



eu acolho

*Profissionais da saúde
no enfrentamento à
violência sexual*



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Eu acolho : profissionais da saúde no
enfrentamento à violência sexual. -- 1. ed. --
São Paulo : Coletivo Feminista Sexualidade e
Saúde, 2025.

Várias autoras.

Bibliografia.

ISBN 978-85-88039-08-7

1. Aborto - Aspectos sociais 2. Aborto - Leis
e legislação - Brasil 3. Atenção Primária à Saúde
(APS) 4. Feminismo 5. Mulheres - Vítimas de
violência 6. Saúde pública 7. Violência sexual.

25-279586

CDD-363.46

Índices para catálogo sistemático:

1. Aborto : Problemas sociais 363.46

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Ficha técnica

Redação e revisão: Ellen Vieira, Julia Piazza, Letícia Ueda Vella,
Maíra Fernandes Bittencourt e Marcello Medeiros Lucena

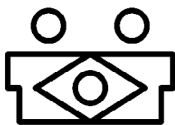
Projeto gráfico, ilustração e diagramação: Isabela Magalhães
Cadioli

Revisão ortográfica: Leticia Ueda Vella e Júlia Piazza Monteiro

Realização e execução: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Apoio: Católicas pelo Direito de Decidir

Financiamento: BrazilFoundation e Fundação Ríos River



BrazilFoundation



SHAPING LEGAL LANDSCAPES FOR SOCIAL JUSTICE



eu **acolho**

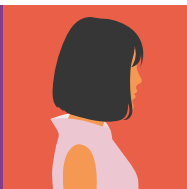
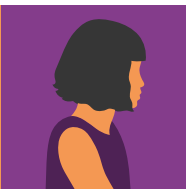
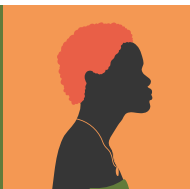
*Profissionais da saúde
no enfrentamento à
violência sexual*



Esta é uma
publicação de:



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE



Sumário

Termos adotados	6
O papel de profissionais da saúde no acolhimento de casos de violência sexual	7
Passo 1: identificação da violência.....	14
Passo 2: Acolhimento, cuidados relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência e coleta de vestígios	19
Passo 3: depois de cinco dias da ocorrência da violência - abordando gestações decorrentes de violência sexual	28
Passo 4: comunicando direitos e tomada de decisão da pessoa atendida	36
Passo 5: notificações e acionamento de rede	51
Passo 6: seguimento do cuidado na Atenção Primária à Saúde.....	55
Referências bibliográficas	61



Termos adotados

Antes de adentrarmos no conteúdo da cartilha, achamos importante discutir alguns termos que aparecem ao longo do texto e que foram objeto de reflexão ao longo da escrita dessa cartilha.

Mulheres, crianças, homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias, intersexo e outras pessoas com identidades dissidentes

As pessoas autoras desta cartilha, situadas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com foco no atendimento humanizado às pessoas que vivenciaram uma violência sexual e as gestações decorrentes destas violências, consideram que a categoria mulher, a despeito de sua importância na luta popular e feminista, não abarca o conjunto de pessoas que desafiam as relações de poder por sexo e gênero na sociedade. Para as questões reprodutivas, entende-se importante reconhecer a diversidade de corporalidades e de gêneros de pessoas que podem gestar e, portanto, passar por perdas gestacionais, entre elas homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo, entre outras identidades sexo-gênero dissidentes.

Essa inclusão e reconhecimento, entretanto, não minimizam a importância de ressaltar a categoria mulheres, também reconhecendo toda a pluralidade que a categoria abarca, em termos de raça/etnia, condição sócio-econômica ou orientação sexual, por exemplo, ao abordarmos direitos sexuais e reprodutivos. Sabemos que nem todas as mulheres compartilham das mesmas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, considerando as particularidades de pessoas intersexo, travestis, mulheres trans, pessoas não-binárias, algumas mulheres cisgênero e outras que não podem gestar, parir ou passar por perdas gestacionais.

O uso de linguagem sem marcadores de gênero e de termos como pessoa(s), pessoa(s) gestante(s), pessoa(s) que gesta(m), mulheres e outras pessoas que gestam/podem gestar e criança

no lugar de menina será, portanto, recorrente no texto e utilizado sempre que pertinente, dentro dessas perspectivas.

O uso do termo “mulheres”, isoladamente, será realizado em citações diretas, para preservação do conteúdo. Termos como “mortalidade materna” serão utilizados, na ausência de nomenclaturas inclusivas utilizadas nos estudos epidemiológicos em saúde, por exemplo. Nesses casos, indicamos, desde já, a necessidade de considerar o apagamento histórico e da inclusão de homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo, entre outras identidades sexo-gênero dissidentes nesses grupos.

O papel de profissionais da saúde no acolhimento de casos de violência sexual

O cenário de violência sexual no Brasil

A violência sexual é um grave problema no Brasil. Dados de 2023 revelaram que houve uma média de um estupro a cada seis minutos no país, com um número absoluto de 83.988 vítimas, o que representa um crescimento de 91,5% em relação a 2011. As vítimas são majoritariamente mulheres e meninas (88,2%) de no máximo 13 anos (61,6%), estupradas por familiares ou conhecidos (84,7%), dentro de suas próprias residências (61,7%) – a violência é, portanto, majoritariamente intrafamiliar e praticada contra crianças [1].



1 ESTUPRO A CADA 6 MINUTOS

↑ 6,5% **83.988** vítimas de estupro e estupro de vulnerável

taxa de **41,4** por **100 mil**

De **2011** a **2023** estupros crescem **91,5%**

PERFIL DAS VÍTIMAS

76,0% eram vulneráveis

88,2% sexo feminino

52,2% negras

61,6% tem até 13 anos

11,1% entre 0 e 4 anos

18,0% entre 5 e 9 anos

32,5% entre 10 e 13 anos

AGRESSORES

VÍTIMAS DE 0 A 13 ANOS

64%
familiar

22,4%
conhecido

VÍTIMAS DE 14 ANOS E +

31,2%
familiar

9,9%
ex-parceiro

28,1%
parceiro íntimo

13,2%
conhecidos

Fonte: FBSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024.

ONDE OCORRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

LOCAIS	ESTU- PRO	ESTUPRO DE VULNERÁVEL	ESTUPRO + ESTUPRO DE VULNERÁVEL
RESIDÊNCIA	52,1	64,7	61,7
VIA PÚBLICA	20,5	10,6	12,9
ÁREA RURAL	2,2	2,5	2,5
SÍTIO E FAZENDA	0,9	1,2	1,1
ESTABELECIMENTO COMERCIAL/ FINANCEIRO	3,8	1,4	2,0
HOSPITAL	1,5	1,4	1,4
OUTROS	19	18,2	18,4

Essa violência não tem fronteiras: a taxa de vitimização por estupro de bebês crianças de 0 a 4 anos que chegou a 68,7 casos por 100 mil habitantes neste grupo etário – 1,6 vezes superior à média nacional, de 41,4 casos por 100 mil habitantes.

Em relação ao perfil racial da violência, os dados mostram que a violência contra mulheres e meninas negras representa 52,2% dos casos, sendo que a taxa de vitimização de mulheres negras se manteve maior do que a de mulheres brancas durante toda a série histórica do Anuário Brasileiro de Segurança Pública.

A cada ano, milhares dessas crianças engravidam no Brasil. Em 2021, foram registrados 17.456 nascidos vivos de crianças de até 14 anos [2], e, em 2023, dados do Ministério das Mulheres indicam que esse número também foi alarmante, com 13.941 nascidos vivos de crianças que deveriam estar vivendo suas infâncias [3].

Os efeitos dessa violência na vida e no desenvolvimento de crianças e adolescentes são nefastos: segundo a Childhood Brasil, ansiedade, depressão, síndrome do pânico, comportamentos autodestrutivos e sexualização precoce são resultados comuns na saúde psicológica e física dessas crianças e adolescentes [4].

Tal realidade traz graves consequências para o futuro e vida dessas milhares de crianças e adolescentes, já que, devido ao desenvolvimento fisiológico incompleto e incompatível com uma gestação saudável, toda gravidez na infância ou na adolescência é uma gravidez de risco à vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que as complicações durante a gravidez e o parto são a segunda causa de morte entre as jovens de 15 a 19 anos em todo o mundo [5]. Crianças e adolescentes (de 10 a 19) anos correm maior risco de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas do que mulheres de 20 a 24 anos. Além disso, nascidos de mães adolescentes correm maior risco de baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e condições neonatais graves.

No mesmo sentido, o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2010, aponta que a idade inferior a 15 anos ou a primeira menstruação ocorrida há menos de dois anos representam fatores individuais que colaboram para uma gestação de alto risco. Considera-se como gestação de alto risco a que possui maiores probabilidades de gerar resultado desfavorável, em virtude de determinadas condições e fatores, para a pessoa grávida e/ou feto/recém-nascido em comparação à média de gestantes [6]. No Brasil, dados revelam que, entre 2018 e 2023, uma menina/adolescente (10-19 anos) morre por semana em decorrência de complicações de gestações [7].

Brasil (2018–2023)

- **Idade inferior a 15 anos**
- **Menarca (1ª menstruação)**
há menos de 2 anos

Esses fatores aumentam significativamente os riscos para a saúde da gestante e/ou do feto.



Somam-se a isso os riscos sociais decorrentes da gravidez na infância ou na adolescência. A gravidez em idades precoces restringe as oportunidades e capacidades sociais, econômicas e políticas de crianças e adolescentes, como o direito à educação, limitando sua qualidade de vida e suas possibilidades de integrar, acompanhar e reagir positivamente em meio à sociedade [8]. Dessa forma, a gravidez na fase inicial de desenvolvimento fisiológico e psicossocial está diretamente ligada à pauperização, à evasão escolar e à interrupção do projeto de vida de meninas e jovens. Estudos mostram que, enquanto a taxa de evasão escolar é de apenas 5% entre adolescentes sem filhos, o abandono dos estudos sobe para 47% entre jovens que se tornam mães precocemente [9].

Isso significa que, no caso de uma criança ou adolescente que engravida, há, de forma mais contundente, a influência de fatores psicossociais. Tais efeitos podem contribuir tanto para que a criança ou adolescente se enrede em situações de fragilidade (exposição à violência domiciliar, dificuldade de vínculo empregatício, maior exposição ao álcool e entorpecentes, gravidez de repetição, agravamento na situação socioeconômica, entre outros) [10, 11], desfavorecendo a sua autonomia.

Saúde como porta de entrada da identificação da violência

Serviços de saúde são locais estratégicos para o acolhimento de situações de violência sexual. Isso porque profissionais de saúde estão em posição privilegiada para detectar estes casos, pois as mulheres - principais vítimas da violência sexual - são as principais usuárias de serviços de saúde (especialmente de atenção primária) e mulheres em situação de violência, mesmo que não a revelem, tendem a usar os serviços com maior frequência do que as que não estão ou nunca estiveram nesta situação [12].

Existem, contudo, muitas dificuldades na garantia do acesso e do acolhimento adequados dessas pessoas nos serviços de saúde, mesmo quando a busca pelo atendimento em saúde ocorre por conta da violência sexual. Um estudo realizado em um território do município de São Paulo, por exemplo, revelou que a principal barreira para o devido acolhimento a casos de violência sexual nos serviços de saúde é a dificuldade de identificação da violência, seja pelo papel que o silêncio e os tabus relacionados ao tema exercem ou pelo fato de que, na maior parte dos casos, a violência é intrafamiliar e isso faz com que seja preciso desafiar os papéis tradicionalmente esperados dos familiares para identificar a violência [13].

Lembre-se:

Interferir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial e psicossocial, mas também da saúde!

Esta cartilha parte da ideia de que a prevenção da violência também perpassa pela atuação de profissionais da saúde que possam informar as pessoas em situação de violência sobre seus direitos. Esperamos que, com a cartilha, possamos contribuir para a qualificação de profissionais de saúde no atendimento adequado a pessoas, inclusive crianças e adolescentes, com gestações resultantes de violência sexual.

A partir de uma metodologia de passo a passo, de uma maneira interativa e acessível, abordaremos a seguir as orientações importantes sobre profilaxias e cuidados relacionados às IST, contracepção de emergência, identificação de gestações indesejadas resultantes de violência sexual, orientações necessárias para garantia do direito à interrupção legal da gestação entre outros aspectos, dentro de uma perspectiva de promoção de justiça reprodutiva.

Você sabe o que é Justiça Reprodutiva?

O termo "justiça reprodutiva" é um conceito formulado a partir da luta das mulheres negras, especificamente por Loretta Ross [14] que, em 2006, unificou os conceitos de Direitos Sexuais e Reprodutivos com o conceito de Justiça Social.

A partir desse conceito, portanto, Ross e outras integrantes do movimento de mulheres negras buscaram evidenciar que as discriminações e desigualdades de raça, gênero e classe impactam no acesso à saúde e no exercício dos direitos no campo da sexualidade e da reprodução.

Em outras palavras, para que seja possível tomar decisões sobre nossos corpos e nossa sexualidade e reprodução de forma autônoma, é necessário garantir o acesso a recursos materiais, sociais e políticos que estão distribuídos desigualmente em nossa sociedade. Do contrário, nunca conseguiremos garantir o acesso equânime aos Direitos Sexuais e Reprodutivos pelas mulheres negras, pardas e periféricas.

Para pensar: será que uma mulher de uma região periférica tem o mesmo acesso ao direito de escolher um contraceptivo, ou realizar um aborto legal, do que uma mulher que mora em uma região central?

**Dito isso, vamos entender o que fazer
diante de casos de violência sexual?**



Passo 1: **identificação da violência**

A identificação dos casos de violência sexual pode ser desafiadora, já que nem sempre as pessoas manifestam que passaram por uma situação de violência ou sabem nomear e entender a prática de uma violência. Mesmo as pessoas vítimas de violência podem ter dificuldade de reconhecer um estupro, especialmente se ele foi praticado por pessoas conhecidas, no ambiente domiciliar, ou em situações comumente questionadas pela sociedade (durante uma festa após a ingestão de álcool, por exemplo) [15].

Por que as pessoas, mesmo quando identificam que passaram por uma violência sexual, não contam o que está acontecendo? [12]

- Sentem-se envergonhadas ou humilhadas;
- Sentem-se culpadas pela violência;
- Têm medo de serem culpadas pela violência;
- Temem pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos e filhas;
- Tiveram más experiências no passado quando contaram sua situação;
- Sentem que não têm controle sobre o que acontece na sua vida;
- Esperam que o autor da violência mude como ele prometeu.

Por isso, a pessoa profissional da saúde possui um papel central não apenas na identificação da violência sexual, mas também no oferecimento de apoio à pessoa atendida para o reconhecimento da sua ocorrência.

Atenção!

A identificação de uma situação de violência pode ocorrer em qualquer atendimento à saúde, incluindo casos em que é trazida uma queixa recorrente ou, até mesmo, em consultas de planejamento reprodutivo, como será detalhado no Passo 3.

Atendimentos para a orientação e prescrição de contracepção de emergência (CE) ou para confirmar a suspeita de gravidez são de extrema importância para, de forma acolhedora e sensível, identificar os casos de violências sexuais e dialogar sobre consentimento nos diversos contextos de relações sexuais. Estes momentos são fundamentais não somente para oferecer cuidados assistenciais, mas para sempre oferecer a rede multidisciplinar de assistência e cuidados, além de garantir a informação sobre os direitos e as escolhas frente às gestações decorrentes de violências.

Por isso, é importante que a pessoa profissional da saúde esteja sempre atenta e faça perguntas para verificar se está diante de uma situação de violência toda vez que houver suspeita.

Para identificar, é preciso compreender o conceito!

Para entendermos o que é violência sexual, utilizamos o conceito previsto na Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006):

"violência sexual 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 a 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 " [16].

Como podemos ver, a definição da violência sexual na legislação brasileira é ampla e a sua centralidade está no consentimento, ou seja, é necessário que a pessoa tenha consentido do começo ao fim do ato sexual, bem como que tenha concordado com as condições em que o ato sexual tenha se realizado.

Por isso, são compreendidas como formas de violência sexual:

- A prática de qualquer ato sexual sem o consentimento, mesmo quando a pessoa possui uma relação afetiva com a pessoa agressora, por meio do casamento, namoro ou de parceria ocasional);
- Qualquer ato sexual em que as condições em que o consentimento foi dado são desrespeitadas. São exemplos: a retirada do preservativo sem a concordância ou conhecimento (prática conhecida como *stealth*ing), o desrespeito ao coito interrompido ou a mentira sobre a realização do procedimento de vasectomia. Todos esses casos podem ser enquadrados como violência sexual mediante fraude, crime previsto no art. 215 do Código Penal.
- Qualquer ato sexual realizado com pessoas com menos de 14 anos. Nesse caso, é desnecessária a análise sobre o consentimento, conforme o Código Penal e o entendimento do Superior Tribunal de Justiça [17].

O que fazer diante de uma suspeita?

Uma vez que você suspeite da ocorrência de uma violência sexual no atendimento, é preciso perguntar para confirmar. A seguir, estão descritas algumas perguntas que podem te auxiliar na identificação:



"Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que passaram por episódios de violência sexual ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde. Isto aconteceu alguma vez com você?"

"Já vi problemas como o seu em pessoas que passaram por uma violência sexual. Isto aconteceu com você?"

"Você já foi forçada a ter relações sexuais com alguém?"

"Você estabeleceu alguma condição ou fez algum pedido que fosse importante para que a relação sexual acontecesse? Esse pedido foi desrespeitado sem o seu consentimento?"

Quando confirmado um caso de violência sexual, a primeira coisa que deve ser compreendida é o tempo decorrido desde a ocorrência da violência, uma vez que algumas providências precisam ser realizadas no prazo mais breve possível.

Atenção!

Passar por uma violência sexual pode ser muito traumático e, por isso, a pessoa atendida pode não se lembrar exatamente da data em que o episódio aconteceu. Por isso, como profissional da saúde, é importante que você respeite esse sentimento e compreenda que nem sempre é possível ter exatidão nessa informação!

Por fim, é importante destacar que o atendimento de casos de crianças e adolescentes exige algumas providências adicionais. No momento de identificação da violência, para evitar que a criança ou adolescente seja exposta a qualquer forma de revitimização, a legislação brasileira recomenda a realização da escuta especializada.

O que é a escuta especializada?

“A escuta especializada é um conjunto de interações com a criança e o(a) adolescente vítima ou testemunha de violência, destinado a coletar informações para o acolhimento e o provimento de cuidados de urgência e proteção integral, de forma a assegurar a oportunidade de serem ouvidos em todos os processos decisórios que os afetem. Este tipo de escuta, conforme estabelecido no Decreto nº 9.603/2018, ‘não tem o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização.’

Nessas interações, os profissionais não devem indagá-los sobre os fatos de violência ocorridos, e elas devem sempre acontecer em um contexto de procedimentos preventivos da vitimização secundária, ou seja, em ambientes amigáveis que lhes assegurem condições de privacidade e proteção!”

Por isso, nos passos a seguir vamos abordar duas situações: quando o atendimento acontece em até cinco dias após a violência (Passo 2) e quando esse prazo já decorreu e estamos diante de uma das consequências da violência sexual: a ocorrência de uma gestação (Passo 3).



Passo 2: **acolhimento, cuidados relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência e coleta de vestígios**

Acolhimento

O acolhimento adequado e humanizado de pessoas em situação de violência sexual é fundamental e passa pela não vitimização, escuta atenta e livre de julgamentos, bem como o respeito pelas escolhas da pessoa sobre as medidas a serem tomadas diante da situação. Muitas vezes, a elaboração sobre a violência ocorrida acontece ao longo do tempo, ainda mais quando oriunda de parceria íntima, de familiar ou de conhecido. É necessário que profissionais sejam, portanto, sensíveis a essas questões. O suporte em saúde mental, os procedimentos clínicos necessários, bem como os devidos encaminhamentos multiprofissionais e intersetoriais devem ser realizados conforme a necessidade e nos tempos adequados [18,19].

Além disso, é importante que os atravessamentos de raça e classe sejam considerados. Estudos mostram como mulheres negras e indígenas de baixa renda sofrem sobreposições de violências, muitas vezes com minimização do sofrimento por profissionais de saúde, pelas várias formas de racismo. Um estudo mostrou uma baixa taxa de prescrição de contracepção de emergência (CE) e profilaxias a infecções sexualmente transmissíveis (IST) a mulheres negras de baixa renda vítimas de violência sexual [20]. Outro estudo mostrou taxas semelhantes de prescrição para meninas e mulheres negras, amarelas e brancas de CE, mas uma taxa significativamente menor de prescrição a meninas e mulheres indígenas [21].

Está na lei!

De acordo com a Lei nº 12.845 de 2013 (Lei do Minuto Seguinte) [18]:

“Todos os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.”

O art. 3º dessa legislação¹ dispõe que esse atendimento deve incluir o acolhimento da pessoa atendida, as profilaxias para IST, a contracepção de emergência e, se for o caso, a realização do Teste Rápido de Gestação (TRG).

Portanto, se a pessoa chegou até você dentro dos primeiros cinco dias após a violência sexual ou quando não há certeza sobre a data, é importante se atentar a medidas que são tempo-dependentes: a prescrição de CE, cuidados incluindo profilaxias às IST e o questionamento sobre o desejo da realização da coleta de vestígios.

1. Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços: I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II - amparo médico, psicológico e social imediatos; III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; IV - profilaxia da gravidez; V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; eVII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

Cuidados relacionados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

São diferentes as IST a que pessoas em situação de violência sexual podem estar expostas, as quais podem ser de origem viral - como por vírus causadores de hepatites (por exemplo, HAV, HBV, HCV), de herpes (HSV), papilomavírus (HPV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) - ou não-virais - como sífilis, tricomoníase, clamídia, gonorreia, cancroíde. Nem todas as IST, contudo, têm profilaxias específicas (medidas preventivas para a aquisição de doenças), como é o caso da herpes.

O risco de adquirir uma IST depende de fatores como tipo de agressão sexual (se com penetração vaginal, oral, anal ou outras), número de agressores, se episódio único ou crônico, se houve uso de preservativo durante toda a violência, entre outros. Em casos de crianças e adolescentes, é especialmente importante atentar e investigar diagnósticos de IST, uma vez que esses podem ser os primeiros indícios de uma violência sexual [22].

Em uma situação de violência sexual, devem ser realizadas imediatamente as testagens rápidas para HIV, hepatites B e C e sífilis e/ou coleta de material para sorologias.

Caso tenha havido exposições que possam transmitir as infecções (por exemplo violência com penetração vaginal, anal, oral, contatos entre mucosas ou com secreções do agressor), devem ser realizadas as profilaxias para IST. Além disso, devem ser avaliadas e prescritas as profilaxias para IST não-virais (clamídia, gonorreia, sífilis, cancroíde e tricomoníase), para o HIV e a hepatite B, bem como orientada a vacinação para hepatite A e HPV, quando indicadas.

A profilaxia para hepatite B (HBV) é realizada com a atualização vacinal para pessoas com esquema incompleto ou não vacinadas. Além disso, a prescrição de imunoglobulina humana anti-hepatite B e vacina recombinante² (preferencialmente nas primeiras 24h, podendo ser até 14 dias após a violência sexual) para pessoas

2. Disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

presumidamente suscetíveis (quando há conhecimento do status sorológico do agressor, HBsAg reagente, ou considerado alto risco de infecção pelo HBV do agressor) [22]. Os grupos considerados de alto risco são:

- pessoas que usam drogas, pessoas em diálise, contatos de pessoas com hepatite B,
- pessoas com múltiplas relações sexuais desprotegidas,
- pessoas provenientes de áreas de alta endemicidade para hepatite B,
- pessoas privadas de liberdade ou pessoas em instituições de longa permanência [22]

No caso da profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV, há prioridade na sua prescrição, pois sua efetividade está diretamente relacionada ao tempo transcorrido da violência. Em outras palavras: quanto antes, melhor. A PEP ao HIV pode ser prescrita em no máximo 72 horas após a exposição. Atualmente, o esquema utilizado consiste em um comprimido de tenofovir/lamivudina 300 mg/300 mg e um comprimido de dolutegravir 50 mg ao dia, durante 28 dias [23].

Já as profilaxias de IST não-virais não são urgentes ou tempo-dependentes como é o caso da profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), e, por isso, podem ser postergadas tendo em vista a possibilidade de melhora da adesão e a evitação de interações medicamentosas. Contudo, estas devem ser prescritas o mais brevemente, sempre que possível.

Mais informações encontram-se disponíveis em:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis de 2022 [22]; e
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais de 2024 [23].

Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência (CE) é uma forma de contraceção e, portanto, não interrompe uma gestação, pois é utilizada antes do seu estabelecimento. Ela consiste no uso de métodos anticoncepcionais após uma relação sexual (nesta cartilha, no contexto de violência sexual) que possa resultar em gestação, ou seja, com penetração de pênis na vagina, e em que não tenha sido usado método contraceptivo adequadamente [24]. Além disso, os métodos hormonais orais de CE não causam prejuízo caso utilizados em uma gestação já estabelecida.

A oferta de CE faz parte dos direitos reprodutivos garantidos pela constituição e está incluída em normativas, documentos e políticas públicas do Ministério da Saúde como "Assistência em Planejamento Familiar - Manual Técnico" (2002) [25], "Anticoncepção de Emergência - Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde" (2011) [26], "Protocolo para Utilização do Levonogestrel" (2012) [27], "Cadernos de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e Reprodutiva" (2013) [28], "Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres" (2016) [29]. A CE também é recomendada em orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) [30] e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) [31]. Entre as muitas instituições internacionais, a CE é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [24], pela International Planned Parenthood Federation (IPPF) [32], pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) [33] e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a Food and Drug Administration (FDA) [34].

Importante!

Os métodos de contraceção de emergência e as profilaxias às infecções sexualmente transmissíveis devem ser ofertados para toda pessoa, em qualquer idade, em situação de violência sexual ocorrida nos últimos cinco dias.

A efetividade da CE varia conforme o método e o tempo decorrido da violência sexual, podendo chegar até 99% (por exemplo, no caso do DIU de cobre) [24]. A efetividade de qualquer método é maior quanto mais precocemente for utilizado. Os seguintes métodos de CE são recomendados e geralmente possuem ampla disponibilidade na Atenção Primária à Saúde [24,28,35]:

- Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre: a inserção pode ser realizada em até cinco dias (ou 120 horas) após a relação sexual desprotegida. É importante atentar-se, contudo, que, apesar de possuir uma maior taxa de efetividade, a inserção de DIU pode ser especialmente desconfortável em uma situação de violência sexual, e geralmente prejudica a coleta de vestígios, caso a pessoa atendida deseje realizá-la. Essas questões devem ser consideradas e discutidas com a pessoa atendida no momento de escolha do método contraceptivo;
- Opção hormonal com levonogestrel [26], conhecida como pílula do dia seguinte, utilizada em dose total de 1,5 mg idealmente em até 3 dias (ou 72 horas) da relação sexual. Essa dose pode ser tomada uma única vez (dois comprimidos de levonogestrel 0,75mg em dose única) ou dividida em duas doses de 0,75 mg, com 12 horas de intervalo, sendo a primeira idealmente administrada em até 72 horas após a relação;
- Opção hormonal com anticoncepcionais combinados, conhecido como método Yuzpe, divididos em duas doses com intervalo de 12h, em dose total de 0,2mg de etinilestradiol e 1mg de levonogestrel (por exemplo, duas doses de 0,01mg de etinilestradiol + 0,5mg de levonogestrel). Essa opção também deve ser idealmente administrada em até 3 dias (ou 72 horas) da relação sexual.

Os métodos hormonais (com anticoncepcionais combinados ou com levonogestrel isolado) podem ser utilizados também até 120 horas, caso não haja opção de inserção de DIU de cobre e tenha sido perdida a janela de tempo ideal das primeiras 72 horas. Entretanto, a pessoa deve ser informada sobre a queda significativa da sua efetividade após os primeiros três dias. O método com levonogestrel isolado é preferível ao uso de anticoncepcionais combinados por causar menos efeitos adversos e ter mais fácil posologia [24].

Atenção!

É importante lembrar que homens trans e pessoas transmasculinas vítimas de violência sexual, mesmo que estejam em uso de testosterona, também têm risco de gestação. Dessa forma, a contracepção de emergência também deve ser ofertada no tempo oportuno. Não há contraindicação de nenhum método em função do uso da testosterona e deve ser orientada a possibilidade de acontecer fluxo menstrual em até 2 semanas após uso de métodos hormonais orais [36,37].

Coleta de vestígios

Para este momento, é importante ter em mente que casos de violência sexual são complexos e podem – ou não – resultar no desejo da pessoa atendida de denunciar e investigar os fatos.

Devemos entender que o atendimento em saúde não se relaciona com a investigação e processamento criminal dos fatos relativos a uma violência sexual. Por isso, independentemente de existir ou não boletim de ocorrência (BO) ou desejo de denunciar os fatos, **toda pessoa vítima de violência sexual tem direito ao atendimento em saúde respeitoso e integral previsto pela Constituição Federal!**

Assim, se uma pessoa vítima de violência sexual manifesta que não quer denunciar o caso ou demonstra insegurança em relação a isso, profissionais de saúde devem respeitar essa decisão, atentando-se para o dever de sigilo que será detalhado mais adiante.

Já nos casos em que a pessoa atendida deseja seguir com a denúncia dos fatos para a autoridade policial, com o objetivo de que o agressor seja responsabilizado criminalmente pelos fatos, é importante identificar se a pessoa atendida gostaria de realizar a coleta de **vestígios** relacionados à violência. Essa possibilidade deve ser oferecida à pessoa atendida sem vieses e sem compulsoriedade.

Caso a pessoa atendida decida fazer a denúncia, a equipe multidisciplinar de saúde de serviço habilitado deve realizar os exames clínicos e apresentar o Termo de Consentimento Informado³ antes de realizar a coleta de material.

A possibilidade de se coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes diminui com o passar do tempo, reduzindo significativamente após 72h da violência.

Não é papel de profissionais do SUS formalizar um laudo pericial relacionado à situação de violência - isso cabe a profissionais da perícia. Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial e pela coleta de vestígios, você, pessoa profissional de um serviço do SUS habilitado para coleta de vestígios que a atendeu, deverá realizar o exame físico, descrever as lesões e coletar os vestígios, encaminhando o material e a documentação à autoridade policial – que, por sua vez, encaminhará essas informações à perícia para elaboração do laudo [38].

Vale lembrar que a forma como a coleta de vestígios é feita no SUS pode variar a depender da rede e das pactuações locais entre os sistemas de justiça, segurança e saúde. Por isso, é importante compreender como essa coleta se dá no seu território de atuação.


Além disso, independentemente da decisão da pessoa gestante a respeito da coleta de vestígios, a pessoa profissional de saúde tem como dever oferecer orientações sobre direitos e como acessá-los, conforme será detalhado no Passo 3.

3. O Termo de Consentimento Informado pode ser encontrado no Anexo A do seguinte documento: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em 11.02.2025.

Vale lembrar!

Nos casos de violência sexual, é importante lembrar que:

- Pessoas vítimas de violência apresentam prioridade nos serviços e devem receber atendimento imediato;
- Deve ser realizada escuta qualificada e com atendimento de forma integral, clínico e em saúde mental, bem como os devidos encaminhamentos e suporte multidisciplinar, quando indicados;
- Todo atendimento deve ser humanizado e realizado de forma a não revitimizar a pessoa, respeitando o sigilo e a privacidade;
- Devem ser ofertadas, além da contracepção de emergência (se até 120h da violência), a profilaxia ao HIV (se até 72h), à hepatite B (vacinação e imunização passiva, se for o caso), as profilaxias para IST não virais e a vacinação para hepatite A e HPV, se indicadas;
- Deve ser realizada testagem para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, hepatites B e C, para seguimento e conduta específica;
- Você deve agendar retorno para o seguimento sorológico do HIV após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, mais breve, se necessário;
- O registro de boletim de ocorrência não é condição para o atendimento em saúde e a decisão da pessoa atendida de não denunciar a violência sofrida deve ser respeitada, atentando-se ao sigilo profissional!



Passo 3: **depois de cinco dias da ocorrência da violência - abordando gestações decorrentes de violência sexual**

Nem sempre as pessoas que sofreram violência sexual conseguem acessar um serviço de saúde dentro dos primeiros cinco dias após a violência, seja por medo, vergonha, receio de buscar apoio, desconhecimento sobre os serviços públicos disponíveis no território para ajudá-las ou, até mesmo, porque elas não reconhecem que passaram por uma situação de violência (você lembra do que falamos no Passo 1?) [12].

É muito mais complexo do que parece!

Pesquisas apontam que o fato do agressor ser conhecido – que, como vimos no tópico anterior, é frequente – dificulta o acesso de mulheres vítimas de violência sexual ao serviço de saúde dentro das primeiras 72 horas. [39]

E, mesmo nos casos em que as pessoas em situação de violência conseguem acessar as medidas profiláticas e métodos contraceptivos de emergência dentro das 72 horas ou cinco dias posteriores à violência, é possível que elas tenham que buscar novos atendimentos no serviço de saúde por diferentes razões, incluindo a possibilidade de estar vivenciando uma gravidez por falha da CE, por exemplo.

Agestação é uma das diversas consequências possíveis da violência sexual. Um estudo que analisou as notificações de violência sexual contra mulheres em Santa Catarina entre 2008 e 2013 encontrou que, de 1.230 notificações, 7,6% resultaram em gravidez. Ter tido atendimento em saúde e ter recebido contracepção de emergência dentro das primeiras 72h foram fatores protetores à gestação [40].

Nesse sentido, é fundamental que, no atendimento de mulheres e de outras pessoas que estejam gestantes, profissionais de saúde tenham uma escuta qualificada e atenta para a possibilidade de aquela gestação ser resultado de uma violência sexual. Uma parte importante do acolhimento de crianças, adolescentes, mulheres e outras pessoas que gestam em situação de gestação decorrente

de violência sexual é a orientação sobre o direito assegurado de interrupção legal da gestação e o devido encaminhamento aos serviços de aborto legal⁴.

Teste Rápido de Gravidez (TRG)

Quando uma pessoa chega ao serviço com suspeita de gestação, é papel de profissionais de saúde informar sobre a possibilidade de: (i) realização de um TRG no próprio serviço de saúde ou (ii) retirada do TRG no serviço de saúde para realização em sua própria casa.

O TRG é indicado para pessoas em idade fértil que se apresentem ao serviço de saúde relatando suspeita de gestação e/ou que chegam a um pronto atendimento e referem atraso menstrual e/ou outros sintomas mais comuns no início da gestação, como cólicas uterinas, sonolência, enjoos, mamas edemaciadas e mais sensíveis.

É também um momento oportuno para a identificação de violências sexuais, sendo um momento privilegiado para ouvir os sentimentos das pessoas frente à possibilidade ou no caso da confirmação de uma gestação. Durante o atendimento de confirmação do teste é possível identificar as gestações que foram fruto de relações consentidas daquelas que não foram.

No momento do pré-teste, independente da confirmação de gestação, é oportuno que profissionais de saúde conversem sobre os conceitos de consentimentos e violências sexuais junto às pessoas usuárias e desde essa etapa ofereçam informação acerca dos direitos e das possibilidades.

4. Para a definição do aborto, a OMS considera a intenção ou desejo da pessoa que gesta: (i) Aborto espontâneo é a perda espontânea de uma gravidez, antes de 24 semanas de gestação ou com feto pesando menos de 500 gramas, isto é, antes que este seja viável fora do útero. Se a gravidez for expulsa, o aborto espontâneo é denominado "completo"; quando restam tecidos retidos no útero, é chamado de "incompleto"; e (ii) aborto induzido é a interrupção intencional da gravidez, por meios medicamentosos ou métodos cirúrgicos, independente de serem gestações viáveis ou não e independente da idade gestacional, podendo haver abortos de primeiro, segundo ou terceiro trimestre. O termo "aborto" refere-se mais precisamente ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado, enquanto o termo "abortamento", mais aceito na saúde, diz respeito ao processo que ameaça a gravidez e pode culminar ou não na perda gestacional. Popularmente, o processo de abortamento é chamado de aborto, de modo que, nesta cartilha, utilizamos as duas expressões como sinônimos.

Atenção!

É muito importante nos atentarmos para o ambiente em que o teste será ofertado e realizado. O local mais apropriado para fazer esse tipo de questionamento e oferecer o TRG é um espaço privativo, de portas fechadas. Corredores e salas que precisam ficar abertas expõem a pessoa atendida e diminuem a chance de ela se sentir segura. Além disso, como em qualquer outra consulta em saúde, a oferta e realização do TRG devem ser sigilosas.

O teste pode ser realizado tanto no serviço de saúde como no domicílio da pessoa, cabendo ao serviço apenas oferecer as orientações e insumos necessários

O momento prévio ao TRG é, por si só, uma boa oportunidade para questionarmos, por meio de perguntas diretas, sobre:

1. **CONSENTIMENTO** em relação à relação sexual;
2. **DESEJO** de continuar a conversa após a realização do TRG, independentemente do resultado.

Essas atitudes têm o potencial de criar um espaço de confiança para que a pessoa possa se expressar e são muito importantes para identificar os casos de maior risco que necessitam de maior orientação e vigilância - ou não.

Importante!

Caso a pessoa opte por fazer o teste no seu domicílio, é necessário fazer uma *orientação pré teste* mais completa, que consiste em conversar sobre as chances do teste estar positivo e informar a pessoa sobre os seus direitos, conforme previsto no Passo 4.

Na tabela 1.1, você encontra informações sobre o que fazer e o que não fazer diante de uma pessoa que se apresenta ao serviço de saúde para realizar um TRG.

Tabela 1.1. O que fazer e o que não fazer antes da realização do TRG

O que fazer antes de realizar o TRG	Garantir um local privativo, onde possa ficar de portas fechadas com a pessoa que realiza o teste, sem interrupções
	Comunicar-se de maneira objetiva, compreensível e empática
	Construir espaço de confiança, com escuta atenta
	Fazer perguntas diretas para avaliar
	<p>CONSENTIMENTO</p> <p><i>“Houve relação sexual sem o seu consentimento?”</i></p> <p><i>“Você foi ou se sentiu forçada a ter relação sexual?”</i></p> <p><i>“Você se sente obrigada e ter relações sexuais com a sua parceria?”</i></p> <p>PLANO E SENTIMENTOS</p> <p><i>“Você deseja/planejou estar grávida agora?”</i></p> <p><i>“Se esse teste vier positivo, como é isso para você?”</i></p> <p><i>“Qual a sua expectativa com a realização deste teste?”</i></p> <p>DESEJO</p> <p><i>“Você gostaria de continuar essa conversa após a realização do teste?”</i></p> <p><i>“É muito comum que pessoas fiquem apreensivas na hora de realizar o teste. Independente do resultado, estamos aqui para te escutar, está bem?”</i></p>

O que não fazer antes de realizar o TRG	Não garantir ambiente privativo. Por exemplo: oferecer o teste e dar o resultado no corredor da unidade ou em qualquer lugar que não permita ficar de portas fechadas ou que tenha grande circulação de pessoas entrando e saindo.
	Não questionar a expectativa da pessoa diante do teste.
	Assumir que um teste positivo seria motivo de felicidade para a pessoa que o realiza: <i>"Se o teste vier positivo, é sempre uma benção."</i> <i>"Será que vêm bebê aí?"</i> <i>"Que alegria! Espero que venha um lindo bebê para a família!"</i>
	Fazer piada, julgamento ou comentário culpabilizador: <i>"Você está com medo de o teste estar positivo? Mas na hora de se proteger não se importou com isso, né?!"</i> <i>"Será que está gestante? É isso o que acontece com quem não se protege."</i> <i>"Você não aplicou a injeção mês passado? Não acredito!"</i>

Nas unidades básicas de saúde (UBS), normalmente as pessoas usuárias são encaminhadas para realização do TRG em atendimentos ofertados por profissionais da enfermagem. Há, ainda, os casos que são trazidos para a equipe via Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais de grande importância, uma vez que desempenham papel relevante na identificação de problemas e agravos de saúde e no encaminhamento das demandas da população à equipe responsável. Assim, entendemos que essas categorias profissionais são fundamentais para a realização do acolhimento inicial e da identificação dos casos.

Ainda que algumas pessoas busquem realizar o TRG nos serviços de saúde, muitas já chegam ao atendimento sabendo da gestação (suspeitando a partir de sintomas ou até mesmo a partir da realização de teste comprado em farmácia) e agendam consultas para receber orientações. Tanto nesses casos quanto naqueles em que a confirmação parte da suspeita e identificação por profissional de saúde que dá a notícia sobre a gestação, é fundamental que haja um olhar atento para identificação de um caso de violência sexual.

Após a escuta inicial, se identificarmos que a gestação é proveniente de violência sexual, devemos garantir o espaço adequado e sigiloso para aprofundar a conversa sobre este assunto. Muitas pessoas precisam de apoio e suporte para elaborar, reconhecer ou nomear que sofreram violência, principalmente se for a partir de uma relação conjugal. Além disso, muitas têm medo de contar a profissionais de saúde que estão com dúvidas ou que rejeitam completamente uma gestação. Observe se a pessoa está acompanhada antes de falar diretamente sobre violência, principalmente por crianças, por homens ou mesmo outras mulheres. Assim, é possível falar de maneira assertiva e direta, reforçando que esse é um espaço seguro, livre de julgamentos e onde há garantia de sigilo sobre toda e qualquer informação.

Estreitando vínculo após a revelação de uma gestação resultante de violência sexual

"Muitas pessoas vivenciam situação parecida com a sua. É muito comum, e eu estou aqui para te ouvir, sem julgamentos. Saiba que este é um espaço seguro e que aqui você tem sigilo garantido sobre qualquer informação que queira compartilhar."

Em seguida, é importante informar a pessoa sobre os caminhos possíveis diante dessa gestação.

Importante!

Os serviços de saúde costumam apresentar uma rotina muito intensa de trabalho e atendimentos e profissionais costumam receber cobranças sobre metas e encaminhamentos nos fluxos estabelecidos pelas secretarias e gestões destes serviços. A abertura e encaminhamento para o pré-natal costumam fazer parte dessas metas, o que faz com que grande parte de nós siga um determinado fluxo sem qualquer reflexão.

No entanto, as pessoas que estão vivendo uma gestação decorrente de violência sexual estão tentando elaborar a notícia e os seus sentimentos e o encaminhamento imediato para o pré-natal nesses casos é uma forma de violação de seus direitos.



E se o TRG der negativo?

Nesse caso, evidentemente não se invalidam as demais ações necessárias a partir de adequado acolhimento e escuta qualificada de qualquer situação de violência sexual. Essas situações frequentemente requerem um cuidado multidisciplinar e intersetorial, que deve ser realizado visando evitar a revitimização e o julgamento da pessoa que vivenciou ou vivencia a violência. Em casos de situações crônicas de violência sexual, as possibilidades de ação devem ser sempre dialogadas e articuladas tendo em vista a segurança e o desejo da pessoa. A elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) [41] também é uma importante ferramenta a ser utilizada nessas situações.

Além disso, é fundamental que sejam feitos o rastreamento e tratamento necessários às IST, notificação sigilosa ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), comunicação anonimizada à autoridade policial e o encaminhamento ao serviço responsável pela coleta de vestígios, caso a pessoa deseje responsabilizar legalmente a pessoa agressora. No caso de pessoas menores de 18 anos, também é necessário o acionamento do Conselho Tutelar. Todas essas ações estão descritas detalhadamente no Passo 4, a seguir.



Passo 4: comunicando direitos e tomada de decisão da pessoa atendida

Reconhecida e nomeada a violência, é hora de comunicar direitos para a pessoa atendida. Diante de uma gestação decorrente de violência sexual, profissionais de saúde devem oferecer três opções de seguimento do caso, sem compulsoriedade a nenhuma delas:

1. Realizar um aborto legal;
2. Seguir com a gestação e realizar uma entrega protegida para adoção; ou
3. Seguir com a gestação e assumir a parentalidade.

Nos tópicos a seguir, abordaremos cada uma das alternativas existentes a fim de que você, profissional da saúde, consiga explicá-las de forma detalhada para a pessoa que está sendo atendida.

Importante!

É fundamental apresentar todas as alternativas disponíveis à pessoa atendida, mas sempre respeitando seu tempo, seus valores e seu processo individual de decisão. Cabe a ela escolher o que considera ser o melhor para si a partir do recebimento de todas as informações sobre seus direitos. Muitas vezes precisamos de mais de um encontro para que possamos estreitar o vínculo e falar de decisões, portanto, deixe essa possibilidade evidente. Ofertar um retorno agendado é uma ótima opção.

Respeitando tempo e valores

"Se você precisar de um tempo para pensar, tudo bem. Quer voltar semana que vem e falamos melhor?"

"Tudo bem se você não quiser falar sobre isso agora. Mas, caso mude de ideia, eu estou aqui para te ouvir."

4.1 Aborto legal

Sabemos que a temática do aborto é envolta de muitas dúvidas e, até mesmo, de tabus. No entanto, como profissionais da saúde, é importante termos em mente que o aborto legal é um direito da pessoa gestante em decorrência de violência sexual, que deve ser garantido e não pode ser obstaculizado, independentemente dos nossos posicionamentos pessoais a respeito do tema. Por isso, é dever das pessoas profissionais de saúde ofertar a opção do aborto diante de uma gestação decorrente de violência sexual, com acolhimento, sem julgamentos ou expectativas pessoais.

Você pode fazer isso usando frases como:

“Diante desse resultado, nós podemos conversar sobre as opções que você tem. Se você não quiser manter a gestação, é possível realizar um aborto legalmente; se quiser, temos alguns caminhos possíveis.”

O que diz o meu conselho de classe sobre isso?

O Código de Ética da Enfermagem [42] estabelece que:

- É dever das pessoas enfermeiras fundamentar suas relações na diversidade de opinião e posição ideológica (Art. 6º); e
- As pessoas enfermeiras têm o dever e a responsabilidade de respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar (Art. 18º).

Já o Código de Ética Médica [43] determina que as pessoas médicas:

- Não podem, em hipótese alguma, causar dano a paciente por omissão (Capítulo III, Art. 1º); e
- Devem garantir a pacientes o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, não podendo exercer sua autoridade para limitá-los (Art. 24º).

No momento da explicação sobre a possibilidade de realização do aborto legal, é sempre importante informar que se trata de um procedimento seguro.

Você sabia?

O aborto, quando realizado nas condições adequadas, é um procedimento com taxas muito baixas de complicações - em todos os casos, incluindo casos de crianças e adolescentes.

A ocorrência de complicações em geral após realização de aborto com acompanhamento em saúde é de 2,1%, e de apenas 0,23% para complicações maiores, como necessidade de internação hospitalar, cirurgia ou transfusão sanguínea [44].

Os dados mostram que as pessoas têm mais chances de morrer por um parto do que pela realização de um aborto de forma segura. Nos Estados Unidos, enquanto menos de 1 pessoa morre a cada 100.000 abortos realizados de forma segura (0,567 a cada 100.000), cerca de 7 a 10 pessoas morrem a cada 100.000 partos, podendo o risco de morte por parto chegar a ser 14 vezes maior que o risco de morte por aborto seguro [45,46].



Se a pessoa atendida optar por realizar um aborto legal, você deverá realizar o encaminhamento do caso ao serviço de aborto legal de referência. Para evitar que a pessoa seja exposta a diversas repetições do relato, é possível realizar o encaminhamento juntamente com um relatório que contenha as informações já compartilhadas no atendimento, incluindo um resumo da história, data da última menstruação (DUM), data da violência, idade gestacional estimada e nomeação do permissivo legal.

Você sabia?

A princípio, de acordo com a legislação brasileira, todo hospital deveria estar apto a realizar a interrupção de uma gestação no primeiro trimestre, já que se trata de um procedimento de baixa complexidade. Tal procedimento, de acordo com a OMS, poderia ser ofertado até mesmo por serviços que compõem a atenção primária à saúde.

No entanto, no Brasil, em 2013, a Portaria nº 528, posteriormente substituída no ano seguinte pela Portaria nº 485/2014 [47] normatizou os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), fazendo com que a interrupção fosse ofertada apenas por serviços da atenção secundária e terciária.

Durante a pandemia, a médica obstetra Helena Paro criou, no Hospital das Clínicas de Uberlândia/MG, o primeiro atendimento de telemedicina para os abortamentos previstos em lei, sem encontros presenciais e com o envio do medicamento em domicílio. Este modelo se baseia em experiências internacionais, como a britânica, que adotou a mesma medida nesse período [48].

O exercício da medicina amparada pelo telefone ou internet é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM nº 2.314/2022, e previsto na lei brasileira, por meio da Lei nº 14.510/2022.

Para realizar o encaminhamento e o envio de qualquer dado por relatório, você deve se assegurar de que a pessoa atendida esteja de acordo com o envio destas informações. Vale lembrar que, embora não seja obrigatória para acesso aos serviços de aborto legal, pois qualquer pessoa poderá acessar o serviço diretamente, a realização do encaminhamento é altamente recomendada, visando melhorar a coordenação de cuidado e a experiência da pessoa gestante no serviço de referência.

No momento do encaminhamento, também é importante que você informe para a pessoa atendida que no serviço de aborto legal deverão ser assinados os seguintes documentos [49]:

- Termo de Relato Circunstanciado: documento que contém informações sobre o local, dia e hora aproximada do fato, tipo e forma de violência, descrição dos agentes da conduta, se possível, e identificação de testemunhas, se houver;
- Parecer Técnico assinado por pessoa médica, responsável por avaliar a anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver;
- Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da gravidez assinado pela equipe responsável pelo atendimento;
- Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual a pessoa consente após o recebimento das informações adequadas, com a realização do procedimento.

Note que nos documentos listados acima **não há a necessidade de formalização de boletim de ocorrência ou de autorização judicial para acessar o aborto nos casos de violência sexual**. Basta que você realize o encaminhamento e informe sobre como será realizado o procedimento.

Para refletir...

Na prática, parte desses termos pode resultar na imposição de barreiras para o acesso ao aborto legal. Por isso, entendemos que o atendimento ideal é aquele que parte do pressuposto de que a pessoa atendida está falando a verdade, bastando o seu relato e o termo de consentimento para a realização do aborto.

Verificar a compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual pode levar a conclusões incorretas sobre a narrativa da pessoa atendida. É preciso compreender que há situações em que a pessoa pode não ter certeza da data da violência, já que estamos falando de uma experiência traumática. No caso de, por exemplo, violência crônica, a investigação da data de compatibilidade pode resultar em uma barreira indevida ao acesso, o que coloca a pessoa profissional de saúde no lugar de alguém que duvida da pessoa gestante e não no lugar de cuidado.

Caso, para além das informações acima detalhadas, a pessoa atendida pergunte sobre como funciona o procedimento, recomendamos que você compartilhe de forma acessível e compreensível as informações presentes no manual da Organização Mundial da Saúde:



O encaminhamento para serviços de aborto legal está sujeito a um limite de idade gestacional ou não há essa restrição?

A legislação brasileira não estabelece qualquer limite de idade gestacional para realização do procedimento, sendo dever do serviço de saúde ofertar essa possibilidade em qualquer fase, em qualquer um dos permissivos legais para o aborto.

Você sabia?

O estabelecimento de um limite de idade gestacional para realização do aborto atinge de forma desproporcional crianças e adolescentes gestantes em decorrência de violência sexual, especialmente meninas, negras e periféricas. Isso porque, conforme vimos na seção sobre violência sexual, esse tipo de violência ocorre majoritariamente no ambiente familiar e com crianças menores de 14 anos, o que torna muito difícil a identificação da violência e da gestação, quanto mais a procura dos serviços de saúde – etapa esta que se complexifica para pessoas que vivem em locais afastados dos centros das grandes metrópoles.

Sabemos, contudo, que há discussões e publicações que podem trazer dúvidas sobre essa questão, de modo que, abaixo, detalhamos o atual estado do ordenamento jurídico a esse respeito.

O conceito de “aborto” como interrupção da gestação até a 20ª semana, anteriormente fixado pela OMS, é um conceito ultrapassado e já superado pela própria OMS, que hoje estabelece que a única questão a ser levada em conta em relação à idade gestacional é o método de interrupção da gestação [50]. No manual atual da OMS, é possível verificar que há menção a métodos de abortamento em distintas fases gestacionais, inclusive acima da 20ª semana.

Atenção!

A Declaração de Óbito (DO) deve ser emitida para os óbitos fetais somente se a gestação tiver duração maior que 20 semanas, ou se o feto tiver peso corporal maior que 500g ou estatura maior que 25cm. Em casos em que essas medidas não são atingidas, a DO será elaborada somente se a família requerer. Os dados dessa DO devem ser registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) [51].

Nos casos de abortamentos (interrupção voluntária), é mais provável que a pessoa e/ou a família não queiram se responsabilizar pelo sepultamento do feto, de modo que é importante que os serviços se organizem numa perspectiva humanizada nos fluxos para os casos que é necessário emitir DO. Existem experiências de serviços no Brasil que assumem o processo de sepultamento sem o envolvimento a pessoa que realizou o aborto.

Já no Brasil, é verdade que, em 2022, o Ministério da Saúde publicou manual (Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento) que, dentre outras coisas, definia o aborto como "gestação intrauterina não viável de até 20-22 semanas ou peso fetal de 500g". O Ministério da Saúde, contudo, não poderia ter estabelecido essas limitações, já que sua função é meramente regulamentar o que está em lei. Sendo assim, uma vez que o próprio Poder Legislativo não estabeleceu limite de idade gestacional ao permitir o aborto em algumas hipóteses no Código Penal de 1940, o Ministério da Saúde ultrapassou a sua competência. Por isso, este manual foi revogado em 2023 e não está mais vigente [52].

Embora o Ministério da Saúde ainda não tenha publicado um manual atualizado, também em 2023 e no âmbito de uma ação em andamento no Supremo Tribunal Federal, o próprio Ministério emitiu e disponibilizou a Nota Técnica Conjunta nº 37/2023-SAPS/SAES/MS, por meio da qual traz informações amparadas na melhor

evidência científica e reconhece a inexistência de limite de idade gestacional na legislação brasileira para realização do aborto [53].

Ainda, vale destacar que, em 2023, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou uma resolução que proibia a realização de assistolia fetal em casos de idade gestacional superior a 22 semanas e cuja gestação decorresse de estupro, mas o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio de decisão liminar na ADPF 1141 [54], decidiu que essa proibição era contrária à Constituição Federal. Na mesma oportunidade, o STF também determinou que fossem arquivados todos os procedimentos eventualmente abertos pelo CFM para investigar pessoas médicas que realizavam a assistolia fetal nesses casos. Essa postura do Supremo Tribunal Federal evidencia segurança jurídica para a realização do procedimento em qualquer idade gestacional, havendo garantia de nosso tribunal constitucional a respeito da permissividade legal e ética nesses casos.

Você sabia?

No Brasil, para além das gestações decorrentes de violência sexual, o aborto é permitido:

- Quando a gestação representa risco à vida da pessoa gestante (artigo 128, II, do Código Penal de 1940); e
- Quando a gestação é de feto anencéfalo (decisão do STF na ADPF 54 em 2012).

Em relação aos casos de risco à vida da pessoa gestante, é importante ter em mente que toda e qualquer causa, direta ou indireta, de risco à vida que seja agravada pela gestação autoriza a interrupção legal da gravidez. Nesse sentido, vale lembrar que, devido ao desenvolvimento fisiológico incompleto e incompatível com uma gestação saudável, além de toda magnitude da questão em níveis

social, econômico, de planejamento de vida e para a saúde, toda gravidez na infância ou na adolescência pode ser reconhecida como uma gravidez de risco à vida.

Sobre os casos de anencefalia fetal, em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou a ADPF 54, que tinha por objeto discutir se a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal seria ou não criminalizada pelo Código Penal de 1940. Como resultado, a nossa Suprema Corte entendeu que, por se tratar de uma gestação incompatível com a vida extrauterina, a gestação de feto anencéfalo não é criminalizada por nossa legislação [55]. Desde então, a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal é permitida no Brasil.

Embora a identificação dessa hipótese de aborto legal e permissivo seja razoavelmente simples, pois depende de um diagnóstico objetivo, o raciocínio lógico-jurídico utilizado pelo STF pode nos ajudar a refletir sobre outros casos de gestações de fetos incompatíveis com a vida. Em casos de Síndrome de Edwards ou Síndrome de Patau, por exemplo, a criminalização da interrupção legal da gravidez, que em tese tem por objetivo proteger a vida intrauterina, não teria razão de ser. Nesses casos, como não há permissão explícita na decisão do STF para que o aborto possa ser realizado, é comum e possível que a pessoa gestante faça um pedido judicial para autorização do procedimento, sendo dever da pessoa profissional de saúde informar a incompatibilidade com a vida do feto e, ainda, a possibilidade de realização do pedido judicial de autorização do procedimento.

E no caso de crianças e adolescentes? Existem diferenças no atendimento?

É importante lembrar que todo ato sexual praticado com pessoa com menos de 14 anos é considerado estupro de vulnerável, independentemente da existência ou não de consentimento.

Nesses atendimentos, no momento de comunicar os direitos da criança ou adolescente atendida, é muito importante que você mantenha uma comunicação compreensível, imparcial, utilizando linguagem simples e acessível. Além disso, considerando a idade, a maturidade e a capacidade de discernimento da criança ou adolescente, é fundamental assegurar que ela compreenda todas as implicações de suas escolhas antes de tomar uma decisão.

Você sabia?

Em dezembro de 2024, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) aprovou a Resolução nº 258/2024 [56], que dispõe sobre o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a garantia dos seus direitos.

Essa Resolução está de acordo com as normativas mais recentes de garantia de direitos humanos e deve guiar a atuação de todas as pessoas profissionais da saúde, uma vez que foi elaborada com base em tratados internacionais, na Constituição Federal e na legislação brasileira para definir seus dispositivos.

Acesse aqui
a resolução:



Eu posso realizar o atendimento sem a presença de mães, pais ou responsáveis legais? Como eu devo proceder depois?

Sim. A legislação brasileira garante a participação de mães, pais ou responsáveis legais sempre que isso puder ocorrer de acordo com o melhor interesse da criança ou adolescente e na proteção de seu direito à saúde.

Nesse sentido, embora o apoio de mães e pais para o suporte psicológico e social seja considerado de extrema importância, é necessário compreender que, em muitos casos, a participação de responsáveis pode agravar a violação de direitos, especialmente quando as violências ocorrem no âmbito familiar e são relativizadas pela própria família. Portanto, a consulta à criança ou adolescente deve ser realizada e, a partir dela, serão avaliados dois encaminhamentos:

- Comunicar responsáveis para que acompanhem e apoiem a criança ou adolescente;
- Caso a criança ou adolescente tenha maturidade e discernimento suficientes e se recuse à comunicação de forma devidamente fundamentada em elementos concretos de possibilidade de novas violências ou danos, ela terá apoio na não realização dessa comunicação. Mães e pais ou responsáveis legais podem e devem ser acionadas(os), desde que isso contribua para a proteção da criança e adolescente. Essa avaliação é realizada a partir da análise do caso concreto por profissionais de saúde e da equipe multidisciplinar e deverá ser justificada em prontuário.

É importante pontuar que a triagem para necessidade de atendimento com ou sem a presença de responsáveis é delicada. Em um primeiro momento, a criança ou adolescente podem estar se comportando de forma a não criar problemas futuros com

os seus responsáveis após o atendimento. Por isso, mesmo em atendimentos que não apresentem sinais de alerta ou confirmação da autoria de responsáveis, é sempre importante garantir que parte do atendimento garanta necessariamente um momento exclusivo com a criança ou adolescente, e, assim, em diálogo sensível e sem constrangimento, a confirmação para identificar se a violência aconteceu por um responsável ou com a sua convivência.

E se os responsáveis legais não concordarem com o procedimento do aborto, o que eu devo fazer?

Nos casos em que houver divergência entre a vontade da criança e das pessoas responsáveis legais, a equipe responsável pelo atendimento deve proporcionar um ambiente acolhedor e apropriado para ouvir as pessoas responsáveis legais, sempre priorizando o apoio e o respeito à vontade expressa pela criança ou adolescente.

Caso a divergência seja insuperável, a equipe ou profissionais responsáveis pelo atendimento devem acionar a Defensoria Pública e o Ministério Público. No caso de dois responsáveis legais que se apresentem é necessário que os dois estejam de acordo com a escolha da criança e do adolescente, mas não é necessário a autorização dos dois para os casos de escolha pela interrupção por parte da criança e do adolescente.

Essa orientação está disposta tanto na Resolução nº 258/2024 do Conanda [56], como na Norma Técnica sobre Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual, publicada pelo Ministério da Saúde em 2011 [57].

Nessas situações, é importante ter em mente que o ECA e a Convenção sobre os Direitos da Criança reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos capazes de participar das decisões relacionadas a sua saúde, respeitando sua idade e maturidade e garantindo que seus interesses prevaleçam sobre

interesses externos. Esses instrumentos também estabelecem que o poder familiar deve ser exercido conforme o melhor interesse das crianças, impedindo que seja utilizado para restringir o acesso a direitos fundamentais e procedimentos urgentes, sob pena de responsabilização de responsáveis.

O que fazer em casos de negativa ou dificuldade de acesso ao aborto legal?

Se a pessoa encaminhada tiver dificuldade de acessar o procedimento ou tiver o procedimento negado, ela pode procurar o atendimento da Defensoria Pública do Estado.

4.2. Entrega protegida

Caso a pessoa atendida opte por não assumir a parentalidade mas não queira interromper a gestação, a entrega protegida é o meio pelo qual uma pessoa manifesta o desejo de entregar o bebê após o nascimento para adoção. Ela é regulamentada pela Lei nº 13.509/2017.

Essa é uma alternativa que deve ser oferecida em todos os casos de gestações indesejadas, e não só nas gestações decorrentes de violência sexual. Se a pessoa que estiver grávida exprimir este desejo, a informação deverá ser levada ao conhecimento do juízo da Vara da Infância e da Juventude pela pessoa profissional de saúde que a atendeu [58]. Essa comunicação não possui fluxo ou formato padronizado e varia conforme o território, sendo importante que os serviços de saúde tomem conhecimento desses procedimentos conforme a sua realidade.

Atenção!

A escolha pela entrega protegida deve ser realizada livre de coerção. Em outras palavras, ela não pode ser apresentada como instrumento para convencimento da pessoa para continuar a gestação, mas apenas como uma alternativa.

4.2. Seguimento da gestação para assumir a parentalidade

Se, por qualquer razão, a pessoa atendida optar por seguir com a gestação para assumir a parentalidade, deve-se realizar a inserção e acompanhamento pelo pré-natal. **A inclusão de uma pessoa gestante em decorrência de violência sexual no pré-natal nunca deve ser automática!**

Importante!

Os sentimentos e desejos de uma pessoa com relação à manutenção de uma gestação decorrente de violência sexual podem variar e mudar com o decorrer do tempo. Por isso, consultas de pré-natal continuam sendo momentos oportunos para avaliar como a pessoa atendida está se sentindo em relação àquela gravidez e, eventualmente, se deseja mudar os rumos de sua decisão – o que é sempre possível!



Passo 5: notificações e acionamento de rede

Após garantir o atendimento em saúde de um caso de violência sexual a partir de todas as perspectivas vistas anteriormente, o serviço de saúde tem o dever de realizar alguns encaminhamentos do caso para outros serviços da rede de enfrentamento à violência.

Atenção!

O papel das pessoas profissionais de saúde não se confunde com a investigação criminal ou responsabilização do agressor!

É equivocada e ilegal a ideia de que o atendimento em saúde de uma pessoa vítima de violência sexual depende, necessariamente, da denúncia da violência à polícia. Essa compreensão afasta as pessoas vítimas de violência do cuidado em saúde e burocratiza o acesso a direitos.

Após garantir o atendimento completo em saúde, é necessário realizar as seguintes comunicações:

- **Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan):** consiste em uma notificação sigilosa de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual à autoridade sanitária. É muito importante que essa notificação seja preenchida corretamente, pois essas informações são fundamentais para dimensionar a magnitude das violências e fornecer subsídios para a construção de políticas públicas;
- **Comunicação à autoridade policial prevista na Lei nº 10.778/2003 (alterada pela Lei nº 13.931/2019):** essa comunicação deve ser realizada **de forma anonimizada, ou seja, sem dados que identifiquem a pessoa atendida.** Assim como no caso das informações fornecidas ao Sinan, seu objetivo é garantir que as autoridades policiais tenham a magnitude das violências praticadas no território e subsídios para a definição de políticas públicas, não se destinando à denúncia.

Observação: do ponto de vista das normativas federais, não existe um instrumento comum de notificação anonimizada à autoridade policial. Por isso, para facilitar a atuação de profissionais da saúde, recomendamos que os estados e municípios desenvolvam instrumentos que unifiquem essa comunicação, a fim de garantir o fornecimento de informações estatísticas que possam guiar as políticas públicas de saúde e segurança pública de cada município e estado.

Eu não devo mesmo fornecer os dados da vítima na comunicação à autoridade policial?

Não. De acordo com a legislação brasileira, por regra, a comunicação à autoridade policial deve ser realizada de forma anonimizada.

A identificação da vítima de violência, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá ser realizada, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou da(o) sua (seu) responsável.

Orientamos que, nessas situações, a pessoa profissional escreva a justificativa para identificação da pessoa atendida no prontuário.

Qual a diferença entre comunicação sigilosa e comunicação anonimizada?

A comunicação sigilosa consiste no envio de informações que contenham dados pessoais da pessoa atendida e que permitam a sua identificação. Chamamos de sigilosa porque essa comunicação é protegida pelo sigilo profissional e não pode ser compartilhada com nenhuma outra instituição que não faça parte do fluxo de atendimento.

A comunicação anonimizada, por sua vez, não contém as informações pessoais que permitam a identificação da pessoa atendida, servindo apenas para fins estatísticos.

Já nos casos de crianças e adolescentes, após a realização do atendimento, é necessário realizar as seguintes comunicações:

- Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Comunicação anonimizada à autoridade policial prevista na Lei nº 10.778/2003 (alterada pela Lei nº 13.931/2019); e
- **Comunicação externa e identificada ao Conselho Tutelar para a adoção de medidas de proteção. Essa comunicação deve ser feita apenas no caso de crianças e adolescentes, mas não em casos de atendimentos de pessoas adultas.**

Algumas dúvidas frequentes sobre o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual:

Mas eu não devo mesmo acionar a autoridade policial?

Assim como no caso de pessoas adultas, por regra, a comunicação à autoridade policial deve ser realizada de forma anonimizada.

A identificação da criança vítima de violência somente poderá ser realizada, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou de seu responsável.

Não há qualquer lei ou norma que obrigue profissionais de saúde a comunicar de forma identificada casos diretamente à autoridade policial, exceto em casos de risco. É obrigatório, contudo, comunicar o Conselho Tutelar.

Se eu não acionar a autoridade policial, a criança ou adolescente ficará desprotegida?

Não. O que garante a adoção das providências necessárias à proteção da criança ou adolescente vítima é a obrigatoriedade de comunicação dos casos de violência sexual ao Conselho Tutelar, conforme estabelecido no ECA e na Resolução nº 258/2024 do Conanda.

E o sigilo profissional?

Quando falamos de compartilhamento de informações, a regra é sempre a da manutenção do sigilo profissional.

O Código de Ética da Enfermagem [42] estabelece que é direito da pessoa profissional abster-se de compartilhar informações sigilosas de que tenha ciência em razão de sua profissão (art. 81), assim como é seu dever mantê-las sob sigilo, inclusive orientando a equipe sob sua responsabilidade a esse respeito (arts. 82 e 83).

Já o Código de Ética Médica [43] determina que as pessoas médicas devem guardar todas as informações obtidas no desempenho de suas funções sob a garantia do sigilo profissional (Princípio Fundamental XI e Art. 89).

Profissionais da saúde lidam diariamente com informações privadas da vida de pacientes e, por isso, possuem o dever de sigilo das informações, de modo que o compartilhamento de dados sensíveis como aqueles constantes em prontuários é proibido por distintos Códigos de Ética, com raríssimas exceções. Por esses mesmos motivos, o Código Penal brasileiro indica que é crime a violação de segredo profissional sem justa causa, passível de pena de três meses a um ano de detenção e multa (Art. 154).

Importante!

- Os serviços de saúde são locais de oferta de cuidado e NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública;
- Não deve e nem pode ser feita a comunicação do caso à autoridade policial, sob pena de violação do sigilo médico profissional;
- Não deve e nem pode ser compartilhada qualquer informação fornecida durante o atendimento com terceiros.



Passo 6: **seguimento do cuidado na Atenção Primária à Saúde**

O cuidado de pessoas em situações de violência sexual requer uma atenção integral e também longitudinal, próprias da Atenção Primária à Saúde (APS). Mesmo que a pessoa tenha recebido um primeiro atendimento à situação de violência em um serviço específico, é importante que seja garantido o acesso ao cuidado longitudinal na sua UBS de referência, bem como haja contrarreferência dos casos, dentro de uma perspectiva de trabalho coordenado e em rede. Nas consultas de retorno na APS, portanto, que podem ser por livre demanda da pessoa ou programadas, conforme a necessidade, é fundamental que sejam observados os seguintes pontos:

Nos casos em que a pessoa vítima de violência foi atendida nos primeiros cinco dias após a violência, nas consultas de retorno deve-se:

- Repetir a testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C, ao término do uso da PEP ao HIV, ou após 30 dias da última testagem, com vistas ao acompanhamento sorológico e devido segmento;;
- Realizar profilaxias às IST não virais (sempre o quanto antes), caso não tenham sido realizadas em um primeiro atendimento;
- Avaliar a possibilidade de gravidez, de forma que precisaremos seguir o que está descrito nos passos 3, 4 e 5 da cartilha;
- Acolher e fornecer o devido suporte de questões psicossociais relacionadas ao episódio vivenciado.

Nos casos em que a pessoa vítima de violência estava grávida, na consulta de retorno ela pode:

- Ter abortado e, agora, deseja falar sobre isso;
- Ter mudado de ideia e, agora, deseja seguir com a gestação;
- Ter mantido a gestação, mas quer saber mais sobre entrega protegida;

- Ter decidido prosseguir com a gestação, trazendo questionamentos sobre o pré-natal; e/ou
- Estar ambivalente sobre a sua escolha e solicitar uma nova escuta, em que podemos atualizar os riscos e benefícios a depender da idade gestacional.

Caso a pessoa tenha acessado o serviço de aborto legal, é necessário:

- Checar se a pessoa precisa de escuta para expressar o significado da sua experiência de abortamento;
- Checar se houve oferta e adoção de método contraceptivo durante a assistência de pós abortamento pelo serviço que realizou o procedimento;
- Caso não tenha acontecido a oferta de métodos pelo serviço, você pode oferecer um espaço para troca de informações sobre educação sexual e planejamento reprodutivo, discutindo métodos contraceptivos, conforme o caso;
- Avaliar se há sinais e sintomas de abortamento incompleto (sangramento ou cólicas persistentes, por mais de duas semanas, aumento ao invés de diminuição do sangramento ou persistência de sintomas de gestação), sendo que exames complementares podem ser solicitados, conforme o caso (bHCG quantitativo e/ou ultrassonografia). Casos de abortamento incompleto podem necessitar de encaminhamento a serviço hospitalar.

Em todos os casos, nas consultas de seguimento é sempre importante reforçar o vínculo para que você permaneça como a referência de cuidado em saúde para aquela pessoa.

Por isso, sugerimos que, nessa consulta, a pessoa profissional da saúde:

1. Reforce que todas as informações fornecidas na consulta são sigilosas;
2. Esclareça eventuais dúvidas;
3. Ofereça apoio médico, social e psicológico, se necessário;
4. Ofereça todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, considerando os critérios e elegibilidade da OMS, esclarecendo dúvidas quanto aos efeitos colaterais e riscos de cada método, além de taxas de eficácia e falha.

Fluxograma do atendimento

Para facilitar a compreensão do passo a passo antes detalhado, elaboramos o fluxo a seguir:



Pessoa chega no serviço de saúde com a suspeita de que está grávida

Acolher a pessoa gestante
- Oferecer a possibilidade de realizar o TRG no serviço ou em casa

Não quis fazer o TRG ou escolheu fazer em casa

Acolher a pessoa e informar que ela pode retornar ao serviço de saúde quando desejar. Oferecer informações sobre as opções de uma gestação imprevista

Acolher a pessoa atendida e entender o que o resultado do teste representa para ela. Se for o caso de gravidez não planejada, assegurar o planejamento reprodutivo para evitar repetição

Avaliar risco de abortamento inseguro e orientar para redução de danos. Assegurar o planejamento reprodutivo para evitar nova gestação não planejada, se o caso

Não

Acolher a pessoa e verificar se é uma hipótese de

- Explicar o funcionamento dos serviços de aborto legal
- Realizar o encaminhamento a um serviço de aborto legal

Deseja abortar

- Iniciar o pré-natal o mais rápido possível e explicar a rotina de acompanhamento

Deseja continuar a gestação

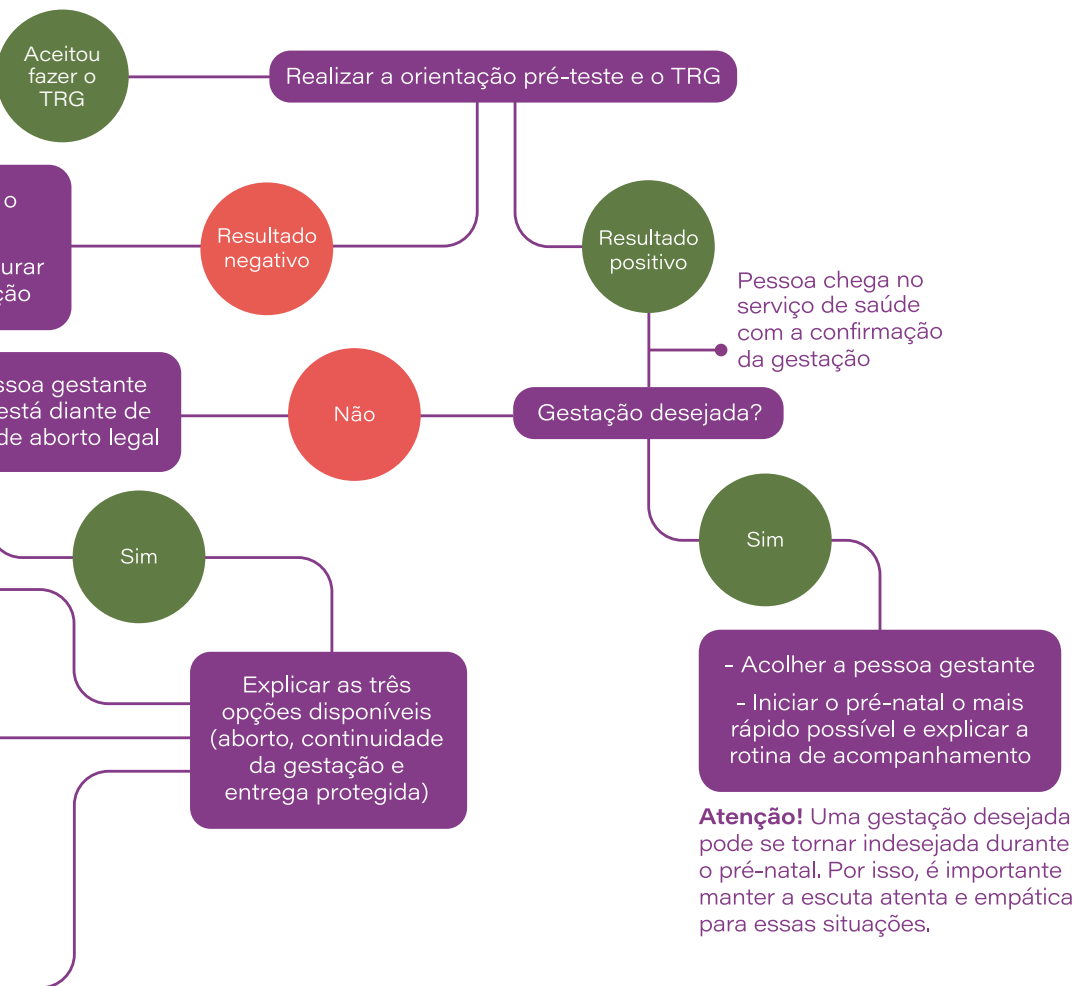
Atenção! A qualquer momento a pessoa pode mudar de ideia e decidir abortar ou realizar a entrega protegida.

- Explicar o passo a passo da entrega protegida
- Iniciar o pré-natal o mais rápido possível e explicar a rotina de acompanhamento
- Explicar como funciona a entrega protegida
- Anotar em prontuário para evitar que a pessoa passe por situações constrangedoras no pré-natal

Deseja entrega protegida

Atenção! A qualquer momento a pessoa pode mudar de ideia e decidir abortar ou permanecer com o bebê.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO



Gostou do conteúdo da cartilha?

Para saber mais, recomendamos que você acesse os seguintes conteúdos:



**Mapa da Justiça
Reprodutiva**



**Serviços de aborto
transinclusivos**



**Vídeo da Campanha
Criança Não é Mãe**

Referências bibliográficas

1. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024 [Internet]. São Paulo: FBSP; 2024 [citado 2024 out 16]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>
2. Rede Feminista de Saúde. Estupro de Vulnerável: caracterização de crianças mães e regiões em 2022 - Atualização do Estudo original realizado em 2021 pela Rede Feminista de Saúde referente ao decênio 2010-2019 [Internet]. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2024 [citado 2024 out 16]. Disponível em: https://www.redesaude.org.br/wp-content/uploads/2024/09/Estudo_-_Meninas-ma%CC%83es-em-2022.pdf
3. Ministério das Mulheres(BR). Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM 2025 [Internet]. Brasília: Ministério das Mulheres; 2025 [citado 2025 jun 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf/view>
4. Childhood Brasil. Saúde mental: os impactos do abuso sexual na infância e adolescência [Internet]. São Paulo: Childhood Brasil; [data desconhecida] [citado 2024 out 16]. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/saude-mental-os-impactos-do-abuso-sexual-na-infancia-e-adolescencia/>
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). El embarazo en la adolescencia [Internet]. Genebra: OMS; 2022 [citado 2024 out 16]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. Ministério da Saúde(BR). Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010 [citado 2024 out 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
7. Felizardo, N. Uma menina morre por semana por complicações na gravidez. E seu prefeito com isso? Intercept Brasil [Internet]. 2024 [citado 16 Out 2024]. [cerca de 9 páginas].

Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/09/18/uma=-adolescente-morreu-por-semana-gravidez/#:~:text=Registros%20oficiais%20de%20%C3%B3bitos%20maternos,acordo%20com%20a%20nossa%20legisla%C3%A7%C3%A3o>

8. Cunha N, Rodrigues MC. O desenvolvimento de competências psicossociais como fator de proteção ao desenvolvimento infantil [Internet]. *Est Inter Psicol.* 2010;1(2):235–48 [citado 2024 out 16]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072010000200008
9. Cabral ALB, et al. A gravidez na adolescência e seus riscos associados: revisão de literatura [Internet]. *Braz J Health Rev.* 2020 nov-dez;3(6):19647–50 [citado 2024 out 16]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/22248/17774>
10. Duarte ES, et al. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais [Internet]. *DêCiência em Foco.* 2018;2(1):45–52 [citado 2024 out 16]. Disponível em: <https://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/145/43>
11. Braga LP, et al. Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência [Internet]. *Bol Psicol (São Paulo).* 2010 dez;60(133):205–15 [citado 2024 out 16]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000200007&lng=pt&nrm=iso
12. D'Oliveira AFLP, Schraiber LB, Pereira S, Bonin RG, Aguiar JM, Sousa PC, Guida C. Protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência: atenção primária à saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2019.
13. Ribeiro EB, Pereiara S, Terra MF. Os desafios da Atenção Primária à Saúde no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Saúde Redes.* 2025;11(1):e4501. doi:10.18310/2446-4813.2025v11n1.4501
14. Ross L. The color of choice: White supremacy and reproduc-

tive justice. In: Incite! Women of Color Against Violence, editor. The color of violence: The INCITE! anthology. Cambridge (MA): South End Press; 2006. p. 53–65.

15. Wilson LC, Miller KE. Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. [s. l.], v. 17, n. 2, p. 149–159, 2016 [citado 12 Feb 2025]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784571/doi/10.1177/1524838015576391>
16. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*. 8 ago. 2006.
17. Superior Tribunal de Justiça(BR). Súmula 593. Dispõe sobre estupro presumido [Internet]. Brasília-DF; 2017 [citado 12 Feb 2025]. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_593_2017_terceira_secao.pdf
18. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União*. 2 ago 2013.
19. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf[citado 2025 jun 10].
20. Viana AJB, Sousa ESS, Neves EM. Racismo nos serviços de saúde: a ausência do cuidado com as mulheres negras vítimas de violência sexual [Internet]. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2015;7:65–76. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949006.pdf> [citado 2025 jun 10].
21. Vieira ACA, Moreira GC, Cruz AC. Estupro e lei do minuto seguinte em Minas Gerais, Brasil: fatores sociodemográficos associados às profilaxias de emergência [Internet]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2024;29:e19832023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n9/e19832023/> [cita-

do 2025 jun 10].

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view [citado 2025 mai 19].
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, IST e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf [citado 2025 jun 10].
24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Selected practice recommendations for contraceptive use – 3ª ed [Internet]. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf?sequence=1> [citado 2025 jun 10].
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 150 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf [citado 2025 mai 19].
27. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para utilização do le-

- vonorgestrel. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_para_utilizacao_levonorgestrel.pdf [citado 2025 jun 10].
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf [citado 2025 jun 10].
 29. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jun 2025.
 30. Finotti, M. Manual de anticoncepção [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015 [citado 12 Fev 2025]. 143 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf>
 31. Monteiro P, Ferreira Filho ES, Vieira CS. Contracepção de emergência. Comitê da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/contracepcao/anticoncepcao-de-emergencia/> [citado 2025 jun 5].
 32. Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF). Contracepção. Disponível em: <https://www.ippf.org/blogs/emergency-contraception-effective> [citado 2025 jun 5].
 33. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Disponível em: [https://www.figo.org/#:~:text=Welcome%20to%20FIGO%20\(The%20International,practice%20of%20obstetrics%20and%20gynecology](https://www.figo.org/#:~:text=Welcome%20to%20FIGO%20(The%20International,practice%20of%20obstetrics%20and%20gynecology) [citado 2025 jun 5].
 34. Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA). Plan B One-Step (1,5 mg levonorgestrel) Informação. 2022. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-dru->

[g-safety-information-patients-and-providers/plan-b-one-step-15-mg-levonorgestrel-information](#) [citado 2025 jun 5].

35. Ministério da Saúde (BR). DIU de cobre. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/contracepcao/diu-de-cobre#:~:text=Pode%20ser%20utilizado%20como%20contracep%C3%A7%C3%A3o,ser%20retirado%20a%20qualquer%20momento> [citado 2025 maio 19].
36. Okano SHP, Pellicciotta GGM, Braga GC. Contraceptive counseling for the transgender patient assigned female at birth. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(9):884-890. doi:10.1055/s-0042-1751063.
37. COLEMAN E, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health.* 2022;23(sup1):S1–S259. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2100644> [citado em 19 mar 2025].
38. Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres(BR). Norma Técnica: Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registros de informações e coleta de vestígios. [Internet] Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
39. Vertamatti MAF, de Abreu LC, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *J Hum Growth Dev.* 2013;23(1):46–51.
40. Delzियो CR, Coelho EBS, d’Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência Saúde Coletiva.* maio de 2018;23(5):1687–96.
41. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. ISBN 978-85-334-1337-5. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada_2ed.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 30 maio 2025.

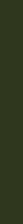
42. Conselho Federal de Enfermagem(BR). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007: Conselho Federal de Enfermagem. [citado em 12 Fev 2025]. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf
43. Conselho Federal de Medicina(BR). Resolução CFM nº 2.217/2018. Estabelece o Código de Ética Médica. Brasília, 2019, Conselho Federal de Medicina [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
44. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, Taylor D, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;125(1):175-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560122/doi/10.1097/AOG.0000000000000603>.
45. Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 [citado 12 Fev 2025];194(1):92-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389015/doi/10.1016/j.ajog.2005.06.070>.
46. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 [citado 12 Fev 2025]; 119 (2Pt 1):215-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22270271/doi/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>
47. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 485/2014 [Internet]. Dispõe sobre o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União. 2 Abr 2014 [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/sau->

delegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

48. Arantes P. Pioneira no serviço de aborto por telemedicina é processada pelo CRM-MG. Jornal Estado de Minas Gerais [Internet]. 18 Abr 2023 [citado 11 Fev 2025]. Saúde Pública: [cerca de 5 páginas]. Disponível em https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2023/04/18/interna_gerais,1483066/pioneira-no-servico-de-aborto-por-telemedicina-e-processada-pelo-crm-mg.shtml
49. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 1.508/2005 [Internet]. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2 Set 2005 [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html.
50. World Health Organization. Abortion care guideline: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 12 Fev 2025]. 22 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352342/9789240045163-eng.pdf>.
51. Ministério da Saúde(BR). Declaração de Óbito : manual de instruções para preenchimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022 [citado 04 Fev 2025]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-obito-manual-de-instrucoes-para-preenchimento.pdf>
52. Globo - G1. Ministério da Saúde revoga portaria sobre aborto e outras medidas contrárias às diretrizes do SUS [Internet]. 16 Jan 2023 [citado 12 Fev 2025]. [cerca de 5 páginas]. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/16/ministerio-da-saude-revoga-portaria-sobre-aborto-e-outras-medidas-contrarias-as-diretrizes-do-sus.ghtml>
53. Ministério da Saúde(BR). Nota Técnica Conjunta nº 37/2023 [Internet]. Dispõe sobre o posicionamento atualizado do Ministério da Saúde em relação à norma técnica denominada "Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento". Brasília-DF: Supremo Tribunal

Federal. [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=770757683&prclD=6437138#>

54. Supremo Tribunal Federal(BR). Medida Cautelar na ADPF 1141 [Internet]. Diário Oficial da União, 20 Mai 2024 [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho1526501/false>
55. Supremo Tribunal Federal(BR). Acórdão na ADPF 54 [Internet]. Diário Oficial da União, 30 Abr 2013 [citado 12 Fev 2025]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>
56. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024. Dispõe sobre o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e a garantia dos seus direitos. Brasília, DF: CONANDA; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-do-conanda-n-258-de-23-de-dezembro-de-2024> [citado em 11 jun 2025].
57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. 48 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf [citado em 11 jun 2025].
58. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. A entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção: desmistificando o tema para evitar o abandono [Internet]. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2016 [citado 12 Set 2023]. 2 p. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f43302a-c-e96a-1b2b-daec-d1a6c48b1e96#:~:text=A%20%E2%80%9cEntrega%20protegida%E2%80%9D%20%C3%A9%20uma,%C2%A71%C2%BA%2C%20do%20ECA\).](https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f43302a-c-e96a-1b2b-daec-d1a6c48b1e96#:~:text=A%20%E2%80%9cEntrega%20protegida%E2%80%9D%20%C3%A9%20uma,%C2%A71%C2%BA%2C%20do%20ECA).)



Esta é uma publicação do:




**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE

Rua Bartolomeu Zunega, 44 - Pinheiros

CEP: 05426-020 - São Paulo/SP

Telefone: (11) 3812-8681

 www.coletivofeminista.org.br

 comunicacao@coletivofeminista.org.br

 [@coletivo_feminista](https://www.instagram.com/coletivo_feminista)

Em parceria com:



CATÓLICAS
PELO DIREITO DE DECIDIR

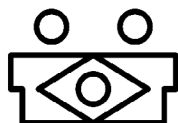
CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR

www.catolicas.org.br

Instagram: @ascaticas

Apoio:

BrazilFoundation e Fundação Ríos River



BrazilFoundation



**RÍOS
RIVERS**

SHAPING LEGAL LANDSCAPES FOR SOCIAL JUSTICE

 www.coletivofeminista.org.br

 comunicacao@coletivofeminista.org.br

 @coletivo_feminista

 @col_feminista

 @ColetivoFeminista

ISBN: 978-85-88039-08-7

CD



9 788588 039087

