

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Edição XXV

Capítulo 12

VIOLÊNCIA SEXUAL: ABORDAGEM CLÍNICA, PROTOCOLOS E DESAFIOS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

PAULA ENGEL MARTINI¹
ISADORA GRINGS PEREIRA¹
ANA CAROLINA ARAGONÉS SAUERESSIG¹
ANA LAURA BRILL THUM¹
ADRIELE MATOS DA SILVA¹
GABRIELLE PRATES KOBER¹
LUIZA PÉRICO BORGES¹
LUÍSA RUBENICH TONIETTO¹

DANIELA SEIBERT ALVES¹
KERELIN NEVES DOS REZES¹
MANUELLA REFFATTI CIOCCA¹
MARIA CLARA REIMANN¹
MARIA EDUARDA BERLATO BORDIN¹
MIRELA BARBOSA MULLER¹
SOPHIA VANZ DE ANDRADE CANABARRO¹

¹Discente - Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Palavras-Chave: Violência Sexual; Saúde Pública; Ginecologia e Obstetrícia.

DOI

10.59290/2125309232

INTRODUÇÃO

A violência sexual é uma grave violação dos direitos humanos, com impactos profundos na saúde física, emocional e social das vítimas. Segundo a Organização das Nações Unidas, ela compreende qualquer ato de violência de gênero que cause danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo ameaças e coerção (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA, 2008). Já a Organização Mundial da Saúde define como qualquer ato sexual, tentativa, insinuação indesejada ou contato forçado mediante coerção, independentemente da relação entre agressor e vítima (WHO, 2021). A coerção pode ocorrer por força física, intimidação ou chantagem, e também quando a vítima não pode consentir, como em situações de sono, embriaguez ou deficiência. No Brasil, o Código Penal trata da violência sexual de maneira abrangente, como estupro, estupro de vulnerável, importunação sexual, assédio sexual e exploração sexual de crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

O assédio sexual ocorre em contextos de poder hierárquico ou de gênero, violando a autonomia da vítima por meio de constrangimento, intimidação ou chantagem para obtenção de favorecimento sexual, podendo estar associado ao assédio moral (BRASIL, 2001, Artigo 216-A, Código Penal Brasileiro). Já a exploração sexual refere-se a qualquer tentativa de abuso de poder de uma posição de vulnerabilidade ou tutela com fins sexuais, muitas vezes envolvendo crianças e adolescentes em contextos de prostituição, tráfico ou escravidão (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA, 2008). O estupro, segundo o Código Penal, consiste no constrangimento à prática de conjunção carnal ou outros atos libidinosos sem consentimento, mediante violência ou grave ameaça, enquanto o abuso sexual o-

corre quando o agres-sor se aproveita de uma posição de autoridade ou desigualdade de poder para explorar a vítima sexualmente (BRASIL, 2009).

O consentimento no contexto sexual apresenta nuances específicas que devem ser cuidadosamente delimitadas. O consentimento sexual deve ser voluntário, livremente expresso e específico para cada ato, podendo ser revogado a qualquer momento, o que significa que o consentimento prévio não implica em uma autorização irrestrita e permanente. A manifestação do consentimento pode ocorrer tanto de forma verbal quanto não verbal, inclusive por meio de gestos ou expressões de medo ou repulsa, sendo que o dissentimento não exige necessariamente resistência física. A presença de condutas ativas e colaborativas é fundamental para a caracterização do consentimento, e o silêncio não pode ser interpretado como tal, pois pode decorrer de pânico ou da percepção de ineficácia de reação por parte da vítima (SOTTOMAYOR *et al.* 2015). No ordenamento jurídico brasileiro, não há uma definição explícita sobre a idade de consentimento inscrita nos códigos legais. Contudo, o Código Penal estabelece que o estupro consiste em "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso", evidenciando que a presença ou ausência de consentimento é o elemento central para a configuração da violência sexual, sendo, portanto, determinante para o reconhecimento do crime e para os procedimentos legais decorrentes (BRASIL, 2009).

O presente trabalho tem como objetivo analisar de forma abrangente a violência sexual sob a perspectiva da saúde pública, com ênfase nos seus aspectos epidemiológicos, psicossociais, culturais e clínicos, especialmente entre crianças, adolescentes e mulheres. Busca-se discutir os desafios enfrentados no contexto brasileiro,

como a subnotificação, a revitimização e a precariedade dos serviços de saúde, além de apresentar protocolos de acolhimento, atendimento médico-legal, profilaxia e contracepção pós-violência. O estudo também destaca a importância da capacitação profissional e da educação sexual como estratégias fundamentais para o enfrentamento efetivo desse grave problema social, propondo uma abordagem intersetorial e humanizada baseada nos direitos humanos.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa conduzida entre março e julho de 2025. A revisão foi realizada através de pesquisas em diversas bases de dados, incluindo SciELO, LILACS, Periódicos CAPES, PubMed, *Cochrane Library*, e em bibliografias de referência sobre violência sexual. Utilizou-se uma combinação de descritores: "VIOLÊNCIA SEXUAL", "ABUSO SEXUAL", "SAÚDE PÚBLICA" e "BRASIL".

A busca inicial resultou em 87 artigos, os quais foram então submetidos a critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês e português, publicados entre 2005 e 2024, que abordassem as temáticas relevantes para a pesquisa e estivessem disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos duplicados, aqueles disponíveis apenas em forma de resumo, que não abordavam diretamente as questões de interesse ou que não atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Após aplicação dos critérios de seleção, restaram 20 trabalhos, os quais foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e organizados em categorias temáticas: panorama epidemiológico, aspectos psicossociais e fatores culturais, abordagem clínica inicial, protocolos médicos legais, profilaxia e contracepção pós violência sexual, desafios no con-

texto de saúde brasileiro e capacitação de profissionais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Panorama Epidemiológico

Quando se analisam os índices de violência sexual, percebe-se que alguns grupos se destacam como mais vulneráveis: crianças; adolescentes e mulheres. Primeiramente, cabe destacar que a violência contra crianças e adolescentes se trata de um problema de saúde pública (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA, 2008). Usualmente, a violência sexual na infância e adolescência está relacionada ao ambiente escolar e familiar. Embora ambos sejam pilares chave na vida dessas crianças e adolescentes, atuando no desenvolvimento pleno do cidadão, elas nem sempre garantem integralmente uma rede de apoio e acesso à saúde (INOUE *et al.*, 2008).

Nesse sentido, cabe observar o panorama epidemiológico referente a violência sexual contra crianças e adolescentes no contexto nacional. Segundo o Boletim Epidemiológico de Notificações de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, divulgado pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2015 e 2021 notificaram-se 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Desse, 83.571 (41,2%) foram em crianças (0 a 10 anos). Ao estratificar por sexos, nas crianças é possível perceber que 76,8% das notificações ocorreram entre meninas. Em ambos os sexos, a maior proporção de notificações foi na faixa etária de 5 a 9 anos (53,8% e 60,1%, respectivamente). Cabe destacar também a região de residência dessas crianças, sendo a maioria das notificações referentes a Região Sudeste (meninas N = 27.664, 43,2%; e meninos N = 8.861, 45,9%). Percebe-se também, que aproximadamente 35% das ocorrências tanto de meninas quanto de meninos já haviam acontecido outras

vezes. Além disso, das notificações, a maioria dos casos ocorreram dentro de casa (meninas 72,4% e meninos 65,9%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Ao analisar as notificações por violência sexual contra adolescentes (10 a 19 anos), o número registrado é de 119.377. Dessas notificações, somente 31,8% foram encaminhadas aos serviços de saúde. Em relação aos sexos, 92,7% ocorreram contra meninas. Quando estratificado por idade, 68,2% foram na faixa etária de 10 a 14 anos, principalmente em meninos (73,4%). Aqui, a região Sudeste também se sobressai, constituindo aproximadamente 34% dos casos notificados. Majoritariamente, os casos ocorreram na residência desses adolescentes, e em 25,5% e 38,2% das meninas e dos meninos, respectivamente, o agressor foi um conhecido. Em 22,6% e 20,3% dos casos para meninas e para meninos, respectivamente, o agressor foi da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Ao observar os tipos de violência e estratificar as vítimas de estupro, durante o período de 2021 a 2023, é possível perceber que tal violência foi mais recorrente na faixa etária de 10 a 14 anos (48,3%, considerando a média do período analisado). As crianças de até 9 anos estão em segundo lugar, representando 35,8% do total. A notificação é menos recorrente na faixa etária dos 15 aos 19 anos (15,8%) (SECRETARIAS ESTADUAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024). Ao estratificar por sexo, o feminino se sobressai - principalmente nas meninas mais velhas, que representam mais de 90% dos casos. Ao analisar a raça, percebe-se que entre as crianças de até 4 anos, o estupro é mais recorrente nas crianças brancas (53,9%). Entretanto, isso se inverte na faixa etária seguinte e a maior parte das vítimas tornam-se negras na faixa etária de 10 a 14 anos (55,4%). É importante destacar que os dados referidos podem sofrer alta influência social, uma vez

que as meninas brancas em sua maioria possuem maior rede de apoio e estão menos propensas às subnotificações, quando comparadas às meninas negras (SECRETARIAS ESTADUAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024).

Paralelamente, é fundamental também analisar os dados epidemiológicos referente a violência sexual contra mulheres. Em primeiro plano, cabe destacar que ela é extremamente recorrente: estima-se que, a nível mundial, uma em cada três mulheres com mais de 15 anos foram vítimas de violência física ou sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Nesse sentido, a prevalência de violências sexuais contra mulheres é 3,6 vezes maior que a prevalência entre homens.

Segundo dados do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) 2025, no ano de 2023, foram registradas 302.856 notificações de violência doméstica e sexual no Brasil. Esse número representa um aumento significativo em relação a 2022, que contou com 216.024 notificações. A Região Sudeste apresentou o maior número de registros (152.011), seguida pela Região Nordeste (56.829 registros). Ao estratificar por raça, 60,4% das notificações de violência ocorreram contra mulheres adultas (20 a 59 anos) pretas e pardas. Nas mulheres brancas adultas, esse número foi expressivamente menor: 37,5%. Em relação ao ambiente onde ocorreram, em 2023, cerca de 71,6% das notificações ocorreram dentro da residência dessas mulheres. Dentre as formas de violência (física, psicológica/moral, negligência/abandono; sexual; tráfico de seres humanos; financeira; tortura; trabalho Infantil; intervenção legal) a física é a mais recorrente (56,8%). A violência sexual representou 22,8%. É fundamental ratificar que o baixo número de notificações de violência sexual está diretamente associado às subnotificações - devido ao estigma e a vergonha que muitas vítimas sentem (RASEAM, 2025).

Em relação aos estupros, durante o ano de 2024, ocorreram 71.892 notificações no Brasil - o que equivale a 196 vítimas diárias. O ano anterior, 2023, atingiu o recorde de notificações - reafirmando o poder das campanhas realizadas pelos órgãos públicos, sendo fundamental ratificar que não necessariamente significou um aumento na prevalência dos casos. É importante destacar também que os anos de 2020 e 2021 representaram os menores índices de notificações de violência sexual - assim como na violência sexual contra as crianças e adolescentes, o que se justifica pelo isolamento social ocasionado pela pandemia do Covid-19, facilitando a agressão e isolando a vítima (RASEAM, 2025).

No contexto mundial, a violência sexual contra as mulheres segue sendo uma realidade recorrente. Segundo dados da OMS, 30% das mulheres que já estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual ou por parte do parceiro. Em países classificados como de alta renda, a prevalência varia na faixa de 23,2% - 24,6% na região do Pacífico Ocidental; 37% na região do Mediterrâneo Oriental e 37,7% na região do Sudeste Asiático. O sul da Europa destaca-se com a menor prevalência (16%). Além da violência sexual gerada por parceiros, 7% das mulheres em todo o mundo referem assédios sexuais por terceiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Aspectos Psicossociais e Fatores Culturais

Historicamente, a sociedade se organiza de forma patriarcal, a qual atribui maior valor às atividades masculinas em detrimento das femininas. Além disso, o machismo estrutural, a cultura do estupro e a supremacia do direito sexual masculino ainda são muito prevalentes e atribuem maiores vantagens sociais e sexuais aos homens. Dessa forma, o conjunto desses ideais e culturas extremamente retrógradas legitimou

o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas, considerando a mulher como uma propriedade do homem. Essa desigualdade é mantida no contexto atual, evidenciada pela violência sexual nas suas mais variadas manifestações. Por fim, o conjunto de estereótipos sexistas, aliado a preconceitos e discriminações sustentam esse quadro (PACHECO, 2022).

Essas ideias enraizadas na sociedade ficam evidentes desde a infância, na qual a mulher é ensinada a que tipo e tamanho de roupas vestir, como se comportar na rua, quando e como beber e quais os horários pode sair de casa, impondo à mulher o peso da autopreservação, como se sua conduta justificasse possíveis violências. Dessa forma, o estupro passa a ser visto como um episódio isolado, resultado da imprudência da vítima, em vez de ser reconhecido como consequência das ações do agressor. Essa noção distorcida ignora a necessidade de prevenir que homens se tornem agressores, priorizando duvidar da vítima ou culpá-la pelo ocorrido. Afinal, é mais conveniente acreditar que o estuprador tem algum distúrbio psicossocial do que reconhecer que qualquer homem, inserido em uma cultura de dominação e desigualdade de gênero, pode ser potencialmente responsável por esse tipo de crime. Além disso, com base nas estatísticas acerca da violência sexual, é possível identificar que o lugar onde a menina deveria ser idealmente protegida é, também, onde possivelmente, será vitimada, uma vez que a maioria dos crimes são cometidos por pessoas do convívio (PACHECO, 2022).

Quanto à apuração do ato criminoso, as mulheres ainda enfrentam a dificuldade de ter sua denúncia ouvida e validada, pois, muitas vezes, a investigação foca no histórico, levando em conta sua reputação, o que pode determinar se ela será ou não reconhecida como vítima. No imaginário coletivo é disseminada a ideia de

que as pessoas que sofrem violência sexual têm um padrão ideal e somente se estiverem nessa condição serão consideradas violadas: mulher marcada fisicamente, que lutou contra o agressor. Porém, nem sempre essas circunstâncias estão presentes, especialmente se a violência ocorre por conhecidos. Sendo assim, a mulher pode não identificar a ação como estupro e, mesmo quando reconhece, diversas vezes não denuncia devido ao medo de ser julgada, à pressão do próprio agressor e à vergonha que sente. Ainda nesse sentido, é relevante ressaltar que os autores do crime frequentemente ameaçam suas vítimas para que não relatem o crime ocorrido (PEIXOTO & RESENDE, 2015).

Os impactos da violência sexual não se limitam ao momento da agressão. Ela compromete a saúde mental, sexual e reprodutiva das mulheres a curto e longo prazo, além do risco associado de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Esse crime pode resultar em lesões físicas, gravidezes indesejadas, abortos induzidos, emergências ginecológicas graves, infecções sexualmente transmissíveis, além de transtornos alimentares e impactos emocionais severos. Em casos extremos, pode causar desfechos fatais, como o homicídio ou o suicídio. Quando ocorre na infância, está associada ao aumento do uso de substâncias lícitas e ilícitas, além de comportamentos sexuais de risco. Somado a isso, existe uma correlação entre a exposição à violência sexual precoce e a maior probabilidade de repetição do padrão de abuso ao longo da vida (FERREIRA, 2016).

É evidente que a violência sexual acarreta consequências psicossociais que afetam significativamente a vida das mulheres em múltiplas dimensões. Entre os efeitos mais recorrentes destaca-se a depressão, frequentemente associada à perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas e comportamento mais introspectivo. Esse quadro está muito relacionado à

baixa autoestima, insegurança, sentimento de culpa e de inferioridade nas vítimas. Além da depressão, é comum que haja o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que se manifesta através de recordações recorrentes do momento de violência, como sonhos aflitivos, *flashbacks*, e lembranças involuntárias e incontroláveis, responsáveis por gerar sofrimento intenso à mulher. Diante dessas manifestações, muitas vítimas recorrem a estratégias de evitação para não confrontar diretamente o trauma, através do abuso de álcool ou drogas, envolvimento compulsivo em atividades, a fim de tentar evitar a dor emocional associada à experiência vivida. Esse tipo de comportamento é potencialmente de risco e pode caracterizar uma conduta autodestrutiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Além disso, as mulheres podem ter sintomas físicos e emocionais, como taquicardia, formigamentos, sudorese, cefaleia, tonturas e dispneia, que comprometem seu cotidiano e afetam a qualidade de vida. No âmbito das relações interpessoais, é comum que enfrentem dificuldades em manter vínculos afetivos e apresentem quadros de insatisfação sexual, consequência dos traumas vivenciados. Existem também mulheres que desenvolvem comportamentos de hipersexualização, numa tentativa de retomar o controle sobre sua vida sexual, o que pode colocá-las em situações de risco físico e emocional (FERREIRA, 2016).

Abordagem Clínica Inicial

Quando uma pessoa chega ao serviço de saúde relatando ter sofrido violência sexual, o acolhimento inicial é um momento extremamente delicado e decisivo. A maneira como esse primeiro contato acontece pode influenciar profundamente a forma como essa vítima vai se sentir em relação ao próprio corpo, à denúncia e à busca por apoio contínuo. Por isso, o pro-

fissional de saúde precisa estar preparado não só tecnicamente, mas também emocionalmente, com uma postura acolhedora, ética e respeitosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O acolhimento deve acontecer em um ambiente reservado, tranquilo e seguro, onde a vítima se sinta protegida. Desde o início, é essencial garantir o sigilo e respeitar o tempo da pessoa, sem interrupções ou cobranças por detalhes. A escuta deve ser qualificada, ou seja, ativa, empática e sem julgamentos. O profissional deve deixar claro que acredita no relato, validar os sentimentos expressos e, acima de tudo, deixar claro que a culpa nunca é da vítima. O uso de uma linguagem simples, direta e sensível ajuda a criar um ambiente de confiança e respeito (CHILDHOOD BRASIL, 2021).

Nesse processo, o papel do profissional de saúde vai além da assistência clínica, ele atua como um ponto de apoio emocional, alguém que oferece segurança, orientação e suporte. É ele quem explica, com calma e cuidado, os próximos passos e os direitos da vítima. Outro ponto essencial é evitar a chamada revitimização. Isso significa que o profissional deve tomar muito cuidado para não fazer perguntas invasivas, não duvidar do que está sendo relatado e não obrigar a vítima a repetir sua história para várias pessoas (PACHECO, 2022).

O ideal é que todo o atendimento seja feito de forma acolhedora, preservando ao máximo a dignidade da vítima e minimizando qualquer sofrimento adicional. Portanto, é importante que o profissional conheça os serviços disponíveis na rede de apoio local e ajude a vítima a acessá-los. O cuidado, nesses casos, não é só físico, ele é emocional, social e precisa ser contínuo. A escuta, o acolhimento e o respeito devem estar presentes em cada etapa do atendimento (CHILDHOOD BRASIL, 2021).

O atendimento das vítimas de abuso sexual varia conforme as características da vítima, como idade, e também com a agressão em si e sua cronologia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Os profissionais devem adequar o atendimento conforme faixa etária e condições cognitivas, para que a entrevista seja bem conduzida a fim de evitar a revitimização. Nesse cenário, uma entrevista malconduzida com crianças e adolescentes pode levar as vítimas a negarem o ocorrido (PACHECO, 2022).

Nos atendimentos com menores de idade, o comportamento dos pacientes deve ser atentamente observado. Nota-se que as crianças que passaram por situações de abuso podem apresentar sinais como medo anormal, agressividade, apatia ou choro sem causa aparente. As pesquisas indicam que entrevistas abertas tendem a fornecer relatos mais detalhados da experiência de abuso sexual. No entanto, no que diz respeito a crianças muito pequenas, é importante considerar que elas são altamente sugestíveis e suscetíveis à influência de informações externas (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA, 2008). Ainda que apresentem limitações na linguagem e na capacidade de expressão, isso não impede que forneçam informações relevantes, nesses casos, estratégias como brincar de boneca, desenhos e “faz de conta”. Assim, recomenda-se o máximo cuidado na condução da anamnese, incluindo a preparação de um ambiente físico acolhedor e livre de estímulos que possam distrair o entrevistado (PIZZATO SALVAGNI; EDILA & LUCI PFEIFFER, 2018).

O atendimento às pessoas com deficiência vítimas de abuso sexual exige atenção especializada e respeito às suas particularidades. Esses indivíduos têm direito à acessibilidade comunicacional, seja por meio de linguagem simples, recursos visuais, Libras ou outras formas de comunicação alternativa, de acordo com a neces-

sidade específica. É importante evitar infantilização ou suposições sobre a capacidade de compreensão e expressão, assegurando que a vítima seja escutada com autonomia e dignidade. Quando há comprometimento severo da capacidade de tomada de decisão, pode ser necessária a atuação de um curador ou representante legal, conforme a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). No entanto, mesmo com a presença de curadores, a manifestação da própria vítima deve ser sempre considerada, sempre que possível.

Protocolos Médico-Legais

Os protocolos médico-legais realizados em casos de violência sexual são essenciais para a formalização do registro médico e coleta de informações, que contribuem não apenas para a humanização da atenção às vítimas mas também para o combate à impunidade dos agressores, especialmente se o exame ocorrer até 72 horas após o ato de violência, pois há maior evidências de trauma e maior eficácia de medidas de profilaxia (FONSECA *et al*, 2022). Sendo assim, é evidente a necessidade da articulação entre os setores da Saúde, da Segurança e da Justiça, para promover a proteção da pessoa que sofreu a violência e a responsabilização legal de quem cometeu a violência, segundo o Decreto de número 7.958/2013 da Lei 8.080 da Constituição Federal de 1988.

Para além dos exames previstos pelo Ministério da Saúde, o profissional da saúde deve realizar a contracepção de emergência conforme a norma técnica e garantir o seguimento de consultas médicas conforme a necessidade do paciente. Além de uma abordagem psicológica, tendo em vista implicações a longo prazo do ato de violência, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (FONSECA *et al*, 2022). Essas informações devem ser mantidas em sigilo e ficam armazenadas nos sistemas

de segurança públicas e podem ser disponibilizadas às autoridades jurídicas competentes (BRASIL, 2024).

O prontuário médico, realizado após o atendimento à vítima, é o documento que contém cada parte do atendimento multiprofissional na área da saúde, com atestados, laudos de exames e prescrições médicas. Além de ser um importante instrumento da área da saúde para a equipe multidisciplinar que atende o paciente, pode ser utilizado como documento legal, que garante e padroniza o uso do prontuário, com autorização do paciente. O uso do documento médico como prova legal em processos judiciais é autorizado e orientado pelo Conselho Federal de Medicina, e pode ser disponibilizado a qualquer autoridade jurídica que o solicitar (BRASIL, CFM, 2018).

Vale ressaltar que a notificação da ocorrência de violência é obrigatória e institui a Notificação de Violência contra a Mulher (BRASIL, 2015). Essa iniciativa é corroborada pelo Conselho Federal de Medicina, e deve ser realizada por meio do preenchimento da ficha de notificação compulsória e do envio ao Programa de Prevenção de Atendimento às Vítimas de Violência (PAV) da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, CFM, 2018).

Por fim, é relevante salientar que a orientação do profissional que realiza o atendimento de caráter médico-legal da vítima deve ser a realização do boletim de ocorrência, pois é o direito de cidadania da vítima e colabora para a responsabilização do agressor perante a justiça (BRASIL, 2015).

Profilaxia e Contracepção Pós-Violência Sexual

É imprescindível que abordemos os protocolos clínicos e as medidas de profilaxia pós-exposição, incluindo a contracepção de emergência, para compreendermos a importância de uma abordagem centrada na vítima.

Primeiramente, temos a prevenção de ISTs após violência sexual como prioridade. Para o HIV, recomenda-se iniciar a terapia antirretroviral (TARV) dentro de 72 horas, preferencialmente nas primeiras 24 horas. O esquema preferencial inclui Tenofovir + Lamivudina (ou Emtricitabina) + Dolutegravir por 28 dias, reduzindo em até 81% o risco de infecção (BRASIL, 2024). Anti-histamínicos e antieméticos devem estar disponíveis no serviço de saúde para melhorar a tolerância aos antirretrovirais, já que náuseas e vômitos são efeitos adversos frequentes. Para hepatite B, a vacinação (se não imunizada) associada à imunoglobulina hiperimune (em casos de alto risco) é a estratégia recomendada. Metronidazol (2g oral, dose única) pode ser incluído para prevenir vaginose e tricomoníase (NZUZA-MOTSA *et al.*, 2018). Já para sífilis e gonorreia, a administração de Ceftriaxona 500mg IM (dose única) + Azitromicina 1g oral (dose única) mostra eficácia comprovada (BRASIL, 2011).

Além disso, a gravidez indesejada é uma preocupação central após a violência sexual. O Levonorgestrel, em dose única de 1,5mg administrada até 72 horas após violência, apresenta efetividade de 85-89%, podendo ser utilizado até 120 horas com eficácia reduzida (BRASIL, 2011). Alternativamente, o Acetato de Ulipristal, 30mg oral até 120 horas pós-evento, demonstra efetividade de 98% nas primeiras 24 horas. Além do Levonorgestrel e Ulipristal, contraceptivos combinados como Ovrál (norgestrel 500µg + etinilestradiol 50µg, 2 comprimidos imediatamente e mais 2 após 12 horas) também podem ser uma opção hormonal (NZUZA-MOTSA *et al.*, 2018). Outra opção é a inserção do DIU de cobre até 5 dias após o ato, com eficácia superior a 99% na prevenção da gravidez (BRASIL, 2011).

A abordagem integrada com profilaxia de ISTs, contracepção de emergência e cuidados

humanizados é fundamental para mitigar os danos da violência sexual. Protocolos baseados em evidências, como a PEP e o Levonorgestrel, devem ser universalmente acessíveis, associados a políticas públicas que garantam direitos e dignidade às vítimas. A implementação dessas medidas requer capacitação contínua dos profissionais de saúde e a garantia de insumos em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2024).

Desafios no Contexto de Saúde Brasileiro

A violência sexual segue sendo uma realidade que fere os direitos humanos e impõe desafios importantes à saúde pública e à igualdade de gênero no Brasil. No que se refere ao campo das políticas públicas, o Brasil avançou significativamente, especialmente com a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei no 11.340/2006) e da Lei do Minuto Seguinte (Lei no 12.845/2013). Entretanto, ainda persistem lacunas que dificultam a garantia de um atendimento humanizado, integral e efetivo às vítimas (BRASIL, 2022). Além disso, estudos demonstram que, apesar da ampliação dos serviços especializados e do fortalecimento dos protocolos de atendimento, muitos profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades na abordagem adequada às vítimas de violência sexual, evidenciando a insuficiência de capacitação e de preparo para lidar com situações que exigem sensibilidade, ética e respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2015).

Ademais, a fragmentação das redes de atenção e a resistência institucional em adotar práticas acolhedoras e não revitimizantes permanecem como obstáculos relevantes, prejudicando a integralidade do cuidado e reforçando barreiras de acesso aos serviços (BRASIL, 2022). Mesmo diante de normativas nacionais que reforçam a importância do acolhimento humanizado e integral às vítimas de violência sexual, muitos profissionais da saúde ainda se sentem

inseguros e despreparados para lidar com essas situações (CAVALCANTI *et al.*, 2020). Essa realidade não se restringe à saúde: setores como educação, assistência social, segurança pública e outros também enfrentam desafios semelhantes, ainda que sejam reconhecidos como espaços fundamentais no enfrentamento das violências sexuais, especialmente contra crianças e adolescentes (CAMPOS *et al.*, 2020). Na prática, embora as demandas cheguem à rede pública, muitos profissionais não se sentem preparados para garantir o suporte que essas vítimas necessitam.

Além disso, a falta de diálogo entre as instituições formadoras, os serviços públicos e a sociedade civil reforçam esse cenário. O resultado é uma incompatibilidade entre o que a realidade exige e o preparo que esses profissionais recebem (CAMPOS *et al.*, 2020). Diante desse contexto evidencia-se a urgência de investimentos em capacitações permanentes e na inclusão efetiva do tema da violência sexual nas formações, de modo que esses profissionais se sintam seguros, acolhedores e aptos a agir de forma ética e respeitosa com as vítimas (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Outro fator relevante que compromete o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual é a precariedade estrutural dos serviços de saúde. Nas unidades básicas de saúde, as dificuldades enfrentadas comprometem a qualidade do atendimento (BEVILACQUA *et al.*, 2023). Mesmo com avanços nas políticas públicas, os serviços ainda enfrentam limitações estruturais graves, como a escassez de recursos materiais e humanos, o que prejudica a oferta de um cuidado integral e acolhedor. Ademais, estudo sobre manifestações de violência institucional na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual evidencia que a falta de privacidade, a ausência de protocolos claros, de medicamentos e de insumos adequa-

dos contribuem para a revitimização das mulheres e para a violação de seus direitos (BEVILACQUA *et al.*, 2023). Essas deficiências estruturais comprometem a efetividade das políticas públicas e a confiança das vítimas nos serviços de saúde, tornando urgente a reestruturação desses espaços para garantir um atendimento digno e eficaz (SILVA *et al.*, 2022).

Nesse sentido, apesar dos avanços normativos e do fortalecimento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres, os serviços de saúde brasileiros ainda enfrentam desafios estruturais e institucionais significativos. As deficiências na infraestrutura, a fragmentação da rede de proteção, a resistência institucional em adotar práticas humanizadas e intersectoriais, bem como a baixa articulação com outros setores, configuram barreiras que comprometem a efetividade das políticas públicas e o cuidado integral às vítimas, demandando superação urgente. Essas fragilidades não apenas reforçam práticas de revitimização e exclusão, mas também evidenciam a necessidade de fortalecer a cultura institucional, investir em mudanças nos processos de trabalho e assegurar a implementação concreta dos protocolos de atenção, garantindo às mulheres em situação de violência sexual o direito a um atendimento digno, acolhedor e fundamentado nos princípios dos direitos humanos (CAMPOS *et al.*, 2020; CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Capacitação de Profissionais da Saúde

A educação sexual e a capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir a promoção da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo nas áreas de ginecologia e obstetrícia. No entanto, essas ações ainda enfrentam resistências culturais, institucionais e estruturais que limitam seu alcance. A formação de profissionais da saúde ainda é deficiente no que

diz respeito à abordagem da sexualidade humana. Muitos profissionais relatam insegurança para tratar de temas sexuais com os pacientes, o que pode comprometer o vínculo terapêutico e a qualidade da atenção prestada. Isso demonstra a urgência da inclusão de conteúdos de sexualidade e gênero nos currículos acadêmicos da saúde, bem como em ações permanentes de educação continuada. Além da formação técnica, é necessário preparar os profissionais para atuarem com sensibilidade diante da diversidade sexual e de gênero, respeitando os direitos humanos e reprodutivos. A ausência dessa abordagem pode resultar em práticas discriminatórias e negligência no cuidado, especialmente a populações vulnerabilizadas (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

No que se refere à população em geral, a educação sexual assume papel estratégico para o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e redução de gestações não planejadas. Entretanto, o modelo tradicional de educação ainda se mostra ineficaz ao abordar a sexualidade de forma normativa, centrada em valores morais e religiosos, o que impede um debate aberto e baseado em evidências. A resistência de setores da sociedade, associada à carência de políticas públicas estruturadas, dificulta a implementação de programas eficazes de educação sexual. É preciso romper com os tabus e envolver a comunidade, escolas e serviços de saúde na construção de uma educação sexual emancipatória e contextualizada. Nesse sentido, entre os principais desafios, estão a falta de capacitação específica, os recursos limitados e a ausência de uma abordagem interdisciplinar nos serviços de saúde. No entanto, há avanços importantes, como o aumento de iniciativas de formação continuada e a atuação de movimentos sociais na defesa da saúde se-

xual e dos direitos reprodutivos (SILVA *et al.*, 2013).

Dessa forma, torna-se evidente que a capacitação de profissionais e a educação sexual para a população são eixos estruturantes para a efetivação da saúde integral na ginecologia e obstetrícia. Investimentos nessas áreas, com base em evidências científicas e respeito à diversidade, são essenciais para garantir um cuidado ético, humanizado e eficaz (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

Embora o atendimento das vítimas de violência sexual tenha contado com avanços legislativos, nota-se, ainda, falta de preparo e desconhecimento dos protocolos estabelecidos por diversos profissionais da saúde. Para além disso, percebe-se que a aplicação de tais protocolos varia significativamente entre as instituições de saúde, sendo, muitas vezes, restritos ao caráter notificador. Portanto, a padronização de protocolos é essencial para assegurar a qualidade e a uniformidade do atendimento, além de facilitar a coleta de evidências e a continuidade do cuidado.

Nesse sentido, além de uma educação e capacitação constante, é fundamental que os setores de saúde, segurança pública e assistência social estejam integrados. Atualmente, grande parte das unidades de saúde estão localizadas em regiões de menor incidência de casos de abuso sexual, o que, somado a fatores socioeconômicos deficitários, dificulta a chegada das vítimas até as redes de apoio e a aderência às consultas médicas. Dessa forma, muitos serviços operando de forma isolada e a carência de dados sobre as dificuldades de acesso dos diferentes grupos sociais comprometem a eficácia no atendimento e a proteção das vítimas, destacando a fundamentalidade do desenvolvimento de fluxos intersetoriais bem definidos e a am-

pliação no acesso a serviços especializados para que se possa melhorar a resposta institucional à violência sexual. Nesse sentido, ações como a Estratégia Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, a qual visa a intersetorialidade, fortalecimento de políticas públicas, capacitação de profissionais e ações de prevenção, notificação, escuta protegida e acolhimento, devem ser amplamente aprimoradas e difundidas entre os centros de atendimento brasileiros, juntamente com a consolidação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência no SUS, que objetiva ofertar cuidado integral e humanizado em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2015).

Outro ponto que merece destaque é a utilização de tecnologias digitais como ferramenta de apoio aos profissionais de saúde e às vítimas. Apesar de já existirem iniciativas promissoras neste aspecto, é ainda um campo em construção, que demonstra uma necessidade urgente de mais pesquisas clínicas, validações científicas e investimentos em inovação para que essas se tornem acessíveis, eficazes e integradas aos protocolos oficiais de atendimento. Nesta perspectiva, aplicativos e plataformas digitais volta-

das para o cuidado de mulheres em situação de violência podem ajudar a padronizar condutas clínicas, orientar intervenções baseadas em evidências e garantir um registro mais seguro dos atendimentos, promovendo maior agilidade e qualidade na assistência prestada, além de ampliar o acesso das vítimas aos serviços de acolhimento, especialmente em contextos em que há barreiras físicas, geográficas ou sociais.

Portanto, apesar dos avanços legais e institucionais, persistem fragilidades no sistema de informação em saúde, especialmente no que tange a violência sexual. A escassez de dados atualizados, a falta de capacitação adequada dos profissionais, a carência de pesquisa e monitoramento contínuos no atendimento das vítimas de violência sexual e a aplicação desigual dos protocolos e normativas são lacunas que devem ser superadas visando melhorias no atendimento e na prevenção da violência sexual. Estas deficiências no sistema de saúde brasileiro evidenciam a necessidade de investimentos em pesquisa para monitorar e avaliar as práticas existentes, identificar falhas na implementação de políticas públicas e qualificar o atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEVILACQUA, P. D. *et al.* Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios das políticas públicas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 2, 2023.

BRASIL. Decreto de nº 11.533, de 2023 de maio de 2023. Institui a Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília DF. maio, 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11533.htm. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. Decreto de nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília DF. mar., 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001. Altera o decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Brasília DF. maio, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110224.htm. Acesso em: 17 março. 2025.

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. agosto, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 17 março. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [...]. Brasília DF. agosto, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm. Acesso em: 17 março. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília DF. mar., 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília DF. jul., 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios [...]. Brasília: MS, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações aos profissionais da saúde em situações de emergências em saúde pública: violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/orientacoes-aos-profissionais-da-saude-em-situacoes-de-emergencias-em-saude-publica-violencia-sexual-para-impressao/@/download/file>. Acesso em: 17 jun. 2025

CAMPOS, M. M. *et al.* Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2345-2354, 2020.

CAVALCANTI, L. F. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, e20180302, 2020.

CHILDHOOD BRASIL; MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. Guia de escuta especializada: conceitos e procedimentos éticos e protocolares. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/ptbr/navegueportemas/criancaeadolescente/acoeseprogramas/GuiaEscutaEspecializada_ConceitoseProcedimentosticoseProtocolares.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

FERREIRA, L. As consequências psicossociais da violência sexual. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, v. 14, n. 37, 2016.

FONSECA, E.; VELOSO, C. Perícia e condutas na violência sexual: uma abordagem médico-legal e epidemiológica. *Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica*, São Paulo, v. 7, p. e220202, 2022.

INOUE, S. R.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 1, p. 11–21, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. 9352-7864, Vol. 54, n. 8., 2024.

NASCIMENTO, M. I. B. *et al.* A atuação dos profissionais de saúde na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 835-848, 2013.

NZUZA-MOTSA *et al.* Guidelines for the health sector response to sexual violence: clinical management. 2018. Disponível em: <https://www.srhforall.org/wp-content/uploads/2022/05/swz-gbv-19-03-guideline-2018-eng-guidelines-for-health-sector-response-to-sexual-violence.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

PACHECO, I. M. A violência sexual e a cultura de culpabilização da vítima. [S.l.]: Centro Universitário Una, 2022. Disponível em: <https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/f4c17c1d-9523-4adf-8401-12f4b6a05a93/content>. Acesso em: 17 jun. 2025

PEIXOTO, A; NOBRE, B. A responsabilização da mulher vítima de estupro. *Revista Transgressões*, v. 3, n. 1, p. 227–239, 2015.

PIZZATO S. Visão Atual Do Abuso Sexual Na Infância E Adolescência. *Portal Médico*, 2018. <https://portal.cfm.org.br/artigos/visao-atual-do-abuso-sexual-na-infancia-e-adolescencia>. Acessado em 12 de maio de 2025.

RASEAM 2025: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher: março 2025 – ano VIII. Brasília: Ministério das Mulheres, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf/view>. Acesso em: 7 maio 2025.

SILVA, *et al.* Educação sexual: o desafio da abordagem nas escolas e na saúde pública. *Cadernos de Educação*, v. 41, p. 188-207, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women. World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violenceagainst-women>. Acesso em: 17 jun. 2025