e educacionais. O Brasil é um país misógino, atrasado, faminto por igualdade social e com líderes capciosos que se aproveitam da ignorância da maior parte da população para manterem o *status quo* de seus benefícios e dominação, para assim evitar questionamentos e mobilizações sociais.

Nesse contexto, a falta de educação formal da população é uma das grandes causas da violência no país, não apenas da VS. A sociedade civil como um todo precisa voltar-se para essa questão, sentir-se responsável e

engajar-se na educação das gerações futuras. Em particular, a educação sexual nas escolas, tanto no ensino fundamental quanto no ensino médio, poderia figurar como importante medida para reduzir os abusos de crianças e adolescentes, o que reverberaria na redução dos casos de VS entre na população adulta. O conhecimento do próprio corpo e o desenvolvimento da consciência da sua própria sexualidade e dos limites para com a sexualidade do outro podem contribuir para que a criança se torne um jovem e um cidadão mais lúcido, ciente de sua dignidade humana e dos deveres do Estado e que saberá defender-se contra quaisquer formas de violência; violência esta que, ainda que ocorra, será em grande parte vencida por acolhimento e tratamento adequados a si e à sua rede de apoio.

Considerações Finais

O objetivo do trabalho foi verificar se eram necessárias iniciativas de aprimoramento ao atendimento às vítimas de VS no âmbito da saúde. A análise bibliográfica aponta para uma resposta positiva, para que, assim, a Lei do Minuto Seguinte possa ser aplicada em toda sua completude. Como contribuição, o trabalho propôs a criação da CEAVIX, uma estratégia viável e inspirada em modelos bem-sucedidos como o CIATox.

Em um cenário ideal, cada pronto-socorro deveria contar com uma equipe capacitada para o atendimento ininterrupto às vítimas, munida de kits de coleta de vestígios e com a custódia desse material devidamente garantida em local idôneo, a fim de entregá-lo a uma equipe parceira proveniente da segurança pública. Enquanto isso não é uma realidade, a proposta da criação da CEAVIX visa aumentar a capacidade de atuação dos serviços de saúde para com o devastador agravo de saúde que é a violência sexual.

Referências Bibliográficas

AMARO, Julia Lemos; RIBEIRO JUNIOR, Humberto. **A luta solitária da mulher estuprada: a (in)efetividade das normas de proteção das vítimas de violência sexual no Espírito Santo**. Múltiplos Acessos, São Carlos, SP, v. 8, n. 1, p. 164-177, jan./mar. 2023. Disponível em: <http://multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/519/283>. Acesso em: 7 jul. 2024.

ARRAIS, Alessandra. et al. **Challenges for the implementation of the chain of custody for rape victims in the Federal District**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190101, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5Qn-VVNg3Zg6RwSgfzNxLQht/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 jul. 2024.

Atendimento à vítima de violência sexual: como agir? Medicina de Emergência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 28 jul. 2022. Disponível em: <https://www.emergenciausp.com.br/atendimento-vitima-violencia-sexual/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BATISTA, Lorena Loiola et al. **Violência sexual e saúde pública: avaliando um programa de saúde a partir da percepção das mulheres atendidas**. Brazilian Journal of Development, [s. l.], v. 7, n. 8, p. 81630-81646, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34610>. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal**. Brasília, DF: Presidência da República, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. **Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013. Lei do Minuto Seguinte**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Dispo-

nível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015**. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. Brasília, DF: MS, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0288_25_03_2015.html. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília, DF: MS, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 618, de 18 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. Brasília, DF: MS, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. 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: MS, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. **Terceiro informe do Subsistema de Alerta Rápido sobre Drogas (SAR)**. Brasília, DF: MJSP, [2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subsistema-de-alerta-rapido-sobre-drogas-sar/terceiro-informe-sar-3nov.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

BRITO, Flávia Danielle Amaral de. **Fragilidades no entendimento da tipificação de crimes sexuais e seus reflexos nas notificações de estupro de vulnerável**. Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica, São Paulo, v. 9, e240204, 2024. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/2024/02/fragilidades-no-entendimento-da-tipificacao-de-crimes-sexuais-e-seus-reflexos-nas-notificacoes-de-estupro-de-vulneravel-2/>. Acesso em: 7 jul. 2024.

CASTRO, Wendel. Direito penal para todos: um guia simples para qualquer leitor.

[S. l].: [Edição do autor], 2023. (Série Direito penal para todos). v. 1. Kindle.

COELHO; Carlos Alberto de S.; JORGE JR.; José Jarjura (ed.). **Manual técnico-operacional para os médicos-legistas do Estado de São Paulo**. São Paulo: CREMESP, 2008. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Livro%20IML%20para%20site.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

DINIZ, Debora et al. **A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil**. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 291-298, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yvjvPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

FERRANTE, Garbelini de Ferrante; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 287-299, out./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6DtrDkgk3tsrxSWb9x9ZGpr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

FERREIRA, Helder et al. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. (Texto para discussão, n. 2880).

FERREIRA, Mariana. **Perícia sexológica em crimes sexuais e revitimização**. In: IBRAHIN, Francini Imene Dias; FERREIRA, Mariana da Silva (org.). Crimes sexuais. São Paulo: Mizuno, 2024a. p. 13-21.

FERREIRA, Mariana. **Violência sexual contra mulheres e a importância da sexologia forense**. In: HAGE, Camilla; IBRAHIN, Francini Imene Dias (org.). Crimes contra mulheres. São Paulo: Mizuno, 2024b. p. 54-62.

FLORES, Letícia Bortolotto; SANTOS, Samara Silva dos; PAIVA, Ilana Lemos de. **Construindo “feias”: fragilidades e potencialidades para o enfrentamento da violência contra a mulher**. Psicologia Política, São Paulo, v. 21, n. 50, p. 224-238, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 jul. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024**. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025**. São Paulo: FBSP, 2025. Disponível em: <https://forumse->

guranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2025.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

KIND, Luciana et al. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWw-VSXcjQzzbDH3vyWv3KC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

LATHAM, Anibal Eusébio Faundes et al. **Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica**. Femina, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 230-236, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224094/femina-2021-494-p230-236-diretrizes-para-o-atendimento-em-viol_E8hdaxm.pdf. Acesso em: 7 jul. 2024.

Lei do minuto seguinte. Ministério Público Federal, Brasília, DF, [2013?]. Disponível em: <https://leidominutoseguinte.mpf.mp.br/>. Acesso em: 7 jul. 2024.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yTckGyF6wR5cHD6W47jT4HB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

MARIANO, Anna Beatryz Alves et al. **Serviços de saúde ofertados a mulheres vítimas de violência sexual no Brasil: revisão integrativa da literatura**. Research, Society and Development, [s. l.], v. 10, n. 14, e344101422427, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22427/19652/265795>. Acesso em: 7 jul. 2024.

MIZIARA, Ivan Dieb. **Manual prático de medicina legal**. São Paulo: Atheneu, 2014.

PASINATO, Wânia. **Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha**. Revista Direito GV, São Paulo, jul./dez. 2015, v. 11, n. 2. p. 407-428. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1808-2432201518>. Acesso em: 7 jul. 2024.

RAMOS, Wanessa Assunção. **Modelo de rede de atendimento às vítimas de estupro**. São Paulo: Dialética, 2022. Kindle.

SÃO PAULO (Estado). **Superintendência da Polícia Técnico-Científica. Procedimento operacional padrão exames periciais sexológicos.** Autores: José Otávio de Felice Junior e Angélica de Almeida. São Paulo: SPTC, 2020.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário De Moraes Altenfelder Silva — Vila Nova Cachoeirinha. **Manual de procedimentos operacionais para o atendimento das vítimas de violência sexual São Paulo.** São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUALATENDIMENTOVITIMAS-DEVIOLENCIAVNCACHOEIRINHA2016.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

SILVA, Karlos Eduardo Alves; SANTOS, José Ismair de Oliveira dos; BEZERRA, Waldez Cavalcante. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320118, p. 1-25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320118>. Acesso em: 7 jul. 2024.

SUMARIVA, Paulo. *Criminologia: teoria e prática*. 8. ed. Indaiatuba: Foco, 2023.

TEIXEIRA, Fernanda Fernandes et al. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 3, e220253pt, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220253pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

TRENTIN, Daiane et al. Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e20180324, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/X9bjmhFHk7VR5V4kpTCP-GTz/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 jul. 2024.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis v. 27, n. 1, e6490015, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xNqCdzMpSpjKwKXFx7CfKxy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2024.

VASCONCELOS, Nádia Machado de et al. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 273, 20 set. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subnotificacao-de-violencia-contra-as-mulheres-uma-analise-de-duas-fontes-de-dados/18899?id=18899>. Acesso em: 7 jul. 2024.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3957-3965, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 7 jul. 2024.

WORKOWSKI, Kimberly A. et al. Sexually transmitted infections treatment: gui-

delines 2021. Recommendations and reports v. 70, n. 4. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>. Acesso em: 7 jul. 2024.